



دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵

پاییز و زمستان ۱۳۹۴

این نشریه براساس مصوبه کمیسیون نشریات علمی کشور (وزارت علوم، تحقیقات و فناوری) از تاریخ ۱ خرداد ۱۳۸۰، دارای اعتبار علمی - پژوهشی است.

مجوز انتشار این نشریه با عنوان «روان‌شناسی بالینی و شخصیت» (عنوان سابق: دانشور رفتار) مورد موافقت هیأت نظارت بر مطبوعات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی قرار گرفته است.

اعضای هیأت 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 شهیدبهشتی
دکتر علی دلاور	دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر رسول روشن چسلی	دانشگاه شاهد
دکتر محمد زاهدی اصل	دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر محمدرضا شعیری	دانشگاه شاهد
دکتر علی فتحی آشتیانی	دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله
دکتر حسین شکرکن	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: جواد ریاحی اصل
- ویراستار ادبی (انگلیسی): طیبه فاطمی
- صفحه‌آرا: فریناز امینی
- نظارت بر چاپ و لیتوگرافی: نشر پرچین
- تاریخ انتشار الکترونیکی: بهمن ۱۳۹۵
- تاریخ انتشار چاپی (کاغذی): خرداد ۱۳۹۶
- شماره استاندارد بین‌المللی (شاپا) چاپی: ۲۳۴۵-۲۱۸۸
- شماره استاندارد بین‌المللی (شاپا) الکترونیکی: ۲۳۴۵-۴۷۸۴

نشانی: تهران- بزرگراه خلیج فارس (آزادراه تهران - قم) - روبه‌روی حرم مطهر حضرت امام خمینی (ره) - دانشگاه شاهد
سازمان مرکزی - طبقه دوم - معاونت پژوهش و فناوری - مرکز چاپ و انتشارات - دفتر نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت

تلفن: ۰۲۱-۵۱۲۱۵۱۲۷-۲۱ - صندوق پستی: ۱۸۱۵۱/۱۵۹ - کد پستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱

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

این نشریه در پایگاه‌های اطلاعاتی زیر نمایه می‌شود:

۱. پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC): <http://isc.gov.ir>
۲. پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID): <http://www.sid.ir>
۳. پایگاه مجلات تخصصی نور (noormags): <http://www.noormags.ir>
۴. بانک اطلاعات نشریات کشور (magiran): <http://www.magiran.com>



فهرست مقالات

«جستارهایی در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

- ۷ اثر بخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان..... محمد مهدی پسندیده، معصومه طاهری
- ۱۵ مقایسه اثربخشی و ماندگاری سه روش درمان در اختلال اضطراب اجتماعی..... مهدیه عطری فرد، محمدرضا شعیری، کاظم رسول‌زاده طباطبائی، مهتاب رجبی
- ۳۳ ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک..... پرویز شریفی درآمدی، محمدجواد بگیان کوله مرز، نصرالله ویسی، مجتبی بختی، حافظ پادروند
- ۴۳ ارتباط تیپ‌شناسی شخصیتی مادران با نگرش فرزندان به بزهکاری: ارزیابی نقش پیش‌بین تیپ شخصیتی D..... نادیا قره‌گوزلو، اکبر عطا‌دخت، سجاد بشرپور، محمد نریمانی
- ۵۱ اثربخشی درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله..... زهره عباسی، شعله امیری، هوشنگ طالبی
- ۶۵ تاثیر برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی بر کیفیت زندگی زنان باردار نخست..... فرشته حقیقت، علیرضا مرادی، محمدعلی مظاهری، صدیقه خنطوش‌زاده، عباسعلی الهیاری، عباس پسندیده
- ۷۷ نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان..... رزیتا امانی
- ۸۵ سبک‌های هویت و محیط‌های اولیه‌ی تحول: با تأکید بر سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره..... معصومه رحیم‌خانلی، منصور علی مهدی، صمد فهیمی، منصور بیرامی، مینا مجتبیایی
- ۹۷ تأثیر بازی‌درمانی به شیوه فیلابل بر مهارت‌های اجتماعی - هیجانی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان..... شهرزاد عدیلی، مهرداد کلانتری، احمد عابدی
- ۱۰۵ نقش عوامل شخصیتی و انگیزشی در استفاده از فیس‌بوک..... سالومه قاصدی مرکبه، سیاوش طالع پسند، اسحاق رحیمیان بوگر
- ۱۱۵ اثربخشی ساختارگرایی بر تعارضات زناشویی، سبک‌های اسناد و بهزیستی اجتماعی..... علیرضا آقا‌یوسفی، علی فتحی آشتیانی، مهناز علی‌اکبری، حمیدرضا ایمانی‌فر
- ۱۲۹ رابطه بین سبک یادگیری و سبک فرزندپروری با یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان..... لیلا ولیزاد بهادر، محمدحسین عبداللهی، مهناز شاهقلیان
- ۱۳۹ رابطه شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر با قلدری (زورگویی) و سرمایه روان‌شناختی..... محسن گل‌پرور، بیتا خبازیان

«ارزیابی بالینی و شخصیت»

- ۱۵۱ ساخت، اعتبار و پایایی پرسش‌نامه اضطراب هستی (QFEA)..... راحله مسعودی ثانی، بهمن بهمنی، علی عسگری، محمدسعید خانجانی، نسیم پاک‌نیا

«فرهنگ و دانش‌گستری در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

- ۱۶۵ تغییر مفهوم درد طی زمان..... محمدعلی اصغری مقدم
- ۱۷۵ نمایه سالیانه ۱۳۹۴.....
- ۱۸۵-۱۹۹ چکیده‌های انگلیسی.....

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 لیپیدهای سرم. در: تضمین کیفیت آزمایشگاهی: محمدی، حسن و جلیلی، حسین، تهران: مرکز نشر دانشگاهی، صص ۵۰-۶۱.
- پایان نامه - احمدی، جواد (۱۳۷۷). تأثیر نمک پدیدار در کاهش ندول اندازه گواتر در شهریار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: انستیتو تحقیقات تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

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

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

الف) نحوه تایپ مقاله:

- ۱. تایپ در محیط نرم‌افزار Microsoft Office Word با تنظیم‌های کامل زبان فارسی، انجام شود.
- ۲. تایپ متن فارسی با رعایت فاصله و نیم‌فاصله باشد (به طور نمونه؛ "می‌شود"، "کتاب‌ها"، "کم‌تر"، "بیش‌تر" و ...).
- ۳. رسم جداول، تایپ اعداد و ارقام به فارسی بوده و "اعداد اعشاری" نیز به شکل نمونه (۳/۴۷) تایپ شود. از "فاصله گذاشتن" به وسیله "تب" و یا "اینتر" در این جا، خودداری شود.
- ۴. از قلم بولد شده B Nazanin با اندازه ۱۱ برای تایپ متن فارسی، قلم معمولی B Zār با اندازه ۱۱ برای چکیده فارسی و نیز قلم Time new roman شماره ۹ برای متن انگلیسی، استفاده کنید.
- ۵. منحنی‌ها، نمودارها و اشکال به صورت سیاه و سفید و به کمک نرم‌افزار Microsoft Office Word ترسیم و تنظیم، شده باشند.
- ۶. جداول و نمودارها باید به وسیله شماره، مشخص گردند و در متن مقاله نیز با همان شماره، مورد اشاره قرار گیرند. (مانند جدول ۱، نمودار ۲)
- 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، یا ذکر مرکز/ موسسه تأمین‌کننده اعتبار طرح پژوهشی، مراتب زیرنویس شود.

ب) ترتیب عناوین و ساختار مقاله:

- ۱. عنوان (با فونت بولد شده B Titr با شماره ۲۰).
- ۲. نویسنده و یا فهرست مشخصات نویسندگان به شکل نمونه زیر (رعایت موارد ذیل، جهت درج مشخصات نویسنده/گان، در چکیده فارسی و انگلیسی، ضروری است به علاوه توصیه می‌شود؛ آخرین شماره چاپ شده مجله را برای تنظیم مقاله خود، ملاحظه کنید):
 - نام و نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان (در چکیده فارسی با قلم بولد شده B Zār با شماره ۱۱).
 - شماره گذاری روی اسامی نویسنده/گان و زیر نویس مشخصات آنان به ترتیب یا رعایت: ۱) سطح تحصیلی / مرتبه علمی، ۲) گروه آموزشی، ۳) نام دانشگاه (در چکیده فارسی با قلم معمولی B Zār با شماره ۱۱).
 - ستاره‌گذاری و تعیین نویسنده مسئول در صورت تعدد نویسندگان به همراه آدرس پست الکترونیک وی (در چکیده فارسی با قلم معمولی B Zār با شماره ۹).
- ۳. چکیده فارسی (۲۰۰ تا ۳۰۰ کلمه) به همراه کلید واژه‌ها (حداکثر هفت کلمه) شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و کلیدواژه‌ها)
- ۴. چکیده انگلیسی، شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و کلیدواژه‌ها) 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 نتیجه‌گیری.
- ۸. منابع.

ج) شیوه ارجاع دهی در متن

ارجاع‌دهی را از شروع مقاله، تنها با ذکر شماره منبع مورد استفاده در داخل کروشه []، انجام داده و تا آخرین منبع استفاده شده، ادامه دهید (از گذاشتن پرانتز در متن مقاله و ذکر؛ فامیل مؤلف، 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

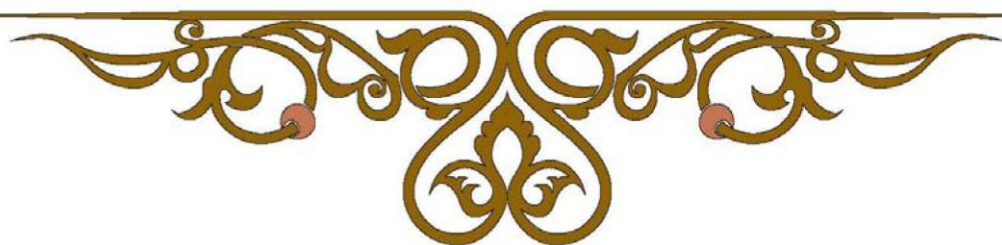
هیئت تحریریه نشریه، وظیفه خود می‌داند از تعدادی از همکاران فاضل و گرامی که زحمت داوری مقالات متعدد، در گستره روان‌شناسی بالینی و شخصیت را بر عهده داشته‌اند و با راهنمایی‌های ارزنده و ابراز نظر خویش بر غنا و اعتلای علمی این نشریه افزوده‌اند، ضمن درج اسامی آن‌ها تجلیل و سپاسگزاری کند.

دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)	آزادمرز آبادی	۱- دکتر اسفندیار
دانشگاه پیام نور	آقا یوسفی	۲- دکتر علیرضا
دانشگاه شاهد	اصغری مقدم	۳- دکتر محمدعلی
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	بهمنی	۴- دکتر بهمن
دانشگاه تهران	پورحسین	۵- دکتر رضا
دانشگاه شاهد	حیدری‌نسب	۶- دکتر لیلا
دانشگاه شهید بهشتی	دانش	۷- دکتر عصمت
دانشگاه علامه طباطبایی	درتاج	۸- دکتر فریبرز
دانشگاه شهید بهشتی	دیباچ‌نیا	۹- دکتر پروین
دانشگاه تهران	رحیمی‌نژاد	۱۰- دکتر عباس
دانشگاه تربیت مدرس	رسول‌زاده طباطبایی	۱۱- دکتر کاظم
دانشگاه شاهد	روشن	۱۲- دکتر رسول
دانشگاه ارومیه	سپهریان آذر	۱۳- دکتر فیروزه
دانشگاه علامه طباطبایی	سهرابی	۱۴- دکتر فرامرز
دانشگاه خوارزمی	شاهقلیان	۱۵- دکتر مهناز
دانشگاه پیام نور	علی‌اکبری دهکردی	۱۶- دکتر مهناز
دانشگاه تهران	غلامعلی لواسانی	۱۷- دکتر مسعود
دانشگاه علامه طباطبایی	فرخی	۱۸- دکتر نورعلی
دانشگاه اصفهان	کجباف	۱۹- دکتر محمدباقر
دانشگاه الزهرا (س)	مهری‌نژاد	۲۰- دکتر سیدابوالقاسم
دانشگاه شاهد	محمدجعفری	۲۱- دکتر رسول
دانشگاه شاهد	نائینیان	۲۲- دکتر محمدرضا
دانشگاه بوعلی سینا همدان	یعقوبی	۲۳- دکتر ابوالقاسم



جستارهایی در روان‌شناسی

بالینی و شخصیت



اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان

محمد مهدی پسندیده^۱، معصومه طاهری^{۲*}

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، آستانه اشرفیه، ایران.
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، پردیس علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان انجام گردیده است.

روش: روش پژوهش آزمایشی و بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری شامل ۶۰ نفر از دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان که در مدارس سياهکل در سال ۹۴-۹۳ به تحصیل اشتغال دارند بوده است. نمونه آماری شامل افرادی است که در مقیاس اضطراب حداقل یک نمره بالاتر از میانگین و در مقیاس خودکارآمدی حداقل یک نمره پایین‌تر از میانگین به دست آوردند؛ که به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس به گروه آزمایش، آموزش شناختی- رفتاری که ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و هر هفته یک جلسه آموزش داده شد به گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی داده نشد، در پایان بر روی هر دو گروه به‌طور هم‌زمان و در شرایط یکسان پس‌آزمون اجرا گردید. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب امتحان اسپیلبرگر و پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت و کلیه عملیات آماری به کمک نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس. ۲۰» انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان اثر معنی‌دار وجود نداشت ($F(1,26) = 0.03, P = 0.867, \eta^2 = 0.001$). ولی در افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان اثر معنی‌دار وجود داشت ($F(1,26) = 12.13, P = 0.002, \eta^2 = 0.32$).

بحث و نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری برافزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان مؤثر بوده است.

کلید واژه‌ها: گروه‌درمانی، شناختی- رفتاری، اضطراب امتحان، خودکارآمدی

*E-mail: m_taheri_fa@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۱۴-۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۱/۱۷

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 7-14

مقدمه

اضطراب امتحان، به‌عنوان یک حالت وضعیت تنش و هراس تعریف شده است که با افکار نگران‌کننده و فعالیت سیستم عصبی خودکار همراه می‌شود و در ایجاد اختلال روان‌شناختی در دانش‌آموزان، نقش مهمی ایفا می‌کند. اضطراب، پاسخی ضروری به استرس است و فرد را به هنگام مواجهه با خطر، برای کنش واکنش آماده می‌سازد. در بسیاری از مواقع، چنین پاسخی منطقی و حتی حیاتی است؛ اما حالت ناپه‌نچار آن می‌تواند بر گستره وسیعی از عملکردهای آدمی اثر بگذارد [۱].

فردی با سطح بالایی از اضطراب امتحان، توسط افکاری منفی غرق می‌شود، که این افکار، روی مقایسه عملکرد خود با دیگران، نتایج شکست و عدم موفقیت، سطح پایین اطمینان در عملکرد، نگرانی افراطی بیش برآورده شده، احساس عدم آمادگی برای امتحان و فقدان خود ارزشی متمرکز می‌شود. این مسئله به‌صورت تئوری مطرح می‌شود که نشخوارهای ذهنی اضطراب امتحان، با آگاهی شخص از تغییرات فیزیولوژیکی و برانگیختگی بدنی همراه می‌شود که در حین امتحان دادن، اتفاق می‌افتد. این حساسیت بدنی خود را به‌صورت افزایش ضربان قلب و تنفس، اختلال گوارشی، عرق کردن و سرد و مرطوب شدن کف دست‌ها، خشکی دهان و لرزش، احساس هراس و ترس و نیاز به ادرار کردن نشان می‌دهد [۲]. بررسی آمار و اطلاعات نشان می‌دهد که در چند دهه اخیر اضطراب افزایش یافته است و شواهد تجربی زیادی آثار مخرب اضطراب را در دانش‌آموزان نشان داده‌اند. به همین دلیل، این مسئله توجه متخصصان به‌ویژه روان‌شناسان را به خود جلب کرده است.

در طی مهروموم‌های گذشته، پژوهش‌هایی به‌منظور یافتن علل اضطراب و تأثیر آن روی دانش‌آموزان و شیوه‌های کنترل آن صورت گرفته است. خودکارآمدی به داشتن مهارت یا مهارت‌ها مربوط نمی‌شود، بلکه به داشتن باور به توانایی انجام کار در موقعیت‌های مختلف اشاره دارد؛ بنابراین، می‌توان مهارت‌های خودکارآمدی که بر پایه واقع‌بینی باشد را یاد گرفت تا در برابر مسائل و مشکلات زندگی ایمن شد. آموزش این مهارت‌ها به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا خود را بهتر بشناسند و درباره خود، دیگران و زندگی، بیشتر بیندیشند [۳]. یکی از متغیرهای مرتبط با اضطراب امتحان، خودکارآمدی است و شامل باورها و انتظاراتی است که در رابطه با وظایف و نیازهای فردی هست [۴]. خودکارآمدی ادراکی است که فرد تصور می‌کند می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی رفتارهای لازم را برای ایجاد یک پیامد مطلوب و خوشایند انجام دهد [۵].

در پژوهش‌های مختلف اضطراب امتحان با خودکارآمدی (به‌عنوان مثال، کیوماکی، [۶]) رابطه معنی‌داری داشته است. افراد دارای اضطراب امتحان معمولاً سطوح پایینی از خودکارآمدی دارند. فرد مبتلا به اضطراب امتحان احساس درماندگی و ناتوانی می‌کند و نیز قادر نیست که رویدادهای امتحان را تحت کنترل و نفوذ خود درآورد. به‌عنوان یک نتیجه، فرد در سطح شناختی باور دارد که هر

تلاشی برای موفق شدن در امتحانات، بیهوده و محکوم به شکست است و چنانچه تلاش‌های اولیه برای غلبه بر موانع و مشکلات امتحان غیر مؤثر باشند. افراد مبتلا به اضطراب امتحان احتمالاً به‌سرعت تسلیم می‌شوند [۷،۸].

مداخلات درمانی شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان مبتلا، حمایت‌های تجربی قوی دریافت کرده‌اند [۹]. در چندین مطالعه تأکید شده است که رویکردهای شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و افزایش عملکرد تحصیلی مؤثرند [۱۰].

مطالعه صبحی قراملکی و همکاران [۱۱] نشان داد هر دو روش شناخت درمانی و آموزش مهارت‌های مطالعه به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل، اضطراب امتحان دانشجویان را کاهش می‌دهد، اما بین دو روش شناخت درمانی و آموزش مهارت‌های مطالعه در کاهش نمره‌های مؤلفه نگرانی اضطراب امتحان تفاوتی مشاهده نشد. در مطالعه‌ای حبیبی و همکاران [۱۲] نشان دادند که آموزش مدیریت استرس به روش شناختی-رفتاری می‌تواند اضطراب و استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار را به‌طور معناداری کاهش دهد.

ماردیپور و همکاران [۱۳] در مطالعه‌ای نشان دادند روش‌های مهارت‌های مطالعه و حساسیت‌زدایی منظم در بهبود اضطراب امتحان مؤثر می‌باشند اما ترکیب این دو روش به‌عنوان یک روش درمانی در کاهش اضطراب امتحان کارآمدتر است. جراره و همکاران [۱۴] در مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش راهبردهای شناختی رفتاری می‌تواند بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان مؤثر باشد. خدایی و همکاران [۱۵] در مطالعه خود نشان دادند که مداخلات شناختی رفتاری به‌صورت گروهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکتته قلبی مؤثر است.

واگ و پایاسدروف [۱۶] در مطالعه‌ای به دست آوردند که درمان‌های شناختی و حساسیت‌زدایی منظم در درمان اضطراب امتحان مؤثرند. درمان‌های حساسیت‌زدایی منظم و پس‌خوراند زیستی بیشتر مؤلفه هیجان‌پذیری را کاهش دادند، درحالی‌که درمان شناختی به‌طور چشمگیری نگرانی را کاهش داد. دوپک [۱۷] درمان‌های چندوجهی (آموزش تن آرامی، حساسیت‌زدایی و مداخلات شناختی - رفتاری) را برای دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان به کاربرد. نتایج نشان داد که درمان چندوجهی اثر برجسته‌ای بر کاهش اضطراب امتحان داشت. همچنین بعد از درمان به‌طور قابل توجهی عملکرد تحصیلی آزمودنی‌ها افزایش یافت.

دیویس [۱۸] اثربخشی تکنیک‌های شناختی رفتاری را در اصلاح باورهای فراشناختی و تکنیک‌های شناختی و رفتاری را در بهبود مهارت‌های فراشناختی افراد مبتلا به اضطراب امتحان مؤثر نشان داد. هول روید [۱۹] اضطراب امتحان چهار گروه از

¹ Vagg & Papasdorf

² Doepke

³ Davis

⁴ Holroyd

خودکارآمدی دانش‌آموزان پرداخته‌اند، اما در ایران پژوهش‌های کمی در ارتباط با تأثیر گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان انجام شده است.

همچنین شیوع اضطراب در میان دانش‌آموزان موجب نگرانی بسیاری از خانواده‌ها، اولیاء، مربیان و مسئولان کشور شده است؛ بنابراین با توجه به موارد فوق و اهمیت مسئله، هدف این پژوهش بررسی تأثیر گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان است؛ بنابراین سؤال اصلی پژوهش این است که آیا گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان مؤثر است؟

روش

نوع پژوهش

در این پژوهش از روش تحقیق شبه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه آزمایش و گواه استفاده شده است.

آزمودنی

جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان شهر سیاهکل در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود. روش نمونه‌گیری در دسترس به صورت جایگزینی تصادفی بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز بود که از بین ۶۰ نفر دانش‌آموزی که به پرسشنامه اضطراب امتحان و خودکارآمدی پاسخ دادند و نمرات اضطراب حداقل یک نمره بالاتر از میانگین و نمرات خودکارآمدی حداقل یک نمره پایین‌تر از میانگین بوده است انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش، ۸ جلسه آموزش شناختی - رفتاری اضطراب را به مدت ۹۰ دقیقه در هفته دریافت کردند و به گروه کنترل هیچ برنامه‌ای دریافت نکرد.

ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه اضطراب امتحان: این پرسشنامه ۲۰ ماده دارد و اسپیل برگر آن را تهیه کرده است واکنش قبل، حین و بعد از امتحان را توصیف می‌کند. پرسشنامه اضطراب امتحان شامل دو خرده‌آزمون نگرانی و هیجان‌پذیری است که تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها را در اضطراب می‌سنجد.

این پرسشنامه خودگزارشی است و هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس چهارگزینه‌ای (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و تقریباً همیشه) به هر ماده پاسخ می‌دهد. این گزینه‌ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳، ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ و با آزمایی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی هم‌زمان پرسشنامه اضطراب امتحان با آزمون اضطراب ساراسون ۰/۶۷ به دست آمد

دانش‌آموزان را که در هر گروه یک روش درمانی جهت کاهش اضطراب امتحان اعمال کرده بود، با یکدیگر مقایسه کرد و ملاک کاهش اضطراب را معدل ترم تحصیلی در نظر گرفت. در یک گروه روش شناخت درمانی، در یک گروه روش حساسیت‌زدایی و در گروه کنترل، هیچ‌گونه روشی اعمال نکرد. وی دریافت که شناخت درمانی برای کاهش اضطراب امتحان مؤثرتر از سایر روش‌هاست. پوتوین ساندر و لاکین^۱ [۲۰] دریافتند دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا نسبت به دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی پایین‌تر از عملکرد تحصیلی بالاتری برخوردارند؛ آن‌ها نشان دادند که خودکارآمدی تحصیلی پیشرفت تحصیلی و هیجانات را پیش‌بینی می‌کند.

نادلر^۲ [۲۱] در پژوهشی در میان دانش‌آموزان پایه‌ی هشتم نشان دادند که دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا به دلیل تسلط بر چالش‌ها، موفقیت تحصیلی بیشتری را کسب می‌کنند. به‌طور کلی خودکارآمدی به‌واسطه‌ی تنظیم خود، حرکات و تکانه‌ها می‌تواند پیشرفت تحصیلی و معدل را پیش‌بینی کند.

پژوهش میلر^۳ [۲۲] حاکی است که اضطراب امتحان با خودکارآمدی تحصیلی و سلامت روانی همبستگی منفی دارد. همچنین اضطراب امتحان به احساس منفی، نگرانی، برانگیختگی روان‌شناختی و رفتارهای همراه با نگرانی در مورد شایستگی در امتحان اشاره می‌کند. در شیوه درمان شناختی - رفتاری، این باور وجود دارد که درمان گر گر باوجود اینکه نمی‌تواند شرایط زندگی دانش‌آموزان را تغییر دهد، ولی شاید بتواند نگرش دانش‌آموزان درباره اضطراب رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را تغییر دهد. بنابراین به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا در معیارهای آرمان‌گرایانه و شیوه‌های مقابله خود با رویدادها بازنگری کند. کمتر از خود انتقاد کند و راه‌حل‌های تازه‌ای برای کاهش اضطراب امتحان خود بیابد. هم‌چنین در این شیوه باورها و چشم‌داشت‌های دانش‌آموزان درباره امکان کنترل اضطراب به بحث گذاشته می‌شود و با آموختن مهارت‌هایی در زمینه کنترل اضطراب، مقابله مؤثر با اضطراب و راه‌های رویارویی مؤثرتر با موقعیت‌های مشکل‌آفرین، به تقویت حس خودکارآمدی دانش‌آموزان می‌پردازد و از این راه می‌کوشد اضطراب آن‌ها را کاهش داده و به بهبود خلق منفی کمک نماید [۲۳].

پژوهش کرمی بلداجی و همکاران [۲۴] حاکی از آن است که آموزش شناختی رفتاری عزت نفس به‌طور معناداری موجب کاهش پرخاشگری نوجوانان می‌شود. نتایج پژوهش رضایی و همکاران [۲۵] نشان داد که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی می‌تواند به‌عنوان یک درمان مفید جهت بهبود اختلالات روانی همراه با بیماری آسم و عملکرد تنفسی (علائم و نشانه‌ها) به کار گرفته شود. همان‌گونه که بیان شد، پژوهش‌های خارجی زیادی وجود دارند که به بررسی تأثیر گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش

¹ Lakin

² Nadler

³ Miller

($p < .01$) [۲۴].

۲. پرسشنامه خودکارآمدی: این مقیاس توسط شرر و همکاران ساخته شده است که چهارگزینه‌ای و ۱۷ ماده را شامل است.

شیوه نمره‌گذاری آزمون به این شکل است که به هر ماده از یک تا پنج امتیاز تعلق می‌گیرد. ماده‌های شماره ۱۳، ۱۵، ۹، ۸، ۳، ۱ از راست به چپ امتیازاتشان افزایش می‌یابد و بقیه ماده‌ها به صورت معکوس، یعنی از چپ به راست امتیازاتشان افزایش می‌یابد. ضریب پایایی گزارش شده توسط شرر و همکاران نسبتاً بالا است.

آلفای کرونباخ به دست آمده برای زیر مقیاس خودکارآمدی عمومی برابر با ۰/۸۶. گزارش شده است. در پژوهشی ضرایب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ و تنصیف، هر دو ۰/۸۸ است. ضرایب پایایی پرسشنامه خودکارآمدی در پژوهشی دیگر به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۷ است با توجه به ضرایب بالا این پرسشنامه مناسب است. پایایی این مقیاس ۰/۴۰ تا ۰/۵۰ برآورده شده است و روایی این پرسشنامه در حد مقبول است. به گونه‌ای که روایی هم‌زمان این مقیاس با آزمون خودکارآمدی بندورا ۰/۷۲ است [۲۶].

۳. جلسات آموزشی: متغیر مستقل در این پژوهش شامل ۸ جلسه آموزش گروهی اضطراب امتحان برای گروه آزمایشی به شیوه‌های شناختی - رفتاری بود که به صورت گام به گام و همراه با دو دفترچه راهنمای دانش آموز و دفترچه راهنمای مشاور تنظیم و اجرا گردید. جلسات آموزش شناختی - رفتاری اضطراب امتحان به شرح زیر می‌باشند [۲۷].

در ابتدای جلسات سعی شد که اعضا با ضرورت تشکیل گروه و همچنین قوانین حاکم بر گروه (رازداری، باز بودن و اعتماد به اعضای گروه... آشنا شوند) و سپس به شرایط ورود اعضا به گروه (لزوم شرکت منظم، نداشتن غیبت در در جلسات آموزشی، فعالیت مؤثر در گروه...) و خروج آن‌ها از گروه (عدم حضور در جلسات، داشتن غیبت مکرر، عدم رعایت قوانین گروه) به طور کامل برای آزمودنی‌ها شرح داده شد.

سپس در جلسات بعدی، ابتدا خلاصه‌ای از جلسه یا جلسات قبلی مطرح می‌شد و سپس تکالیف آزمودنی‌ها بررسی و بازخورد فردی و گروهی داده می‌شد و در ادامه موضوع جلسه به صورت مشارکتی مورد بحث قرار می‌گرفت و توضیحات لازم داده می‌شد و ۱۰ دقیقه فرصت پاسخگویی داشتند و پس از جمع‌آوری، ۱۰ دقیقه در مورد سوالات به صورت گروهی بحث می‌شد و در انتها توضیحاتی اگر لازم بود داده می‌شد.

جلسات شناختی - رفتاری اضطراب

جلسه اول: خوش آمد گویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت کنندگان با مؤلفه‌های واکنش‌های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و

نوشتن آن‌ها در جدول سه ستونی رویداد نوشتن آن‌ها در جدول فعال‌ساز (A)، باورها یا افکار (B) و پیامد واکنش هیجانی (C). تکالیف: نوشتن ۵ مورد از بدترین حوادث زندگی خود با استفاده از توالی A-B-C

جلسه دوم: یادگیری جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم؛ آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آن‌ها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها.

تکالیف: شناسایی افکار خودآیند و ثبت آن در برگه A-B-C، دسته‌بندی عقاید و نوشتن بدترین A-B-C روزانه.

جلسه سوم: آشنا با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرح‌واره‌ها (باورهای اصلی، طرح‌واره‌ها، نگرش ناکارآمد) و ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرح‌واره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی.

تکالیف: مرور تکالیف جلسه دوم، تمرین تریق فکر، ادامه‌ی نوشتن A-B-C های روزانه، نوشتن پیامدهای رفتاری A-B-C های تکمیل شده و رسم پیکان عمودی برای دو مورد از آن‌ها. جلسه چهارم:

۱- کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرح‌واره‌های منفی خود با آن روبرو می‌شوند.

۲- توانایی ساختن شرکت کنندگان در شناسایی ده نوع طرح‌واره‌ی منفی متداول و قراردادن باورهای خود در این ده طبقه.

تکالیف: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، آموزش دسته‌بندی باورها.

جلسه پنجم: دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آن‌ها.

تکالیف: مرور تکالیف جلسه قبل، تهیه‌ی فهرست اصلی باورها و علت دوان باورهای منفی، استفاده از رتبه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، ادامه‌ی ترسیم پیکان عمودی و دسته‌بندی باورها و درجه‌بندی هر باور روی مقیاس از واحدهای ناراحتی ذهنی.

جلسه ششم: پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدیدنظر قرار دهند. درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوت‌اند و آن‌ها را می‌توان بر اساس معیارهای، ارزشیابی کرد.

تکالیف: تکمیل فهرست اصلی باورها و تحلیل عینی باورهایی که تاکنون شناسایی شده‌اند.

شناخت باورهای مشکل‌زا خود و ارزشیابی آن‌ها، تصمیم‌گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آن‌ها.

جلسه هفتم: یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود.

تکالیف: تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرح‌واره‌های شرطی و

قطعی.

جلسه هشتم: یادگیری روش حساسیت‌زدایی

تکالیف: مرور تکالیف جلسه قبل، تمرین حساسیت‌زدایی برای رسیدن به آرامش.

بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها درباره‌ی برنامه درمانی [۲۸].

شیوه تحلیل داده‌ها

برای مقایسه نتایج اولیه‌ی پژوهش از روش‌های مختلف آمار توصیفی مانند توزیع فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و برای بررسی میزان تأثیر مداخلات صورت گرفته و کنترل نمرات پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد و در نهایت برای انجام عملیات آماری از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.» استفاده گردید.

نتایج

جدول شماره ۱ نشان داد میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل اضطراب امتحان تقریباً اختلافی ندارد؛ اما میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش خودکارآمدی (۳۸/۴۷)

به میزان قابل توجهی از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل (۳۰/۴۰) بیشتر است. اجرای آزمون کواریانس معلوم ساخت که این آموزش به افزایش معنادار میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه آزمایش کمک نموده است.

هرچند در مؤلفه خودکارآمدی میانگین نمرات گروه آزمایش افزایش معناداری داشت اما میانگین نمرات اضطراب امتحان دانش‌آموزان کاهش پیدا نکرد. نتایج جدول ۲ نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفته است که بیانگر این امر است که در جدول ۳ نشان داده شد که متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون اضطراب امتحان) با متغیر وابسته ارتباط معناداری ندارد.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود نتایج جدول ۴ پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفته است که بیانگر این امر است که در جدول ۵ نشان داده شد متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون خودکارآمدی) به‌طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد و سطح معناداری به‌دست آمده نشان‌دهنده اثر اصلی گروه است.

جدول ۱. میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پس‌آزمون خودکارآمدی	آزمایش	۱۵	۳۸/۴۷	۱/۶۳
	کنترل	۱۵	۳۰/۴۰	۱/۶۳
پس‌آزمون اضطراب امتحان	آزمایش	۱۵	۴۸/۴۷	۰/۸۴
	کنترل	۱۵	۴۸/۲۷	۰/۸۴

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها لوین

Sig	Df2	Df1	F
۰/۲۱۷	۲۸	۱	۱/۶۰

جدول ۳. اثرات عوامل بین آزمودنی‌ها

	df	Mean Square	F	Sig	مجذور سهمی Eta
پیش‌آزمون اضطراب امتحان	۱	۱/۳۵	۰/۱۳	۰/۷۲۱	۰/۰۰۵
گروه	۱	۰/۱۹۴	۰/۰۲	۰/۸۹۲	۰/۰۰۱
Error	۲۷	۱۰/۳۵			

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها لوین

Sig	Df2	Df1	F
۰/۲۱۲	۲۸	۱	۱/۶۳

جدول ۵. اثرات عوامل بین آزمودنی‌ها

	df	Mean Square	F	Sig	مجذور سهمی Eta
پیش‌آزمون خودکارآمدی	۱	۸۲۸/۲۶	۲۰/۳۲	۰/۰۰۰	۰/۴۲۹
گروه	۱	۵۲۰/۷۰	۱۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۱
Error	۲۷	۴۰/۷۷			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان شهر سیاهکل بود. اضطراب به‌منزله بخشی از زندگی انسان، در همه افراد در حدی اعتدال آمیز وجود دارد و به‌عنوان یک پاسخ سازش یافته به محرک‌های محیطی تلقی می‌شود. درباره پیامدهای فقدان اضطراب می‌توان گفت: «اگر اضطراب نبود، همه ما پشت میزهایمان به خواب می‌رفتیم» [۱]. برخی از دانش‌آموزان و دانشجویان در مراحل مختلف، قبل از امتحان، هنگام امتحان و بعد از امتحان اضطراب را تجربه می‌کنند.

بیشتر مطالعات انجام‌شده بیانگر این حقیقت هستند که بین افزایش اضطراب و کاهش عملکرد تحصیلی همبستگی مثبت وجود دارد، زیرا فردی که دچار اضطراب می‌شود درباره توانایی‌های خود تردید می‌کند و در موقعیت‌هایی که فرد در معرض ارزشیابی یا بروز توانایی‌ها، مهارت‌ها و خودکارآمدی قرار می‌گیرد، احساس ناتوانی می‌کند و اضطراب مانع پیشرفت تحصیلی او می‌گردد. چنانکه یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند، آموزش شناختی - رفتاری برافزایش خودکارآمدی مؤثر است. یافته‌های این پژوهش با تعدادی از پژوهش‌های داخلی و خارجی همسو است.

در پژوهشی پوتوین ساندر و لاکین [۲۰] دریافتند دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا نسبت به دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی پایین‌تر از عملکرد تحصیلی بالاتری برخوردارند؛ آن‌ها نشان دادند که خودکارآمدی تحصیلی پیشرفت تحصیلی و هیجانات را پیش‌بینی می‌کند [۱۸، ۱۹].

این نتیجه با یافته‌های جاج و بونو [۲۹] که خودکارآمدی به‌عنوان سازهای شناختی بر راهبردهای تنظیم هیجان سازگاران یا ناسازگاران تأثیر می‌گذارد و آن را توانایی بنیادی‌ای که قادر به پیش‌بینی عملکرد و موفقیت تحصیلی فرد است نیز همسو است. آن‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که ارتباط بین خودکارآمدی و ثبات هیجانی ارتباط مثبتی وجود دارد و افرادی که قادر به تنظیم هیجانات خود می‌باشند، خودکارآمدی بالاتری دارند.

این بررسی نشان داد که کانون توجه فرد و باورهای خودکارآمدی او تعیین‌کننده مهمی در اضطراب و سوگیری‌های شناختی دارد. از این یافته‌ها می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که با توجه به شناختی بودن متغیر خودکارآمدی، به‌طورقطع آموزش شناختی - رفتاری بیشتر می‌تواند اثربخش باشد.

در تبیین ناهمخوان بودن بعضی از پژوهش‌ها با یافته پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که تناقضات یافته‌ها ممکن است به علت تفاوت در مفهوم‌سازی و سنجش اضطراب باشد. همچنین ممکن است بتوان نبود مقیاس واحد در پژوهش‌ها و همچنین فرهنگ‌های مختلف خودکارآمدی و اضطراب به‌صورتی متفاوت ادراک می‌شود.

یافته نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون در مقیاس خودکارآمدی

تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون در مقیاس اضطراب تفاوت معناداری مشاهده نشد که در این رابطه احتمالاً می‌توان با اضافه کردن جلساتی دیگر در برنامه آموزش شناختی - رفتاری اضطراب امتحان، کاهش پیدا می‌کرد.

از آنجایی که یکی از عوامل مهم تجربه اضطراب امتحان، احساس ناتوانی فرد از این است که نمی‌تواند از عهده امتحان برآید یا توانایی غلبه بر اضطراب و کنترل شرایط را ندارد است بنابراین انتظار می‌رود افراد دارای احساس خودکارآمدی پایین، اضطراب بیشتری را در شرایطی تجربه کنند که قرار است توانمندی و کارآمدی آن‌ها مورد ارزیابی قرار بگیرد.

معلمان برای دانش‌آموزان روشن سازند که برای یادگیری مطالب به‌اندازه کافی توانایی و شایستگی دارند. به دانش‌آموزان بازخوردهای اسنادی معتبر دهند، محتوای آموزشی را در حد مقدور کاربردی و فایده‌بخش سازند و از الگوهای استفاده کنند که باعث به وجود آمدن خودکارآمدی و افزایش احساس شایستگی می‌شود، به‌این ترتیب میزان اضطراب امتحان ناشی از ادراک خودکارآمدی پایین می‌آید و عدم شایستگی به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد.

همچنین باید متذکر شد به علت کمبود پژوهش در این موضوع لازم است تحقیقات بیشتری انجام شود تا بتوان در ارتباط با این موضوع با احتمال بیشتری قضاوت کرد؛ بنابراین با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی - رفتاری باعث افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان شده و بر کاهش اضطراب امتحان اثر معناداری نداشته باشد. مانند هر تحقیق دیگر، بعضی از محدودیت‌ها به هنگام استفاده از این پژوهش باید مدنظر قرار داد:

اول این که جمع‌آوری اطلاعات بر اساس ابزار خودگزارش‌دهی (پرسشنامه‌ها) نباشد که این فرایند جمع‌آوری داده ممکن است منشأ سوگیری تک‌بعدی در استفاده از روش‌ها قرار بگیرد بنابراین می‌توان دریافت که تلاش‌های بیشتر روش‌شناسی جهت اندازه‌گیری اضطراب امتحان و خودکارآمدی در مطالعات آینده لازم به نظر می‌رسد.

دوم اینکه مطالعه حاضر به دانش‌آموزان مقطع اول دبیرستان محدود می‌شود و این که بتوان نتایج مطالعه حاضر را به مقاطع دیگر تحصیلی (مقطع دبستان - راهنمایی و دانشگاه) تعمیم داد، با تردید همراه است.

منابع

۱- دادستان، پریرخ (۱۳۷۶). سنجش و درمان اضطراب امتحان، مجله روان‌شناسی، ۱۰، صص ۳۰-۶۰.

2- Morris, L.W. & Engle, W.B. (2006). Psych diagnostic processes: Personality inventories and scale assessing various coping strategies and their effects on test performance and anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 1, 165-171.

- ۳- محتشمی تبریزی، محمدرضا (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های خودکارآمدی بر سازگاری دانش‌آموزان شهرستان اسلامشهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه.
- ۴- Baron, R.A. & Byrne, D. (2009). *Social Psychology*. New York: Allyn and Bacon.
- ۵- Sapp, M. (2009). *Test Anxiety, Applied research, assessment and treatment interventions*, Lanham, USA: Wisconsin University Press of American.
- ۶- Kivimaki, M. (2012). Test anxiety, below-capacity performance and poor test Performance: Intra- subject approach with violin students. *Personality and individual Differences*, 18, 47-55.
- ۷- Hunsley, J. (2010). Test anxiety, academic performance. And cognitive appraisals. *Journal Of Educational Psychology*, 77, 678-982.
- ۸- Zeidner, M. (2011). Statistics and mathematics anxiety in social science students. *British Journal of Educational Psychology*, 61, 319-328.
- ۹- Sud, A. (2010). Two short- term, cognitive interventions for the reduction of test anxiety. *Anxiety Research*, 3, 131-147.
- ۱۰- Sharma, S. (2011). Two short- term, cognitive interventions for the reduction of test anxiety. *Anxiety Research*, 3, 131-147.
- ۱۱- صبحی قراملکی، ناصر؛ فلاح، پرویز (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی شناخت درمانی و آموزش مهارت‌های مطالعه در درمان دانشجویان مبتلا به اضطراب. فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۳(۱۱)، صص ۳۷-۶۰.
- ۱۲- حبیبی، مجتبی؛ قنبری، نیکزاد؛ خدایی، ابراهیم؛ قنبری، پرستو (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. مجله تحقیقات علوم و رفتاری، ۳(۱۱)، صص ۱۰-۱.
- ۱۳- ماردپور، علیرضا؛ نجفی، محمود؛ رفعت ماه، مرضیه (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی منظم، مهارت‌های مطالعه و روش ترکیبی در کاهش اضطراب امتحان. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۴)، صص ۱-۱۱.
- ۱۴- جراه، جمشید؛ محمدی کرکانی، آذر (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر متوسطه. نشریه علمی پژوهشی فناوری آموزش، صص ۸-۱.
- ۱۵- خدایی، سجاده؛ خزاعی، کلثوم؛ کاظمی، طوبی؛ علی‌آبادی، زهرا (۱۳۹۱). تأثیر گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکت قلبی. فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. صص ۷-۱.
- 16- P. R. & Papsdorf, Vagg, J. D. (2013). Cognitive therapy, study skills training and biofeedback in the treatment of test anxiety In, C. D. Spielberger & p. R. vagg (EDS). *test anxiety: theory, assessment and treatment*, 9, 183-194. Washington, DC: Taylor and Francis.
- 17- Doepke, K. J. (2013). Multi-component treatment of a test anxious college student. *Education and treatment of children*, 22, 203-217.
- 18- Davis W. (2013). Cognitive behavioral therapy and functional and met cognitive outcomes in schizophrenia: A single case study *Cognitive Behavioral Practicing*, 12, 468-78.
- 19- Holroyd. (2012). Test Anxiety, Coping Strategies, and perceived Health in Group of high School student: A Tukis sample. *Genetic psychology*, 62, 402-47.
- 20- Putwain, D. Sander, P. & Larkin, D. (2013). Academic self-efficacy in study-related skills and behaviours: relations with learning-related emotions and academic success. *Educational Psychology*. Article first published online: 27 SEP 2013.
- 21- Nadler, D. (2014). Self-efficacy and academic achievement: why do implicit beliefs, goals, and effort regulation matter. *Learning and Individual Differences*, In Press, Corrected Proof, Available online 8 February 2014.
- 22- Miller, M. (2012). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2, 15-18.
- 23- Penzien, D. B. Andrasik, F. Freidenberg, B. M. Houle, T. (2012). Guidelines for trails of behavioral treatments for recurrent anextiy, (1st. ed). *American anextiy Society behavioral clinical trials workgroup. Anextiy*, 45 (Suppl 2), S110-S132.

۲۴- کرمی بلداجی، روح‌الله؛ بهارلو، غفار؛ زارعی، اقبال؛ ثابت زاده، ماحد. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش رویکرد شناختی رفتاری عزت نفس بر پرخاشگری نوجوانان پسر مقطع دبیرستان شهرکرد. فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دو فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، دوره جدید، شماره ۹، صص ۱-۱۰.

۲۵- رضایی، فاطمه؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ وکیلی زارچ، نجمه؛ امرا، بابک؛ مولوی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم. دوفصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره جدید، شماره ۷، صص ۳۲-۲۳.

۲۶- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۱). اضطراب امتحان، اردبیل، نیک آموز.

۲۷- بیضایی، محمدحسین. دروگر، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری واقعیت درمانی بر عزت نفس دانش‌آموزان دبیرستانی، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴، (۲). صص ۱۷۲-۸۰.

۲۸- مایکل فری (۱۹۹۹). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه مسعود محمدی، رابرت فرنام (۱۳۸۳). تهران، انتشارات آراین. صص ۱۲۹-۱۳۱.

29- Judge, T. A. & Bono, J. E. 2012. Relationship of core self-evaluations traits-self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability-with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. Journal of Applied Psychology, 86, 80-92.

مقایسه اثربخشی و ماندگاری سه روش درمان در اختلال اضطراب اجتماعی

مهدیه عطری فرد^۱، محمدرضا شعیری^۲، کاظم رسول زاده طباطبائی^{۳*}، مهتاب رجیبی^۴

۱. دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: درمان شناختی رفتاری، به عنوان درمان انتخابی اختلال اضطراب اجتماعی، ضمن حمایت‌های فزاینده، با نوساناتی نیز همراه بوده است. بر این اساس، هدف تحقیق حاضر، تعیین و مقایسه اثربخشی و ماندگاری سه الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر «مواجهه با خود»، «مواجهه با موقعیت» و «مواجهه با خود-موقعیت» در درمان این اختلال است.

روش: در تحقیق شبه تجربی حاضر، ۲۴ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی براساس نمره مقیاس پرسشنامه هراس اجتماعی و مصاحبه بالینی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انتخاب شدند. ۱۸ نفر از مبتلایان به طور تصادفی به ۳ گروه آزمایش (در هر گروه ۶ نفر) و ۶ نفر به گروه کنترل اختصاص داده شدند و چهار گروه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی هم‌تا بودند. ۳ گروه آزمایش، هر یک تحت درمان یکی از سه الگوی درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل در انتظار ماند. آزمودنی‌ها قبل از شروع و بعد از اتمام، یک ماه و نیم، ۴ ماه و یکسال بعد از اتمام مداخله/انتظار، علاوه بر مقیاس پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس‌های مقیاس اضطراب اجتماعی لیپویتز، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی و مقیاس تصویر خود منفی را تکمیل نمودند.

نتایج: مقایسه نتایج چهار گروه بر اساس میانگین تفاضل پیش آزمون-پس آزمون، نشان داد که سه الگوی درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری داشته اما با یکدیگر تفاوت معناداری نداشته‌اند. البته میانگین تفاضل گروه مواجهه با خود با گروه کنترل، در تمام متغیرهای وابسته (نمره‌های ۶ مقیاس اضطراب اجتماعی) تفاوت معناداری داشته، در حالی که میانگین تفاضل گروه مواجهه با خود-موقعیت و گروه مواجهه با موقعیت با گروه کنترل، در برخی از مقیاس‌های شش گانه، تفاوت معنادار را داشته است. یافته‌ها حاکی از آن است که هر سه الگوی درمانی یادشده دارای ماندگاری اثربخشی بوده‌اند اما گروه مواجهه با خود، در برخی موارد برتری‌هایی را نسبت به دو گروه دیگر نشان داده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که هر سه الگوی درمان شناختی رفتاری مذکور می‌توانند در نمونه بالینی ایرانی به کار گرفته شوند، اما در برخی از شواهد گروه مواجهه با خود نسبت به دو گروه دیگر، وضعیت برتری را در نمونه بالینی ایرانی نشان داده است.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی رفتاری، «مواجهه با خود»، «مواجهه با موقعیت»، «مواجهه با خود-موقعیت»

*Email: rasool1340@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۱۵-۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۱۰

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 15-31

مقدمه

مبتنی بر آن، فقط آثار محدودی را نشان داده‌اند، لذا تغییر در ارائه درمان شناختی رفتاری سنتی را امری ضروری دانسته‌اند [۹، ۱۷]. البته لازم به ذکر است که اثربخشی این الگوی درمانی بر روی نمونه ایرانی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مطالعه ملیانی و همکاران [۱۸] تأیید شده است.

در راستای اظهارات فوق، شواهد مقدماتی در حمایت از این عقیده که راهبردهای مداخله‌ای خاص اختلال می‌تواند منجر به پیشرفت نتایج شود، حاصل مطالعه کلارک و همکاران [۱۹] است که علاوه بر استفاده از راهبردهای درمان شناختی رفتاری سنتی، متمرکز بر اصلاح رفتارهای ایمنی‌بخش و توجه متمرکز بر «خود» نیز هست. البته باید اظهار داشت که در هر دو الگوی هیمبرگ [۱۱] و کلارک و ولز [۱۲]، کانون اساسی ترس در اختلال اضطراب اجتماعی، «موقعیت»‌های اجتماعی است. در نتیجه، مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی که از آن‌ها ترسیده می‌شود و با عنوان «مواجهه با موقعیت»^{۱۵} نامیده می‌شود، یک بخش اساسی درمان در این الگوهاست. در جریان تحول الگوهای درمانی خاص اختلال اضطراب اجتماعی به‌منظور پیشرفت درمان، می‌توان به الگوی هافمن [۹] به‌عنوان یک الگوی جامع و خاص اختلال، اشاره کرد.

در این الگوی درمانی که هافمن آن را «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی»^{۱۶} معرفی می‌کند [۲۰]، علاوه بر تکنیک‌های بازسازی شناختی و مواجهه با «موقعیت»، از تکنیک‌های خاص «مواجهه با خود» به‌منظور اصلاح ادراک منفی از «خود»، نیز استفاده می‌شود [۲۱]؛ بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد، با مقداری تسامح، از الگوی هافمن، می‌توان به‌عنوان الگوی مواجهه با «خود-موقعیت»^{۱۷} یاد کرد. شایان ذکر است که اثربخشی این الگوی درمانی، هم در مطالعات خارجی با دامنه اندازه اثری بالاتر از اندازه‌های اثری مطالعات مبتنی بر الگوی درمانی هیمبرگ [۲۱] و هم در مطالعات داخلی تأیید شده است [۲۰].

الگوی دیگری که می‌توان آن را به‌عنوان یک الگوی خاص اختلال طبقه‌بندی کرد، الگوی موسکویچ [۱۳] است. وی مفهوم‌سازی از اختلال اضطراب اجتماعی را در الگوهای مبتنی بر «مواجهه با موقعیت» و نتایج پژوهش‌های مبتنی بر آن را [۱۷، ۲۲، ۲۳] به چالش می‌کشد و با تکیه بر نظرگاه پرسونس^{۱۸} [۲۴]، بر مطابقت درمان با نیمرخ نشانه‌های منحصربه‌فرد هر بیمار به‌طور انفرادی تأکید می‌کند. او با مطرح کردن اصطلاح «خودی که از آن ترسیده می‌شود» برای اولین بار، بحث می‌کند که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، محرکی که از آن ترسیده می‌شود، ویژگی‌هایی از «خود» هستند که این افراد آن ویژگی‌ها را ناکارآمد، ناقص یا متضاد انتظارات یا هنجارهای اجتماعی که درک کرده‌اند، تصور می‌کنند نه موقعیت اجتماعی فی‌نفسه. مطابق این مفهوم‌سازی، ویژگی‌های خود در ۴ حوزه- «مهارت‌های اجتماعی و رفتار»، «کنترل و احساس‌های درونی اضطراب»، «ظاهر فیزیکی» و «ویژگی‌های شخصیتی»- کانون نگرانی در اختلال اضطراب اجتماعی هستند [ر. ک. ۱۵، ۱۶]؛ بنابراین، الگوی موسکویچ [۱۳] به‌عنوان یک الگوی مبتنی بر

«اختلال اضطراب اجتماعی»^۱ یا «هراس اجتماعی»^۲ اختلال تضعیف‌کننده‌ای است که با ترس از بروز رفتار به شکل نامناسب و غیرقابل قبول، ترس از ارزیابی منفی و سطوح بالای اضطراب و اجتناب در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشخص می‌شود [۱، ۲]. نظر به اینکه سیر این اختلال، بدون مداخله درمانگرانه، سیری مزمن و بدون بهبود است [۳، ۴، ۵]، بنابراین، لزوم ارزیابی عینی و مداخلات درمانی مؤثر، بجا و ضروری می‌نماید. در این راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که «درمان شناختی رفتاری»^۳، در کاهش علائم و درمان اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر می‌باشد [۶، ۷، ۸]. اگرچه مؤلفه‌های اصلی درمان‌های مبتنی بر درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی، ترکیبی از مواجهه^۴ و بازسازی شناختی^۵ هستند [۹، ۱۰]. ولی هنوز نیاز به تلاش‌های گسترده‌تر برای پیشبرد درمان‌های خاص اختلال اضطراب اجتماعی مطرح است [۹]. طوری که در جریان تحول تبیین دیدگاه‌های شناختی رفتاری از این اختلال، به‌منظور درک بهتر این پدیده آسیب‌شناختی و ارائه خدمات درمانی بهتر، الگوهای متعددی از جمله الگوی رایپی^۶ و هیمبرگ^۷ [۱۱] (معروف به مدل هیمبرگ)، کلارک^۸ و ولز^۹ [۱۲]، هافمن^{۱۰} [۹] و موسکویچ^{۱۱} [۱۳] ارائه و مؤلفه‌های مختلف و به‌تبع آن، تکنیک‌های پیشرفته‌تر، بالاخص از زمان ارائه برنامه درمانی هافمن [۱۴] و موسکویچ [۱۵، ۱۳] پیشنهاد شده‌اند [۱۶]. در فرآیند این تحول، مؤلفه مواجهه و نوع روش آن، همواره به‌عنوان عنصر اساسی این الگوهای درمانی، مطرح بوده است [۱۶]. به‌طور مثال، راهنمای درمانی هیمبرگ [۷] که شناخته‌شده‌ترین الگو برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی است و از آن به‌عنوان «الگوی درمان شناختی رفتاری سنتی برای اختلال اضطراب اجتماعی» یاد می‌شود [۹]، شامل چندین مؤلفه درمانی متمایز ولی درهم‌آمیخته است که عناصر آن عبارتند از: آموزش روانشناختی^{۱۲}، بازسازی شناختی، ایفای نقش^{۱۳} و مواجهه واقعی^{۱۴} با موقعیت‌های ترس‌آور. در رابطه با اثربخشی این الگوی درمانی، پژوهشگران اشاره بر آن داشته‌اند که راهبردهای درمانی

¹ Social Anxiety Disorder (SAD)

² Social Phobia

³ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

⁴ Exposure

⁵ Cognitive restructuring

⁶ Rapee, R. M.

⁷ Heimberg, R. G.

⁸ Clark, D. M.

⁹ Wells, A.

¹⁰ Hofmann, S. G.

¹¹ Moscovitch, D. A.

¹² Psychoeducation

¹³ Role play

¹⁴ Exposure to situation

¹⁵ Social Self-Reappraisal Therapy (SSRT)

¹⁶ Exposure to self

¹⁷ Exposure to self-situation

¹⁸ Persons, J. B.

پیگیری‌های ۱/۵ ماهه، ۴ ماهه و یکساله) مدنظر بوده است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر، دربرگیرنده تمامی دانشجویان دختر و پسر ۳۰-۱۸ ساله شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در دانشگاه‌های شاهد و تهران بوده که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده‌اند.

ب) نمونه: نمونه مطالعه حاضر نیز دربرگیرنده ۴ گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) بوده است که تعداد آزمودنی‌های هر گروه، ۶ نفر و در مجموع، ۲۴ آزمودنی در این مطالعه شرکت داشته‌اند. لازم به ذکر است که نمونه‌گیری در سه مرحله انجام گردید. مرحله اول دربرگیرنده یک سرند کلی بود که طی آن، «پرسشنامه هراس اجتماعی»^۲ [۲۸] بر روی ۱۱۴۸ دانشجویان اجرا گردید و انتخاب افراد براساس یک نمره انحراف معیار بالاتر از میانگین پرسشنامه هراس اجتماعی در سرند اولیه در این مطالعه و مطالعات قبلی [۲۹] بود (نمره ۲۷/۵ برای دانشجویان پسر و نمره ۲۴/۸۸ برای دانشجویان دختر). از این‌رو، در مرحله اول نمونه‌گیری، از اجرای ۱۱۴۸ پرسشنامه، ۱۳۶ نفر، نمره لازم را کسب کردند که از بین آن‌ها ۵۳ نفر حاضر به شرکت در مرحله بعد شدند.

در مرحله دوم، برای تأیید تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و جنبه‌های افتراقی آن در نمونه حاصل از مرحله نخست، «مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»^۳ [۳۰] انجام گرفت و ۳۸ نفر (۷۱٪) وارد مرحله بعد شدند. در مرحله سوم، نیز از بین ۳۸ نفر مرحله قبلی، ۱۰ نفر به دلایل عدم هماهنگی با ساعات تشکیل گروه یا جلسات دوره و یا تراکم فعالیت‌های آموزشی‌شان در مقطع زمانی اجرای طرح، در گروه انتظار قرار گرفته، این افراد جزء گروه کنترل باقی ماندند. (البته تنها ۶ نفر آن‌ها بعد از اتمام مداخله در گروه‌های آزمایش، تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها و ادامه فعالیت‌ها را نشان دادند)؛ بنابراین، ۲۸ نفر باقی‌مانده به تصادف بین سه گروه درمانی توزیع شدند (۱۱ نفری برای گروه مواجهه با موقعیت، یک گروه ۹ نفری برای مواجهه با خود-موقعیت، یک گروه ۸ نفری برای مواجهه با خود). لازم به ذکر است که از سه گروه، در مجموع، ۹ نفر به دلایل، بیماری و تداخل ساعت آموزشی با برنامه دوره، تراکم برنامه آموزشی و شرکت در کنکور کارشناسی ارشد، مشکلات خانوادگی، مهاجرت و ۱ نفر هم به دلایل نامشخص، بعد از یکی دو جلسه اول، دیگر در جلسات شرکت نکردند. سرانجام، از ۲۸ نفر، ۱۸ نفر (۶ نفر در هر گروه آزمایش) باقی ماندند که با ۶ نفر گروه کنترل، در مجموع، ۲۴ نفر در بررسی‌های نهایی این مطالعه شرکت کردند.

لازم به ذکر است که اطلاعات مربوط به ۴ گروه کنترل و آزمایش از لحاظ همگنی یا ناهمگنی ویژگی‌های جمعیتی شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی) در جدول ۱ در بخش نتایج ارائه شده است. همچنین با توجه به اینکه

«مواجهه با خود» شناخته می‌شود و طراحی و استفاده از تکنیک‌هایی به منظور مواجهه با «خود» و ابعاد آن، یک بخش اساسی در این الگو به شمار می‌رود.

در پی پیشنهاد موسکویچ [۱۳]، مبتنی بر مواجهه با خود، عطری فرد و شعیری [۱۵]، یک راهنمای درمانی مبتنی بر مواجهه با خود را طراحی و کارآزمایی بالینی آن را تأیید کرده‌اند. در مجموع، آنچه با در نظر گرفتن الگوهای درمان شناختی رفتاری در حوزه اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان اظهار داشت، این است که همه الگوها با عناوین متفاوتی بر «خود»، به‌عنوان یک مؤلفه مشترک، به‌طور ضمنی یا صریح تأکید می‌کنند و تفاوت الگوهای مذکور در تأکید بر «خود» و جایگاه و نقشی است که به آن می‌دهند که به‌تبع آن، انتظار می‌رود این تفاوت، در سطح راهبردهای درمانی و تأثیر آن در درمان اختلال اضطراب اجتماعی نیز مشهود باشد [۱۶]؛ بنابراین لزوم انجام پژوهش در جهت مقایسه اثربخشی سه الگوی درمان شناختی رفتاری مذکور؛ یعنی الگوهای «مواجهه با موقعیت» (همبرگ)، «مواجهه با خود-موقعیت» (هافمن) و «مواجهه با خود» [۱۵] مطرح می‌گردد. چه، بررسی میزان و طول مدت اثربخشی و حتی رسیدن سریع‌تر به آثار درمانی، می‌تواند متخصصان این حوزه را در انتخاب الگوی درمانی برتر، جهت ارائه خدمات مفیدتر به مراجعان یاری نماید.

اهمیت و لزوم این بررسی، بالاخص در شرایطی که بافت فرهنگی در بروز و شدت این اختلال در جوامع مختلف اثرگذار است [۲۵، ۲۶، ۲۷]، بیشتر نمایان می‌گردد. در مجموع، با توجه به تمهیدهای یاد شده و نیز تمایزهای فرهنگی در ارتباط با اختلال اضطراب اجتماعی، پژوهش حاضر، به دنبال پاسخگویی به این سؤال‌ها می‌باشد که کدام‌یک از الگوهای درمان شناختی رفتاری مذکور، در درمان نمونه ایرانی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثرتر است؟ و ماندگاری اثربخشی هر یک از آن‌ها چگونه می‌باشد؟ و کدام‌یک از این مداخله‌ها تأثیر خود را در گذران زمان بیشتر حفظ می‌کند؟

روش

نوع پژوهش

در واریسی سؤال اول، پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. لازم به ذکر است که در بررسی سؤال دوم، به دلیل محدودیت‌های اخلاقی، امکان نگه‌داشتن گروه کنترل بدون درمان، طی مدت زمان یکساله مقدور نبود، بنابراین، تنها سه گروه آزمایش مورد واریسی قرار گرفتند تا ماندگاری آثار مداخلات درمانی بررسی شود. از این‌رو، در رابطه با سؤال دوم، پژوهش حاضر از نوع اندازه‌گیری‌های مکرر^۱ با ۳ گروه آزمایش بود که در آن مشاهده یا اندازه‌های مکرر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون،

¹ Repeated measures

² Social Phobia Inventory (SPIN)

³ Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

ضریب بازآزمایی پرسشنامه هراس اجتماعی را بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن را ۰/۸۲ - ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز، در پژوهش حسنونند عموزاده و همکاران [۲۹]، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و اعتبار همگرایی خرده مقیاس‌های آن، بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ می‌باشد.

ج) مقیاس تصویر خود منفی^۳ [۳۲]: این ابزار، مقیاسی شامل ۲۷ عبارت است که پاسخ به هر عبارت، در دامنه (۱) "اصلاً نگران نیستم" تا (۵) "خیلی زیاد نگرانم" درجه‌بندی می‌شود. نمره کل، حاصل جمع نمره تمامی آیتم‌هاست. نتایج تحلیل‌های عاملی موسکوویچ و هایدن [۳۲] بیانگر وجود سه خرده مقیاس نگرانی درباره (۱) کفایت اجتماعی؛ (۲) ظاهر فیزیکی؛ و (۳) علائم اضطراب است. آلفای کرونباخ کل این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ است. ضریب بازآزمایی کل این مقیاس در فاصله یک هفته، نیز ۰/۷۵ گزارش شده است. بررسی اعتبار همگرایی مقیاس تصویر خود منفی با سایر مقیاس‌های این حوزه، بین ۰/۷۳ تا ۰/۶۳ بوده است [۳۲]. بررسی مقدماتی بر روی این مقیاس در نمونه غیربالینی ایرانی بیانگر آن است که آلفای کرونباخ این سه خرده مقیاس و نمره کل در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ قرار دارد و ضریب بازآزمایی کل این مقیاس در فاصله یک هفته، نیز ۰/۷۵ گزارش شده است. در بررسی اعتبار سازه این مقیاس با دیگر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، ضرایب همبستگی، در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۱=۹ و معنادار بوده است [۳۳].

د) مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی^۴ و مقیاس هراس اجتماعی^۵ [۳۴]: این مقیاس‌ها، ابزارهای خودسنجی ۲۰ عبارتی هستند که به ترتیب، ترس از تعامل اجتماعی و موقعیت‌های عملکردی را می‌سنجند. پاسخ‌دهی به آن‌ها در قالب مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای - اصلاً مشخصه من نیست (۰) تا خیلی زیاد مشخصه من است (۴) - می‌باشد. نتایج مطالعات نشان داده‌اند که هر دو مقیاس، ضرایب بازآزمایی بالا (۰/۹۳ - ۰/۹۱)، اعتبار همگرایی قابل قبول (۰/۷۷ - ۰/۵۹) و سطوح بالای آلفای (کرونباخ) ۰/۹۰ و ۰/۹۱ و اعتبار افتراقی مناسبی دارند (متیک و کلارک، ۱۹۹۸). مطالعه شعیری و همکاران [۳۵] در جمعیت ایرانی نشان می‌دهد که آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، ۰/۸۶ و مقیاس هراس اجتماعی، ۰/۹۱، ضرایب بازآزمایی (با فاصله دو هفته) مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی برابر ۰/۸۹ و مقیاس هراس اجتماعی برابر ۰/۹۰ اعتبار همگرایی مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی و مقیاس هراس اجتماعی با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی در حد قابل قبول و معنادار است (۰/۹۳ - ۰/۵۰) است.

ح) نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی^۶ [۳۶]: نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی^۷ یک پرسشنامه ۱۲ ماده‌ای است که ترس افراد را از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن، می‌سنجد. عبارات این مقیاس در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً مشخصه من نیست) تا خیلی زیاد مشخصه من است (۵) درجه‌بندی می‌شود. لازم به ذکر است که در مطالعه خارجی،

انتخاب نمونه براساس نمره پرسشنامه هراس اجتماعی انجام شده است، لذا در بخش ارائه نتایج، بررسی مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها و همگنی واریانس گروه‌ها هم بر اساس نمره این مقیاس انجام شده است.

قابل توجه است که ملاک‌های شمول آزمودنی‌ها عبارت بود از: شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه‌های شاهد و تهران؛ دارای محدوده سنی ۱۸ - ۳۰؛ دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی براساس پرسشنامه هراس اجتماعی [۲۸] دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی براساس پرسشنامه هراس اجتماعی [۲۸] و مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [۳۰]؛ در صورت استفاده همزمان دارودرمانی، کناره‌گیری از دارو با هماهنگی پزشک مسئول قبل از شروع درمان. همچنین ملاک‌های عدم شمول به این ترتیب بود:

دریافت درمان دارویی یا غیر دارویی مشابه در گذشته؛ دریافت درمان دارویی و غیر دارویی دیگر، به‌طور همزمان با مطالعه حاضر؛ استفاده از داروهای روان‌گردان؛ دریافت تشخیص فعلی اختلال افسردگی عمده، دوقطبی، سایکوتیک، وابستگی به مواد یا الکلی، یا صرع؛ دریافت تشخیصی برای اختلالات محور II؛ داشتن نیاز به توجه فوری مثلاً کسانی که برای خودشان یا دیگری تهدید فوری ایجاد می‌کنند یا رفتارهای آسیب‌زننده به خود دارند.

ابزارهای پژوهش

الف) مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ [۳۰]: مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی «چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» [۳۱] و به‌منظور تشخیص اختلالات روانی، به‌صورت ساختاریافته طراحی شده است. در این مطالعه بخش‌های مربوط به اختلال اضطراب اجتماعی و وجوه افتراقی مرتبط، از مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در مورد آزمودنی‌ها به‌منظور تأیید نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است.

ب) پرسشنامه هراس اجتماعی [۲۸]: این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی است. پرسشنامه هراس اجتماعی براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای - به‌هیچ‌وجه (۰) تا خیلی زیاد (۴) - درجه‌بندی می‌شود. کونور^۲ و همکاران [۲۸]

¹ Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th Ed.) (DSM-IV)

² Connor, K. M.

³ Negative Self-Portrayal Scale (NSPS)

⁴ Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)

⁵ Social Phobia Scale (SPS)

⁶ Brief version of the Fear of Negative Evaluation (BFNE)

⁷ Fear of Negative Evaluation (FNE)

برای ادامه مسیر به‌تنهایی - بستن گروه [۷].

ب) رئیس کلی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر «مواجهه با خود- موقعیت»: این الگوی درمانی در قالب ۱۲ جلسه گروهی با یک درمانگر (خانم) و یک کمک درمانگر (آقا) و ۲ جلسه انفرادی برای هر مراجع، به‌منظور تنظیم درمان با توجه به نیازهای و شرایط هر مراجع اجرا شد. رئیس کلی جلسات به این ترتیب است: جلسه اول: ایجاد ارتباط و بحث درباره‌ی منطق درمان - تمرین خانگی. جلسه دوم: مرور تکلیف خانگی از هفته گذشته - مرور الگوی درمانی - مواجهه‌های ضمن جلسه - ارائه‌ی تمرین خانگی. جلسات سوم تا ششم: ساختار جلسه سوم تا ششم بسیار شبیه به جلسه دوم است؛ یعنی دربرگیرنده‌ی مرور تکلیف خانگی از هفته گذشته - مواجهه‌های درون جلسه و تمرین خانگی است. - جلسه هفتم الی آخر: طراحی مواجهه‌های بدیوارانه واقعی در خارج از محیط گروه و بحث‌های گروهی درباره این مواجهه‌ها در درون جلسه. طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرور تکلیف خانگی. جلسه آخر: بستن گروه - بحث از آنچه که یاد گرفته شده و خلاصه کردن پیشروی هر عضو گروه - تأکید بر کارکرد مستقل و مهارت‌های مثبتی که هر بیمار یاد گرفته است [۱۴].

ج) رئیس کلی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر «مواجهه با خود»: این درمان، طی ۵ تا ۱۵ جلسه ۱ ساعته و به‌صورت انفرادی توسط عطری فرد و شعیری [۱۵] طراحی شده و کارآزمایی بالینی مقدماتی آن به اثبات رسیده است. این درمان، طی ۵ تا ۱۵ جلسه ۱ ساعته و به‌صورت انفرادی طراحی شده است.

لازم به ذکر است که تعداد جلسات می‌تواند با توجه به نیمرخ منحصر به فرد هر آزمودنی در نوسان باشد. رئیس کلی جلسات به این ترتیب است:

جلسه اول و دوم: برقراری رابطه‌ی درمانی - بحث درباره الگوی درمانی - تهیه‌ی سلسله‌مراتب ترس و اجتناب به‌طور کلی - تمرین خانگی.

جلسات سوم تا پنجم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس بعد قابل مشاهده‌ی اضطراب و بازسازی شناختی مرتبط با آن، مواجهه درون جلسه، تمرین خانگی.

جلسات ششم تا هشتم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس بعد ظاهر فیزیکی و بازسازی شناختی مرتبط با آن است، انجام مواجهه درون جلسه، تمرین خانگی.

جلسات نهم تا یازدهم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس بعد مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی و بازسازی شناختی مرتبط با آن، مواجهه درون جلسه، تمرین خانگی.

جلسات دوازدهم تا چهاردهم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس ویژگی‌های شخصیت و بازسازی شناختی مرتبط با آن، انجام مواجهه درون جلسه، تمرین

این ابزار، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بالا (۰/۹۰) و پایایی بازآزمایی مناسبی را (۰/۷۵) در نمونه‌ای از دانشجویان نشان داده است و با نسخه‌ی اصلی این مقیاس «مقیاس ترس از ارزیابی منفی» همبستگی بالایی دارد (۰/۹۶) (۳۶]. مطالعات دیگر هم اعتبار همگرا و تشخیصی مناسبی را برای این مقیاس نشان داده‌اند [۳۷، ۳۸]. است و در بررسی اعتبار همگرای این ابزار با پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی و مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی نیز، همبستگی‌ها به ترتیب، ۰/۴۳ و ۰/۵۴ و معنادار می‌باشد [۳۹].

و) مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز - نسخه‌ی خودگزارش‌دهی [۴۰]: این مقیاس، شامل ۲۴ آیتم است که ترس و اجتناب از تعدادی موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ عبارت) و عملکردی (۱۳ عبارت) را در ۶ خرده مقیاس جداگانه و یک نمره کلی می‌سنجد. لازم به ذکر است که برای خرده مقیاس ترس، هر آیتم از ۰ (هیچ) تا ۳ (شدید) و برای خرده‌مقیاس اجتناب، هر آیتم از ۰ (هرگز) تا ۳ (معمولاً) درجه‌بندی می‌شود (بکر و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات خارجی نشان داده‌اند که پایایی بازآزمایی این ابزار، ۰/۸۳، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۵، اعتبار همگرا و افتراقی نیز مناسب است [۴۰، ۴۱]. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در مطالعه عطری فرد و همکاران [۴۲] در نمونه‌ی ایرانی نشان می‌دهد که پایایی بازآزمایی مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز و خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۷۶ قرار دارد و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن‌ها نیز در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده و اعتبار همگرای مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی نیز در حد قابل قبولی است (۰/۹۴ تا ۰/۴۶) است. لازم به ذکر است که در تحقیق حاضر از نمره‌ی کلی این مقیاس در ارزیابی‌ها استفاده شده است.

مداخلات درمانی

الف) رئیس کلی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر «مواجهه با موقعیت»: این درمان، به‌صورت گروهی و در قالب جلسات ۲ ساعته و طی ۱۲ جلسه اجرا می‌شود. لازم به ذکر است که به‌منظور آموزش مراجعان در امر بازسازی شناختی و تناسب روند درمان با هریک از آنان، برای هر فردی، ۲ جلسه انفرادی ۱ ساعته نیز اجرا گردید. رئیس کلی جلسات به این ترتیب است: جلسه اول و دوم: ایجاد ارتباط و بحث بر روی الگوی شناختی رفتاری اضطراب اجتماعی، سه مؤلفه‌ی درمان (مواجهه‌ی ایفای نقش در گروه، بازسازی شناختی، تکلیف مواجهه‌ی واقعی و کار شناختی همراه با آن). جلسه سوم تا یازدهم: انجام رویارویی‌ها ایفای نقش توسط هر مراجع در جلسه - تعیین تکلیف خانگی (مواجهه‌ی واقعی همراه با فعالیت بازسازی شناختی مرتبط با فعالیت درون جلسه). جلسه دوازدهم: مرور میزان پیشرفت اعضای گروه - تعیین پاسخ‌های منطقی که افراد می‌خواهند تداوم یابد - تنظیم اهداف

¹ Liebowitz Social Anxiety Scale Self-report (LSAS-SR)

² Multiple Analyses Of Variance (MANOVA)

چندگانه^۲ و آزمون‌های تعقیبی آن (تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی) و در پاسخگویی به سؤال دوم، یعنی واریانس ماندگاری اثربخشی سه درمان شناختی رفتاری در تکرار اندازه‌گیری‌های چهارگانه (پس آزمون و پیگیری ۱/۵ ماهه، ۴ ماهه و ۱ ساله)، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (طرح آمیخته) استفاده شده است.

نتایج

در این قسمت، ابتدا، اطلاعات جمعیت شناختی چهار گروه کنترل و آزمایش و یافته‌های توصیفی مرتبط با پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱/۵ ماهه، ۴ ماهه و یکساله ارائه می‌شود، سپس به تحلیل داده‌ها براساس مقیاس‌ها پرداخته می‌شود.

خانگی. جلسه پانزدهم: مرور میزان پیشرفت فرد- تأکید بر کارکرد مستقل و مهارت‌های مثبتی که بیمار یاد گرفته است- بحث درباره احتمال بازگشت اضطراب- تعیین پاسخ‌های منطقی که فرد می‌خواهد تداوم یابد و خاتمه درمان [۱۵].

شیوه تحلیل داده‌ها

به‌منظور تحلیل داده‌ها، در این پژوهش علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی، از آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه ۴ گروه آزمایش و کنترل در مقیاس‌ها در پیش آزمون استفاده گردیده است. همچنین در پاسخگویی به سؤال اول، به‌منظور مقایسه تأثیر متغیر مستقل (سه درمان شناختی رفتاری) بر متغیر وابسته (میزان اضطراب اجتماعی در پرسشنامه‌های مورد استفاده) در فاصله پیش آزمون- پس آزمون، از تحلیل واریانس

جدول ۱. شاخص‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و نتایج مربوط به مقایسه گروه‌ها در این متغیرها (n=۲۴)

متغیر	شاخص	نتایج آزمون آماری			
		گروه ۴	گروه ۳	گروه ۲	گروه ۱
سن	میانگین (انحراف معیار)	(۰/۵۴)۲۱/۵	(۲/۲۵)۲۲/۵	(۱/۷۵)۲۳/۳۳	(۱/۳۳)۲۰/۸۳
جنسیت	زن	۶	۶	۵	۶
	مرد	۰	۰	۱	۰
سطح تحصیلات	کارشناسی	۶	۴	۳	۶
	کارشناسی ارشد	۰	۲	۳	۰
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۶	۵	۵
	متاهل	۰	۰	۱	۱

توجه: گروه ۱= گروه مواجهه با خود؛ گروه ۲= گروه مواجهه با خود-موقعیت؛ گروه ۳= گروه مواجهه با موقعیت؛ گروه ۴= گروه کنترل

همچنین ۱ ساله، دارای تفاوت‌هایی هستند. بررسی معناداری این تفاوت‌ها در بخش بعدی ارائه می‌گردد.

ب) در این بخش، به‌منظور بررسی معناداری تفاوت بین گروه‌ها در پیش آزمون، از تحلیل واریانس چندگانه استفاده شد و نتایج تحلیل واریانس چندگانه در مقایسه میانگین ۴ گروه در متغیرهای پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس تصویر خود منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در مرحله پیش آزمون، بیانگر عدم تفاوت معنادار میانگین ۴ گروه در متغیرهای مورد نظر در این مرحله است (میزان F از ۰/۷۱ تا ۰/۹۷؛ درجه‌های آزادی بین گروهی=۳؛ درون گروهی=۲۰؛ کل=۲۳؛ $P>۰/۰۵$). همچنین به‌منظور واریانس مقایسه‌ای اثربخشی سه درمان شناختی رفتاری در فاصله پیش آزمون- پس آزمون، نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس تحلیل واریانس چندمتغیره ارائه می‌شود (جدول ۳-۵). نتایج تحلیل واریانس چندگانه نشان می‌دهد که از بین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در بین سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل، حداقل یکی از آن‌ها و یا بیشتر، براساس لامبدای ویلکز معنادار است. به‌منظور بررسی اینکه تفاضل نمرات پیش آزمون-

نتایج جدول ۱ دربرگیرنده عدم تفاوت معنادار بین ۴ گروه در متغیرهای جمعیت شناختی سن (بر اساس تحلیل واریانس)، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل (بر اساس آزمون خی دو) است. بنابراین می‌توان اظهار نمود که این ۴ گروه از لحاظ متغیرهای موردنظر همگن می‌باشند.

همچنین مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها و همگنی واریانس در ۴ گروه براساس نمره SPIN انجام شد. از آنجا که در نمونه‌های با حجم کوچکتر از ۵۰ نفر، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده می‌شود، در مطالعه حاضر نیز از این آزمون بکار گرفته شد و نتایج بیانگر عدم معناداری آن ($P>۰/۰۵$) بود؛ به عبارت دیگر مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها تأیید شد. در مورد همگنی واریانس ۴ گروه براساس نمره SPIN هم از آزمون لون استفاده شد که نتایج، همگنی واریانس ۴ گروه را تأیید کرد ($P=۰/۲۱$ ؛ $df_1=۳$ ، $df_2=۲۰$ ؛ شاخص لون).

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در مقیاس‌های پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس تصویر خود منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در پیش آزمون و پس آزمون و همچنین نتایج گروه‌های سه‌گانه (سه گروه آزمایش) در پیگیری‌های ۱/۵ و ۴ ماهه و

^۱ Shapiro-Wilk Test

پس از آزمون کدامیک از چهار گروه مذکور، در این ۶ نمره، معنادار می‌شود. است، نتایج تحلیل واریانس‌های یک راهه در جدول ۴ ارائه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مربوط به گروه‌های چهارگانه (II هر گروه = ۶) در پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس تصویر خود منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری ۱/۵ ماهه، ۴ ماهه، ۱ ساله

مقیاس	گروه شاخص	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری ۱/۵ ماهه		پیگیری ۴ ماهه		پیگیری ۱ ساله	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مقیاس هراس رشننامه هراس اجتماعی	گروه ۱	۸/۸۳	۳۷	۳/۰۳	۶/۱۷	۳/۵۴	۶/۱۷	۴/۷۱	۶/۱۷	۵/۶۴	۵/۸۳
	گروه ۲	۸/۷۸	۳۷/۵	۵/۲۰	۱۰/۶۶	۶/۹۸	۸/۱۷	۵/۲۳	۸/۱۷	۷/۲۰	۱۰/۵
	گروه ۳	۵/۵۷	۳۶/۶	۶/۴۰	۹/۹۷	۴/۸۳	۸/۸	۳/۰۶	۸/۸	۶/۹۷	۷/۸۳
	گروه ۴	۴/۰۷	۳۲/۸۳	۸/۰۴	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس اضطراب در تعامل اجتماعی	گروه ۱	۱۱/۰۷	۴۰/۵۷	۵/۵	۶/۸۳	۲/۸۶	۸/۵	۴/۵۹	۸/۵	۵/۳۲	۶/۵
	گروه ۲	۸/۰۹	۳۷/۵	۸/۳۷	۱۷	۶/۲۶	۱۷/۳۳	۳/۵۶	۱۷/۳۳	۱۴/۱۵	۲۲/۶۷
	گروه ۳	۶/۵۴	۳۹	۱۱	۱۵/۵	۴/۵	۱۸/۵	۳/۹۴	۱۸/۵	۹/۹۳	۱۷/۶۷
	گروه ۴	۲۱/۷۱	۴۲	۱۴/۹۰	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس هراس از عملکرد	گروه ۱	۱۶/۴۹	۳۴/۱۷	۵	۴/۱۷	۳/۴۳	۵/۶۷	۴/۸۰	۵/۶۷	۲/۵۶	۳/۸۳
	گروه ۲	۱۲/۷۳	۳۱	۶/۳۵	۹/۸۳	۵/۱۲	۶	۵/۱	۶	۱۴/۹۶	۱۷/۳
	گروه ۳	۸/۳۱	۳۹/۵	۷/۶۹	۸/۱۷	۴/۲۶	۷/۶۷	۴/۲۳	۷/۶۷	۷/۷۳	۸/۸۳
	گروه ۴	۱۴/۳۱	۳۸/۳۳	۱۲/۳۳	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس ترس از ارزیابی منفی	گروه ۱	۶/۲۴	۴۶/۸۳	۲۵/۳۳	۲/۹۳	۵/۸۵	۲۵/۸۳	۲۴/۳۳	۲۴/۳۳	۶/۷۱	۲۳/۱۷
	گروه ۲	۶/۸۹	۴۵/۵	۱۱/۷۲	۲۳/۶۷	۹/۳۱	۳۳/۶۷	۷/۴۵	۳۳/۶۷	۱۱/۲۰	۳۲/۱۷
	گروه ۳	۳/۱۹	۴۴/۱۷	۲۹/۱۷	۲۷/۵	۵/۱۲	۳۰/۱۷	۳/۸۲	۳۰/۱۷	۶/۳۴	۲۵/۸۳
	گروه ۴	۴/۴۶	۴۴/۶۷	۴/۳۳	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس تصویر خود منفی	گروه ۱	۲۳/۵۹	۷۷/۶۷	۳/۱۸۳	۴/۷۱	۳/۹۳	۳/۱۳۳	۲/۹۶۷	۳/۹۳	۴/۰۳	۳/۱۳۳
	گروه ۲	۲۲/۵۹	۶۰	۴۳/۵	۱۱/۱۱	۶/۸۵	۳۳/۸۳	۳۴/۶۷	۶/۸۵	۱۳/۰۳	۴۲/۳۳
	گروه ۳	۱۸/۸۴	۷۷/۸۳	۴۲/۸۳	۱۱/۳۷	۶/۷۷	۳۷/۳۳	۳۴/۳۳	۶/۷۷	۹/۶۱	۳۷/۶۷
	گروه ۴	۲۴/۴۰	۷۱	۶۴/۸۳	۱۶/۲۴	-	-	-	-	-	-
مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز	گروه ۱	۶/۱۳۸	۶۱/۳۸	۱۷/۸۳	۸/۳۸	۱۰/۸۷	۱۹/۱۷	۱۳/۶۷	۱۳/۶۷	۹/۸۴	۱۴
	گروه ۲	۲۴/۵۵	۶۳/۸۳	۴۳/۳۳	۱۸/۶۰	۱۲/۹۳	۲۷/۳۳	۳۱/۳۳	۱۲/۹۳	۳۲/۴۰	۳۵/۶۷
	گروه ۳	۲۲/۴۰	۷۶	۳۲/۱۳	۲۴/۵۷	۱۴/۹۴	۲۵/۶۷	۲۹/۵	۱۴/۹۴	۱۹/۹۳	۳۰/۵۰
	گروه ۴	۱۳/۷۵	۶۶/۵	۷۶/۳۳	۱۶/۱۹	-	-	-	-	-	-

توجه: گروه ۱ = گروه مواجهه با خود؛ گروه ۲ = گروه مواجهه با خود - موقعیت؛ گروه ۳ = گروه مواجهه با موقعیت؛ گروه ۴ = گروه کنترل

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در نمرات حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی

گروه	ارزش	F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۱/۴۹	۲/۷۹	P<۰/۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۲/۸۹	P<۰/۰۱
اثر هتلینگ	۳/۷۸	۲/۸۷	P<۰/۰۱
ریشه دوم ری	۲/۴۲	۶/۸۵	P<۰/۰۱

جدول ۴. خلاصه نتایج مربوط به تحلیل واریانس یک راهه تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل)

شاخص مقیاس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معناداری
«مقیاس اضطراب در تعامل اجتماعی»	۳۵۰۴/۳۱	۳	۱۱۶۸/۱۰	۷/۹۹	P<۰/۰۰۱
«مقیاس هراس از عملکرد»	۲۷۴۹/۶۷	۳	۹۱۶/۵۶	۶/۱۸	P<۰/۰۰۱
«مقیاس ترس از ارزیابی منفی»	۱۴۲۷/۶۷	۳	۴۷۵/۸۹	۴/۳۵	P<۰/۰۵
«مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز»	۱۱۵۲۶/۷۳	۳	۳۸۴۲/۳۴	۵/۵۳	P<۰/۰۱
«مقیاس تصویر خود منفی»	۶۱۹۶/۱۷	۳	۲۰۶۵/۳۹	۴/۶۹	P<۰/۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی در بررسی تفاوت تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل)

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین تفاضل	معناداری
«مقیاس اضطراب در تعامل اجتماعی»	گروه ۱	۱۹/۴	۰/۰۶
	گروه ۲	۱۷/۵۷	۰/۰۹
	گروه ۳	۳۴/۰۷*	۰/۰۰۰۱
	گروه ۱	-۱/۸۳	۰/۹۹
	گروه ۲	۱۴/۶۷	۰/۱۹
	گروه ۳	۱۶/۵	۰/۱۲
	گروه ۱	۱۰/۵	۰/۴۶
	گروه ۲	۱/۳۳	۰/۹۹
	گروه ۳	۲۶/۸۳*	۰/۰۱
«مقیاس هراس از عملکرد»	گروه ۱	-۹/۱۷	۰/۵۷
	گروه ۲	۱۶/۳۳	۰/۱۳
	گروه ۳	۲۵/۵*	۰/۰۱
	گروه ۱	-۱/۳۳	۰/۹۹
	گروه ۲	۶/۵	۰/۷۱
	گروه ۳	۱۸/۱۷*	۰/۰۱
	گروه ۱	۷/۸۳	۰/۵۶
	گروه ۲	۱۹/۵*	۰/۰۱
	گروه ۳	۱۱/۶۷	۰/۲۵
«مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز»	گروه ۱	-۰/۳۲	۰/۷۹
	گروه ۲	۵۳/۸۳*	۰/۰۱
	گروه ۳	-۱۴/۳۷	۰/۷۸
	گروه ۱	۳۹/۳۳	۰/۰۷
	گروه ۲	۵۳/۷*	۰/۰۱
	گروه ۳	۸/۸۱	۰/۴۵
	گروه ۱	۳۱/۸۷*	۰/۰۰۱
	گروه ۲	-۱/۱۸	۰/۹۸
	گروه ۳	۲۳/۰۶*	۰/۰۱
«مقیاس تصویر خود منفی»	گروه ۱	۲۴/۲۳*	۰/۰۱
	گروه ۲	۲۹/۳۳	۰/۱۱
	گروه ۳	۱۰/۸۳	۰/۸۱
	گروه ۱	۴۱/۵*	۰/۰۱
	گروه ۲	-۱۸/۵	۰/۴۴
	گروه ۳	۱۲/۱۷	۰/۷۵
	گروه ۱	۳۰/۶۷	۰/۰۹

ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) معنادار می‌باشد. به‌منظور

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از

آن‌ها نیز ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج، اشاره به دو نکته ضروری می‌نماید.

اول اینکه دو پیش‌فرض مربوط به تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر، آزمون باکس (برای واریانس همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس) و آزمون کرویت موچلی (برای واریانس تساوی واریانس تفاوت بین گروه‌ها) است. در مورد انجام آزمون باکس، با توجه به نظر تیانیک و فیدل [۴۳] مبنی بر اینکه در صورت تساوی اندازه نمونه‌ها، ارزیابی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از طریق آزمون باکس ضرورتی ندارد، لذا در اینجا، این بررسی انجام نشده است. در مورد آزمون کرویت موچلی نیز، در مواردی که آزمون کرویت موچلی معنادار باشد، باید از تقریب F استفاده کرد که مقدار آن برابر میزان شاخص هاین فلت (در مواردی که شاخص اسپیلون بالای $0/75$ است) یا شاخص گرین هاوس گیسر (در مواردی که شاخص اسپیلون پایین‌تر از $0/75$ است) می‌باشد و در مواردی که آزمون کرویت موچلی معنادار نشده باشد از خود آزمون F استفاده کرد که میزان آن از شاخص اسفیرستی به دست می‌آید [۴۴].

دوم اینکه برای انتخاب آزمون تعقیبی تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر، در مواردی که کرویت برقرار باشد از آزمون تعقیبی توکی و در غیر این صورت از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده می‌گردد [۴۴].

بررسی چگونگی این تفاوت معنادار، به ارائه نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول ۵ می‌پردازیم.

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین تفاضل سه گروه مواجهه با خود، مواجهه با خود- موقعیت و مواجهه با موقعیت، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ولی با گروه کنترل، تفاوت معنادار دارند. البته لازم به ذکر است که میانگین تفاضل گروه مواجهه با خود با گروه کنترل، براساس هر ۶ نمره حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی تفاوت معناداری دارد در حالی که میانگین تفاضل گروه مواجهه با خود- موقعیت با گروه کنترل، براساس نمره نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، پرسشنامه هراس اجتماعی تفاوت معناداری دارد و تفاوت معنادار میانگین تفاضل گروه مواجهه با موقعیت با گروه کنترل نیز براساس نمره مقیاس هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی مشاهده می‌شود. لازم به توضیح است که نتایج مربوط به تداوم این اثربخشی‌ها بخش بعدی ارائه خواهد شد.

ج) در این بخش، در راستای واریانس تداوم اثربخشی درمان‌های مذکور در فواصل زمانی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری‌های ۱/۵، ۴ ماهه و همچنین ۱ ساله، نتایج اندازه‌گیری‌های مکرر (طرح آمیخته) در جدول ۶ و نمودارهای

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر گروه‌های سه‌گانه (سه گروه آزمایش) براساس نمره مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در فواصل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری‌های ۱/۵ و ۴ ماهه و ۱ ساله

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P
پرسشنامه هراس اجتماعی	درون گروهی (اگرین هاوس گیسر)	۱۱۸۰۷/۴۴	۱/۹۹	۵۹۷۳	۹۰/۳۳	۰/۰۰۱
	برون گروهی	۲۳۸/۸۲	۲	۱۱۹/۴۱	۲/۴۴	۰/۱۲
	تعامل درون گروهی- برون گروهی (گرین هاوس گیسر)	۱۶۱/۵۹	۳/۹۸	۴۰/۶۳	۰/۶۲	۰/۶۵
«مقیاس اضطراب در تعامل اجتماعی»	درون گروهی (هاین فلت)	۸۴۴۹/۲۵	۳/۳۱	۲۵۳/۲۳	۴۸/۰۱	۰/۰۰۱
	برون گروهی	۱۷۲۹/۰۱	۲	۸۶۴/۵۴	۷/۴۶	۰/۰۰۱
	تعامل درون گروهی- برون گروهی (هاین فلت)	۸۸۷/۲۵	۶/۶۲	۱۳۴/۰۶	۲/۵	۰/۰۲
«مقیاس هراس از عملکرد»	درون گروهی (گرین هاوس گیسر)	۱۰۲۸۶/۶۳	۲/۰۴	۵۰۳۶/۰۰۱	۴۵/۲۹	۰/۰۰۱
	برون گروهی	۴۳۵/۱۷	۲	۲۱۷/۵۹	۱/۹۴	۰/۱۸
	تعامل درون گروهی- برون گروهی (گرین هاوس گیسر)	۶۵۵/۲۲	۴/۰۹	۱۶۰/۳۹	۱/۴۴	۰/۲۴
	برون گروهی	۱۱۰/۸۸	۲	۵۵/۴۳	۰/۴۶	۰/۶۴
	تعامل درون گروهی- برون گروهی (هاین فلت)	۶۰۶/۱۳	۷/۱۹	۸۴/۳۵	۲/۰۶	۰/۰۶
	برون گروهی	۳۶۰/۲/۹۴	۲	۱۸۰/۱/۴۷	۲/۰۲	۰/۱۷
برون گروهی	۴۸۵/۳۶	۲	۲۴۲/۶۸	۱/۳۳	۰/۳۰	

تفاوت‌های معنادار برون و تعامل درون- برون گروهی نیز مطرح است؛ به عبارت دیگر، صرف‌نظر از نوع گروه درمانی، براساس هر ۶ مقیاس، تفاوت اندازه‌های مربوط به متغیر وابسته در مقاطع زمانی مختلف، معنادار است. در این رابطه، تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر تک گروهی در هر سه گروه، بیانگر تفاوت معنادار نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در هر سه گروه درمانی است. براساس مقیاس

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که در رابطه با متغیرهای وابسته مقیاس هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس تصویر خود منفی، تفاوت‌های معنادار درون گروهی و در رابطه با متغیر وابسته مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی،

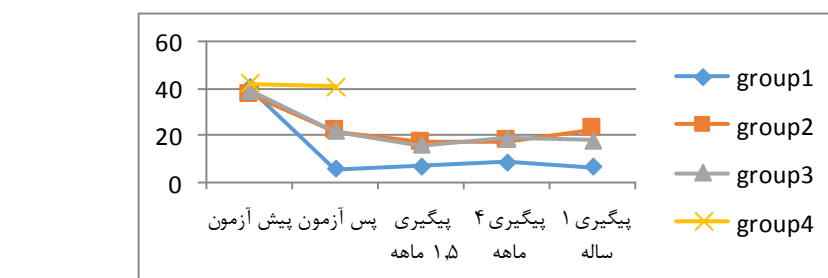
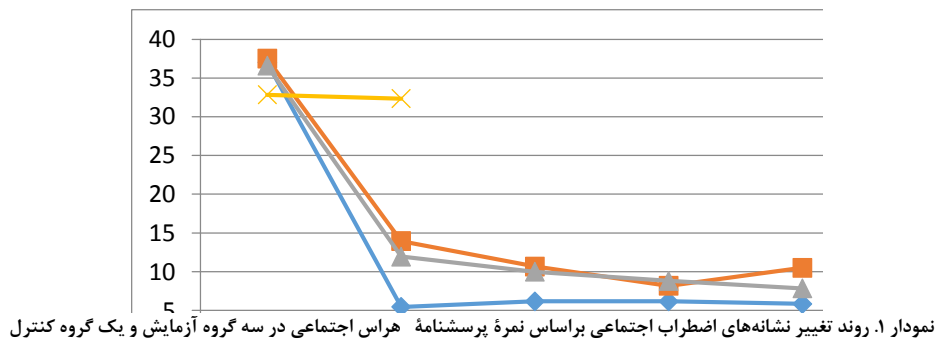
گروه مواجهه با خود، ضمن برتری (هرچند غیر معنادار) نسبت به دو گروه دیگر، وضعیت با ثبات‌تری را در ادامه پیگیری‌ها نشان می‌دهد، تا جایی که حتی دو گروه دیگر در ادامه مسیر پیگیری‌ها دو حالت را نشان می‌دهند:

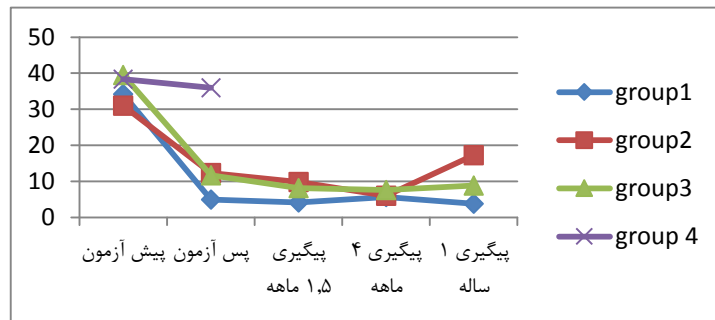
(۱) روند کاهش نشانه‌ها: که در این حالت، در انتها باز هم به وضعیت گروه مواجهه با خود رسیده‌اند (مثل پرسشنامه هراس اجتماعی در دو گروه مواجهه با خود-موقعیت و مواجهه با موقعیت، مقیاس هراس اجتماعی و نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی در مواجهه با موقعیت)؛ وضعیتی که گروه مواجهه با خود، از نظر زمانی، زودتر بدان دست یافته است.

(۲) بازگشت نشانه‌ها: به‌طور مثال، در نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، بازگشت گروه مواجهه با خود-موقعیت در فاصله پیگیری اول به دوم، معنادار بوده و در موارد دیگر، فرآیند بازگشت، هرچند غیر معنادار دیده می‌شود (به‌طور مثال مقیاس هراس اجتماعی در خود-موقعیت).

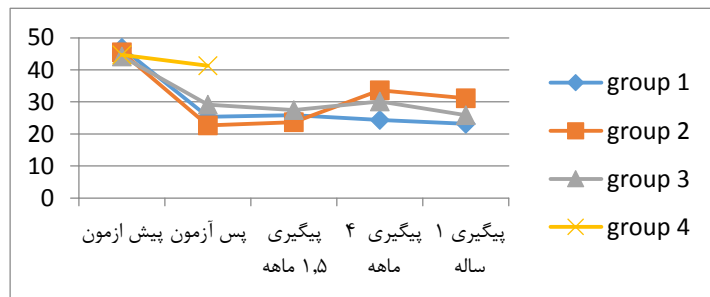
(تذکر: در نمودارهای زیر، گروه ۱ = گروه مواجهه با خود؛ گروه ۲ = گروه مواجهه با خود-موقعیت؛ گروه ۳ = گروه مواجهه با موقعیت؛ گروه ۴ = گروه کنترل).

مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی هم تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری) در تعامل با زمان (پیش، پس و پیگیری ۱، ۴، ماهه و یکساله) بر متغیر وابسته (نمره مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی) معنادار و همچنین تأثیر متغیر مستقل (درمان‌های شناختی-رفتاری) بر متغیر وابسته (نمره مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی)، صرف‌نظر از مقطع زمانی و به‌طور کلی، معنادار می‌باشد. به بیان دیگر، در فواصل ۵ مقطع زمانی و در رابطه با ماندگاری نتایج حاصل، براساس نمره مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، (براساس آزمون تعقیبی توکی یا بونفرونی)، گروه مواجهه با خود برتری معناداری را نسبت به دو گروه مواجهه با موقعیت و گروه مواجهه با خود-موقعیت نشان می‌دهد. در مورد سایر مقیاس‌ها هم نتایج بدین ترتیب است: در مقیاس مقیاس تصویر خود منفی، تنها گروه مواجهه با خود، تفاوت معنادار را در فاصله پیش آزمون-پس آزمون و ثبات نتایج را در ادامه پیگیری‌ها نشان می‌دهد. در ۴ مقیاس دیگر (مقیاس هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی) هم تفاوت معناداری بین سه گروه مذکور دیده نشده ولی همان‌طور که نمودارها نیز نشان می‌دهند و براساس تحلیل اندازه‌گیرهای مکرر تک گروهی،

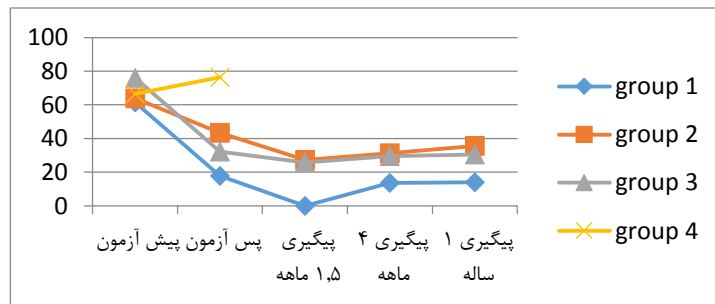




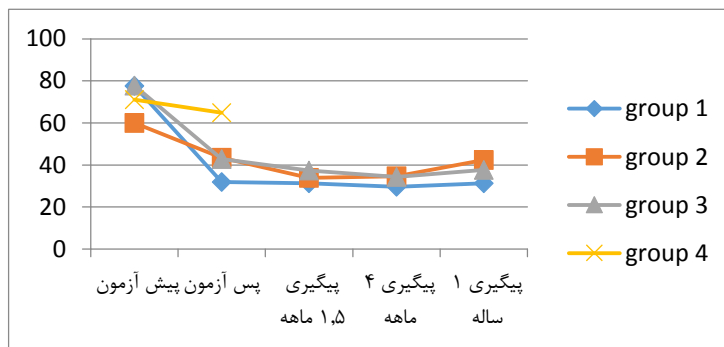
نمودار ۳. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر اساس نمره مقیاس هراس اجتماعی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل



نمودار ۴. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر اساس نمره نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل



نمودار ۵. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر اساس نمره مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل



نمودار ۶. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر اساس نمره مقیاس تصویر خود منفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

بشر موجودی اجتماعی است که بقای آن مستلزم کارکرد سازگارانه‌اش در اجتماع است لذا روانشناسان همواره در پی بررسی علمی راه‌هایی به منظور اصلاح تعاملات اجتماعی انسان بوده‌اند. از جمله اختلالات روانی که می‌تواند رابطه فرد را با جامعه مختل کند و کنش بهنجار زندگی وی را به خطر بیندازد، اختلال اضطراب اجتماعی است [ر.ک. ۴۵-۵۲] و از جمله درمان‌های مؤثر بر آن، درمان شناختی رفتاری است [۸-۶] که همواره نیاز به تحول درمان‌های خاص اختلال اضطراب اجتماعی مطرح شده است [۹]؛ تحولی که مستلزم درک بهتر اختلال اضطراب اجتماعی و به دنبال آن، شناسایی دقیق‌تر مکانیزم‌های درمانی و در نتیجه تحول راهبردهای مداخله‌ای سودمند است. بنا بر آنچه گفته شد و در راستای نظر رودباغ و همکاران [۱۰] مبنی بر عدم وجود شواهد محکم برای تفاوت بین انواع درمان شناختی رفتاری در درمان اضطراب اجتماعی، پژوهش حاضر برای اولین بار به بررسی سه نوع درمان شناختی رفتاری، براساس نوع مواجهه پرداخته است. همان‌طور که در بخش نتایج نیز نشان داده شد، در مجموع، نتایج حاصل نشان می‌دهد که ضمن اثربخشی سه نوع درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود، مواجهه با خود-موقعیت و مواجهه با موقعیت، گروه مواجهه با خود نسبت به دو گروه دیگر، وضعیت برتری را نشان می‌دهد. این برتری به این ترتیب است که گروه مواجهه با خود نسبت به دو گروه دیگر، به‌طور معنادار در مقیاس‌های اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی و به‌صورت غیر معنادار در مقیاس‌های دیگر (مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، پرسشنامه هراس اجتماعی) کاهش بیشتری را در نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد؛ این برتری بالاخص در حفظ نتایج حاصله در پیگیری‌ها مشهود است؛ یعنی یا با فرآیند برگشت نشانه‌ها در گروه مواجهه با خود-موقعیت (در نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی به‌صورت معنادار و در مقیاس هراس اجتماعی به‌صورت غیر معنادار) یا با روند کاهش نشانه‌ها در پیگیری‌ها، در گروه مواجهه با موقعیت و سرانجام رسیدن این گروه به نقطه‌ای که گروه مواجهه با خود، زودتر بدان دست یافته، قابل مشاهده است.

در راستای نتایج مذکور و در تبیین و تصریح یافته‌ها می‌توان به مواردی که در زیر می‌آید، اشاره کرد. در تبیین برتری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود بر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، می‌توان به این نکته اشاره کرد که مطابق دیدگاه موسکویچ [۱۳]، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود در درمان دارای اختلال اضطراب اجتماعی، مطابق نیمرخ نشانه‌های منحصربه‌فرد بیماران، عمل می‌کند؛ چه در این درمان، کانون اختلال اضطراب اجتماعی، ویژگی‌های از «خود» است که فرد از آن‌ها می‌ترسد، پس در درمان فرد مبتلا، ضمن توجه به منحصربه‌فرد بودن نشانه‌های وی، تکنیک‌هایی متناسب با ابعاد «خود» که فرد آن‌ها را ناقص یا

متضاد هنجارها ادراک کرده، به کار می‌رود؛ تکنیک‌های متفاوت و متنوعی که در رابطه با هر بعد از «خود» و به منظور مواجهه فرد با نقایص خود طراحی شده‌اند و ابعاد خود را به نوبه و یکی پس از دیگری نشانه می‌روند.

از بین این تکنیک‌ها می‌توان به اصلاح توجه متمرکز بر خود، تکنیک ویدئو فیدبک، بازنویسی تصویرپرداز ذهنی اشاره کرد که هر یک به نوعی، مواجهه و بازسازی شناختی را در بعد مربوطه، در بردارند. در این زمینه، پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که درمان مؤثر، به‌طور کلی به تغییرات مثبت در خود ادراکی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منجر می‌گردند و درمان مؤثر برای اضطراب اجتماعی، تمایل به کاهش توجه منفی متمرکز بر خود و خود ادراکی منفی دارد [ر.ک. ۵۳، ۵۴] یا درمانی مؤثر قلمداد شده است که از تکنیک‌های متنوعی که مؤلفه‌های مختلفی را مورد حمله قرار می‌دهد، استفاده گردیده [ر.ک. ۵۵]. این در حالی است که در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، صرف‌نظر از نیمرخ نشانه‌های فرد، بیمار با موقعیت‌هایی که از آن می‌ترسد، مواجهه می‌گردد زیرا اساس اختلال اضطراب اجتماعی در این دیدگاه، موقعیت بیرونی است که فرد از آن می‌ترسد، پس در تمام افراد مبتلا از تکنیک‌های مواجهه و بازسازی شناختی استفاده می‌شود، لذا در این دیدگاه، احتمال اینکه افراد متفاوت مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به این درمان، پاسخ‌های ناهمگونی بدهند و یا احتمال بازگشت نشانه‌ها وجود دارد [۱۳]. البته همیمرگ [۴۹] علت این تفاوت را متغیرهایی از جمله شدت نشانه‌ها، ترس از ارزیابی منفی، انتظارات مراجع از درمان و نه تمرکز صرف بر موقعیت، ذکر می‌کند.

درحالی‌که از دیدگاه موسکویچ [۱۳]، حداقل درباره شدت نشانه‌ها می‌توان اظهار داشت که با در نظر گرفتن ابعاد «خود»، به‌عنوان متغیری که لنگرگاه آن در درون مراجع است و به پویایی‌های درونی فرد اشاره دارد و در هر بیمار به‌طور منحصربه‌فردی مطرح می‌گردد، می‌توان حداقل به نوعی، شدت نشانه‌ها و تفاوت بیماران را مدنظر قرار داد و سپس به درمان آن‌ها پرداخت و این چیزی است که در الگوهای مبتنی بر مواجهه با موقعیت، از کنترل درمانگر خارج است.

در رابطه با برتری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود به درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود-موقعیت هم می‌توان اظهار داشت که با وجود آنکه هافمن [۹] راهنمای درمانی خود را «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی» معرفی می‌کند و از تکنیک‌های درمانی متنوع‌تری نسبت به درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، برای اصلاح ادراک مراجع از خود در موقعیت‌های اجتماعی استفاده می‌کند [۲۱] ولی در مطالعه حاضر، اثربخشی این الگوی درمانی، اثربخشی چشمگیری نیست یا حتی در مواردی از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، کمتر است. در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد که در جریان تحول درمان شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی، در واقع، مطرح‌شدن

هم عدم صراحت کامل این دو مؤلفه در راهنمای هافمن و ضمناً به نوع تکنیک‌های بکار رفته در این راهنما و یا عدم تناسب تکنیک‌های استفاده شده با فرهنگ ایرانی اشاره کرد. مواردی که شاید مانع از اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری و همپایی و حتی فراتر رفتن آن از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود شود.

در تبیین یافته‌ها براساس شکل اجرای درمان نیز، نظر به اینکه در مطالعه مذکور، دو گروه مبتنی بر مواجهه با موقعیت و مواجهه با خود- موقعیت، در قالب گروهی و گروه مواجهه با خود در قالب انفرادی، تحت درمان قرار گرفتند و با توجه به نتیجه مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، نسبت به دو الگوی دیگر، بنابراین لازم است تا حدی به تأثیر شکل اجرای درمان هم توجه شود. در این راستا، یکی از چالش‌های مطرح شده، قالب اجرایی این نوع درمان است که بحث‌ها و نظرات مختلفی در این رابطه ارائه شده است. بعضی بر ترجیح درمان انفرادی [۵۵، ۵۸، ۵۹]؛ بعضی بر برتری درمان گروهی [۸، ۱۷، ۶۰، ۶۱، ۶۲] و برخی بر عدم تفاوت این دو شکل درمان [۶۸-۶۳] تأکید داشته‌اند. در هر حال، تصویر قطعی واضح و روشنی در رابطه با برتری درمان گروهی و انفرادی در حوزه درمان شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی وجود ندارد. چه برتری یک قالب درمانی، همان‌طور که استانگیر و همکاران [۵۵] اشاره کرده‌اند، بیشتر به نوع درمان و الگوی مطرح شده برمی‌گردد و می‌تواند ناشی از ابعاد مشخص‌تر درمان و ارائه بهینه آن باشد؛ یعنی به نوعی بر استفاده از تکنیک‌های متنوعی که مؤلفه‌های مختلفی را مورد حمله قرار می‌دهد، تأیید می‌کنند. به‌طور مثال، در رابطه با الگوی رایپی و همبرگ [۱۱]، بیشتر درمان گروهی و در رابطه با الگوی کلارک و ولز [۱۲]، اغلب اجرای فردی ارجحیت دارد. البته لازم به توضیح است که در مطالعه حاضر سعی بر آن بوده که هر درمان در بهترین قالب متناسب با آن به کار گرفته شود. بدین ترتیب که در الگوی مبتنی بر مواجهه با خود و مواجهه با خود- موقعیت، ضمن مذاکره با همبرگ و هافمن، مشخص شد که آن‌ها بیشتر بر اجرای درمان گروهی تأکید دارند ولی باز هم به‌منظور احتیاط بیشتر، در کنار جلسات گروهی، ۲ جلسه انفرادی ۱ ساعته نیز تنظیم شد تا بتوان درمان گروهی را در قالب نیازهای افراد به اجرا درآورد. در الگوی مواجهه مبتنی بر خود نیز، به خاطر نیاز به مورد هدف قرار دادن ابعاد خود در هر فرد، لازم بود تا درمان، در قالب انفرادی به اجرا درآید.

و در آخر اینکه حتی اگر بخواهیم این نکته را در نظر بگیریم که هر سه نوع درمان، از لحاظ تداوم اثربخشی، بالاخره ممکن است به یک نقطه برسند و اثربخشی دو درمان دیگر (مواجهه با موقعیت- خود و مواجهه با موقعیت) پس از گذشت زمان به اثربخشی درمان مواجهه با خود، می‌رسد، با این حال باید اذعان داشت که در عصری که زمان و صرفه جویی در آن، از جمله عوامل پیشرفت، برتری و موفقیت به نظر می‌رسد، باز هم گروه

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود-موقعیت را می‌توان به‌عنوان یک مرحله «گذاری» در نظر گرفت که در قالب آن، تأکید بر مواجهه با «موقعیت»؛ یعنی الگوی رایپی و همبرگ [۱۱] به سمت مواجهه با «خود» که همان الگوی موسکوویچ [۱۳] است، در جریان می‌باشد؛ وهله‌ای که طی آن، از یکسو به محیط و از سوی دیگر به خود توجه می‌شود، ولی محیط به‌عنوان عاملی است که فرد از آن می‌ترسد و طی آن توجهش به خود معطوف می‌شود، پس ضمن مواجهه با موقعیت، مواجهه با خود نیز، مطرح می‌گردد و این در حالی است که خود به‌عنوان عاملی که فرد از آن می‌ترسد، عنوان نمی‌شود. گویی هر دو مؤلفه خود و موقعیت مطرح‌اند ولی آن‌قدر درآمیخته‌اند که شاید نتوان به‌وضوح، مواجهه با آن‌ها را نمایان و تصریح کرد؛ یعنی در جریان پدیدآیی الگوهای درمان شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی که نقطه شروع آن را می‌توان ظهور درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت دانست، الگوی درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود- موقعیت را بسان مرحله کمونی می‌توان در نظر گرفت که از خلال آن، درمان شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی، رشد خود را طی می‌کند و تظاهرات بالینی آن ظاهراً خاموش ولی فراهم‌کننده بستر یک تحول گسترده تراست؛ یعنی جایی که تظاهرات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود به چشم می‌خورد. ضمناً این مدل درمانی، با وجود اینکه علاوه بر بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت، از تکنیک‌های خاص مواجهه با خود (از جمله ویدئو فیدبک، فیدبک گروهی، استفاده از آینه) به‌منظور اصلاح «خود- ادراکی منفی» استفاده می‌کند، ولی به‌صراحت الگوی مبتنی بر مواجهه با خود، مؤلفه «خود» و ابعاد آن را نشانه نمی‌رود. حتی راهنمای درمانی مبتنی بر این الگو؛ در به‌کارگیری بازسازی شناختی، مستقیم عمل نکرده و در خلال مواجهه درون جلسه سخنرانی به‌طور ضمنی به آن می‌پردازد؛ چیزی که درک آن برای برخی از مراجعان، با تأخیر و به‌سختی میسر می‌شود و شاید در مورد مراجعان ایرانی نیز باید با احتیاط بیشتری بدان نگرست [۵۶]. حتی هافمن در راهنمای درمانی اش [۱۴] اعتقاد بر این دارد که مواجهه درون جلسه تنها باید بر مواجهه سخنرانی متمرکز باشد و باقی مواجهه‌ها، باید مواجهه‌های واقعی و یا بدیبارانه باشند و این در حالی است که هایز و همکاران [۵۷] اظهار می‌دارند که درمان شناختی رفتاری مؤثر برای اختلال اضطراب اجتماعی، نیاز به مواجهه‌های درون جلسه چندگانه دارد، این در حالی است که حتی در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، مواجهه‌های چندگانه با موقعیت‌های اضطراب زا، ابتدا در درون جلسه و حتی در قالب ایفای نقش انجام می‌شود و در درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود هم مواجهه‌ها با تمرکز بر ابعاد مختلف خود، از درون جلسه آغاز و به محیط واقعی تعمیم می‌یابد.

به هر حال در کمتر بودن اثربخشی درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود- موقعیت نسبت به درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود، می‌توان هم به مرحله تحول این الگوی درمانی و

- phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press.
- 8- McEvoy, P. M. (2007). Cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030-3040.
- 9- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209.
- 10- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- 11- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- 12- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- 13- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia?: A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 123-134.
- 14- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. New York: Routledge: Taylor & Francis Group.
- ۱۵- عطری فرد، مهدیه و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۱). طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و کارآزمایی بالینی آن. *مجله علوم روانشناختی*، دوره یازدهم، شماره ۴۳، صص ۳۱۹-۲۹۹.
- ۱۶- عطری فرد، مهدیه و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۲). شالوده درمان شناختی رفتاری هراس اجتماعی: جدال موسکویچ، هایمیرگ و هافمن. *مجله بازتاب دانش: نشریه ای درباره شناخت و مغز*، دوره هشتم، شماره‌های ۲۷ و ۲۸، صص ۲۸-۲۲.
- 17- 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). مواجهه با خود، از لحاظ زمانی زودتر به نتایجی دست یافته که دو گروه دیگر با تأخیر به آن رسیده اند. در مجموع نتایج مطالعه حاضر، بیانگر آن است که اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود بر اثربخشی الگوی درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود-موقعیت و مواجهه با موقعیت برتری دارد. در آخر لازم است به محدودیت‌های پژوهش حاضر از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی در بررسی اثربخشی درمان‌ها؛ تعداد محدود آزمودنی‌ها در کل طرح و در هر گروه به شکل جداگانه؛ اجرای دو گروه درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود-موقعیت و مواجهه با موقعیت در قالب گروه درمانی و اجرای درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود در قالب انفرادی؛ عدم استفاده از گروه درمان نمای روانشناختی؛ انجام مطالعه صرفاً در مورد نمونه‌های بالینی دانشجویی؛ انجام ارزیابی و ارائه روش‌های درمانی با محوریت پژوهشگر اشاره نمود.
- منابع**
- 1- Fresco, D. M., Erwin, B. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2000). Social phobia and specific phobias. In: M. G. Gelder, J. Lopez-Ibor, & N. C. Andreasen (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 794-807). Oxford, UK: Oxford University Press
- 2- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- 3- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., et al. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1179-1187.
- 4- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- 5- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, everity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- 6- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- 7- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). Cognitive-behavioral group therapy for social

- construction of action. In V. Murphy-Berman, & J. Berman (Eds.), the 49th annual Nebraska symposium for motivation: Cross-cultural differences in perspectives on self (pp. 1-57). Lincoln: University of Nebraska Press.
- 27- Hong, J. J. & Woody, S. R. (2007). Cultural mediators of self-reported social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1779-1789.
- 28- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- ۲۹- حسنونند عموزاده، مهدی؛ باقری، اکرم؛ شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۹). 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.
- ۳۰- فیرست، مایکل بی. اسپیتزر، رابرت ال. گی بن، ماریا. ویلیامز، جانت بی دبلیو. (۱۹۹۶). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV. ترجمه پروانه محمدخانی و همکاران (۱۳۸۹)، تهران: نشر دانژه.
- 31- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: Author.
- 32- Moscovitch, D. A. & Huyder, V. (2011). The Negative Self-Portrayal Scale: Development, Validation, and Application to Social Anxiety. *Behaviour Therapy*, 42, 183-196.
- ۳۳- عطری فرد، مهدیه؛ رسول زاده طباطبائی، کاظم؛ شعیری محمدرضا؛ آزادفلاح، پرویز؛ جان بزرگی، مسعود، اصغری مقدم، محمدعلی؛ اسمعیلی الموتی، سوده؛ قنبری، زهرا (۱۳۹۲). «مقیاس تصویر خود منفی» (NSPS): ساخت عاملی و ویژگی‌های روانسنجی. روانشناسی بالینی و شخصیت، سال بیستم، شماره جدید، دوره هشتم، صص ۱۴۲-۱۲۳.
- 34- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- ۳۵- شعیری، محمدرضا. عطری فرد، مهدیه. رجبی، مهتاب و Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005-1013.
- ۱۸- ملیانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قائدی، غلامحسین؛ بختیاری، مریم؛ طاولی، آزاده (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال پانزدهم، شماره ۱، ۴۹-۵۲.
- 19- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackman, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine I generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- ۲۰- عطری فرد، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ رسول زاده طباطبائی، کاظم؛ جان بزرگی مسعود؛ آزادفلاح، پرویز؛ بانوپور، ابوالفضل (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، شماره ۹، صص ۵۱-۲۳.
- 21- Hofmann, S. G., & Scepkowski, L. A. (2006). Social Self-Reappraisal Therapy for Social, Phobia: Preliminary Findings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 45-57.
- 22- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., Mc Ardle, E. T., Rosenbaum, J. F. & Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive behavioral group therapy for treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.
- 23- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Falloon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-weeks outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- 24- Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36, 107-118.
- 25- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- 26- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2004). Models of agency: Sociocultural diversity in the

- 45-Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1999-2007.
- 46-Hambrick, J., Turk, C., Heimberg, R., Schneier, F., & Liebowitz, M. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 18, 46-50.
- 47-Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143-156.
- 48-Whisman, M., Sheldon, C., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 803-808.
- 49-Heimberg, R. G. (2009). A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment of Social Phobia: An Examination and Reaction to Moscovitch's Model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 135-141.
- 50-Matza, L. S., Revicki, D. A., Davidson, J. R., & Stewart, J. W. (2003). Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry*, 60, 817-826.
- 51-Randall, C. L., Thomas, S., & Thevos, A. K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25, 210-220.
- ۵۲- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عزت‌نفس و اضطراب اجتماعی در دانشجویان دوره کارشناسی. روانشناسی بالینی و شخصیت، سال شانزدهم، شماره ۳۷، صص ۴۹-۵۸.
- 53- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 117-129.
- 54-Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Kim, H. -J., & Taylor, A. N. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 588-596.
- 55-Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 103-114.
- 36- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- 37- Rodebaugh, T.L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: the factors structure and item properties of the original and brief fear of negative evaluation scale. *Psychological Assessment*, 16, 169-181.
- 38- Weeks, J.W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179-190.
- 39- Tavoli, A., Melyani M., Bakhtiari M., Ghaedi G. H. and Montazeri, A. (2009). The Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*, 9:42, retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/42>
- 40- Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H. J., Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behavior Research Therapy*, 40, 701-715.
- 41-Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz social anxiety scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
- ۴۲- عطری فرد، مهدیه؛ رسول‌زاده طباطبائی، کاظم؛ شعیری، محمدرضا، آزادفلاح، پرویز؛ جان بزرگی، مسعود؛ مهدی پور، سمیه (۱۳۹۱). واری و ویژگی‌های مبتنی بر روانسنجی مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز. مجله علوم روانشناختی، دوره یازدهم، شماره ۴۲، صص ۱۹۵-۱۷۴.
- 43- Tabachnick, B. G. and Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics*, Allyn and Bacon, New York.
- 44-Field, A. (2005). *Discovering statistic using SPSS: and sex and drugs and rock 'n 'roll (2nd Edition)*. London: Sage.

- 66-Ledley, D. R., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Hayes, S. A., Zaider, T. I., Dyke, M. V., Turk, C. L., Kraus, C. & Fresco, D. M. (2009). Efficacy of a Manualized and Workbook-Driven Individual Treatment for Social Anxiety Disorder, *Behavior Therapy*, 40, 414-424.
- 67-Zaider, T. I., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Evaluation of the Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 33, 611-622.
- 68-Mörtberg, E., Clark, D. M., Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5-year follow-up, *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 994- 1000.
- Therapy, 41, 991-1007.
- ۵۶- شعیری، محمدرضا. منصور، محمود. دادستان، پریخ و اژه‌ای، جواد. (۱۳۷۹). واریسی مقایسه ای نمره Z آزمون رورشاخ در آزمودنی‌های سطوح عینی و انتزاعی. *مجله روانشناسی*، سال چهارم، شماره ۱۴. صص ۱۱۵-۱۳۰.
- 57- Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G. Juster, H. R. (2008). Assessing Client Progress Session by Session in the Treatment of Social Anxiety Disorder: The Social Anxiety Session Change Index, *Behavioral Practice*, 15, 203-211.
- 58-Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö. & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy versus treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 142-154.
- 59-Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats, *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 12-17.
- 60-Heimberg, R. G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 1), 36-42.
- 61-DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- 62-Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitivebehavioral group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- 63-Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., & Mu'nchau, N. (1990). Exposure in vivo vs social skills training for social phobia. Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181-193.
- 64-Lucas, R. A., & Telch, M. J. (1993). Group versus individual treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting of the association for advancement of behavior therapy, Atlanta, GA.
- 65-Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.

ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک

پرویز شریفی درآمدی^۱، محمدجواد بگیان کوله مرز^{۲*}، نصرالله ویسی^۳، مجتبی بختی^۴، حافظ پادروند^۵

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)
۳. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۵. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: در مورد ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک، اطلاعات اندکی موجود است. مطالعات اخیر حاکی از آن است که ابعاد سرشت و منش بر بازداری پاسخ دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک تأثیر می‌گذارند. هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک بود.

روش: روش این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان پسر سال اول راهنمایی شهرستان کوه‌دشت که در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر از دانش آموزان پسر سال اول راهنمایی بود که از میان (N=۱۰۰۰) دانش آموز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه ابعاد سرشت و منش، آزمون رنگ-واژه استروپ، مصاحبه بالینی ساختاریافته و چک‌لیست علائم مرضی کودک استفاده شده است. داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که نوجویی، آسیب پرهیزی، پاداش وابستگی، پشتکار همکاری، خود فراروی و خود راهبری با بازداری پاسخ دانش آموزان دارای اختلال سلوک رابطه معنی‌داری دارند ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: این نتایج حاکی است که ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ مرتبط هستند. این نتایج نیز تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، آسیب‌شناسی و درمان اختلال سلوک دارد.

کلید واژه‌ها: اختلال سلوک، بازداری پاسخ، سرشت، منش، دانش آموزان

*Email: Javadbagiyani@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی
بالینی
و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۳۳-۴۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۱/۲۰

Biannual Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 33-42

مقدمه

در بین اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، اختلال سلوک از وخیم‌ترین اختلالات و نیز از عمده‌ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی است [۱]. مشخصه‌ی اصلی این اختلال، طبق متن تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، الگوی پایدار از رفتار تکراری است که در آن حقوق اساسی دیگران و یا هنجارها و قواعد عمده اجتماعی متناسب با سن نادیده گرفته می‌شود [۲].

این الگوهای رفتاری معمولاً در طول زمان پایدار هستند [۳]. علائم این اختلال اغلب با گذشت زمان شدت یافته و در سنین نوجوانی منجر به درگیری با مراجع قانونی می‌گردد [۱]. در نتیجه، بسیاری از مبتلایان به این اختلال فرصت شرکت در درمان به‌موقع را از دست می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر، علاوه بر دشواری‌های خاص درمان این اختلال به دلیل ماهیت ویژه آن، بزهکاری و درگیر شدن با مراجع قانونی بر مشکلات موجود بر سر راه درمان این اختلال می‌افزاید. مطالعات نشان می‌دهند بیش از نیمی از جرائم و تخلفات صورت گرفته توسط بزهکاران را کسانی مرتکب می‌شوند که از کودکی به اختلال سلوک مبتلا بوده‌اند [۴]. فارینگتون و اسمیت^۱ میزان شیوع این اختلال را در کودکان ۸ تا ۱۶ ساله ۵ تا ۱۰ درصد برآورد کرده‌اند [۵]. همچنین این اختلال با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی [۶، ۷] اختلال نافرمانی مقابله‌ای [۸] کناره‌گیری اجتماعی [۹] افسردگی، اضطراب، امتناع از رفتن به مدرسه [۱۰] اختلالات شخصیت [۱۱] کارکردهای آسیب‌شناختی و رفتارهای ضداجتماعی [۱۲]، [۱۳] و دیگر مشکلات روانی مرتبط است. بازداری پاسخ^۲ یکی از متغیرهای مهمی است که در زیرمجموعه کارکردهای اجرایی جای می‌گیرد [۱۴] و عموماً به‌عنوان ممانعت از یک پاسخ غالب تعریف می‌شود [۱۵]. فقدان بازداری یا بازداری زدایی با سازه‌های توجه و تکانشگری در ارتباط است. درواقع فقدان بازداری پاسخ به‌صورت پاسخ‌دهی سریع و غیر صحیح خود را نشان می‌دهد.

عدم بازداری پاسخ در کودکان سبب می‌شود قبل از اینکه تکلیف را بفهمند، قبل از اینکه اطلاعات کافی در اختیار داشته باشند، پاسخ می‌دهند؛ به‌آسانی توسط محرک‌های مزاحم، توجهشان منحرف می‌شود (حواس‌پرتی) و یا در تصحیح پاسخ‌های نامناسب مشخص شکست می‌خورند [۱۶، ۱۷]. توانایی برای سرکوب کردن افکار، اعمال و هیجان‌ها از مؤلفه اصلی

بازداری و به‌عنوان یک تنظیم‌کننده اصلی رفتار است [۱۸، ۱۹]. افراد دارای نشانه‌های اختلال سلوک با حساسیت افراطی به پاداش و کمبود بازداری پاسخ مرتبط هستند [۲۰]. در پژوهشی نشان داده شد که کودکان دارای اختلال سلوک به پاداش واکنش نشان می‌دهند و به افزایش تنبیه بی‌اعتنا هستند [۲۱]. محققان معتقدند که بازداری، مهم‌ترین مؤلفه کارکردهایی اجرایی است که در مبتلایان به اختلال سلوک دچار نقص می‌شود [۲۲]. شواهد پژوهشی نیز حاکی از نقص در بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله-ای است [۲۳، ۲۴].

یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر اختلال سلوک، سرشت و منش^۳ است. کلونینجر^۴ تلاش کرده است با نگاه و تأکید بر پارامترهای زیست‌شناختی، یک چارچوب نظری محکم در باب شخصیت پدید آورد که هم شخصیت بهنجار و هم نابهنجار را در برمی‌گیرد. بر اساس این دیدگاه شخصیت از اجزای سرشتی و منشی تشکیل شده است [۲۵]. سرشت، اساس وراثتی هیجانات و یادگیری‌هایی است که از طریق رفتارهای هیجانی و خودکار کسب می‌شود و به‌عنوان عادات قابل مشاهده در اوایل زندگی فرد دیده می‌شود و تقریباً در تمام طول زندگی ثابت باقی می‌ماند [۲۶]. کلونینجر مدل عصبی-زیستی^۵ خود را برای توضیح ابعاد سرشت ارائه کرد [۲۷، ۲۸]. سامانه‌های سرشتی در مغز دارای سازمان‌یافتگی کارکردی^۶ متشکل از سامانه‌های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال‌سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معینی از محرک‌ها است. فعال‌سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معینی از محرک‌ها است. کلونینجر چهار بعد برای سرشت معرفی کرده است: نوجویی^۷، به‌صورت تمایل به پاسخگویی فعالانه به محرک‌های جدید که منجر به جستجوی پاداش و اجتناب از تنبیه می‌شود. آسیب‌پرهیزی^۸، به تمایلی در جهت پاسخ‌های بازداری شده به علائمی از جانب محرک بیزارکننده مطابقت دارد که منجر به اجتناب از تنبیه و عوامل غیر پاداش‌دهنده می‌شود. وابستگی به پاداش^۹، به‌صورت پاسخی مثبت به علائم پاداش تعریف شده است که خاموش‌سازی رفتاری را حفظ می‌کند و یا در برابر آن پایداری به خرج می‌دهد. پشتکار^{۱۰}، به نظر می‌رسد که به مفهوم وابستگی به پاداش بسیار نزدیک باشد [۲۹، ۳۰، ۲۸]. منش شامل دریافت‌های منطقی درباره خود، دیگران و جهان است و عمدتاً اشاره به عملکردهای بین فردی و تفاوت‌های فردی در روابط موضوعی خود دارد که به‌صورت نتیجه‌ای از تعاملات غیرخطی میان خلق‌وخو، محیط خانوادگی و تجارب فردی تحول می‌یابد [۲۸، ۳۰، ۳۱]. کلونینجر [۳۰] سه بعد را برای منش در نظر گرفته است: خودراهبری^{۱۱} که اشاره به توانایی شخص برای کنترل نظم و ترتیب و سازگاری رفتاری متناسب با محیط و انتخاب اهداف و ارزش‌ها تعریف شده است. همکاری^{۱۲}، شناسایی تفاوت‌های فردی همراه با پذیرش سایر افراد توصیف شده است. درحالی‌که خود فراروی^{۱۳} منشی است که با معنویت مرتبط است [۳۲].

¹ Farington & Smith

² Respons Inhibition

³ Temperament and Character

⁴ Cloninger

⁵ Neurobiological

⁶ Functionally organized

⁷ Seeking Novel

⁸ Harm Avoidance

⁹ Reward Dependence

¹⁰ Persistence

¹¹ Self- direction

¹² Cooperative

¹³ Self- transcendence

حاضرتهیین ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک است.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش زمینه‌یابی و از نوع همبستگی است. در این پژوهش ابعاد سرشت و منش به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بازداری پاسخ و نشانه‌های اختلال سلوک به عنوان متغیرهای ملاک مطالعه محسوب می‌شوند.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان پسر سال اول راهنمایی شهرستان کوهدشت که در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ در شهرستان کوهدشت مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دهند ($N=1000$).

ب) نمونه پژوهش: نمونه این تحقیق، ۹۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دارای علائم و نشانه‌های اختلال سلوک بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین معنی که همه دانش‌آموزانی که بر اساس قضاوت و پاسخ معلم به پرسشنامه علائم مرضی کودک، در مقیاس علائم مرضی کودک نمره ۳ یا بالاتر به دست آوردند، به عنوان افرادی که دارای علائم و نشانه‌های اختلال سلوک هستند انتخاب شدند. بعلاوه مصاحبه روان-پزشکی با معلم کودک و مشاهده رفتارهای کودک در بین همسالان توسط محققین نیز انجام شد. سپس دانش‌آموزانی که در آزمون فوق نمره بالا گرفته بودند، مورد مصاحبه بالینی ساختاریافته قرار گرفتند و در نهایت ۹۰ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. با توجه به اینکه در تحقیقات همبستگی حداقل نمونه بایستی ۳۰ نفر باشد [۴۳] اما در این تحقیق به خاطر افزایش اعتبار بیرونی ۹۰ نفر دارای نشانه‌های اختلال سلوک، به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش مشتمل بر سه پرسشنامه بود.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه علائم مرضی کودک: این پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که توسط اسپرافکین و گادو [۴۴] به‌منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ ساله و بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طراحی شده است و دارای دو فرم والد و معلم است [۴۵] در پژوهش حاضر، فقط از چک لیست معلمان و ۴۰ عبارت اول آن (گروه A، B و C) استفاده شده است که به ترتیب اختلالات نقص توجه-بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک را مورد سنجش قرار می‌دهد. مطالعاتی که در زمینه اعتبار و روایی پرسشنامه علائم مرضی کودک انجام گرفته است، کاربرد پرسشنامه فوق را در موقعیت‌های آموزشی، بالینی و پژوهشی مورد تأیید قرار می‌دهند و این پرسشنامه از روایی و

در مطالعات مختلف به نمرات بالا در نوجویی و آسیب‌پرهیزی و نمرات پایین در پاداش وابستگی [۳۳، ۳۴] و نمرات پایین در ابعاد منش [۳۵] در افراد دارای کمبود توجه/بیش‌فعالی اشاره شده است.

و نگوون^۱ [۳۶] در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافت که ترس کمتر از تنبیه و فعالیت پایین فیزیولوژیکی در افراد مبتلابه اختلال سلوک به جستجو برای تحریک (نوجویی) یا اجتماعی نشدن آن‌ها مربوط می‌باشد. زیگلر-هیل، آبراهام [۳۷] نشان دادند که افرادی که مستعد شخصیت‌های ضداجتماعی هستند در ابعاد منش (خودراهبردی، همکاری و خودفراروی) نمرات پایین-تری می‌گیرند. همچنین نتایج نشان داد این افراد در ابعاد سرشت نوجویی و وابستگی پاداش نیز نمرات بالاتری دریافت می‌کنند. اوپربین^۲ [۳۸] در پژوهشی دریافت که افراد دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوک در تسلط پاداش دچار نقص هستند. کیم، چو، کیم، کیم، شاین و یو^۳ [۳۹] در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوک سطوح بالایی از نوجویی و سطوح پایینی از خود راهبری و همکاری را دارند و بیشتر در معرض خطر مشکلات رفتاری قرار دارند. همچنین نمرات بالاتر در نوجویی و نمرات پایین‌تر در پاداش وابستگی، پشتکار، خود راهبری و همکاری و عدم تفاوت بین نمرات آسیب‌پرهیزی در پسران مبتلابه کمبود توجه/بیش‌فعالی نسبت به گروه کنترل [۴۰] و نمرات پایین در آسیب‌پرهیزی و نمرات پایین‌تر در ابعاد همکاری و خود راهبری در افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد مبتلابه کمبود توجه/بیش‌فعالی گزارش شده است [۴۱]. امروزه این اختلال به دلایل گوناگونی مورد توجه دانشمندان و پژوهشگران قرار گرفته است. نخست آنکه این اختلال برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکل قابل توجهی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، هیجانی، اجتماعی، خانوادگی آنان و سپس در بزرگسالی، بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد.

دوم، سبب‌شناسی و درمان این اختلال هنوز به‌طور کامل مشخص نشده است. سوم، به نظر می‌رسد شناخت بهتر اختلال سلوک به شناخت بهتر بسیاری از اختلال‌های همبود با آن همچون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ناتوانی یادگیری کمک می‌کند [۴۲]. با توجه به این‌که این اختلال، شیوع نسبتاً بالای را در مقطع ابتدایی داشته و پسرها بیشتر از دختران به اختلال سلوک مبتلا می‌شوند و از طرف دیگر برای کنترل و درمان این اختلال در ایران تحقیقات کمی در زمینه مداخله‌های درمانی و غیر دارویی با توجه به عوارض و محدودیت‌های درمان دارویی انجام گرفته است، با توجه به افزایش شیوع این اختلال در کشور توجه پژوهشگر را به خود جلب نموده که این عوامل ازجمله ضرورت‌های انجام این پژوهش بود؛ بنابراین هدف پژوهش

¹ Van Goozen

² obedient

³ Kim, Cho, Kim, Kim, Shin & Yeo

راهنمایی پسرانه، ۱۰ مدرسه به تصادف انتخاب شد. سپس با مراجعه به مدارس انتخاب‌شده، بر اساس لیست دانش‌آموزان از هر کلاس ۳-۴ دانش‌آموز به تصادف انتخاب شد. سپس از معلم کلاس درخواست شد که پرسشنامه علائم مرضی کودک فرم معلم را، برای هر دانش‌آموز پر کند. دانش‌آموزانی که نمره ۳ یا بالاتر را در مقیاس اختلال سلوک و نمره‌ای زیر نقطه برش ۷ در مقیاس کمبود توجه/بیش‌فعالی این پرسشنامه را کسب کردند، انتخاب شدند تا توسط روان‌شناس بالینی مورد مصاحبه ساختاریافته قرار گیرند. بعد از شناسایی و مصاحبه بالینی دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک، ابتدا پرسشنامه ابعاد سرشت و منش را تکمیل نمودند و سپس به صورت عملی آزمون رنگ واژه استروپ روی آن‌ها اجرا شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری به روش گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۱/۱۲ و ۱/۱۴ می‌باشد. ۱۶/۳۶ درصد نوجوانان تک‌فرزند، ۲۹/۱۸ درصد دارای یک خواهر و برادر، ۲۶/۷ درصد دارای دو خواهر و برادر و ۲۷/۷۶ درصد دارای سه و بیشتر خواهر و برادر هستند. ۸۸/۶۹ درصد مادران نوجوانان خانه‌دار و ۱۱/۳۱ درصد آن‌ها شاغل بودند. ۲۵ درصد پدران نوجوانان کارمند و ۷۵ درصد آن‌ها دارای شغل آزاد بودند. ۴۵ درصد پدران دانش‌آموزان دارای نشانه‌های سلوک بی‌سواد ۱۴ درصد تحصیلات سیکل، ۲۷ درصد تحصیلات دیپلم، ۱۰ درصد پدران فوق‌دیپلم و ۴ درصد دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۸۴/۳ درصد مادران نوجوانان تحصیلات زیر دیپلم، ۱۵/۷ درصد آن‌ها دیپلم دارند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و (انحراف معیار) نمرات نوجویی ۱۰/۱۱ و (۳/۸۳)، آسیب‌پرهیزی ۱۲/۲۱ و (۴/۵)، پاداش‌وابستگی ۹/۵۶ و (۳/۶۳)، پشتکار ۳/۸۲ و (۱/۲۱)، خودراهبری ۱۱/۴۷ و (۳/۲۴)، همکاری ۱۶/۳۶ (و ۴/۷۸)، خودفراروی ۱۰/۲۴ و (۳/۶۵)، بازداری پاسخ ۴/۸۹ و (۱/۷۵) و اختلال سلوک ۸/۸۷ و (۲/۲۳) می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که نوجویی ($r = 0.632$)، آسیب‌پرهیزی ($r = 0.352$)، پاداش‌وابستگی ($r = -0.454$)، پشتکار ($r = -0.215$)، خودراهبری ($r = -0.219$)، همکاری ($r = -0.294$)، خودفراروی ($r = -0.187$) با بازداری پاسخ رابطه معناداری دارند ($P < 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که پاداش‌وابستگی ($r = -0.271$)، پشتکار ($r = -0.239$)، همکاری ($r = -0.269$)، خودفراروی ($r = -0.288$) با نشانه‌های اختلال سلوک رابطه معناداری دارند ($P < 0.05$)، اما نوجویی، آسیب‌پرهیزی و خودراهبردی ارتباطی معناداری با نشانه‌های اختلال سلوک نشان ندادند.

اعتبار لازم به‌منظور شناسایی و غربال کودکان دارای اختلال‌های هیجانی و رفتاری در جمعیت‌های بالینی و مدرسه در تفکیک آن‌ها از نمونه‌های غیر بالینی برخوردار است [۴۵]. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران روی فرم معلم با روش بازآزمایی ضریب اعتبار را ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند [۴۵]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این مقیاس برای فرهنگ ایرانی می‌باشد.

۲) پرسشنامه سرشت و منش: پرسشنامه سرشت برای اندازه‌گیری سرشت و منش ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲۵ سؤال دارد و هر آزمودنی به این سؤالات به صورت صحیح و غلط پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه ۴ بعد سرشت (نوجویی، اجتناب از آسیب، وابستگی به پاداش و پشتکار) و ۳ بعد منش (خودراهبری، همکاری و خودفرا روی) را مورد سنجش قرار می‌گیرد [۲۹]. در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را بالای ۰/۶۸ گزارش کردند [۴۶]. کاپانی [۲۵] ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در مقیاس‌های ۷ گانه از ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ به دست آوردند. ضرایب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس‌های سرشت و منش بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این مقیاس برای فرهنگ ایرانی می‌باشد.

۳) آزمون رنگ-واژه استروپ: آزمون استروپ یک مقیاس کلاسیک از پردازش توجه و توانایی تغییر آمایی شناختی است. این آزمون از چهار کارت تشکیل شده است: خواندن واژه (کارت اول)، نامیدن رنگ (کارت دوم)، خواندن واژه‌ها بدون توجه به رنگ (کارت سوم) و گفتن رنگ واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است (کارت چهارم). هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده‌اند. ضریب پایایی بازآزمایی برای زمان واکنش مرحله اول ۰/۶ و برای تعداد خطاهای همین مرحله ۰/۵۵ به دست آمد. در مرحله دوم آزمایش زمان واکنش ضریب پایایی ۰/۸۳ و برای تعداد خطاها ضریب ۰/۷۸ محاسبه گردید و در مرحله سوم آزمایش ضریب پایایی برای زمان واکنش ۰/۹۷ و برای تعداد خطاها ۰/۷۹ بود [۴۷].

۴) مصاحبه بالینی ساختاریافته: نوعی مصاحبه تشخیصی که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه غیر ساختاری، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم‌شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد [۴۸]. در این پژوهش به‌منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال سلوک، بر اساس معیارهای «دی. اس. ام. - آی. وی. - تی. آر.»^۱ مصاحبه تشخیصی ساختاریافته به دست پژوهشگر از دانش‌آموز انجام شد.

روش اجرا

روش کار به این صورت بود که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهرستان کوه‌دشت، با استفاده از لیست مدارس

^۱ DSM-IV-TR

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار دانش آموزان دارای اختلال سلوک در متغیرهای مورد مطالعه

متغیر		M	SD	متغیر		M	SD
سرشت	نوجویی	۱۰/۱۱	۳/۸۳	منش	خود راهبری	۱۱/۴۷	۳/۲۴
	آسیب پرهیزی	۱۲/۲۱	۴/۵		همکاری	۱۶/۳۶	۴/۷۸
	پاداش وابستگی	۹/۵۶	۳/۶۳		خود فراروی	۱۰/۲۴	۳/۶۵
	پشتکار	۳/۸۲	۱/۲۱		بازداری پاسخ	۴/۸۹	۱/۷۵
اختلال سلوک		۸/۸۷	۲/۲۳	اختلال سلوک		۸/۸۷	۲/۲۳

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	نوجویی	آسیب پرهیزی	پاداش وابستگی	پشتکار	خود راهبری	همکاری	خود فراروی	بازداری پاسخ
۱- نوجویی	۱							
۲- آسیب پرهیزی	***۰/۲۴۵	۱						
۳- پاداش وابستگی	**۰/۲۳۷	-۰/۱۵۲	۱					
۴- پشتکار	-۰/۱۸۵	-۰/۱۳۳	**۰/۲۲۷	۱				
۵- خود راهبری	***۰/۴۱۲	**۰/۲۵۱	۰/۱۱۵	۰/۱۶۵	۱			
۶- همکاری	**۰/۳۲۱	-۰/۱۴۱	*۰/۲۲۴	۰/۰۹۶	***۰/۳۴۵	۱		
۷- خود فراروی	-۰/۱۴۵	-۰/۰۸۶	**۰/۲۴۵	**۰/۳۳۲	-۰/۰۷۵	**۰/۳۲۱	۱	
۸- بازداری پاسخ	***۰/۶۳۲	***۰/۳۵۲	-۰/۴۵۴	**۰/۲۱۵	**۰/۲۱۹	**۰/۲۹۴	**۰/۱۸۷	۱
۹- اختلال سلوک	۰/۱۴۷	۰/۱۸۷	**۰/۲۷۱	**۰/۲۳۹	۰/۰۶۸	**۰/۲۶۹	**۰/۲۸۸	**۰/۲۳۴

***P < ۰/۰۰۱ **P < ۰/۰۱ *P < ۰/۰۵

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش بینی نشانه‌های بازداری پاسخ از طریق متغیرهای مورد مطالعه

مدل	SS	DF	MS	F	P
رگرسیون	۶۱۲۳۴/۲۳۴	۷	۸۷۴۷/۷۴۷	۲۱/۸۷۶	۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۲۱۸۹/۴۹۶	۸۳	۳۹۹/۸۷۳		
کل	۹۴۴۲۳/۷۳۱	۹۰			
متغیرهای پیش‌بین	R	R2	F	ضرایب غیراستاندارد	t
				SE	b
Constant	-	-	-	۱/۵۲	-۱۲/۹۸
خود راهبری	۰/۵۷۴	۰/۳۲۹	*۴/۷۴	۰/۰۵۲	-۰/۱۴۵
همکاری	۰/۵۹۳	۰/۳۵۱	*۵/۱۲	۰/۰۶۳	-۰/۹۸
خود فراروی	۰/۶۱۵	۰/۳۷۸	*۴/۹۶	۰/۰۵۸	-۰/۱۷۴
نوجویی	۰/۶۵۵	۰/۴۲۹	***۲۷/۶۸	۰/۰۶۲	۰/۵۶۳
آسیب پرهیزی	۰/۶۹۴	۰/۴۸۱	***۲۸/۶۴	۰/۰۷۰	۰/۱۱۲
پاداش وابستگی	۰/۷۲۴	۰/۵۲۴	***۳۶/۴۷	۰/۰۶۹	-۰/۱۳۱
پشتکار	۰/۸۰۳	۰/۶۴۴	***۳۴/۷۵۹	۰/۰۸۹	-۰/۰۱۱

***P < ۰/۰۰۱ **P < ۰/۰۱ *P < ۰/۰۵

جدول ۴. خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال سلوک از طریق متغیرهای مورد مطالعه

مدل	SS	DF	MS	F	P	
رگرسیون	۲۱۲۰۹/۲۰۴	۷	۳۰۲۹/۸۸۶	۱۰/۸۱۲	۰/۰۰۱	
باقیمانده	۲۳۲۵۹/۲۹۶	۸۳	۲۸۰/۲۳۲			
کل	۴۴۴۶۸/۵۰۰	۹۰				
متغیرهای پیش‌بین	R	R2	F	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد (B)	t
				SE	b	
Constant	-	-	-	۵/۸۹	۲۸/۳۶	***۴/۴۷
خود راهبری	۰/۵۲۷	۰/۲۷۷	۲/۷۹	۰/۱۸۹	-۰/۳۳۷	-۱/۵۹
همکاری	۰/۵۸۹	۰/۳۴۶	*۳/۹۸	۰/۲۴۵	-۰/۵۸۹	*۲۰/۸۴
خود فراروی	۰/۵۹۷	۰/۳۵۶	**۵/۱۸	۰/۲۳۸	-۰/۵۶۳	*۲/۱۶
نوجویی	۰/۶۱۱	۰/۳۷۳	**۴/۸۸	۰/۲۴۹	۰/۵۵۷	*۲/۶۸
آسیب پرهیزی	۰/۶۳۵	۰/۴۰۳	**۴/۱۲	۰/۲۳۷	-۰/۰۲۸	-۰/۱۰
پاداش وابستگی	۰/۶۴۴	۰/۴۱۴	**۳/۸۹	۰/۲۸۴	-۰/۳۷۱	-۱/۴۷
پشتکار	۰/۶۸۶	۰/۴۷۰	**۴/۶۳	۰/۵۸۷	-۱/۵۴۱	*۲/۳۴

*P < ۰/۰۵

**P < ۰/۰۱

***P < ۰/۰۰۱

شواهد حاکی است که افراد دارای اختلال سلوک نوجویی بالاتری دارند. همچنین اختلال سلوک با نوجویی بالا بدون توجه به همبودی با اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی مرتبط است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت افراد دارای اختلال سلوک به علت آسیب پرهیزی و نوجویی بالا و پاداش وابستگی پایین رفتارها و هیجانانگشان ناپایدار بوده و در نتیجه آنها معمولاً اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌نمایند و مشکلات اجتماعی آنها با احساسات منفی و ناپختگی در رفتار توأم است. در مورد ناهمسو بودن نتایج نیز می‌توان گفت که وقتی خصوصیات این اختلال (پرخاشگری به افراد و اشیاء، تخریب اموال، تقلب و سرقت و تخلف جدی از مقررات) در مقابل همسالان یا بزرگسالانی ظاهر می‌شود، فرد مبتلا به خوبی با آنها آشنا است. بنابراین ممکن است این افراد هنگام معاینه بالینی نشانه‌های اندکی در زمینه نوجویی و آسیب پرهیزی از خود نشان دهند که باعث عدم ارتباط معنادار با این اختلال می‌شود.

در این پژوهش بین آسیب پرهیزی و بازداری پاسخ در دانش آموزان دارای اختلال سلوک رابطه مثبت معناداری بدست آمد. به عبارت دیگر، دانش آموزانی که آسیب پرهیزی بیشتری دارند، بازداری پاسخ نیز در آنها بیشتر است. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر [۳۳، ۳۴، ۴۱] (برای مثال آنکاستر، و همکاران، ۲۰۰۶؛ جاکوب و همکاران، ۲۰۰۶؛ وان دیچک و همکاران، ۲۰۱۱) مبنی بر ارتباط آسیب پرهیزی با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک قرار دارد. نتایج حاکی از این بود که افراد دارای اختلال سلوک آسیب پرهیزی بالا تری دارند. این نتیجه در راستای یافته آنکاستر و همکاران [۳۳] مبنی بر نمرات بالا در نوجویی و نمرات پایین تر در آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی در افراد مبتلا به کمبود توجه/ بیش فعالی نسبت به افراد مبتلا به اوتیسم، قرار دارد. به خصوص زیاد بودن نمرات آسیب پرهیزی پیش بینی کننده پاسخ ضعیف تر و کند تر به محرک‌ها بوده است. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که بالا بودن آسیب پرهیزی که با ویژگی‌های همچون فرار و

برای تعیین تأثیر ابعاد سرشت و منش به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بازداری پاسخ به عنوان متغیرهای ملاک، با تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش ورود تحلیل شدند. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهد که ۶۴ درصد از واریانس بازداری پاسخ توسط ابعاد سرشت و منش تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب بعد نوجویی (۰/۷۸۴ = Beta)، آسیب پرهیزی (۰/۲۷۸ = Beta)، پاداش وابستگی (Beta = -۰/۱۹۲) و خود راهبری (Beta = -۰/۲۳۶) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی بازداری پاسخ در دانش آموزان دارای اختلال سلوک می‌باشند.

برای تعیین تأثیر ابعاد سرشت و منش به عنوان متغیرهای پیش‌بین و نشانه‌های اختلال سلوک به عنوان متغیرهای ملاک، با تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش ورود تحلیل شدند. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهد که ۴۷ درصد از واریانس نشانه‌های اختلال سلوک توسط ابعاد سرشت و منش تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب بعد همکاری (Beta = -۰/۲۵۸)، پشتکار (Beta = -۰/۲۳۷)، نوجویی (Beta = ۰/۲۴۵) و خود فراروی (Beta = -۰/۲۳۷) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال سلوک در دانش آموزان می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک بود.

نتایج پژوهش نشان داد که بین نوجویی و بازداری پاسخ در دانش آموزان دارای اختلال سلوک رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، دانش آموزانی که نوجویی بیشتری دارند، بازداری پاسخ نیز در آنها بیشتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۳۳، ۳۶، ۳۹] مبنی بر ارتباط نوجویی با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک ناهمسو می‌باشد.

کمتری داشتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۳۷، ۳۸، ۳۵] مبنی بر اینکه بین ابعاد منش با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک رابطه منفی وجود دارد همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سطوح پایین خودراهبری و همکاری در این افراد بر اساس رویکردهای عصب شناختی نشان دهنده مفهوم گریزی و بازداری پاسخ می‌باشد که این مسئله افراد دارای اختلال سلوک را بیشتر در معرض خطر مشکلات رفتاری قرار می‌دهد [۵۰]. همچنین افرادی که اختلال سلوک و کمبود توجه/بیش‌فعالی را با هم دارند، سطوح پایینی از خود راهبری و همکاری و سطوح بالایی از مشکلات رفتاری را در مقایسه با افراد دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای نشان می‌دهند. این نتیجه نیز در راستای این یافته وان دیجک و همکاران [۴۱] قرار دارد که افراد دارای بی‌اعتنایی مقابله‌ای و کمبود توجه/بیش‌فعالی نسبت به اختلال شخصیت مرزی نمرات پایین تری در ابعاد همکاری و خود راهبری دارند. در تبیین ارتباط خود فراروی و بازداری پاسخ می‌توان گفت که سطوح پایین خود فراروی در این افراد از جمله تمایل کم به آرمان‌گرایی، متانت و صبوری کم و تمایل به درگیری با محیط در این افراد به صورت ویژگی‌های مقابله‌ای در مقابل ارائه پاسخ عمل کرده و نشان دهنده مفهوم گریزی و بازداری پاسخ در آنها می‌باشد. خودفراروی با ایمان مذهبی و متانت و صبوری غیرمشروط همراه بوده و به عنوان مانعی برای بازداری پاسخ در این افراد می‌باشد [۵۰] در مجموع می‌توان بیان کرد که احتمالاً نمرات پایین در ابعاد منش، سازگاری کم و عملکرد روانی اجتماعی پایین، شدت علائم اختلال را در این افراد (دانش‌آموزان پسر) تبیین می‌کند.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و خود راهبری به عنوان قوی‌ترین مولفه‌های پیش‌بینی‌کننده بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک می‌باشند. این متغیرها ۶۴ درصد واریانس مربوط به بازداری پاسخ دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک را تبیین می‌کنند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۳۶ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای موثر دیگر بر بازداری پاسخ (نظیر متغیرهای شخصیتی، شناختی و انگیزشی) تبیین می‌شود و بیشترین سهم متعلق به ابعاد سرشت و منش به ویژه نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و خود راهبری است. همچنین با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که ابعاد نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و خود راهبری تأثیرشان بر بازداری پاسخ پسران دارای اختلال سلوک قابل ملاحظه بوده است. لذا برای روش شدن این نکته لازم است که در تحقیقات بعدی دقت بیشتری صورت گیرد.

همچنین نتایج نشان داد که حدود ۴۷ درصد از واریانس مربوط به نشانه‌های اختلال سلوک توسط ابعاد سرشت و منش تبیین می‌شود. این نتیجه نشان می‌دهد که متغیرهای همکاری، پشتکار، نوجویی و خود فراروی به عنوان متغیرهای پیش‌بینی

اجتناب از موقعیت‌های خطرناک، محتاط و منزوی بودن مشخص می‌شود، بنابراین با توجه به اینکه افراد دارای اختلال سلوک در زندگی روزمره خود دارای مشکلاتی هستند، و به امور و مسائل زندگی و آینده به احساس مسئولیت و توجه نداشته باشند از توانایی کنترل و بازداری این رفتارها ناتوان هستند، لذا از آسیب‌پرهیزی پایین‌تری برخوردارند. یعنی گرایش در جهت پاسخگویی شدید به علائم و محرک‌های بیزار کننده دارند که از طریق آن یاد می‌گیرند که از تنبیه و موارد جدید اجتناب نکنند. لذا این افراد از رشد سالم برخوردار نبوده و در توانایی انطباق با محیط، آغاز کردن رفتارهای جدید و تولید رفتارهای فعال در محیط به مشکل بر می‌خورند [۴۹]. بنابراین پایین بودن ویژگی‌های آسیب‌پرهیزی همچون اعتماد به نفس در مقابل بلا تکلیفی، منجر به تلاش‌های زیاد با حداقل ناراحتی شخصی می‌گردد و ضرر این حالت، عدم پاسخ دهی به خطر و خوش بینی غیرواقعی بوده و نتایج بالقوه پرخطر آن در موقعیت‌هایی است که احتمال خطر زیاد بوده و کاملاً در راستای افزایش علائم تکانه‌ای و ضد اجتماعی است.

نتایج پژوهش نشان داد که بین پاداش وابستگی و بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک رابطه منفی معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، دانش‌آموزانی که پاداش وابستگی کمتری دارند، بازداری پاسخ در آنها بیشتر است. این یافته راستای نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال [۲۰، ۲۳، ۳۸، ۴۰] مبنی بر ارتباط منفی پاداش وابستگی با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک می‌باشد. این نتایج حاکی است که افراد دارای اختلال سلوک در تسلط پاداش دچار نقص هستند. کلیفتون و پیلکونیس [۳۹] به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای و کمبود توجه/بیش‌فعالی نمرات بالا در نوجویی و نمرات پایین در آسیب‌پرهیزی و پاداش وابستگی دارند.

در این پژوهش بین پشتکار و بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک رابطه منفی معناداری بدست آمد. به عبارت دیگر، دانش‌آموزانی که پشتکار کمتری دارند، بازداری پاسخ نیز در آنها بیشتر است. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر [۳۸، ۳۹، ۴۰] مبنی بر ارتباط منفی پشتکار با بازداری پاسخ در افراد دارای اختلال سلوک می‌باشد. نتایج حاکی از این بود که در افراد دارای اختلال سلوک هر چه پشتکار آنها بیشتر باشد، بازداری پاسخ در آنها کمتر خواهد بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که پشتکار کم در این افراد بر اساس رویکردهای عصب شناختی مربوط به افراد ADHD، مفهوم گریزی و تأخیر در پاسخ تبیین می‌شود. بیدرمن و همکاران [۵۰] معتقدند که این مساله افراد دارای این اختلال را در معرض خطر و آسیب جدی‌تر قرار می‌دهد.

همچنین هر یک از ابعاد منش (خود راهبری، خود فراروی و همکاری) با بازداری پاسخ در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک رابطه منفی معناداری داشتند. به عبارت دیگر، دانش‌آموزان دارای خود راهبری، خود فراروی و همکاری بالا، بازداری پاسخ

correlates of disruptive behavior disorders in young children: preliminary findings, *Biol Psychiatry* 2008; 51(4): 563-74.

- 7- Kadesjo C, Hagglof B, Kadesjo B, Gillberg C. Attention-deficithyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3- to 7-year-old children, *Dev Med Child Neurol* 2003; 45(8): 693-9.

۸- فربیک، پائول جی (۱۹۹۸). اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی شدید. ترجمه علاقبندراد، جواد و سلطانی فر، عاطفه (۱۳۸۲). تهران انتشارات سنا.

- 9- Kuhne J, Scheres A, Sergeant J.A. Which executive functioning deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid ADHD+ODD/CD? *J Abnorm Child Psychol*. 1997; 33(4): 69-85.

- 10- Harada J, Asherson P, Hay D, Levy F, Swanson J, Thapar A, & et al. Characterizing the ADHD phenotype for genetic studies, *Dev Sci* 2002; 8(2): 115-21.

- 11- May D.A, & Bos K.D. ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children: external validators and comorbidity, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 43(7): 735-43.

- 12- Loeber R, Burke J.D, Lahey B.B, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(5): 1468-84.

- 13- Wender T.J. ADHD and comorbidity in childhood, *J Clin Psychiatry* 2005; 67(8):27-31.

- 14- MacLeod C, Gorfein D. Inhibition in cognition. Washington, DC: American Psychological Association 2007. PP: 123-141.

- 15- Nigg J.T. On inhibition/disinhibition in developmental psychopathology: Views from cognitive and personality psychology and a working inhibition taxonomy, *Psychological Bulletin*. 2001; 126(13): 200-246.

- 16- Schachar R, Logan G. Impulsivity and inhibitory control in normal development and childhood psychopathology, *DevelopmentalPsychology* 1990; 26 (2): 710-720.

- 17- Schachar R, Nita V.L, Logan G.D, Tannock R, Klim P. Confirmation of an inhibitory control deficit in attentiondeficit/ hyperactivity disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000; 28(4): 227-235.

- 18- Miyake A, Friedman N.P, Emerson M.J, Witzki A.H, Howerter A, Wager T.D. The unity and

کننده نشانه های اختلال سلوک می باشند. این نتیجه نشان می دهد که ۵۳ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای موثر دیگر بر باز داری پاسخ (نظیر متغیرهای شخصیتی، شناختی و انگیزشی) تبیین می شود. هر چند ابعاد سرشت و منش علایم اختلال سلوک این پسران را تحت تاثیر قرار داده، اما بیشترین سهم متعلق به متغیرهایی روانشناختی دیگر است [۵۱]. همچنین با توجه به عدم وجود یافته های متناظر در پیشینه، از این یافته می توان استنباط کرد که همکاری، پشتکار، نوجویی و خود فراوری تاثیرشان علایم اختلال سلوک خیلی قابل ملاحظه نبوده است [۵۲، ۵۳، ۵۴].

در مجموع ارتباط معنادار ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ را می توان بر اساس الگوی پاسخ بارکلی تبیین نمود [۱۵] بر این اساس، رشد مناسب بازداری برای عملکرد عادی توانایی های عصب- روانشناختی ضروری است. به همین دلیل، بازداری رفتاری به توانمندی حافظه کاری، احساس زمان، درونی سازی، خودانگیزشی، خلاقیت رفتاری و خود کنترلی کمک می کند. اما با توجه به اینکه در اختلالات رفتاری و از جمله اختلال سلوک، بازداری رفتاری و بازداری پاسخ های غالب آسیب می بینند، از طریق این الگو می توان مشکلات موجود در این کودکان را پیش بینی کرد [۵۵، ۵۶]. در نهایت مختص بودن نمونه به مدارس راهنمایی دولتی شهر کوهدهشت، محدود بودن نمونه به پسران و عدم توجه به متغیرهایی نظیر وضعیت اجتماعی- اقتصادی و انتخاب نمونه غیر بالینی از محدودیت های این پژوهش بود. بررسی متغیرهای مورد مطالعه در دانش آموزان دختر دارای این نشانه ها، استفاده از نمونه بالینی از پیشنهادات این پژوهش می باشد. همچنین برنامه ریزی های مداخله ای به ویژه آموزش مهارت های حل مساله اجتماعی و خود کنترلی به منظور کاهش علایم این اختلال پیشنهاد می گردد.

منابع

- 1- Henggeler SW, Sheidow J. Conduct disorder and delinquency. *J Marital Fam ther*. 2003; 12 (3): 45-56.

۲- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی. ترجمه نیکخو، آوادیس یانس، تهران: انتشارات سخن.

- 3- Tynan W. Conduct Disorder. Updated 2008 May24; Available from: <http://www.emedicine.com>.

- 4- Decety J., Michalaska KJ, Akitsuki Y, Lahey BB. Atypical empathic responses in adolescents with aggressive conduct disorder: A functional MRI investigation. *Bio Psych* 2009; 80 (8): 203-211.

- 5- Davison, C. G. Abnormal psychology. New York. John Wiley press. 2005; pp: 123-145.

- 6- Cohnor D.R, & Dorfler, J. Temperamental

- 30- Cloninger, C. R. Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*. 1994; (32): 4, 266-273.
- 31- Mula, M, Pini, S, Monteleone, P, Iazzetta, P, Preve, M, Tortorella, A, Amato, E, Di Paolo, L, Conversano, C, Rucci, P, Giovanni, B. Cassano, Maj, M. Different temperament and character dimensions correlate with panic disorder comorbidity in bipolar disorder and unipolar depression. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 22(4): 1421-1426.
- 32- Kampman, O. I, Poutanen, O. U. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 135(12): 20-27.
- 33- Anckarsater H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad S.B, Niklasson L, & et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development, *Am J Psychiatry* 2006; 163(11): 1239-44.
- 34- Jacob C.P, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, & et al. Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(25): 309-17.
- 35- Faraone S.V, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses, *Psychol Med* 2008; 30(3): 1-9.
- 36- Van Goozen S. H. M, Fairchild G, Snoek H, Harold GT. The evidence for a neurobiological model of childhood Anti social behavior. *Psychological Bulletin*. 2007; 133(18):149-182.
- 37- Zeigler-Hill V, Abraham J. Borderline personality features: instability of self-esteem and affect. *J Social and Clinical Psychology* 2006; 25(6): 668-682.
- 38- Oberien J.L. The Junior Temperament and Character Inventory: preliminary validation of a child self-report measure, *Psychol Rep* 1996; 84(10): 1127-38.
- 39- Kim H.W, Cho S.C, Kim B.N, Kim J.W, Shin M.S, Yeo J.Y. Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit/hyperactivity disorder? *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51(8): 412-418.
- 40- Purper-Ouakil. D., Ramoz. N., Lepagnol-Bestel. AM., Gorwood. P., Simonneau M. Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis, Cognitive Psychology* 2000; 41(1): 49-100.
- 19- Barkley R.A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, (3rd Ed). New York: Guilford Press 2006; pp: 16-48.
- 20- Shapiro B.K, Acardo P.J, Balla D.A, & Capute A.J. Specific reading disability- a view of the spectrum, Timonium, Md: Yourk press. 1998; PP: 187-212.
- 21- Mattiz M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F. Longitudinal predictors of behavioural adjustment in pre-adolescent children, *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; 35(4): 297-307.
- 22- Raaijmakers MAJ, Smidts DP, Sergeant JA, Maassen GH, Posthumus JA, Engeland HV, Matthys W. Executive functions in preschool children with aggressive behavior: Impairments in inhibitory control. *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36(4): 1097-1107.
- 23- Barkley R.A. ADHD and the nature of self-control, New York: Guilford Press 2005; pp: 1-15.
- 24- Booth J.R, Burman D.D, Meyer J.R, Lei Z, Tronmer B.L, Davenport N.D, & etal. Larger deficits in brain networks for response inhibition thanforvisual selective attention in attention deficit hyperactivity disorder, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46(1): 115-125.
- ۲۵- کاویانی، حسین(۱۳۸۲). نظریه زیست شخصیت. تهران: انتشارات سنا، پژوهشکده علوم شناختی، ۴(۱)، ۱۴۷-۱۰۳.
- 26- Sadock, B. J., Kaplan, H., & Sadock, V. A. Synopsis of psychiatry: Behavioral science clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott, William and Wilkins. 2007; PP: 1133-1141.
- 27- Cloninger, C. R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Development*. 1986; 32(4): 167-226.
- 28- Cloninger, C. R., Bayon, C., & Svrakic, D. M. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 83(8): 227-232.
- 29- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1994; 50(7): 975-990.

- 51- Durston S, Hulshoff Pol H.E, Schnack H.G, Buitelaar J.K, Steenhuis M.P, Minderaa R.B, & et al. Magnetic resonance imaging of boys with attention deficit executive function theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A metaanalytic review, *Biological Psychiatry* 2005; 57(6): 1336-1346.
- 52- Rettew D.C, Copeland W, Stanger C, Hudziak J.J. Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents, *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25(5): 383-91.
- 53- Krol A. The Handbook of child adolescence clinical psychology. A contextual approach, London: Institute of psychiatry. 2006; PP: 113-214.
- 54- Clifton A, Pilkonis P.A. Evidence for a single latent class of DSM borderline pathology *comprehensive psychiatry*, 2006; pp: 18-35.
- 55- Spencer. T.J., Abikoff. H.B., Connor. D.F., Biederman. J., Pliszka. S.R., Boellner.S., Read.S.C., Pratt .R. "Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of Oppositional Defiant Disorder with or without comorbid attention- deficit / hyperactivity disorder in school aged children and adolescents." *Res Pract*. 2010; 28 (3): 402-418.
- 56- Muris P, Meesters C, Dekanter E, Timmerman P. Behavioural inhibition and behavioural activation system scales for children: relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences* 2005; 38(4): 831-41.
- Research. 2011; 69(5 Pt 2): 69-76.
- 41- Van Dijk FE, Lappenschaar M, Kan CC, Verkes RJ, Buitelaar JK. Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Comprehensive Psychiatry*, doi:10.1016/j.comppsy. 2011; 8(2): 1-9.
- 42- Weber W & e.al. Findings from a placebo controlled trial of hypericum perforatum for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. 2007; PP: 186-218.
- 43- Delavar A. [The method research of psychology and educational (Persian)]. Tehran: Virayesh Publisher 2001; 99.
- 44- Gadow, K. D., Sprafkin, J. Child symptom inventories manual. Story Brook, NY: checkmate Plus. 1994.
- ۴۵- رضایی، مظاهر(۱۳۷۹). بررسی کارکردهای شناختی لوب فرونتال در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک. رساله دکتری، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی انستیتوروانپزشکی تهران
- 46- Allenso N.C, Bagade S, Tanzi R, Bertram L. The schizophrenia gene database. *Schizophrenia research forum*, Accessed March 2008; 25 (18): 568-573.
- 47- Dovasen Y, Govayer R. Educational assessment of learning problems, testing for teaching. Boston: Allyn and Bacon 2004. pp: 23-55.
- 48- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretamad, H. R., Bagheri Yazdi, S.A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E.M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Prac Epi Mn Hlth*. 2005; 1 (1):16-29 (Persian).
- 49- Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, et al. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord* 2008; 69(5):31-8.
- 50- Biederman J, Petty C.R, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux M.C, & et al. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study, *Psychol Med* 2008; 38(9):1003- 1027.

ارتباط تیپ‌شناسی شخصیتی مادران با نگرش فرزندان به بزهکاری: ارزیابی نقش پیش‌بین تیپ شخصیتی D

نادیا قره‌گوزلو^۱، اکبر عطادخت^{۲*}، سجاد بشرپور^۳، محمد نریمانی^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۴. استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تیپ شخصیتی مادران به‌ویژه تیپ شخصیتی D در پیش‌بینی نگرش مثبت و منفی فرزندان به بزهکاری انجام شد.

روش: برای انجام این پژوهش توصیفی-همبستگی از بین مادران ساکن در شهر همدان نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر همراه با ۱۰۰ نفر از فرزندان نوجوان آن‌ها با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب‌شده و مادران پرسشنامه تیپ شخصیتی A و B فریدمن و روزنمن، مقیاس تیپ شخصیتی C راهه و سولومون و مقیاس تیپ شخصیتی D دنولت را تکمیل نموده و فرزندان پسر آن‌ها نیز به پرسشنامه سنجش نگرش به بزهکاری پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که تیپ شخصیتی D مادران با نگرش مثبت نوجوانان پسر آن‌ها به بزهکاری رابطه مثبت و با نگرش منفی به بزهکاری رابطه منفی دارد و بین تیپ‌های شخصیتی A و B و نیز تیپ C با نگرش مثبت و منفی به بزهکاری رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که تیپ شخصیتی D، ۴۷ درصد ($B=0/47$) از واریانس نگرش مثبت به بزهکاری و ۲۳ درصد ($B=-0/23$) از واریانس نگرش منفی به بزهکاری را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهد که فرزندان مادران دارای تیپ شخصیتی D بیشتر از سایر تیپ‌های شخصیتی در معرض بزهکاری قرار دارند. لذا آگاه‌سازی والدین و تنظیم و اعمال مداخلات مرتبط برای تعدیل تیپ شخصیتی D مادران می‌تواند در پیشگیری و کنترل بزهکاری نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: بزهکاری، شخصیت A، شخصیت B، شخصیت C، شخصیت D، نوجوان

*Email: Atadokht@uma.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی
بالینی
و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۴۳-۵۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۱۴

Biannual Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 43-50

مقدمه

سایر اعضا، مادران بیشترین و مؤثرترین نقش را در صلاح و فساد فرزندان بر عهده دارند چرا که زمینه‌های تربیت طفل، قبل از تولد و از دوران جنینی شروع می‌شود. مادر در آغاز عهده‌دار رفع نیازمندی‌های کودک است. هر نوع تغذیه او، رفتار خوب و ناشایست وی، در فرزند تأثیر بسزایی دارد. از طرفی تأثیر خانواده در بزهکاری فقط مربوط به دوران طفولیت نیست بلکه کاستی‌ها، کمبودها و خلأهای تربیتی در نوجوانی و حتی جوانی تأثیر خود را می‌گذارد [۳]. به‌طور کلی، می‌توان شخصیت فرزند، سلامت روانی و جسمانی او، آینده شغلی، تحصیلی، اقتصادی، سازگاری اجتماعی و فرهنگی، تشکیل خانواده او و غیره را تحت تأثیر عواملی چون شخصیت والدین، سلامت روانی و جسمانی آن‌ها، شیوه‌های تربیتی اعمال شده در داخل خانواده و بی‌نهایت متغیر دیگر دانست [۶].

شخصیت والدین می‌تواند به‌صورت الگوهای رفتاری تیپ‌های شخصیتی A و B، C و D باشد.

الگوی رفتاری تیپ A به‌عنوان مجموعه‌ای از اقدامات هیجانی شامل جاه‌طلبی شدید، رقابت در رانندگی، بی‌حوصلگی، تنش عضلانی، هشیاری و شتاب تعریف شده است [۷]. این افراد احساس می‌کنند که هل داده می‌شوند، زیر فشارند و یک چشمشان همیشه به ساعت است. آن‌ها نه‌تنها وقت‌شناس هستند بلکه اغلب مواقع زودتر از موعد بر سر قرار حاضر می‌شوند. این افراد معمولاً سریع صحبت می‌کنند، سریع غذا می‌خورند، سریع راه می‌روند و اگر دیگران کند کار کنند بی‌حوصله می‌شوند [۸]. افراد تیپ B، نسبت به افراد تیپ A آرامش بیشتری دارند. کمتر جاه‌طلب و بی‌حوصله هستند و با احتیاط حرکت می‌کنند [۹]. مسائل را خیلی آسان می‌گیرند و بیشتر به کیفیت زندگی اهمیت می‌دهند و منظم و محتاط هستند [۱۰].

تیپ شخصیتی C نیز با ویژگی‌هایی نظیر ناتوانی در غلبه بر رفتارهای روانی-عصبی، تسلیم‌پذیری، مهربانی بیمارگون، پذیرندگی، رفتارهای همکاری‌کننده و همناوگر، صبوری مفرط، منطقی بودن و کنترل شدید تظاهرات هیجانی همراه است [۱۱]. این تیپ به‌عنوان یک تیپ شخصیتی گوش‌به‌زنگ و سرکوب-کننده معرفی شده [۱۲] و تمایل شدیدی برای سرکوب خشم و سایر احساسات منفی دارند [۱۳]؛ بنابراین، بیش از سایر افراد دچار اختلالات هیجانی، افسردگی، اضطراب و حالت‌های خصمانه می‌گردند و مستعد بیماری‌های روان‌تنی هستند [۱۴].

تیپ شخصیتی D یا شخصیت مضطرب هم تمایل به تجربه بالای عواطف منفی و مهار اجتماعی را دارد [۱۵] و به‌عنوان یک تیپ شخصیتی آشفته تعریف می‌شود [۱۶]. این تیپ با خطر فزاینده بیماری افسردگی، بیگانگی اجتماعی و اختلال در عملکردهای اجتماعی روزمره [۱۷]، خشم و اضطراب [۱۸]، ضعف یا کاهش قدرت حیاتی [۱۹]، توسعه سرطان در مردان و اختلال قلبی و عروقی [۲۰] در رابطه است. این افراد از وضعیت موجود شکایتی ندارند و عامل عدم اقدام به بهبود و سلامتی خود، نوعی بی‌تفاوتی است [۲۱]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت

جامعه ایران از نظر ساختار جمعیتی، کشوری با جمعیت جوان محسوب می‌شود به‌طوری‌که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، جمعیت زیر ۱۴ سال ۲۳/۴ درصد اعلام‌شده و جمعیت جوان (۶۴-۱۵ سال) نسبت به سرشماری قبلی (در سال ۱۳۸۵) در حال افزایش می‌باشد [۱]. تقریباً تمامی متخصصین روان‌شناسی و علوم تربیتی بر این باورند که دوره نوجوانی حساس‌ترین، بحرانی‌ترین و مهم‌ترین دوره رشد هر انسانی می‌باشد و در این دوره است که معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری برای نوجوانان به وجود می‌آید [۲]. افزایش بزهکاری نوجوانان و جوانان به‌ویژه ارتکاب جرائم توأم با خشونت و قساوت یکی از بزرگ‌ترین معضلات اجتماعی محسوب شده و از قرن نوزدهم به بعد افکار عمومی جهان را نگران نموده است.

گزارش‌های سازمان ملل در دهه‌های اخیر نیز نشان داده که روند افزایش بزهکاری بیش از میزان رشد جمعیت بوده است. در ایران آمار و ارقام معتبری در مورد بزهکاری وجود ندارد، اما شواهد موجود رشد فزاینده‌ی آن را در سال‌های اخیر نشان می‌دهد [۳]. گزارش سازمان بهداشت جهانی هم نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون معتاد به انواع مواد مخدر وجود دارد که بیشترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران می‌باشد [۴].

بزهکاری نوجوانان و جوانان علاوه بر ضرر و زیان همه جانبه‌ای که متوجه این‌گونه افراد می‌کند، باعث هدر رفتن سرمایه‌های ملی، تباهی نیروها و استعدادهای جوانانی می‌شود که از مهم‌ترین سرمایه‌های هر کشور محسوب می‌شوند. همچنین هزینه‌های هنگفتی همه‌ساله صرف جبران خسارات وارده بر کشور می‌شود. از قبیل، دستگیری، پیگیری، نگهداری و بازپروری نوجوانان و جوانان [۳]. بنابراین، بزهکاری نوجوانان و جوانان یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی است که جامعه ما را به‌طور جدی تهدید می‌کند و هریک از موارد مذکور انگیزه‌ای برای اقبال و اهتمام اهل قلم و اندیشه به مسئله گرایش نسل جوان به بزهکاری شده و ضرورت بررسی علمی آن را دوچندان ساخته است [۵] و با اعتقاد به این حقیقت که پیشگیری به‌مراتب سهل‌تر و مؤثرتر از درمان است، باید فرصت را غنیمت شمرده و ضمن شناسایی علل و عوامل بزهکاری، بسترهای پیدایش این‌گونه معضلات را در جامعه از بین برد. عوامل زیادی در بروز بزهکاری، مؤثر گزارش شده که از آن جمله می‌توان به علل خانوادگی، اقتصادی، بیکاری و نارضایتی شغلی و ضعف اعتقادات مذهبی اشاره نمود. خانواده اولین پایه‌گذار شخصیت هر فرد است که نقش مهمی در تعیین سرنوشت و زندگی آینده او دارد و اخلاق و سلامت روانی فرد تا حدود بسیار زیاد در گرو آن است چرا که فرد پس از متولد شدن تحت تأثیر افکار، عقاید و رفتار اعضای خانواده خود قرار می‌گیرد. از این‌رو، خانواده اولین عاملی است که در رفتار فرزند تأثیر می‌گذارد. به‌طور کلی، طرز تفکر والدین یا سایر اعضای خانواده به هر شکلی که باشد کم‌وبیش در فرزندان آنان تأثیر می‌گذارد. در درون خانواده نیز در مقایسه با

توسط راهه و سولومون^۲ تدوین شده و دارای ۵ خرده‌مقیاس اصلی می‌باشد که عبارتند از: اجتماعی (جلوگیری از تعارض)، احساسات (سرکوب احساسات)، خدمات‌رسانی (گذشت بیش‌ازاندازه و خود قربان‌سازی)، جرأت‌مندی (فقدان جرأت‌مندی) و نیرو (نامیدی و درماندگی). در این مقیاس از آزمودنی خواسته می‌شود که در مورد ۳۰ صفت، وضعیت خود را در قالب مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای («به‌ندرت» (۳)؛ «گاهی اوقات» (۲)؛ «اغلب اوقات» (۱) و «همیشه» (صفر)) توصیف نماید. باگی و همکارانش روایی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه نموده و برای زیر مقیاس اجتماعی ۰/۶۴، احساسات ۰/۷۸، خدمات‌رسانی ۰/۶۶، جرأت‌مندی ۰/۸۴ و نیرو ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند [۲۴]. همچنین داوودی و همکاران در پژوهشی ضریب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۴ گزارش کرده [۲۵] و خرده‌مقیاس‌های آن با آزمون‌های غربالگری تیپ A، مقیاس صفت شخصیتی مرتبط با افسردگی و پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک همبستگی معنی‌دار نشان داده است [۲۶].

۴) مقیاس تیپ شخصیتی D دنولت: این مقیاس که توسط دنولت^۳ طراحی شده شامل ۱۴ ماده (۷ ماده برای ارزیابی عاطفه منفی و ۷ ماده برای ارزیابی بازداری اجتماعی) است که بر اساس یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (درست، نسبتاً درست، نه درست، نه نادرست، نسبتاً نادرست، نادرست) از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. بدین ترتیب دامنه نمره‌های آزمودنی برای هر خرده‌مقیاس بین ۰ تا ۲۸ و برای کل مقیاس بین ۰ تا ۵۶ خواهد بود. دنولت همسانی درونی خرده‌مقیاس عاطفه منفی را ۰/۸۸ و خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی را ۰/۸۶ گزارش کرده [۲۷] و ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، ۰/۶۳ گزارش شده است [۲۸]. در پژوهش‌های داخلی نیز همسانی درونی برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است [۲۹]. جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت انفرادی و با حضور پژوهشگر انجام گرفت. به این صورت که بعد از ارائه توضیحات مقدماتی در خصوص دلایل و اهداف پژوهش، از آزمودنی‌ها جلب رضایت می‌شد و در صورت رضایت وی پرسشنامه‌ها جهت تکمیل به آن‌ها ارائه می‌شد. برای تکمیل پرسشنامه‌ها هیچ‌گونه محدودیت زمانی اعمال نمی‌شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه بر اساس نرم‌افزار اس. پی. اس. اس. شانزده^۴ استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش تعداد ۱۰۰ نفر از مادران با میانگین سنی ۴۱/۷۱ و انحراف معیار ۴/۶۹ به همراه ۱۰۰ نفر از فرزندان پسر آن‌ها با میانگین سنی ۱۵/۸۸ و انحراف معیار ۱/۹۷ مورد مطالعه قرار گرفتند. جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیکی نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تیپ شخصیتی D با نگرش مثبت به بزهکاری رابطه‌ی مثبت

که شخصیت و نوع تیپ شخصیتی والدین می‌توانند تأثیر بسزایی روی فرزندان داشته باشند و با توجه به شیوع روزافزون بزهکاری در نوجوانان و پیامدهای مخرب آن روی خانواده‌ها، نوجوانان و جامعه، این موضوع بایستی به‌صورت جدی مورد مطالعه قرار گیرد. مطالعه اجمالی روی کارهای صورت گرفته نشان می‌دهد که در زمینه ارتباط بین تیپ‌های شخصیتی والدین با گرایش نوجوان به بزهکاری، خلأهای پژوهشی زیادی دیده می‌شود. لذا این مطالعه درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که آیا تیپ-شناسی شخصیتی مادران و به‌ویژه تیپ شخصیتی D آن‌ها با نگرش مثبت و منفی فرزندان نوجوان آن‌ها به بزهکاری ارتباط دارد یا خیر؟

روش

نوع پژوهش

روش تحقیق توصیفی- همبستگی بود.

آزمودنی

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران ساکن شهر همدان به همراه فرزندان ۱۵-۱۸ سال پسر آن‌ها بودند. از بین این افراد نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر مادر و ۱۰۰ نفر نوجوان)، با توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

با استفاده از ابزارهای زیر به جمع‌آوری داده‌ها اقدام شد:

۱) پرسشنامه سنجش نگرش به بزهکاری: این پرسشنامه که با هدف سنجش نگرش به رفتارهای بزهکارانه توسط وحید فضلی در سال ۱۳۸۹ برای نوجوانان ۱۸-۱۵ سال تهیه شده، ۲۸ ماده دارد و بر اساس لیکرت ۴ عاملی نمره‌گذاری می‌شود. برای بررسی روایی و پایایی پرسشنامه، سؤالات به‌صورت پایلوت بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان ۱۸-۱۵ سال مدارس دولتی شهر تهران انجام گرفته و با استفاده از روش آلفای کرونباخ میزان پایایی برای نگرش مثبت به رفتارهای بزهکارانه ۰/۱۷ و برای نگرش منفی به رفتارهای بزهکارانه ۰/۷۷ به دست آمده است [۲۲].

۲) آزمون شخصیت‌شناسی تیپ فریدمن و روزمن: این پرسشنامه که توسط فریدمن و روزمن^۱ تهیه شده از ۲۵ گویه تشکیل شده که پاسخ آن‌ها به‌صورت دوگزینه‌ای (بلی و خیر) است. به هر پاسخ بلی یک نمره تعلق می‌گیرد و نمره بالاتر از ۱۳ نشانگر تیپ شخصیتی A و نمره کمتر از ۱۳ نشانگر تیپ B است. همچنین نمره کمتر از ۵ تمایل شدید به تیپ B و نمره بیش از ۲۰ تمایل شدید به تیپ A را نشان می‌دهد. اعتبار این آزمون در اکثر بررسی‌ها بالاتر از ۰/۷۰ و ۰/۸۰ بوده و در پژوهشی پایایی پرسشنامه با سنجش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است [۲۳].

۳) مقیاس تیپ شخصیتی C راهه و سولومون: این مقیاس

¹ Fridman & rozenmen

² Rahe & Solomon

³ denollet

⁴ SPSS 16

و با نگرش منفی به بزهکاری رابطه منفی دارد ولی بین سایر تیپ‌های شخصیتی و نگرش مثبت و منفی به بزهکاری رابطه معنادار وجود ندارد.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیکی نمونه‌های پژوهش

متغیرها	زیرگروه‌ها	فراوانی	درصد
وضعیت اقتصادی خانواده	ضعیف	۱	۱/۰
	متوسط	۵۴	۵۵/۷
	خوب	۴۱	۴۲/۳
ترتیب تولد	فرزند اول	۴۳	۴۴/۳
	فرزند دوم	۳۳	۳۴/۰
	فرزند سوم	۱۳	۱۳/۴
	فرزند چهارم	۴	۱/۴
	فرزند پنجم و بالاتر	۱	۱/۰
شغل مادر	خانه‌دار	۵۹	۶۰/۸
	شاغل	۳۵	۳۶/۱
شغل پدر	کارمند	۵۶	۵۷/۷
	کارگر	۱	۱/۰
	آزاد	۳۵	۳۶/۱
تحصیلات مادر	سایر	۱	۱/۰
	سیکل	۱۴	۱۴/۴
	دیپلم	۳۴	۳۵/۱
	فوق‌دیپلم	۱۱	۱۱/۳
	لیسانس	۲۸	۲۸/۹
	بالاتر از لیسانس	۹	۹/۳
تحصیلات پدر	سیکل	۸	۸/۲
	دیپلم	۲۷	۲۷/۸
	فوق‌دیپلم	۱۰	۱۰/۳
	لیسانس	۳۴	۳۵/۱
پایه تحصیلی نوجوان	بالاتر از لیسانس	۱۵	۱۵/۵
	اول دبیرستان	۳۵	۳۶/۱
	دوم دبیرستان	۳۷	۳۸/۱
	سوم دبیرستان	۱۵	۱۵/۵
	پیش‌دانشگاهی	۶	۶/۲

جدول ۲. ماتریس همبستگی تیپ شخصیتی مادران و نگرش مثبت و منفی نوجوانان به بزهکار

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱- تیپ شخصیتی A. b	۱۱/۰۸	۳/۹۸	۱	-۰/۱۳	-۰/۳۴**	۰/۱۲	-۰/۶۳۰
۲- تیپ شخصیتی C	۳۷/۶۰	۶/۸۶		۱	۰/۰۰۴	۰/۰۲۷	-۰/۰۳۵
۳- تیپ شخصیتی D	۱۸/۸۱	۹/۱۰			۱	۰/۴۶۴**	-۰/۲۲۴*
۴- نگرش مثبت به بزهکاری	۲۱/۱۸	۵				۱	-۰/۴۹۲
۵- نگرش منفی به بزهکاری	۴۸/۵۳	۱/۱۲					۱
		۷/۰۸					

جدول ۳. تحلیل رگرسیون چندگانه نگرش مثبت و منفی نوجوانان به بزهکاری بر اساس تیپ‌های شخصیتی والدین

P	F	R ²	R	p	t	β	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۰۰۱	۸/۲۵	۰/۲۲	۰/۴۷	۰/۸۳۳	-۰/۲۱	-۰/۰۲	تیپ‌های A و B	نگرش مثبت به بزهکاری
				۰/۶۷۹	۰/۴۱	۰/۰۳	تیپ C	
				۰/۰۰۱	۴/۷۷	۰/۴۷	تیپ D	
۰/۱۹۳	۱/۶۱	۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۹۷۵	۰/۰۳۲	۰/۰۰۴	تیپ‌های A و B	نگرش منفی به بزهکاری
				۰/۷۵۶	-۰/۳۱	-۰/۰۳	تیپ C	
				۰/۰۴۱	-۲/۰۸	-۰/۲۳	تیپ D	

وان^۵ و همکاران [۳۴] نیز نشان داده‌اند که بین اختلالات سایکوپاتیک و افزایش بزهکاری عمومی، پرخاشگری خصمانه و ۳ شکل از بزهکاری با شروع زودرس رابطه خطی وجود دارد؛ یعنی هرچه اختلالات فکری و روانی بیشتر باشد، شیوع بزهکاری نیز بیشتر خواهد بود. بخشایش و دهقانی [۳۵] در تحقیقی به بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت عمومی پرداختند و نتایج نشان داد که بین افراد دارای تیپ شخصیتی D و افراد غیر D از نظر سلامت روان و نوع سبک مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین افراد با تیپ شخصیتی D سلامت عمومی پایین‌تری دارند و بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند.

در تحقیقی دیگر که توسط اسدی مجره و همکاران [۳۶] در بین دانشجویان دانشگاه تبریز انجام شده این نتیجه به دست آمده که افراد دارای تیپ شخصیتی D سطح بالاتری از استرس را تجربه کرده و در آن‌ها هر دو بعد عواطف منفی و بازداری اجتماعی با فشار روانی ادراک شده بالاتری همراه است و از بین مؤلفه‌های تیپ شخصیت D، عواطف منفی می‌تواند فشار روانی ادراک شده را به‌طور مؤثرتری پیش‌بینی کند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که مادران دارای تیپ شخصیتی D که به‌عنوان یک تیپ شخصیتی آشفته معرفی شده دارای خصوصیات نظیر، اضطراب، افسردگی، استرس، خشم و بدبینی، بیگانگی اجتماعی، بیماری، ضعف یا کاهش قدرت حیاتی می‌باشند.

این افراد همچنین از نظر اجتماعی در خود فرورفته‌اند که این امر سبب می‌شود که دارای محیط حمایتی به‌مراتب کمتری نسبت به سایر تیپ‌های شخصیتی باشند که این امر نیز می‌تواند به‌نوبه خود به افسردگی آن‌ها بیشتر دامن بزند. همچنین افراد این تیپ در معرض خطر فزاینده شکل‌گیری و رشد اختلالات جسمی و روانی نیز قرار دارند. همان‌طور که می‌دانیم در خانواده، مادر نقش محوری و اصلی‌ای را در تربیت فرزندان نسبت به سایر اعضای خانواده ایفا می‌کند بنابراین فرزند در خانواده بیشتر تحت تأثیر رفتار والد مادر قرار گرفته و او را الگو قرار می‌دهد.

یک مادر با ویژگی‌های تیپ شخصیتی D می‌تواند خواسته یا ناخواسته، این خصوصیات را نیز به فرزند خود القا کند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به افسردگی اشاره کرد.

یک مادر افسرده، ممکن است سبب شکل‌گیری افسردگی نیز در فرزند خود شود و طی تحقیقات مختلف نیز ثابت شده که افسردگی با بزهکاری رابطه‌ی مستقیم دارد. همچنین اختلالات

جدول ۳ نشان می‌دهد که تیپ شخصیتی D، ۴۷ درصد واریانس نگرش مثبت به بزهکاری را به‌صورت مثبت و ۲۳ درصد واریانس نگرش منفی به بزهکاری را به‌صورت منفی تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که از بین تیپ‌های شخصیتی A و B، تیپ شخصیتی C و D، صرفاً تیپ شخصیتی D مادران با نگرش مثبت نوجوانان به بزهکاری رابطه مثبت و نگرش منفی به بزهکاری رابطه منفی دارد؛ یعنی هرچه تیپ شخصیتی مادران بیشتر به سمت D متمایل باشد، بزهکاری در نوجوانان آن‌ها نیز بیشتر است.

گرچه ارتباط بین تیپ‌شناسی شخصیتی مادران با نگرش به بزهکاری در فرزندان تا به حال مورد بررسی قرار نگرفته ولی این یافته با نتایج تحقیقاتی که در زمینه‌ی تیپ‌های شخصیتی و عوامل ایجادکننده بزهکاری انجام گرفته همسو است. سوان اسدوتیر^۱ و همکاران [۳۰] در تحقیقی با عنوان «شخصیت مضطرب نوع D و مدل ۵ عاملی شخصیت در جوانان بالغ و سالم و ارتباط آن با مهار عاطفی و پریشانی» نشان داده که مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D یعنی عواطف منفی و بازداری اجتماعی با روان‌آزردگی، برون‌گرایی، اضطراب، افسردگی و استرس مرتبط است. عکسی^۲ و همکاران [۳۱] نیز در تحقیقی به هم‌بندایی افسردگی و بزهکاری در انواع شخصیت پرداخته‌اند که نتایج نشانگر هم‌رخدادی افسردگی و بزهکاری بوده است و تیپ شخصیتی نقش تعدیل‌کننده داشته است.

در تحقیقی دیگر که با عنوان ویژگی‌های شخصیتی و بزهکاری نوجوانان در پنجاب (پاکستان) انجام شده، کوثر^۳ و همکاران [۳۲] به این نتیجه رسیدند که بزهکاران در مقایسه با افراد غیربزهکار امتیاز بالاتری در انحرافات روانی، افسردگی و اسکیزوفرنی دارند. در تحقیقی دیگر کاندن^۴ و همکاران [۳۳] به این نتیجه رسیده‌اند که در نوجوانان با تیپ شخصیتی D، خطر ابتلا به اختلالات خواب حدود ۴ برابر بیشتر است و شخصیت D با ساعات خواب کمتر همراه است.

¹ Svansdottir

² Akse

³ Kausar

⁴ Condén

⁵ Vaughn

- دانشگاه شاهد، سال شانزدهم، شماره ۳۷، صص ۲۱-۳۴.
- ۵- صادقی فرد، مهدی (۱۳۸۹). عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر به بزهکاری و راهکارهای پیشگیری از آن. فصلنامه علمی- ترویجی مطالعات پیشگیری از جرم، سال پنجم، شماره شانزدهم، صص ۸۵-۱۱۴.
- ۶- جعفرپور، سارا و شیرانی، مژگان (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی بزهکاری جوانان. همایش ملی آسیب‌شناسی مسائل جوانان. دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، فلاورجان، ایران.
- 7- GhorbaniAmir, H., AhmadiGatab, T. & shayan, N (2011). Relationship between Type A Personality and Mental Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, vol. 30, pp: 2010 – 2018.
- ۸- جهان‌بخش، مریم؛ خوش‌کنش، ابوالقاسم و حیدری، محمود (۱۳۹۲). مقایسه کمال‌گرایی سالم و ناسالم و تیپ شخصیتی A در سبک‌های فرزندپروری ادراک شده دانشجویان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال نهم، شماره ۳۵، صص ۳۵۹-۳۸۱.
- ۹- رضاخانی، سیمین دخت (۱۳۹۱). شیوه‌های کنار آمدن تیپ‌های مختلف شخصیتی با فشارهای روانی. مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۸، شماره ۲، صص ۱۴۱-۱۲۳.
- ۱۰- کوچکسرایبی، فاطمه؛ اکبرزاده، فریبرز و خانوشی، مرضیه (۱۳۸۵). بررسی تیپ شخصیتی A در بیماران دارای افزایش فشار خون مراجعه‌کننده به کلینیک مرکز آموزشی درمانی سینا و شهید مدنی تبریز. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره یازدهم، شماره ۴، صص ۳۱-۲۶.
- ۱۱- جعفری، عیسی؛ سهرابی، فرامرز؛ جمهری، فرهاد و نجفی، محمود (۱۳۸۸). رابطه تیپ شخصیتی C، منبع کنترل و سخت‌رویی در بیماران مبتلابه سرطان و افراد عادی. مجله روان‌شناسی بالینی، سال اول، شماره ۱، صص ۶۶-۵۸.
- 12- Zetu, I., Iacob, M. L., Dumitrescu, A. & Zetu, L. (2013). Type C Coping, Self-Reported Oral Health Status and Oral Health-Related Behaviors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, vol.78, pp: 491 – 495.
- 13- Jadouille, V., Ogez, D. & Rokbani, L. (2004). Cancer, a defect of the psyche? *Bulletin du cancer*, vol.91, pp: 249-256.
- روانی در این والد نیز ممکن است به فرزندان آن‌ها سرایت کرده و از آنجاکه افسردگی و اختلالات روانی از جمله عوامل زمینه‌ساز در بزهکاری هستند، نوجوانان این والدین بیشتر در معرض خطر بزهکاری قرار می‌گیرند و از آنجاکه این تیپ شخصیتی دچار نوعی بی‌تفاوتی است ممکن است که والدین درصد دفع این موضوع نباشند که همین امر سبب افزایش روزافزون گرایش به بزهکاری در فرزندان آن‌ها می‌شود.
- از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه پژوهشی به نوجوانان پسر ۱۸-۱۵ سال شهر همدان و همچنین مادران ساکن شهر همدان اشاره کرد که با توجه به شرایط اقلیمی و فرهنگی خاص آن منطقه و تفاوت‌های جنسیتی دختران و پسران و تفاوت‌های پدران و مادران قابلیت تعمیم به جنس مخالف را ندارد. همچنین استفاده صرف از پرسشنامه برای ارزیابی متغیرهای مطالعه نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است که احتمال سوگیری در پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود که جهت افزایش تعمیم‌پذیری نتایج در تحقیقات آتی از نمونه‌های متعلق به جنس مخالف یا نمونه‌های هر دو جنس استفاده شده و در سایر مناطق نیز تحقیقات مشابهی صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی علاوه بر ابزار خودگزارشی از ابزارهای دیگر مانند مصاحبه و مشاهده نیز استفاده شود.
- به لحاظ کاربردی نیز این مطالعه اگرچه یک طرح مداخله‌ای نیست اما چارچوب نظری و پایه عملکرد برای طرح‌های مداخله-ای را دارد و پیشنهاد می‌شود در راستای پیشگیری از بزهکاری نوجوانان و کنترل آن، با برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه مادران جهت آگاه‌سازی آن‌ها از تأثیرات تیپ شخصیتی روی فرزندان استفاده کرد.

منابع

- ۱- مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰. تهران: مرکز آمار ایران.
- ۲- انیسی، جعفر؛ سلیمی، سیدحسین؛ میرزمانی، سیدمحمود؛ رئیسی، فاطمه و نیکنام، مژگان (۱۳۸۶). بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان. مجله علوم رفتاری، دوره ۱، شماره ۲، صص ۱۷۰-۱۶۳.
- ۳- کریمیان، حسین (۱۳۸۷). نگاهی به بزهکاری نوجوانان و جوانان. نشریه معرفت، سال هفدهم، شماره ۱۲۶، صص ۱۵۶-۱۴۱.
- ۴- دلاور، علی؛ رضایی، علی محمد و علیزاده، ابراهیم (۱۳۸۸). رابطه مؤلفه‌های خانوادگی با نگرش به مواد مخدر در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران. دومانه علمی-پژوهشی دانشور رفتار/ روان‌شناسی بالینی و شخصیت،

۲۵- داودی، ایران؛ صفی خانی، آرامه و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۸). بررسی سیستم‌های مغزی-رفتاری به‌عنوان پیش‌بین‌های تیپ‌های شخصیتی A.C و D، مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)، دوره چهارم، سال شانزدهم، شماره ۲، صص ۸۷-۱۱۲

۲۶- بشرپور، سجاد، ۱۳۹۴، صفات شخصیت (نظریه و آزمون)، چاپ اول، تهران: انتشارات ساوالان.

۲۷- ذوالجناحی، اهداء و وفایی، مریم (۱۳۸۵). رابطه بین تیپ شخصیتی D با سیستم‌های بازداری رفتاری و فعال‌ساز رفتاری. فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، سال اول، شماره ۳ و ۲، صص ۱۳۳-۱۱۴.

۲۸- ابوالقاسمی، عباس؛ تقی پور، مریم و نریمانی، محمد (۱۳۹۱)، ارتباط تیپ شخصیتی D، خود دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی، روان‌شناسی سلامت، فصلنامه علمی-پژوهشی، سال اول، شماره ۱، سس ۱۹-۵.

۲۹- علمردانی صومعه، سجاد و قربانی، فاطمه (۱۳۹۴)، رابطه الکسی تایمی و منبع کنترل با تیپ شخصیتی دی در دانشجویان. اندیشه‌های نوین تربیتی، دوره ۱۱، شماره ۲، صص ۱۶۷-۱۴۹.

30-Svansdottir, e., van den Broek, k., Karlsson, h., Olason, d., Thorgilsson, h. & Denollet, j. (2013). The distressed (Type D) and Five-Factor Models of personality in young, healthy adults and their association with emotional inhibition and distress. *Personality and Individual Differences*. Vol.55, pp: 123-128.

31-Akse, j., hale, b., Engels, r., raaijmakers, q. & meeus, w. (2007). Co-Occurrence of Depression and Delinquency in Personality Types. *European Journal of Personality*. Vol.21, pp: 235-256.

32-Kausar, a., Nadeem, m., Rasheed, m., Amin, f., Fahd, s., Usman, m., Khurram, f. & Saleem, s. (2012). Personality Traits and Juvenile Delinquency in Punjab, Pakistan. *International Conference on Business, Economics, Management and Behavioral Sciences*, pp: 491-487.

33-Condén, E., Ekselius, L. & Aslund, C. (2013). Type D personality is associated with sleep problems in adolescents. Results from a population-based cohort study of Swedish adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 74, pp: 290-295.

۱۴- ابراهیمی سرین دیزج، زهره؛ اسماعیل پور، خلیل و باباپور، جلیل (۱۳۸۹). رابطه ابعاد شخصیت هگزاگو با تیپ شخصیتی C در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. زن و مطالعات خانواده، سال سوم، شماره ۹، صص ۲۶-۱۳.

15- Armon, g. (2014). Type D personality and job burnout: The moderating role of physical activity *Personality and Individual Differences*. Vol. 58, pp: 112-115.

16-Londen, F. A. (2008). Type D personality: Predictor of general psychological distress after military deployment? (Master's thesis, Utrecht University).

17-Denollet, J., Sys, SU. & Brutsaert, DL. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *J Psychosom Med*. Vol.57, pp: 582-91.

18-Denollet, J. & Brutsaert, DL. (1998). Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation: J Am Heart Assoc*. Vol. 97, pp: 167-73.

19-Pedersen, SS. & Middel, B. (2004). Increased vital exhaustion among type D patients with ischemic heart disease. *J Psychosom Res*. Vol.51, pp: 443-449

20-Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the ype-D Scale (DS16). *Annal Beh Med*. Vol.20, pp: 209-215.

21-Denollet, J. (2005). Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, vol.67, pp: 89-97.

۲۲- سعادت، سجاد و خدایاری سقاواز، هانیه (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای و گرایش به بزهکاری. همایش ملی پیشگیری از جرائم و آسیب‌های اجتماعی، دانشگاه بابلسر، صص ۹۰۸-۸۹۵.

۲۳- شاکری‌نیا، ایرج (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان و پرخاشگری با عادات رانندگی در رانندگان پر خطر. فصلنامه مطالعات مدیریت ترافیک، سال چهارم، شماره ۱۵، صص ۷۴-۶۱.

24- Hosaka, T., Fukunishi, I., Aoki, T., Rahe, R. H. & Solomon, G.E. (1999). Development of a "Type C" Inventory: Cross-Cultural Applications. *Tokai J Exp Clin Med*. vol. 24, pp: 73-76.

34-Vaughn, m., Howard, m. & DeLisi, m. (2008).
Psychopathic personality traits and delinquent
careers: An empirical examination. *International
Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 31, pp: 407-
416.

۳۵- بخشایش، علیرضا و دهقانی، فهیمه (۱۳۹۲). بررسی رابطه
بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت
عمومی. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، سال
بیستم، شماره ۹، صص ۴۳-۵۲.

۳۶- اسدی مجره، سامره؛ بخشی پورودسری، عباس و پورشریفی،
حمید (۱۳۹۲). رابطه تیپ شخصیتی D و ابعاد آن با فشار
روانی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه
دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال چهاردهم،
شماره ۵۴، صص ۹۲-۱۰۰.

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله

زهرة عباسی^۱، شعله امیری^{۲*}، هوشنگ طالبی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استاد روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار آمار دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: اضطراب جدایی کودکان یکی از اختلالاتی است که تأثیر منفی در سازگاری اجتماعی، روابط با همسالان و پیشگویی کننده اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی است و در صورت عدم درمان این اختلال تا سنین بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند و از این رو مشکلات بسیاری فراروی فرد قرار می‌گیرد؛ بنابراین شناسایی درمان مؤثر برای این اختلال، از جمله اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های بر اضطراب جدایی کودکان، هدف پژوهش بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو و سه‌ماهه) همراه با گروه کنترل بود. نمونه آماری پس از غربالگری از بین ۳۸۸ کودک پیش‌دبستان و کلاس اول دبستان شهر قم که با علائم اختلال اضطراب جدایی با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای به تعداد ۷۶ نفر بودند؛ در هر دو گروه آزمایش و کنترل ۳۳ کودک ۶ و ۷ ساله با روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه گمارده شدند. گروه آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها در چهار مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو و سه‌ماهه از «پرسشنامه علائم مرضی کودکان» استفاده شد.

نتایج: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد. علاوه بر این نتایج نشان داد که اثرات متغیرهای جنس و سن و اثرات متقابل روش درمان و جنس و سن معنادار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طور کلی نتایج حاصل از پژوهش حاضر مؤید مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های در کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان دختر و پسر ۶ و ۷ ساله هست و با توجه به اثربخش‌تر بودن این روش درمانی برای پسران، استفاده از این پروتکل را برای ایشان پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: اضطراب جدایی، کودکان، درمان شناختی-رفتاری، رویکرد واحد پردازش‌های، ام. سی. بی. تی.

*Email: s.amiri@edu.ui.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۵۱-۶۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۰۶

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 51-64

مقدمه

اصرار می‌کنند که مراقبت‌کنندگان کنار آن‌ها بمانند و زمان جدایی، عصبانی و آشفته شده، یا بیماری جسمی می‌گیرند و اکثراً از رفتن به مدرسه، اردوهای تابستانی و فعالیت با دوستان به دلیل اجتناب از جدایی امتناع می‌ورزند [۱۱]. در معرفی و پیشنهاد پروتکل‌های درمانی برای اختلال اضطراب جدایی کودکان، یافته‌ها نشان داده‌اند این اختلال که اغلب با افسردگی و اختلالات برونی‌سازی و با شروع زودرس در دوران کودکی مشخص می‌شود، بدون درمان مناسب ممکن است در طول زمان منجر به اختلالات اضطرابی دیگر و عملکرد منفی در جنبه‌های مختلف در بزرگسالی گردد [۱۲]. لذا برای داشتن بزرگسالانی سالم و کمک به پیشگیری [۱۳] و درمان اختلال اضطراب جدایی، باید این موضوع از دوره کودکی جدی‌تر گرفته شود. در این راستا راهبردهای درمانی گوناگونی چون درمان فردی [۱۴]، رفتاردرمانی [۱۵]، درمان شناختی-رفتاری [۱۶] مشاوره با والدین و خانواده [۱۷]، گروه‌درمانی [۱۵] و یا ترکیبی از این راهبردها [۱۸] برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال به کار گرفته شده‌اند؛ اما از یک طرف همه این راهبردها گاهی فقط به لحاظ بالینی و کوتاه‌مدت سودمندی نشان داده‌اند و از طرف دیگر سایر عوامل از جمله اختلالات برونی‌سازی شده همراه با این اختلال [۱۵]، اختلالات رفتاری [۱۶] عدم مهارت‌های اجتماعی و حساسیت کودکان به تغییر در روش درمان [۱۹] موجب شده در این گستره سودمندترین درمان برای این اختلال همچنان مورد تردید باشد. از جمله پژوهش‌های انجام شده می‌توان به بررسی اثربخشی کتاب‌درمانی گروهی بر میزان اضطراب جدایی در کودکان طلاق و عدم تأثیر روش درازمدت را اشاره نمود [۲۰]، بانکی، امیری و اسعدی در سال ۱۳۸۸ در این مقاله دلیل این امر را کوتاه‌مدت بودن دوره مداخله از یک طرف و از طرف دیگر عمیق و ریشه‌دار بودن اختلال اضطراب جدایی در سازمان روانی و شخصیت کودکان دانسته‌اند. رویکرد شناختی-رفتاری یکی از درمان‌های متعارف در مواجهه با اختلالات مانند اضطراب و افسردگی در کودکان است که از آن به‌عنوان یک روش درمانی برای اختلال اضطراب جدایی نیز استفاده شده است [۲۱]. با اینکه بسیاری از پژوهش‌ها از این روش برای درمان اختلالات اضطرابی مختلف حمایت می‌کنند [۲۲، ۲۳، ۲۴] اما نتایج پژوهش‌های انجام شده روی اختلال اضطراب جدایی به‌طور کلی نشان از حداقل نتیجه مورد انتظار را دارند [۲۵]. برخی پژوهش‌ها در بررسی بهبود کودکان تحت درمان با اختلالات اضطرابی، با روش درمان شناختی رفتاری آعدم موفقیت را گزارش داده‌اند؛ البته موفقیت این روش در شرایط عادی و بدون مشکلات دیگر و در کودکان بزرگ‌تر نیز مشاهده شده است [۲۵، ۱۶]؛ به‌عنوان مثال تحقیقی در ارزیابی پس از درمان به روش درمان شناختی رفتاری، ۴۷ درصد بهبود را گزارش دادند و برخی دیگر ۴۳ درصد از کودکانی که به روش درمان شناختی رفتاری، تحت درمان قرار گرفته بودند را با علائم اولیه تشخیص دادند. اگرچه نرخ بهبود در این تحقیقات نزدیک

اختلال اضطرابی کلاسیک دوران کودکی، اختلال اضطراب جدایی^۱ است. در یکی از اولین مطالعاتی که با استفاده از ملاک‌های دی. اس. ام. روی کودکان کم‌سن‌وسال انجام گرفت، ۲۱ کودک از ۱۰۰ کودک ۳ ساله واجد ملاک‌های دی. اس. ام. بودند و بیشترین اختلال آن‌ها را اختلال اضطراب جدایی تشکیل می‌داد [۱]. اختلال اضطراب جدایی که مبنی بر اختلال‌های دل‌بستگی تعریف شده است [۲] در کودکی ممکن است افراد را برای اختلال اضطرابی در نوجوانی و اوایل بزرگسالی مستعد کند [۳]. در نتایج ارزیابی طولی اضطراب جدایی کودکان بین ۱/۵ تا ۶ سال بررسی‌ها نشان داد اغلب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی به تدریج در سنین ۴-۵ سالگی بهبود می‌یابند؛ اما عواملی مانند اضطراب، افسردگی و سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری و بیکاری والدین باعث پایداری این اختلال می‌شود؛ که در صورت عدم درمان تا سنین بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند و از این رو مشکلات بسیاری فرا روی فرد قرار می‌گیرد. با توجه به همه موارد فوق، تأکید بر جلوگیری از ادامه و رشد اختلال اضطراب جدایی تا سنین قبل از مدرسه ضرورت می‌یابد [۴]. شیوع اختلالات اضطراب جدایی در ۴ درصد کودکان و در دختران بیشتر از پسران گزارش شده است [۵]؛ که به‌جز در فعالیت‌های تحصیلی، تأثیر منفی در سازگاری اجتماعی، روابط با همسالان و پیشگویی‌کننده اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی است [۶]. کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی درباره‌ی ترک مراقبت‌کنندگان و افراد دیگری که به آن‌ها دل‌بستگی هیجانی دارند، اضطراب افراطی نشان می‌دهند لذا هسته‌ی اصلی و زمینه‌ی این اختلال، اضطراب و نگرانی شدیدی است که کودک شدیداً به آن‌ها دل‌بستگی دارد که به‌طور عمده شامل مادر و پدر می‌گردد. دل‌مشغولی ذهنی این کودکان، ترس‌هایی بر این اساس است که در حین دوره‌ی جدایی، صدمه‌ای برای خود یا مراقبت‌کنندگان اتفاق می‌افتد. البته این بیماری باید حداقل ۴ هفته طول کشیده باشد و اختلال واضحی در عملکرد شخص از جمله امتناع از رفتن به مدرسه، به وجود آورده باشد [۷]. این اختلال در بچه‌های شیرخوار به‌طور طبیعی روی می‌دهد که به‌عنوان یک پاسخ بارزش دوام‌دهنده به زندگی و بخشی از رشد طبیعی ظاهر می‌شود و به‌طور طبیعی نیز فروکش می‌کند [۸]؛ اما این اختلال در سنین پیش‌دبستانی و در کودکانی که نخستین بار وارد مدرسه می‌شوند بروز می‌کند؛ و زمانی تشخیص داده می‌شود که اضطراب مفرط نامتناسب، به هنگام جدایی از منبع دل‌بستگی ظاهر می‌گردد و کودک را شدیداً برانگیخته و بر آن می‌دارد تا از موقعیت‌هایی که مستلزم جدایی هستند، اجتناب - کند [۹]. تحقیقات نشان داده است؛ اضطراب امتناع از رفتن به مدرسه در کودکان ۶ تا ۱۶ ساله نیز با اختلال اضطراب جدایی در ارتباط است [۱۰]. این کودکان معمولاً در حین دوره‌ی جدایی،

¹ Separation Anxiety Disorder (SAD)

² Diagnostic and statistical manual of mental disorders

³ Cognitive Behavior Therapy (CBT)

به ۵۰ درصد می‌باشد اما می‌توان در نظر گرفت که این سقف می‌تواند بیشتر به دلیل سازگاری با پروتکل‌های درمان شناختی رفتاری باشد [۱۶]. می‌توان نتیجه گرفت یکی از دلایل ناکارآمدی روش درمان شناختی رفتاری در بعضی شرایط خاص ممکن است عدم انعطاف این روش باشد [۲۶]. اگرچه این استراتژی باید با توجه به افراد متعادل شود، اما عدم وجود راهکارهایی در این زمینه، باعث خروجی‌های ضعیف در پروتکل درمان شناختی رفتاری شده است [۲۷].

با توجه به اختلالات اضطرابی ناشی از مشکلات رشدی در کودکان، محققین مختلفی سعی در ارائه راه‌حل‌های مناسب برای درمان این اختلالات داشته‌اند [۱۹، ۲۸، ۲۹، ۳۰]. در این راستا، توجه به عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی همچنین فردی‌سازی مداخلات تاکنون مورد توجه پژوهشگران بوده است. افشاری، امیری، نشاط دوست و رضایی نشان دادند درمان شناختی رفتاری هیجان مدار^۱ از نظر تأثیرگذاری بر اضطراب و تنظیم نایافتگی غم، با دستیابی به این‌که درمان هیجان مدار منجر به بهبود مدیریت هیجانات منفی (خشم و غم) می‌شود و از این جهت، نسبت به درمان شناختی رفتاری، خصوصاً در مواردی که کودک علاوه بر اضطراب، در مدیریت سایر هیجانات منفی نیز مشکل دارد، ارجحیت دارد [۳۱].

چورپیتا نیز یک روش الگودار بر اساس درمان شناختی رفتاری ارائه نموده است [۳۲، ۳۰]. روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های^۲ برای پاسخ به این چالش‌ها مطرح گردید. این رویکرد را ایسن و سیلورمن^۳ برای کودکان با اضطراب فراگیر گسترش دادند و دوران^۴ نیز برای کودکان با اضطراب اجتناب از مدرسه که عملکرد رفتاری‌شان اجتناب است تجویز نمود [۱۵].

این روش الگوی عملی از مشکل فرد و عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی ارائه می‌دهد و برای مشخص ساختن مشکل اساسی به‌طور منظم به عوامل می‌پردازد و با فردی‌سازی مداخلات با مشکل فرد هماهنگ می‌شود. تفاوت پروتکل درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های با درمان شناختی رفتاری در تعداد جلسات، طول مدت جلسه، سرعت، حرکت درمان و مکان جلسات است [۳۰]. تعداد جلسات بستگی به کودک دارد. در مواردی ممکن است درمان بیش از ۱۲ تا ۱۶ جلسه ادامه یابد درحالی‌که غالب درمان‌های شناختی رفتاری با راهنمای عملی در یک پروسه زمانی محدود پایان می‌یابد. در این پروتکل گاهی جلسه تا زمانی ادامه می‌یابد که درمانگر و مراجع یا کودک و درمانگر هر دو بپذیرند که با این رویکرد، اهداف، دست-یافتنی نیستند. در این روش مشارکت والدین کاملاً متغیر است یعنی اگر والدین در دسترس نباشند در فرمول‌بندی نقشی ندارند و حذف می‌شوند. طول مدت جلسات با توجه به گستره توجه کودک و دشواری تمرین از ۱۵ دقیقه به ۴ ساعت متغیر است. در

این روش سرعت و حرکت درمان توسط کودک تعیین می‌شود و زمانی که به تمرین مسلط شود تمرین جدید آغاز می‌گردد. جلسات درمانی نیز می‌تواند در خانه، مدرسه، زمین‌بازی و یا کلینیک باشد؛ که مکان جلسات با نوع تمرین هماهنگ است. با توجه به این‌که یک کودک مضطرب با رفتارهای مقابله‌ای چالش‌انگیز احتمالاً تمایلی به مشارکت و همکاری در یک برنامه‌ی درمان شناختی رفتاری را نداشته و نیاز به روش‌هایی جهت کنترل رفتارهای مخرب دارد؛ همچنین اغلب کودکان بیش از یک نوع اختلال اضطرابی دارند و این به معنای نیاز به دستور کار مختلف است و مواجهه‌ی کامل یک کودک با موقعیت‌های ترس‌آور با تهیه‌ی فهرستی از موقعیت‌های ترس‌آور نیاز به مهارت‌های خاص دارد؛ در این روش درمانی، با ایجاد این مهارت‌ها و فردی‌سازی مشکل، می‌توان به کودک در مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور و کاهش اضطراب کمک کرد [۱۳]. این الگو را چورپیتا، تایلر، فرانسیس، مفیت و آستین^۵ برای کودکان ۷ تا ۱۳ ساله با اختلالات اضطرابی به‌کاربرده که پس از انجام پیگیری ۶ ماهه این کودکان کاهش چشمگیری در علائم اضطراب و بهبود در عملکرد زندگی را نشان دادند [۳۳]. اگرچه چورپیتا تاریخچه‌ی مثبتی برای این رویکرد ارائه داده است اما حمایت یکپارچه‌ای مبنی بر این نوع درمان بر اضطراب جدایی وجود ندارد؛ لذا پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های را بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله دختر و پسر در دستور کار خود قرار داده است. بدین خاطر مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های باعث بهبود یا کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان در طولانی‌مدت می‌شود؟ این سؤال ایجادکننده این فرضیه است که "روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های با توجه به اثرات مثبت روی سایر اختلالات، روش مؤثری در درمان اختلال اضطراب جدایی در کودکان در طولانی‌مدت می‌باشد".

روش

نوع پژوهش

پژوهش، از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو و سه‌ماهه) همراه با گروه کنترل بود.

آزمودنی

جامعه مورد مطالعه ۲۶۷۴۰ نفر دانش‌آموز پسر و دختر ۶ و ۷ ساله پیش‌دبستان و کلاس اول دبستان شهر قم که در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بوده‌اند؛ جهت غربالگری ۳۸۸ نفر، در سه مرحله با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای و تصادفی ساده انتخاب شدند. با توجه به این‌که تعداد دانش‌آموزانی که دارای اضطراب جدایی بودند ۷۶ نفر بودند؛ ۳۳ نفر از آنان به تصادف انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. با استفاده از اجرای

¹ Emotionally Focused Cognitive Behavioral Therapy

² Modular Cognitive Behavioral Therapy (MCBT)

³ Eisen & Silverman

⁴ Durand

⁵ Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt & Austin

استفاده از روش تصنیف برای فهرست معلمان ۹۱٪ و برای فهرست والدین ۸۵٪ محاسبه شد. اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴۸ می‌باشد [۳۴]. روایی محتوایی پرسشنامه «سی. اس. آی. - چهار» در پژوهش محمداسماعیل [۳۴] مورد تأیید ۹ نفر از روان‌پزشکان قرار گرفته است. این پرسشنامه به دو شیوه «نمره غربال شده» و روش «نمره شدت علامت» نمره-گذاری می‌گردد. در این پژوهش از روش «نمره شدت علامت» استفاده می‌شود بدین‌صورت که گزینه‌های «هیچ‌گاه»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» به ترتیب کدهای ۳، ۲، ۱، ۰ نمره‌گذاری می‌شود. فهرست شدت علائم اضطرابی کودکان نیز بخشی از پرسشنامه علائم مرضی کودکان «سی. اس. آی. - چهار» است که به ارزیابی علائم اضطراب جدایی کودکان می‌پردازد و دارای ۱۰ ماده در گروه I (د) است. در این پرسشنامه، شماره سؤال‌هایی که اضطراب جدایی را می‌سنجند شامل سؤالات (۸۸-۸۹-۹۰-۹۱-۹۲-۹۳-۹۴-۹۵-۹۶-۹۷) است که گروه اختلال اضطرابی پرسشنامه را در برمی‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش انجام شده برای پیش‌آزمون و پس-آزمون به ترتیب برابر با ۰/۸۸۴ و ۰/۸۹۵ می‌باشد. بالاتر بودن این اعداد از ۰/۷ دلیلی بر اعتبار پرسشنامه در تحقیق موردنظر است. (۲) فرم بررسی عوامل جمعیت شناختی: این فرم را پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی ساخته است. در این فرم عواملی نظیر سن، جنس، پایه تحصیلی و ناحیه آورده شده است.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش پس از انجام هماهنگی‌های لازم با آموزش‌وپرورش اقدام به نمونه‌گیری گردید. بر این اساس برای انتخاب نمونه ۳۸۸ نفر با توجه به فرمول کوکران، N حجم جمعیت آماری ۲۶۷۴۰ نفر، t یا Z درصد خطای معیار ضریب اطمینان ۰/۰۵، p نسبتی از جمعیت فاقد اضطراب جدایی، $q=1-p$. طبق فرمول زیر اگر بخواهیم حجم نمونه را با شکاف جمعیتی ۰/۵ (بدین معنی که نیمی از جمعیت، حائز صفت معین و نیمی دیگر فاقد آن هستند)، p را ۰/۵ در نظر گرفته، مقدار Z، ۱/۹۶ و d، ۰/۰۵ است [۳۵].

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} (\frac{z^2 pq}{d^2} - 1)}$$

برای غربالگری، نمونه‌ای به صورت چندمرحله‌ای خوشه‌ای انتخاب شد. برای این منظور از میان ۴ ناحیه آموزش‌وپرورش شهر قم به تصادف دو ناحیه و سپس ۴ مدرسه انتخاب شد. در هر مدرسه به نسبت دانش‌آموزان پیش‌دبستان و اول دبستان به حجم جامعه و نمونه، به تناسب، نمونه‌ی هر مدرسه مشخص و به صورت تصادفی ساده دانش‌آموزان در هر کلاس انتخاب شدند. با همکاری مدیریت و معلم مربوطه، پس از دعوت و گرفتن رضایت از مادران و تکمیل پرسشنامه علائم مرضی کودکان توسط

پیش‌آزمون از هم‌سطح بودن دو گروه کنترل و آزمایش اطمینان حاصل گردید و سپس گروه آزمایش طبق جلسات مشخص شده تحت درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های قرار گرفته و گروه کنترل هیچ مداخله‌ی مشخصی دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن علائم اختلال اضطراب جدایی و کسب بیشترین نمره در پرسشنامه علائم مرضی کودکان از این اختلال، داشتن سن ۶ و ۷ سال، تمایل به شرکت در پژوهش توسط والدین کودک و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: وجود هرگونه اختلال رشدی، غیبت بیشتر از ۳ جلسه در گروه آزمایش و داشتن مادران بی‌سواد، مطلقه یا بیوه. متغیرهای پژوهش شامل:

- ۱- متغیر وابسته: اضطراب جدایی کودکان
- ۲- متغیر مستقل: درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های
- ۳- متغیر کنترل: جنس و سن.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه علائم مرضی کودکان (سی. اس. آی. - چهار):^۱ که از ابزارهای غربالگری رایج برای شایع‌ترین انواع اختلالات روان‌پزشکی در کودکان بوده است. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین^۲، لانی^۳، یونیتات^۴ و گادو^۵ (اس. ال. یو. جی.) را اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال-های روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدیدنظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه «سی. اس. آی. - سه - آر» آن نیز ساخته شد تا اینکه «سی. اس. آی. - چهار» در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، توسط گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش آن دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر از چک‌لیست والدین استفاده شده‌است که این فهرست دارای ۷۹ عبارت است. این سیاهه شامل فهرست علائم ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی است. اعتبار ملاک‌های این پرسشنامه توسط متخصصان انجمن روان‌پزشکی آمریکا تعیین شده است. پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی موردبررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. در پژوهشی که گرایسون و کارلسون بر روی «سی. اس. آی. - سه - آر» انجام گرفت حساسیت آن ۰/۹۳ گزارش شد. «حساسیت» و «ویژگی» این پرسشنامه با یک نمونه ایرانی به شیوه موافقت تشخیصی روان‌پزشک بر پایه نمرات برش مختلف و بهترین نمره برای هر اختلال تعیین شد. حساسیت برای این آزمون بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ و ویژگی بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۷، به دست آمد. پایایی این پرسشنامه با

¹ Child Abnormal Symptoms Inventory (CSI-4)

² Sprafkin

³ Loney

⁴ Unita

⁵ Gadow

⁶ Screening cut-off score method

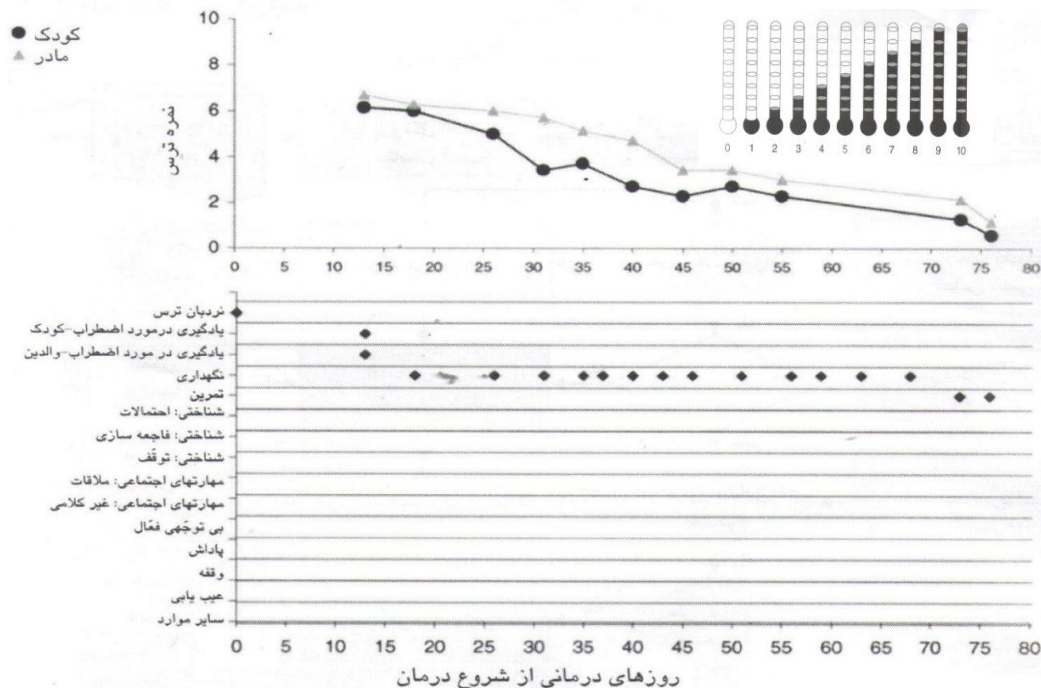
⁷ Symptom severity score method

آخرین جلسه نیز پرسشنامه اضطراب جدایی توسط مادران دو گروه تکمیل شد. هم‌چنین پس از دومین و سومین ماه بعد از آخرین جلسه، ضمن تماس تلفنی و تعیین قرار حضوری مجدداً از آزمودنی‌های دو گروه ارزیابی (پیگیری) به عمل آمد. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها بر اساس اهداف پژوهش، تحلیل آماری انجام شد.

بدین ترتیب درمان در یک گروه با روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای و به‌صورت فردی با تعداد جلسات با توجه به نیاز هر کودک به‌صورت متغیر اجرا شد. قابل‌ذکر است این انعطاف در تعداد جلسات با توجه به ماهیت روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای است. در پروتکل واحد پردازش‌ای تعداد جلسات بستگی به کودک دارد. واحدها در درمان با توجه به مشکل هر کودک انتخاب شدند؛ لذا هیچگونه تجویزی برای مدت‌زمان و تعداد جلسه به‌جز آنچه در کار کلینیکی احساس می‌شود وجود ندارد. استفاده از هر واحد خاص هر کودک است و مدت‌زمان ثابتی را به خود اختصاص نمی‌دهد؛ بدین معنی که ممکن است بعضی واحدها در یک جلسه تمام نشوند و واحدهای دیگر ممکن است کمتر از یک جلسه به طول بینجامند؛ واحدها نیز می‌توانند با یکدیگر همراه شوند [۱۳]. در شکل ۱ نمونه‌ای از نمودار نمره ترس، هم‌چنین با توجه به نیاز کودک، واحدهای انتخاب‌شده و تعداد روز، ثبت‌شده است [۱۲].

مادر و پس از نظر روان‌پزشک مبنی برداشتن علائم اختلال اضطراب جدایی، از بین دانش‌آموزانی که این اختلال را داشتند، به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. نظر روان‌پزشک با توجه به ملاک‌های تشخیص دی. اس. ام. - پنج برای تشخیص اختلال اضطراب جدایی شامل موارد زیر بود:

- ۱- تنیدگی و پریشانی بیش‌ازحد و تکرارشونده در فرد هنگام جدایی از خانه یا افراد اصلی موردعلاقه.
 - ۲- نگرانی شدیدی در کودک مبنی بر اینکه حادثه ناگواری رخ می‌دهد و او را از محل یا افراد محبوبش جدا می‌سازد.
 - ۳- امتناع از رفتن به مدرسه یا جای دیگر به دلیل بیم از جدایی از افراد موردعلاقه .
 - ۴- بدون حضور افراد محبوب خود در خانه یا در نزدیکی خود به رختخواب نرود یا دور از آن‌ها ن خوابد.
 - ۵- پی‌درپی کابوس‌هایی حاکی از جدایی او از افراد محبوبش، ببیند.
 - ۶- هنگام جدایی یا شنیدن خبر جدایی از افراد موردعلاقه، دچار عوارض جسمانی یا دردهایی شود.
 - ۷- نگرانی شدید و تشویش بیش‌ازحد درباره از دست دادن یا آسیب رسیدن به فرد یا افراد محبوب خود [۳۶].
- در این مدت آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله‌ای از جانب پژوهشگر دریافت نمی‌کردند. البته از تمامی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل، در جلسه اول پیش‌آزمون به عمل آمد و در



شکل ۱. نمودار نمره ترس، ثبت و ترسیم واحدهای مورد استفاده برای هر فرد در جلسات درمانی (منبع: [۱۲])

مدت‌زمان یا ترتیب محرک‌ها است.

۴- حفظ دستاوردها و جلوگیری از بازگشت: اهداف این واحد عبارت‌اند از نشان دادن موفقیت‌ها به کودک و بررسی مهارت‌هایی که بیشترین تأثیر را داشته‌اند و حصول اطمینان از این که بعد از پایان ملاقات با درمانگر نیز تمرینات ادامه خواهند یافت.

۵- بازسازی شناختی (بیش‌برآورد احتمالات): اهداف این واحد عبارت است از معرفی افکار و ارتباط آن‌ها با اضطراب و نشان دادن تکنیکی جهت اصلاح افکار منفی. اهمیت این واحد به خصوص هنگامی است که افکار منفی یا بدبینانه با توانایی کودک در مشارکت و یا استفاده از تمرین مواجهه تداخل نمایند.

۶- بازسازی شناختی (فکر فاجعه‌آمیز): هدف این واحد شامل ادامه بازسازی شناختی، به‌عنوان روشی برای اصلاح طرز فکر منفی است. این واحد به دنبال بیش‌برآورد احتمالات آمده و در کودکان بزرگ‌تر که قدرت تکلم بیشتری داشته و غالباً افکار خود را به‌صورت بدبینانه و منفی بیان می‌کنند استفاده می‌شود.

این واحد در مواقعی که بخش مهمی از افکار کودک درگیر پیامدهای ترس‌آور مبالغه‌آمیز بوده و با احساس عدم توانایی مقابله با پیامدهای منفی همراه شده باشد حائز اهمیت است.

۷- بازسازی شناختی (ایست): هدف این واحد عبارت است از معرفی بازسازی شناختی به‌عنوان روشی جهت اصلاح طرز فکر منفی. این واحد نوعاً برای کودکان کم‌سن‌تر یا نوجوانانی که قدرت تکلم یا بلوغ کمتری داشته و دارای افکار بیش‌ازحد منفی و یا بدبینانه هستند استفاده می‌شود.

اهمیت این واحد علی‌الخصوص در مواقعی است که افکار منفی و بدبینانه کودک با توانایی وی جهت مشارکت و استفاده از تمرینات مواجهه تداخل کند.

۸- مهارت‌های اجتماعی (ملاقات با افراد جدید و ارتباط غیرکلامی): گاه ممکن است کودک از نقطه‌نظر هیجانی، آماده انجام برخی تمرینات بوده ولی فاقد مهارت‌های لازم باشد؛ لذا استرس او در طول مدت‌زمان، بیشتر می‌شود.

از آنجا که تمرینات اولیه‌ی مواجهه شامل ایفای نقش بین درمانگر و کودک است لذا لازم است بررسی شود که آیا نیازی به اجرای این واحد وجود دارد یا خیر.

۹- بی‌توجهی فعال: این واحد زمانی به‌کار می‌رود که احتمال دارد کودک با استفاده از رفتارهای ناسازگارانه (مانند، نق‌نق، قشقرق به راه انداختن و درخواست اطمینان خاطر) موفق به کسب توجه، حمایت و یا فرار از موقعیت شود. این واحد به والدین می‌آموزد که شیوه‌ی خود را تغییر دهند، به شکلی که مواجهه بتواند در مسیر صحیح خود اجرا شود.

۱۰- پاداش: واحد پاداش در دو صورت مورد استفاده قرار می‌گیرد، شکل اول زمانی است که بی‌میلی و بی‌علاقگی کودک برای مشارکت در مواجهه است یا هنگامی که مواجهه اصولاً با موقعیت‌های نامطلوب پیوند داشته باشد.

تحت این شرایط کاربرد یک برنامه تشویقی که موجب افزایش انگیزه و موفقیت گردد، می‌تواند بسیار مؤثر باشد. حالت دوم که کمبود انگیزه دیده می‌شود، صرفاً حالت شدید مورد قبلی

در این رویکرد مشارکت والدین کاملاً متغیر بود. در صورت نیاز این مشارکت، شدید و در صورت در دسترس نبودن والدین و یا هنگامی که در فرمول‌بندی نقش معناداری نداشتند این مشارکت حذف شد. طول جلسات درمان را گستره توجه کودک و دشواری تمرین مشخص می‌کرد که می‌تواند شامل ۱۵ دقیقه مرور و یا ۴ ساعت مواجهه زنده باشد. سرعت حرکت توسط کودک تعیین می‌شد؛ شروع تمرین جدید هنگامی بود که تمرین‌های قبلی به‌خوبی آموخته‌شده و یا مشخصاً تسلط بر آن امکان‌پذیر نبود. مکان جلسات در کلینیک، مدرسه، زمین‌بازی، خانه که بستگی به مشکل کودک و تمرین انتخابی داشت. کودکان تنها تکنیک‌هایی را دریافت می‌نمودند که بهترین تناسب را با نیازهایشان داشت. به کودکان به‌صورت انتخابی روش‌هایی را از دستور کار که مربوط به رفتار مزاحم است آموزش داده می‌شد. زمانی مداخله پایان می‌یافت که به اهداف رسیده و یا کودک و درمانگر باهم می‌پذیرفتند که با این رویکرد اهداف دست‌یافتنی نمی‌باشند [۱۵]. در این روش انواع مداخلات و روش‌های کمکی درمان شامل: "پاداش، روندهای شناختی، بی‌توجهی فعال، مهارت‌های اجتماعی و وقفه" است.

مطابق شکل ۱ در این پروتکل، واحدها بر مبنای نمودار راهنمای جامع، موردبندی شده‌اند که نه‌تنها محور برنامه درمانی را معرفی می‌کند بلکه برحسب نیاز، استفاده‌های مشروط از سایر روندها را در برمی‌گیرد. واحدها در روش درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پدازه‌های شامل موارد زیر می‌باشند. "نردبان ترس، یادگیری در مورد اضطراب، تمرین برای مواجهه و حفظ دستاوردها و جلوگیری از بازگشت" از واحدهای اصلی به‌شمار می‌روند.

نردبان ترس همراه با درجه‌بندی: هدف از این واحد تهیه‌ی فهرستی از موارد ترس‌آور بوده که اساس تمرین مواجهه را تشکیل می‌دهند. درواقع، نردبان ترس تنها به‌عنوان وسیله‌ای برای اندازه‌گیری اضطراب یا ترس تعریف می‌شود. در صورتی که کودک با این تمرین مشکل داشته باشد، نردبان ترس می‌تواند به‌آرامی و در خلال جلسات متعدد تکمیل شود.

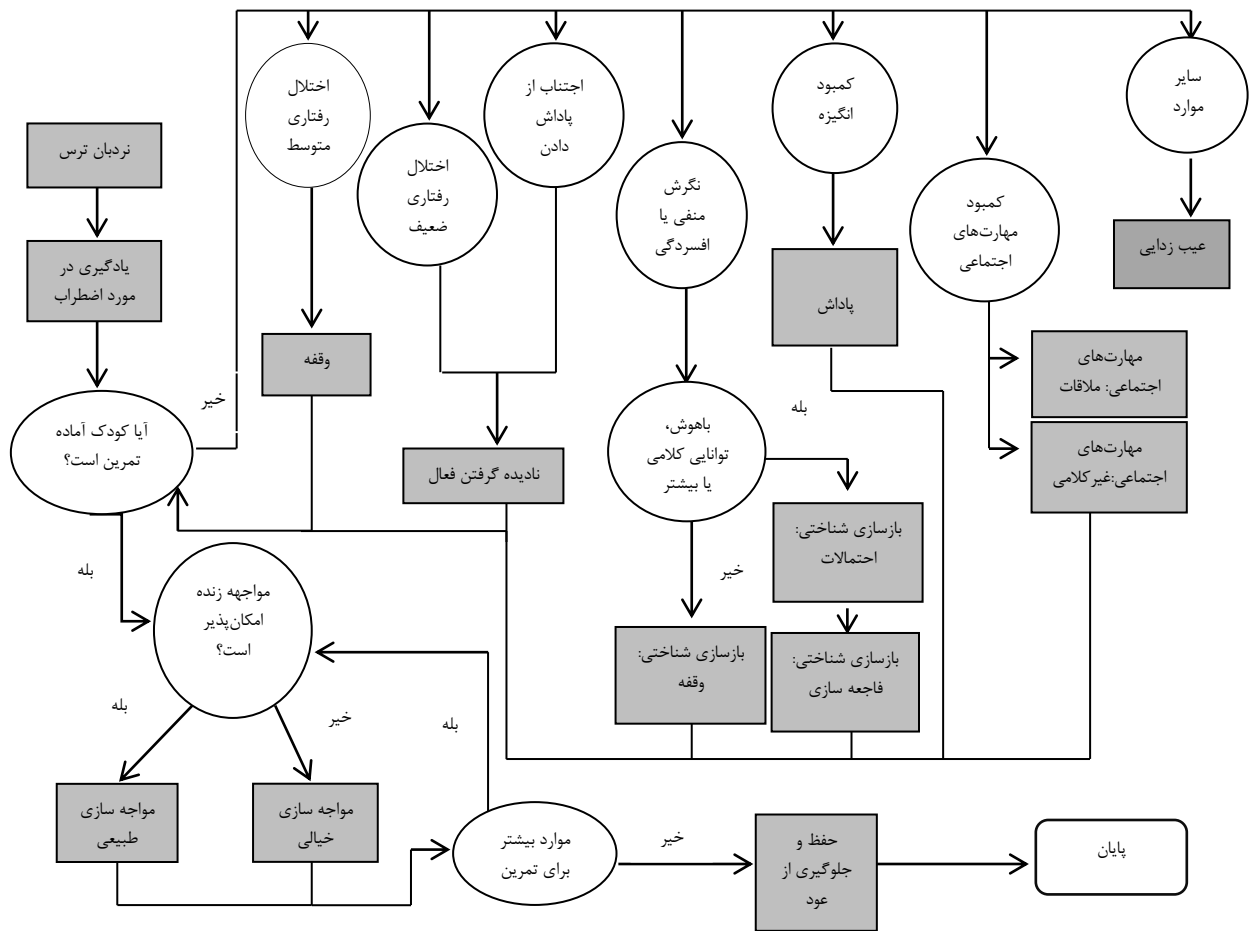
۱- دماسنج ترس: طبق شکل ۱ این واحد روشی کلاسیک جهت انجام نمره‌گذاری ترس با استفاده از سیستم‌های واحد ذهنی رنج و ناراحتی است. استفاده از استعاره دما، به طرز جالبی در کودکان مفید بوده است، چراکه تجارب قابل‌ملاحظه‌ای با دماسنج در سنین اولیه داشته‌اند. در اینجا مقیاس بین ۰ تا ۱۰ است که صفر نماینده عدم ترس (هیچ) و ۱۰ نماینده حداکثر ترسی است که فرد می‌تواند تصور کند.

۲- یادگیری در مورد اضطراب: اهداف این واحد عبارت‌اند از تعلیم دادن کودک در مورد نحوه عملکرد اضطراب به‌منظور بنا کردن مبنای منطقی جهت تمرینات مواجهه و القای خوش‌بینی در مورد وضعیت کودک و تشویق به مشارکت در درمان است.

۳- تمرین برای مواجهه زنده و خیالی: روش مواجهه، نوعاً شامل رویارویی واقعی یا خیالی کودک با یک محرک ترس‌آور است. متغیرهای مختلف مواجهه شامل: تعدیل در شدت،

اصلی این است که آیا کودک برای تمرین آماده است یا خیر؟ قابل توجه است که نمی‌توان سریعاً وارد حوزه ارزیابی دایره‌های موجود در بالای تصویر شد. گرچه ممکن است بسیاری از کودکان رفتار مخرب خفیفی بروز داده یا باورهای منفی داشته باشند اما این موارد تنها زمانی باید هدف درمان قرار گیرند که با اجرای موفقیت‌آمیز مواجهه، تداخل نمایند [۳۲].

است؛ یعنی اجتناب کامل از شرکت در مواجهه، لذا باید با پاداش‌های کوچک و مکرر شروع می‌کنیم.
۱۱- وقفه: در درمان اضطراب، واحد وقفه چندین کاربرد چشمگیری ندارد (تنها ۱۰٪ از موارد اضطرابی در تحقیقات دانشگاهی)، وقفه هنگامی استفاده می‌شود که روش‌های اجتنابی کودک شامل خشونت یا قشقرق‌های شدیدی است که به‌سختی می‌توان مورد بی‌توجهی قرار داد [۱۳].
شکل ۲ نشان می‌دهد که واحدهای مختلف جهت رویارویی با موقعیت‌هایی است که مواجهه انتخاب ایده‌آل نیست و سؤال



شکل ۲. نمودار واحد پردازش‌ای برای طرح درمان (منبع: [۱۲]).

شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، طبیعی بودن توزیع فراوانی‌ها بررسی شد و سپس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل جهت بررسی اثر مداخله در درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پرده‌های استفاده شد.

در بررسی نرمالیتی سطوح اندازه‌گیری در زمان‌های مختلف، نتایج حاصل از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک مطابق جدول (۱) نشان می‌دهد با توجه به مقدار سطح معنی‌اری (p-value) همه گروه‌های شرکت داده‌شده در تحلیل واریانس با مقادیر تکرارشونده دارای توزیع نرمال هستند.

$$sig \geq 0.05, \alpha = 0.05$$

نتایج

پس از ورود داده‌های به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه‌ها، به نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.» محاسبات انجام و مورد بررسی قرار گرفتند. طرح آزمایش بکار رفته در این پژوهش، تحلیل واریانس عاملی برای اندازه‌گیری‌های مکرر می‌باشد. از آنجاکه پایداری درمان در بلندمدت اهمیت دارد، در این پژوهش گروه‌های آزمایشی در دو سطح گروه درمان با روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پرده‌های و گروه کنترل، در چهار زمان اندازه‌گیری اضطراب جدایی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۱ و پیگیری ۲) و جهت بررسی اثر جنسیت و سن (در دو سطح ۶ و ۷ سال) بر نتایج نهایی، هرکدام از این عوامل، به‌صورت یک فاکتور مؤثر در نظر گرفته شد. دو شرط اولیه برای چنین آزمونی عبارت‌اند از: (۱) وجود توزیع نرمال برای گروه‌های آزمایشی و (۲) همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایشی. دو آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک برای آزمون نرمالیتی و آزمون لوین آبرای همگنی واریانس‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. جداول ۱ و ۲ به ترتیب نتایج آزمون‌های فوق را نمایش می‌دهد.

طبق جدول (۲)، سطح معنی‌داری در آزمون لوین به‌جز گروه پیگیری ۲، بیشتر از ۰/۰۵ است، پس می‌توان گفت واریانس گروه‌ها تقریباً از تجانس برخوردار بوده و شرایط آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکرارشونده برقرار است. نتایج حاصل از اجرای تحلیل در جدول (۳) آمده است.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان می‌دهد فرض صفر در مورد ۴ منبع تغییر (۱) زمان‌های اندازه‌گیری، (۲) اثر متقابل زمان‌های اندازه‌گیری و گروه‌ها، (۳) اثر متقابل سه فاکتور زمان‌های اندازه‌گیری، گروه‌ها و سن کودکان و (۴) اثر متقابل زمان، گروه، جنسیت و سن در سطح خطای ۵٪ رد شده و اثر این عوامل معنی‌دار است.

نتایج مندرج در جدول (۴) نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = 0.05$ وجود دارد. بدین معنا که درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پرده‌های روشی اثربخش در درمان اضطراب جدایی بوده است. علاوه بر این، اثرات متغیر جنس ($p\text{-value} = 0.048$) و اثرات متقابل روش درمان و سن ($p\text{-value} = 0.028$) و جنس و سن ($p\text{-value} = 0.19$) معنادار هستند؛ و اثر متقابل سه متغیر روش درمان (درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پرده‌های و کنترل)، جنسیت و سن معنی‌دار هستند ($\alpha = 0.05$ و $p = 0.047$).

مؤثر بودن یک اثر، به معنای نابرابری میانگین‌های بین گروهی است. برای آنکه میانگین‌های با تفاوت معنی‌دار را مشخص کنیم، لازم است آزمون‌های تعقیبی انجام دهیم. آزمون‌های تعقیبی با روش بانفرونی بین منابع تغییر معنی‌دار در سطح $\alpha = 0.05$ انجام شد. جداول ۴ تا ۷ آزمون‌های تعقیبی را نشان می‌دهند.

جدول ۱. بررسی نرمالیتی سطوح اندازه‌گیری در زمان‌های مختلف

	کلموگروف-اسمیرنوف		شاپیروویلک	
	آمار	df	معنی‌داری	df
پیش‌آزمون	۰/۲۲	۳۳	۰/۹۱۷	۳۳
پس‌آزمون	۰/۱۵	۳۳	۰/۹۳۶	۳۳
پیگیری ۱	۰/۰۴۷	۳۳	۰/۹۰۴	۳۳
پیگیری ۲	۰/۰۵	۳۳	۰/۸۴۱	۳۳

جدول ۲. آزمون همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)

	df2	df1	آزمون لوین	معنی‌داری
MCBT پیش‌آزمون	۳۱	۱	۴/۲۸۲	۰/۰۵۶
MCBT پس‌آزمون	۳۱	۱	۰/۴۳۷	۰/۵۱۸
MCBT پیگیری ۱	۳۱	۱	۱/۸۰۲	۰/۱۹۹
MCBT پیگیری ۲	۳۱	۱	۴/۷۰۲	۰/۰۳۸

¹ SPSS

² Levene

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

منابع تغییر	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	ضریب جزئی مربع اتا
زمان	۱۸۴/۰۰۵	۱	۱۸۴/۰۰۵	۳۹/۴۴۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲
زمان * گروه‌ها	۸۰/۶۶۷	۱	۸۰/۶۶۷	۱۷/۲۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۰۹
زمان * جنس	۳/۱۸۱	۱	۳/۱۸۱	۰/۶۸۲	۰/۴۱۷	۰/۰۲۷
زمان * سن	۰/۴۱۷	۱	۰/۴۱۷	۰/۰۸۹	۰/۷۶۷	۰/۰۰۴
زمان * گروه‌ها * جنس	۰/۶۹۰	۱	۰/۶۹۰	۰/۱۴۸	۰/۷۰۴	۰/۰۰۶
زمان * گروه‌ها * سن	۲۱/۲۹۹	۱	۲۱/۲۹۹	۴/۵۶۶	۰/۰۴۳	۰/۱۵۴
زمان * جنس * سن	۶/۶۷۱	۱	۶/۶۷۱	۱/۴۳۰	۰/۲۴۳	۰/۰۵۴
زمان * گروه‌ها * جنس * سن	۲۳/۸۱۲	۱	۲۳/۸۱۲	۵/۱۰۵	۰/۰۲۳	۰/۱۷۰
خطا (زمان)	۱۱۶/۶۱۸	۲۵	۴/۶۶۵			

جدول ۴. تحلیل واریانس برای عوامل گروهی درمان با روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های

منبع	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
عرض از مبدأ	۶۸۵۴/۹۰۴	۱	۶۸۵۴/۹۰۴	۵۷۴/۹۳۱	۰/۰۰۰
گروه‌ها	۸۱۰/۷۶۱	۱	۸۱۰/۷۶۱	۶۸/۰۰۰	۰/۰۰۰
جنس	۳۷/۲۹۱	۱	۳۷/۲۹۱	۳/۱۲۸	۰/۰۴۸
سن	۲۰/۳۳۱	۱	۲۰/۳۳۱	۱/۷۰۵	۰/۲۰۴
گروه‌ها * جنس	۸/۴۷۶	۱	۸/۴۷۶	۰/۷۱۱	۰/۴۰۷
گروه‌ها * سن	۶۴/۹۵۳	۱	۶۴/۹۵۳	۵/۴۴۸	۰/۰۲۸
جنس	۷۴/۴۳۲	۱	۷۴/۴۳۲	۶/۲۴۳	۰/۰۱۹
گروه‌ها * جنس * سن	۵۱/۹۴۴	۱	۵۱/۹۴۴	۴/۳۵۷	۰/۰۴۷
خطا	۲۹۸/۰۷۵	۲۵	۱۱/۹۲۳		

جدول ۵. آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین‌های زمان‌های اندازه‌گیری (پیش‌آزمون ۱، پس‌آزمون ۲، پیگیری یک ۳، پیگیری دو ۴)

(I) زمان	(J) زمان	تفاوت میانگین‌های (I-J)	خطا	معنی‌داری	حد پایین	حد بالا
	۲	۲/۷۵۲*	۰/۵۴۲	۰/۰۰۰	۱/۱۹۸	۴/۳۰۶
۱	۳	۲/۸۵۶*	۰/۴۹۷	۰/۰۰۰	۱/۴۳۲	۴/۲۸۱
	۴	۳/۵۲۵*	۰/۵۵۷	۰/۰۰۰	۱/۹۳۰	۵/۱۲۰
۱	۳	-۲/۲۷۵*	۰/۵۴۲	۰/۰۰۰	-۴/۳۰۶	-۱/۱۹۸
۲	۳	۰/۱۰۴	۰/۲۱۳	۱/۰۰۰	-۰/۵۰۷	۰/۷۱۶
	۴	۰/۷۷۳	۰/۵۳۸	۰/۹۷۹	-۰/۷۶۸	۲/۳۱۴
۱	۳	-۲/۸۵۶*	۰/۴۹۷	۰/۰۰۰	-۴/۲۸۱	-۱/۴۳۲
۲	۳	-۰/۱۰۴	۰/۲۱۳	۱/۰۰۰	-۰/۷۱۶	۰/۵۰۷
	۴	۰/۶۶۹	۰/۴۷۲	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۴	۲/۰۲۲
۱	۳	-۳/۵۲۵*	۰/۵۵۷	۰/۰۰۰	-۵/۱۲۰	-۱/۹۳۰
۲	۳	-۰/۷۷۳	۰/۵۳۸	۰/۹۷۹	-۲/۳۱۴	۰/۷۶۸
	۴	-۰/۶۶۹	۰/۴۷۲	۱/۰۰۰	-۲/۰۲۲	۰/۶۸۴

نتایج مندرج در جدول (۵) نشان می‌دهد که میانگین پیش‌آزمون با میانگین هر سه اندازه‌گیری بعدی (پس‌آزمون، پیگیری ۱ و پیگیری ۲) تفاوت معنی‌داری در سطح خطای ۰/۰۵ است. این نکته بدین معناست که درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های در طول زمان پایدار بوده است.

نتایج مندرج در جدول (۵) نشان می‌دهد که میانگین پیش‌آزمون با میانگین هر سه اندازه‌گیری بعدی (پس‌آزمون، پیگیری ۱ و پیگیری ۲) تفاوت معنی‌داری دارد، این نکته به معنی مؤثر بودن روش درمانی درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های است. نکته حائز اهمیت آن است که بین

جدول ۶. اثر متقابل جنسیت کودک و درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های

گروه‌ها	جنس	میانگین	خطای استاندارد	حد پایین	فاصله اطمینان ۹۵٪
درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های	پسر	۴/۵۰۰	۰/۶۱۰	۳/۲۴۳	۵/۷۵۷
	دختر	۵/۶۳	۰/۵۷۹	۳/۱۷۰	۶/۲۵۵
گروه کنترل	پسر	۹/۰۰۰	۰/۶۵۹	۷/۶۴۲	۱۰/۳۵۸
	دختر	۱۰/۵۸۸	۰/۵۷۹	۹/۳۹۵	۱۱/۷۸۰

کنترل برای پسران ۹ و برای درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های برابر ۴/۵ است و این در حالی است که میانگین نمره گروه کنترل برای دختران ۱۰/۵۸۸ و برای گروه درمان ۵/۰۶۳ می‌باشد.

نتایج مشاهده‌شده در جدول (۶) تحلیل واریانس حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین دو جنس در عملکرد درمانی روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های است. میانگین نمره اضطراب پسران در کل کمتر از دختران است. اثر متقابل بین روش درمان و جنسیت نیز معنی‌دار است. میانگین نمره گروه

جدول ۷. اثر متقابل سن کودک و درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های

گروه‌ها	سن	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪	
			خطای استاندارد	حد پایین / حد بالا
درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های	۶ سال	۴/۴۶۹	۰/۶۱۰	۳/۳۱۲ - ۵/۷۲۶
	۷ سال	۵/۰۹۴	۰/۵۷۹	۳/۹۰۱ - ۶/۲۸۶
گروه کنترل	۶ سال	۱۰/۹۰۰	۰/۶۳۰	۹/۶۰۲ - ۱۲/۱۹۸
	۷ سال	۸/۶۸۸	۰/۶۱۰	۷/۴۳۰ - ۹/۹۴۵

بالتری را نشان می‌دهد. با مقایسه نتایج اثر متقابل جنسیت کودک و درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد سن کودک با این درمان، مشخص می‌شود؛ بالاتر بودن پردازش‌های نمره اضطراب کودکان ۷ ساله مربوط به نمره دخترانی است که در این رده سنی قرار دارند.

بررسی جدول (۷) نشان می‌دهد میانگین نمره اضطراب گروه کنترل برای کودکان ۶ ساله ۱۰/۹ و برای همین رده سنی در افرادی که تحت درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های قرار گرفته‌اند ۴/۴۶۹ است؛ و میانگین نمره اضطراب برای کودکان ۷ ساله ۵/۰۹۴ گزارش می‌شود که اگرچه نسبت گروه کنترل پایین‌تر است ولی نسبت به کودکان ۶ ساله مقدار

جدول ۸. اثر متقابل متغیر گروه درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های، جنسیت و سن کودک

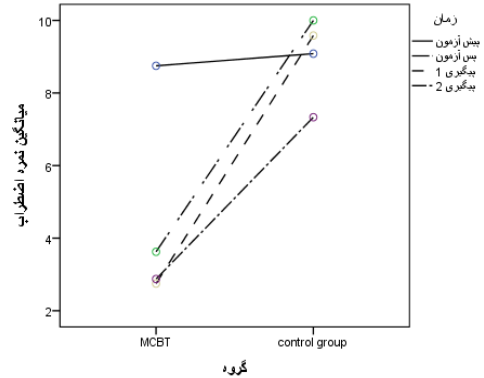
گروه‌ها	جنس	زمان آزمون	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				خطای استاندارد	حد پایین / حد پایین
درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های	پسر	۱	۸/۷۵۰	۰/۹۰۸	۶/۸۸۰ - ۱۰/۶۲۰
		۲	۳/۶۲۵	۰/۸۷۰	۱/۸۳۲ - ۵/۴۱۸
		۳	۲/۷۵۰	۰/۷۶۱	۱/۱۸۳ - ۴/۳۱۷
		۴	۲/۸۷۵	۰/۸۶۷	۱/۰۹۰ - ۴/۶۶۰
	دختر	۱	۱۰/۲۰۰	۰/۸۶۱	۸/۴۲۶ - ۱۱/۹۷۴
		۲	۲/۵۰۰	۰/۸۲۶	۰/۷۹۹ - ۴/۲۰۱
		۳	۳/۲۷۵	۰/۷۲۲	۱/۷۸۹ - ۴/۷۶۱
		۴	۴/۲۷۵	۰/۸۲۲	۲/۵۸۲ - ۵/۹۶۸
گروه کنترل	پسر	۱	۹/۰۸۳	۰/۹۸۱	۷/۰۶۴ - ۱۱/۱۰۳
		۲	۱۰/۰۰۰	۰/۹۴۰	۸/۰۶۴ - ۱۱/۹۳۶
		۳	۹/۵۸۳	۰/۸۲۲	۷/۸۹۱ - ۱۱/۲۷۵
		۴	۷/۳۳۳	۰/۹۳۶	۵/۴۰۶ - ۹/۲۶۱
	دختر	۱	۱۰/۳۵۰	۰/۸۶۱	۸/۴۷۶ - ۱۲/۰۲۴
		۲	۱۱/۱۵۰	۰/۸۲۶	۹/۴۴۹ - ۱۲/۸۵۱
		۳	۱۱/۲۵۰	۰/۷۲۲	۹/۷۶۴ - ۱۲/۷۳۶
		۴	۹/۷۰۰	۰/۸۲۲	۸/۰۰۷ - ۱۱/۳۹۳

رویکرد واحد پردازش‌های در کاهش اضطراب جدایی کودکان پسر است. بررسی مشابه در مورد دختران نیز نشان می‌دهد این روش درمانی برای دختران نیز کاربرد مؤثری داشته است. کاهش نمره اضطراب جدایی دختران به‌طور متوسط از ۱۰/۲ با انحراف معیار ۰/۸۶۱ به ۲/۵ با انحراف معیار ۰/۸۶ که نمره عدم اضطراب کودک است، تأییدی بر اثربخش بودن این درمان می‌باشد. نکته قابل تأمل در جدول ۸ آن است که افزایش نمره اضطراب دختران در پیگیری ۲ می‌باشد. با توجه به تغییر حدوداً یک نمره‌ای حد

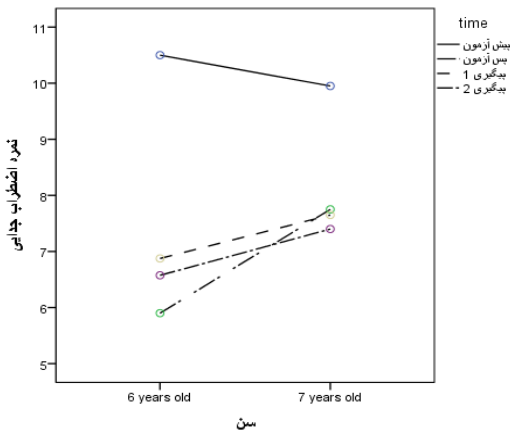
در بررسی جدول (۸)، اثر متقابل متغیر گروه درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های، جنسیت و سن کودک، میانگین نمره اضطراب پسران در ۴ مرحله آزمایش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ و ۲ به ترتیب ۸/۷۵ با انحراف معیار ۰/۹۰۸، ۳/۶۲۵ با انحراف معیار ۰/۸۷۰، ۲/۷۵۰ با انحراف معیار ۰/۷۶۱ و ۲/۸۷۵ با انحراف معیار ۰/۸۶۵ است. مقایسه این اعداد با نمره استاندارد آزمون برای پسران (۱/۸۳) با انحراف معیار ۲/۲۹ مؤید مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری با

نمودار شکل (۴) وضعیت میانگین‌های اضطراب جدایی دختران را قبل و بعد از اعمال درمان همراه با دو پیگیری ۱ و ۲ با استفاده از نمره به‌دست‌آمده از پرسشنامه مرضی کودکان، نمایش می‌دهد. به‌طور کلی در روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای در هر ۳ زمان اندازه‌گیری، پس از پیش-آزمون کاهش اضطراب جدایی مشاهده می‌گردد در حالی که در گروه کنترل کاهش چشمگیری مشاهده نمی‌شود. در پیش‌آزمون تفاوت فاحشی بین گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای و گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. پس‌آزمون در گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای کاهش خیلی زیادی داشته است و این در حالی است که در گروه کنترل اضطراب جدایی حتی افزایش هم نشان می‌دهد. نکته حائز اهمیت آن است که دختران پس از دوره درمان، نتیجه مناسبی از درمان دریافت نمودند، اما این نتیجه در دوره پیگیری ثابت نداشت.

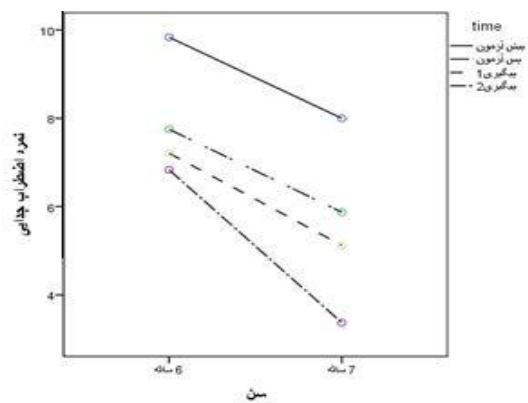
پایین و حد بالای فاصله اطمینان برای دختران در این پیگیری، این افزایش به لحاظ آماری معنی‌دار است.



شکل ۳. میانگین نمرات تکرار شونده برای کودکان پسر در دو گروه کنترل و درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای



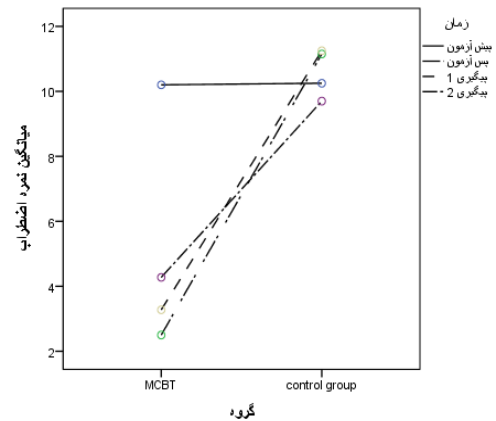
شکل ۵. بررسی نمره اضطراب جدایی دختران بر اساس سن



شکل ۶. بررسی نمره اضطراب جدایی پسران بر اساس سن

از نظر متغیر سن در پسران در همه اندازه‌گیری‌ها نمره اضطراب جدایی در ۷ ساله‌ها کمتر از ۶ ساله‌هاست. در حالی که در دختران و در گروه کنترل شرایط مانند پسران است اما پس از درمان وضعیت تفاوت کرده و اضطراب ۷ ساله‌ها از ۶ ساله‌ها بیشتر است.

نمودار شکل (۳) وضعیت میانگین‌های اضطراب جدایی پسران، با استفاده از نمره به‌دست‌آمده از پرسشنامه مرضی کودکان را (۱) پیش‌آزمون، ۲) پس‌آزمون، ۳) پیگیری مرحله اول و ۴) پیگیری مرحله دوم) نمایش می‌دهد. به‌طور کلی در روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای در هر ۳ زمان اندازه‌گیری، پس از پیش‌آزمون کاهش اضطراب جدایی را شاهد هستیم در حالی که در گروه کنترل کاهش چشمگیری مشاهده نمی‌شود. در پیش‌آزمون تفاوت فاحشی بین گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای و گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. پس‌آزمون در گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای کاهش خیلی زیادی داشته است و این در حالی است که در گروه کنترل اضطراب جدایی حتی افزایش هم نشان می‌دهد. دو خط مربوط به پیگیری ۱ و ۲ ثابت اثر روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای را در دوره ۲ ماهه و ۳ ماهه نشان می‌دهد.



شکل ۴. میانگین نمرات تکرار شونده برای کودکان دختر در دو گروه کنترل و درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی و پایداری روش درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله صورت گرفت. نتایج، تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد. بدین معنا که درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های روشی اثربخش در درمان اضطراب جدایی بوده و این روش در مقایسه با گروه کنترل که درمانی دریافت نکردند، باعث کاهش علائم و بهبود اضطراب جدایی در کودکان شده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های ایسن و سیلورمن، دوراند چورپیتا همسواست.

نتایج به‌دست‌آمده در پیگیری‌های ۱ و ۲ در بازه زمانی ۳ ماهه که این پژوهش شکل گرفت، نشان از بلندمدت بودن این رویکرد درمانی دارد. این یافته با تحقیقات بودن و همکاران^۱ و ویس و چورپیتا هم‌راستاست.

در بررسی مقایسه دو گروه شرکت‌کننده در پژوهش با روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های در هر ۳ زمان اندازه‌گیری بعد از پیش‌آزمون، کاهش اضطراب جدایی را شاهد هستیم درحالی که در گروه کنترل تغییر چشمگیری مشاهده نمی‌شود. لذا با توجه به این‌که در پس‌آزمون گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های اضطراب جدایی کاهش خیلی زیادی مشهوداست و در گروه کنترل افزایش نیز داشته است؛ این نتایج بر اثربخشی روش شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های برای درمان اضطراب جدایی کودکان صحت می‌گذارد. این یافته با یافته‌های چورپیتا، تایلر، فرانسیس، مفیت و آستین همسوست و درواقع پژوهش حاضر در راستای پژوهش ایشان انجام شد.

قابل ذکر است پژوهش چورپیتا و همکاران، این درمان را برای کلیه اختلالات اضطرابی به‌کاربرده است درحالی که پژوهش حاضر با محدود کردن این موضوع و استفاده از این الگو برای درمان اضطراب جدایی با حمایت از این روش بر اثر این نوع درمان در کاهش علائم اختلالات اضطرابی، صحت گذاشته است.

همان‌طور که در مقدمه این پژوهش ذکر شد، این روش الگوی عملی از مشکل مراجع و عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی ارائه می‌دهد و برای مشخص ساختن مشکل اساسی فرد به‌طور منظم به این عوامل می‌پردازد و با فردی سازی مداخلات با مشکل فرد هماهنگ می‌شود. لذا بررسی عوامل مختلف مؤثر بر ویژگی‌های یک کودک در تحلیل اثر این روش ضروری است. در این پژوهش از بین عوامل مختلف، اثر دو عامل جنس و سن موردبررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد بااینکه میانگین نمره اضطراب پسران در کل، کمتر از دختران است، اثرمتغیر جنس بر نمره اضطراب جدایی معنی‌دار می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های باتاگلیا و همکاران^۲ که بیان می‌کنند شیوع اختلال اضطراب جدایی در دختران بیشتر از

پسران است همسو می‌باشد.

نتایج نشان داد نمره پس‌آزمون پسران در گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های کاهش زیادتری نسبت به دختران داشته است. در مورد دختران باید گفت، بااینکه پس از دوره درمان، نتیجه مناسبی از درمان دریافت نمودند، اما این نتیجه در دوره پیگیری ثبات کمتری نسبت به پسران داشته و اضطراب مقداری افزایش یافته است. برای تبیین این موضوع می‌توان به نحوه کارکرد روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های اشاره نمود.

وقتی اضطراب جدایی کاهش می‌یابد و به‌صورت بالینی درمان می‌شود، کودک آموخته است که افکار منفی را از خود دور نموده، ترس از تنهایی نداشته باشد و نگران تنهایی در محیط خانه و مدرسه نباشد. نکته حائز اهمیت در روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های عدم توجه به سبک دل‌بستگی کودک و اصلاح آن است [۲]؛ لذا مواجهه با این شرایط با توجه به سبک دل‌بستگی دختران نسبت به پسران موجب برگشت اضطراب در ایشان می‌شود و آن‌ها را مجدداً دچار ترس می‌کند [۱۳]. لذا در این پژوهش با توجه به اثربخش‌تر بودن این روش درمانی برای پسران، استفاده از این پروتکل را برای ایشان پیشنهاد می‌کند.

در بررسی اثرات متقابل جنس و سن نتایج مشاهده‌شده حاکی از مؤثر بودن متغیر جنس و سن بر عملکرد درمانی روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های است؛ از نظر متغیر سن در پسران در همه اندازه‌گیری‌ها نمره اضطراب جدایی در ۷ ساله‌ها کمتر از ۶ ساله‌هاست. درحالی که در دختران و در گروه کنترل شرایط مانند پسران است اما پس از درمان وضعیت تفاوت کرده و اضطراب ۷ ساله‌ها از ۶ ساله‌ها بیشتر است.

یافته‌های به‌دست‌آمده با پژوهش‌های ایگر همخوان است. ایشان معتقداست این اختلال در سنین پیش‌دبستانی و در کودکانی که نخستین بار وارد مدرسه می‌شوند بروز می‌کند؛ و زمانی تشخیص داده می‌شود که اضطراب مفرط نامتناسب، به هنگام جدایی از منبع دل‌بستگی ظاهر می‌گردد؛ و کودک را شدیداً برانگیخته و بر آن می‌دارد تا از موقعیت‌هایی که مستلزم جدایی هستند، اجتناب کند [۸]. لذا پژوهش حاضر استفاده از این روش درمانی را برای کودکان ۶ ساله پیشنهاد می‌کند.

اثر متقابل سه متغیر روش درمان (درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های و کنترل)، جنسیت و سن نیز معنی‌دار هستند. با بررسی نمره میانگین اضطراب کودکان پسر و دختر ۶ و ۷ ساله در ۴ مرحله آزمایش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ و پیگیری ۲) و مقایسه با نمره استاندارد آزمون، مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های در کاهش اضطراب جدایی کودکان پسر و دختر تأیید می‌شود؛ که با همخوان بودن این یافته با یافته‌های چورپیتا، تایلر، فرانسیس، مفیت و آستین، پژوهش‌های کنترل‌شده دیگری به‌منظور پیگیری و گسترش نتایج این پژوهش و بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی بر اختلالات اضطرابی دیگر را پیشنهاد می‌کند. همچنین

¹ Booden & et.al.

² Battaglia & et.al.

- 133-144.
- ۷- ویس، ری (۲۰۰۸). اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان بر اساس (DSM-IVTR)، ترجمه حسین ابراهیمی مقدم. تهران: انتشارات مدبّر.
- 8- Gruner, K Muris, & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviors and anxiety disorders symptomatology in normal children. *BehavTherExpPsychiat*: vol 30: pp 27-35.
- 9- Mychailyszyn, M. P, Mendez, J. L, & Kendall, P. C. (2010). School functioning in youth with and without anxiety disorders: Comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review*: vol39: pp 106-121
- 10- Egger, L.H. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *American Academy of child & Adolescent psychiatry*: vol 30: pp42-7.
- ۱۱- دادستان، پریخ. (۱۳۸۲). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. تهران: سمت.
- ۱۲- چورپیتا، بروس (۲۰۰۷). درمان شناختی-رفتاری اضطراب در کودکان (رویکرد واحد پردازش‌ای)، ترجمه کنایون حلمی. تهران: انتشارات ارجمند.
- ۱۳- تبعه امامی، شیرین؛ نوری، ابوالقاسم؛ ملک‌پور، مختار و عابدی، احمد (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مادران بر تغییر رفتار مادرانه و دل‌بستگی نایمن کودک. *مجله روانشناسی بالینی*، سال ۳، شماره ۳، صص ۷-۱۶.
- 14- Walsh, M. E, Barrett, J. G, & DePaul, J. (2007). Day-to-day activities of school counselors: Alignment with new directions in the field and the ASCA national model. *Professional School Coun-seling*: vol 10: pp 370-378.
- 15- Weisz, J. R., & Chorpita, B. F. (2012). Mod squad for youth psychotherapy: Restructuring evidence-based treatment for clinical practice. In P. C. Ken-dall (Ed.), *Child and adolescent therapy. Cogni-tive-behavioral procedures*: vol 4:pp379-397.
- 16- Bodden DH, Bögels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J, Appelboom C, Brinkman AG, Appelboom-Geerts KC. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: vol 47: pp 1384-94.
- ۱۷- موسوی، رقیه؛ فرزاد، ولی‌الله و نوایی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۹). تعیین اثر خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال ۱۷، شماره ۴۰، صص ۱-۱۰.
- پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره، بالینگران کودک و برنامه‌ریزان مسائل مربوط به کودکان به استفاده از این روش مداخله‌ای در فرایند درمان، توجه بیشتری نشان دهند.
- هر پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنا نیست. این پژوهش برای اولین بار در داخل کشور انجام شده و برای مقایسه‌ی نتایج آن با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده، پیشینه‌ی داخلی وجود ندارد که با توجه به اهمیت مسئله و اثربخشی بالای این درمان، استفاده از آن در مورد سایر اختلالات اضطرابی پیشنهاد می‌گردد. هم‌چنین از آنجاکه در این پژوهش، از روش درمان فردی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود این شیوه‌ی درمانی به‌صورت گروهی نیز موردبررسی واقع گردد و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند. به علاوه با توجه به ریشه‌دار بودن اهداف این درمان، انجام پیگیری طولانی‌تر در پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد. با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان پسر و دختر ۶ و ۷ ساله شهر قم انجام شده است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به سایر افراد احتیاط شود. پژوهش‌هایی با بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای در جمعیت گسترده‌تر و در سنین دیگر، برای درمان اختلالات رفتاری و ارتقای سطح سلامت روان کودکان لازم است.

منابع

- ۱- ساراسون، ایرون جیو ساراسون، باربارا آر (۲۰۱۰). روانشناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی و ایران داودی. تهران: انتشارات رشد.
- ۲- ذوالفقاری مطلق، مصطفی؛ جزایری، علیرضا؛ خوشایبی، کنایون؛ مظاهری، محمدعلی و کریملو، مسعود (۱۳۸۷). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال ۱۴، شماره ۴، صص ۳۸۰-۳۸۸.
- 3- Starr, L.R; Davila, J. (2012). Temporal Patterns of anxious and depressed mood in generalized anxiety disorder: A Daily dairy study. *Behavior Research and Therapy*: vol 50: pp 131-141.
- 4-Sunday, B; Fakunmoju, F& Bammeke, O. (2015). Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *Journal of Adolescence*: vol 42: pp 1-10.
- 5- Battaglia, M; Touchette, É; Garon-Carrier, G; Dionne, G; Sylvana, M; Vitaro, C; Richard, E; Tremblay & Boivin, M (2015). Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: persistence at school entry and early-life associated factors. *Child Psychology and Psychiatry*: vol 10. pp.: 12-24.
- 6- Boelena, P; Reijntjesb, A & Carletonc, N. (2014). Intolerance of Uncertainty and Adult Separation Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*: vol 43: pp

- therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol*: vol 76: pp 282-97.
- 29- Weisz, J. R, Chorpita, B. F, Palinkas, L. A, Palin-kas, L. A, Schoenwald, S. K, Miranda, J. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effec-tiveness trial. *Archives of General Psychiatry*: vol 69: pp 274-282.
- 30- Angela W. Chiu and David A. Langer -Bryce D. McLeod-Kim Har, Amy Drahota, Brian M. Galla, Jeffrey Jacobs, Muriel Ifekwunigwe, and Jeffrey J. Wood. (2013). Effectiveness of Modular CBT for Child Anxiety in Elementary Schools. *School Psychology Quarterly American Psychological Association*: vol 28: pp 141-153.
- ۳۱- اقصاری، افروز؛ امیری، شعله؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ رضایی، فاطمه (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری هیجان مدار (ECBT) و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان. *مجله پزشکی ارومیه*. سال ۲۶ شماره ۳ (۱۳۳)، صص ۱۹۴-۲۰۴
- 32- Sabine Wilhelm,a Katharine A. Phillips,b Elizabeth Didie,b Ulrike Buhlmann,c Jennifer L. Greenberg,a Jeanne M. Fama,a Aparna Keshaviah,a and Gail Steketee.(2014) Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*: vol 45: pp 314-327.
- 33- Chorpita, B; Taylor, A; Francis, S; Moffitt, C & Austin, A. (2004). Efficacy of modular cognitive Behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior therapy*: vol 35: pp 263-287.
- ۳۴- محمداسماعیل، الهه؛ علی‌پور، احمد (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علامت مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی. سال ۲، شماره ۳، صص ۲۳۹-۲۵۴.
- ۳۵- هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). استنباط آماری در پژوهش رفتاری. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- ۳۶- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم DSM5). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- 18- Silverman, W. K, Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2009). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adoles-cent Psychology* vol 37: pp 105-130.
- 19- Silvia, A; Meyer, S & Andrea.K. (2013). Separation Anxiety Avoidance Inventory- Child and Parent Version: Psychometric Properties and Clinical Utility in a Clinical and School Sample. *Child Psychiatry & Human Development*: vol 44: pp 689-697.
- ۲۰- بانکی، یاسمن؛ امیری، شعله؛ اسعدی، سمانه (۱۳۸۸). اثربخشی کتاب‌درمانی گروهی بر میزان اضطراب جدایی و افسردگی در کودکان والدین طلاق گرفته. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال ۱۶، شماره ۳، صص ۸-۱.
- 21- Silverman WK, Saavedra LM, Pina AA. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions: vol 40: pp937-44.
- 22-Barrett, P.M, Dadds, M.R, & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: vol 64: pp 333-342.
- 23- Dadds, M.R, Holland, D.E, Laurens, L.R, Mullins, M, Barrett, P.M, Spence, S.H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2- year follow-up. *J Couns Clin Psychiat*: vol 67: pp 145-50.
- 24- Kendall, P. C, Flannery- Schroeder, E, Panichelli-Mindel, S. M, Southam-Gerow, M, Henin, A, & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second random- ized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: vol 65: pp 366-380.
- 25- Victor, A, M; Bernat, D.H; Bernstein, GA, & Layne, A.E. (2007). Effect of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorder*: vol 25: pp 835-848.
- 26- Neville J. King, B J. Tonge, P. M, Nicole Myerson, D Heyne, S Rollings, R Martin, TH Ollendick.(2000) . Treating Sexually Abused Children with Posttraumatic Stress Symptoms: A Randomized Clinical Trialn. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 39: pp 1347-1355.
- 27- Chiu, Angela W. Langer, David A; McLeod, Bryce D; Har, Kim; Drahota, Amy; Galla, Brian M; Jacobs, Jeffrey; Ifekwunigwe, Muriel; Wood, Jeffrey J. (2013). Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School Psychology Quarterly*: vol 28: pp 141-153.
- 28- Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, Flannery-Schroeder E, Suveg C, J Consult. (2008). Cognitive-behavioral

تأثیر برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی بر کیفیت زندگی زنان باردار نخست

فرشته حقیقت^{۱*}، علیرضا مرادی^۲، محمدعلی مظاهری^۳، صدیقه حنطوش زاده^۴، عباسعلی الهیاری^۵، عباس پسندیده^۶

۱. دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۲. استاد روانشناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۵. استادیار روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۶. استادیار دانشگاه قرآن و حدیث، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه و نسخه بومی شده آن که توسط محقق طراحی شده، بر کیفیت زندگی زنان باردار بود.

روش: نمونه مورد بررسی شامل ۳۶ زن باردار نخست‌زایمان مراجعه کننده به مراکز بهداشت و متخصصین زنان و زایمان شهر اصفهان بودند که در سه ماهه دوم بارداری قرار داشتند و به شیوه داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داده شدند. در طول اجرای برنامه یک نفر از گروه آزمایش اول و یک نفر از گروه آزمایش دوم به دلیل مشکلات پزشکی و نیاز به استراحت قادر به ادامه نبودند، همچنین یک نفر از گروه کنترل نیز به دلیل مخدوش بودن پرسشنامه‌ها حذف و در نهایت ۳۳ نفر دوره آموزشی را به پایان رساندند. کلیه شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی (اس. اف. سی و شش) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد نمره پس آزمون مادران در پرسشنامه سلامت مرتبط با کیفیت زندگی و پنج خرده مقیاس آن (شامل عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، احساس خستگی یا نشاط، درد بدنی و سلامت عمومی)، در گروه مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی اسلامی، در مقایسه با دو گروه دیگر به طور معناداری بهبود یافت.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به اثربخش بودن برنامه‌های آموزش مادری ذهن آگاهانه بر کیفیت زندگی زنان باردار، اهمیت پرداختن به این نوع مداخلات روان‌شناختی در کنار مراقبت‌های معمول دوران بارداری، بایستی مورد توجه مراکز بهداشتی و متخصصین ذی‌ربط قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: آموزش مادری ذهن آگاهانه، آموزش مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی، کیفیت زندگی

*Email: f.haghighat1982@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۶۵-۷۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 65-75

مقدمه

آگاهی و کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد که نشان می‌دهد آن‌هایی که تجربه ذهن آگاهی بیشتری دارند بهزیستی بهتری را گزارش می‌کنند. همچنین رابطه منفی معناداری بین استرس و کیفیت زندگی و استرس و ذهن آگاهی وجود دارد که نشان می‌دهد افرادی که استرس بیشتری را تجربه می‌کردند سطوح پایین‌تری از کیفیت زندگی و ذهن آگاهی را گزارش دادند. یافته‌ها همچنین نشان داد مداخلاتی که بر بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی تمرکز داشتند، از قبیل یادگیری چگونگی بیان تجارب شخصی، تمرین بودن در لحظه حال، تمرین بیانات و اظهارات غیرانتقادی می‌تواند منجر به احساس بهزیستی در فرد شود.

در دهه گذشته اثر مثبت معنویت بر عوامل روان‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است [۱۷]: به طوری که تجارب معنوی با استرس ادراک شده [۱۸]، افسردگی و اضطراب [۱۹]، درد، خلق مثبت و منفی [۲۰]، سلامت روانی [۲۱، ۲۲، ۲۳]، سلامت جسمانی [۲۲، ۲۴، ۲۵] و کیفیت زندگی [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹] رابطه دارد.

در همین راستا، کوتون^۶ و همکاران [۲۸] معنویت و کیفیت زندگی را در ۱۴۲ زن با سرطان سینه بررسی کردند. نتایج نشان‌دهنده همبستگی مثبت بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بود، بدین معنی که بهزیستی معنوی بالاتر با کیفیت زندگی بالاتر مرتبط است. همچنین مطالعات نشان‌دهنده رابطه بین تجارب معنوی روزانه و سلامت روان هستند [۲۱، ۲۲، ۲۳]. آندروود^۷ و ترسی^۸ [۲۳] نیز نشان دادند بین تجارب معنوی روزانه و متغیرهای روانی اجتماعی گوناگون همچون کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی، استرس ادراک شده، خصومت و خوش‌بینی رابطه معناداری وجود دارد. بدین معنی که تجارب معنوی بیشتر با اضطراب، افسردگی، استرس، خصومت کمتر و خوش‌بینی بیشتر رابطه دارد.

اخیراً روان‌شناسی بالینی-فرهنگی تلاش خود را بر محور بررسی تأثیر عوامل فرهنگی در پدیدآیی اختلالات روان‌شناختی و درمان آن‌ها معطوف کرده است. نتایج تحقیقات در این زمینه که اخیراً به بررسی تأثیر عوامل فرهنگی در پدیدآیی اختلالات روان‌شناختی و درمان آن‌ها پرداخته، نشان می‌دهد که فرهنگ (نژاد، قومیت، مذهب و...) هر جامعه علاوه بر اثرگذاری در شکل‌گیری و پدیدآیی یک اختلال [۳۰، ۳۱] این احتمال را نیز تقویت می‌کند که نوع درمان هم می‌تواند متأثر از این پدیده باشد. از این‌رو مدل‌های نظری خاصی در این زمینه مطرح شده که به دنبال تحقق عملی آن در عرصه درمان است. برای نمونه رویکرد فرهنگی محور تأیید می‌کند که ممکن است رفتار توسط فرهنگ گروه‌هایی که فرد به آن تعلق دارد و قالب‌های فرهنگی نظیر برجسب‌های گروهی شکل گیرد [۳۲]. از این‌رو شکل‌گیری و ظهور مدل‌های درمانی مختلف متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف محصول چنین نگاهی به حل مشکلات

بارداری، دوره تغییرات پیچیده هیجانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی است [۱] و این تجارب می‌تواند توسط مادر به‌عنوان تهدید، تنیدگی و برانگیزاننده اضطراب ادراک شود. در بازتاب این تغییرات، بسیاری از مادران مجموعه‌ای از علائم را تجربه می‌کنند که شامل اختلال خواب، درد جسمانی، افسردگی و اضطراب است [۲، ۳]. تغییرات فیزیکی و عاطفی دوران بارداری می‌تواند توانایی زنان را برای انجام وظیفه در نقش‌های مختلف خود کاهش داده و در نتیجه کیفیت زندگی را تغییر دهد [۴]. کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که به ادراک فرد از بهزیستی عمومی و میزان تعلق نقش در سراسر حوزه‌های فیزیکی- روانی- اجتماعی برمی‌گردد. این مفهوم یک تعیین‌کننده اصلی در مدل زیستی- روانی- اجتماعی است [۵، ۶] که می‌تواند تحت تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی اجتماعی، پزشکی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار بگیرد.

امروزه برخی از مطالعات، سلامت مرتبط با کیفیت زندگی را در دوران بارداری بررسی کردند. به‌عنوان نمونه می‌توان به پژوهش‌های [۵، ۷، ۸، ۹] اشاره کرد. به طوری که اوچت^۱ و همکاران [۷] در یک نمونه کانادایی مشتمل بر ۳۹۳ زن که در سه‌ماهه سوم بارداری بودند، نشان دادند که علاوه بر کاهش در عملکرد جسمی، حوزه روانی نیز که شامل محدودیت نقش با توجه به مشکلات عاطفی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی می‌باشد، در مقایسه با جمعیت نرمال از زنانی که باردار نیستند، به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. نتایج مشابهی از کاهش در عملکرد جسمانی و نشاط و سرزندگی در دوران بارداری در یک مطالعه بزرگ (n=۱۸۰۹) توسط هاس^۲ و همکاران [۸] نیز گزارش شد. دا کاستا^۳ و همکاران [۵] نیز در پژوهش خود که به دنبال ارزیابی و تشخیص شاخص‌های سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در زنان باردار بودند نشان دادند زنان باردار در سه‌ماهه سوم بارداریشان به‌طور قابل توجهی در ۵ خرده عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش از طریق مشکلات جسمانی، درد بدنی، خستگی یا نشاط و عملکرد اجتماعی مقیاس کیفیت زندگی نمره پایینی را در مقایسه با میانگین‌های بهنجار متناسب با سن گزارش کرده‌اند.

مطالعات در نمونه‌های غیر بالینی نشان دادند که شرکت کردن در مداخلات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ می‌تواند منجر به تقلیل نشانه‌های اختلال روان‌تنی و اختلال خلق، افزایش احساس کنترل و کاهش علائم پزشکی شود [۱۰، ۱۱]. در نمونه‌های بالینی، شرکت کردن در برنامه ذهن آگاهی منجر به کاهش اختلال خلق و علائم استرس شده است [۱۲، ۱۳] و کیفیت زندگی و خواب را در بیماران مختلف بهبود داده است [۱۴، ۱۵]. در همین راستا کاتیال^۵ [۱۶] در پژوهش خود نشان داد بین ذهن

¹ Otchet

² Haas

³ Da Costa

⁴ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

⁵ Katyal

⁶ Cotton

⁷ Underwood

⁸ Teresi

است.

روش اجرا

به منظور اجرای این پژوهش، پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه، معرفی نامه‌های مورد نیاز توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس صادر شده و پس از دریافت مجوز از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به منظور اجرای پژوهش در کلیه مراکز بهداشت شماره یک و دو استان اصفهان، به کلیه مراکز مراجعه شده و آگهی مربوط به شرکت در پژوهش، در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در نهایت نمونه‌گیری انجام و افراد به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل جایگزین شدند و پس از امضای رضایت‌نامه کتبی، برنامه‌های آموزشی بر روی داوطلبین اجرا گردید. برنامه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک که توسط ویتین و آستین [۳۹] در سال ۲۰۰۸، با هدف کاهش استرس و بهبود خلق در دوران بارداری طراحی شده، مبتنی بر این تئوری است که آموزش می‌تواند منجر به افزایش ذهن آگاهی و در نهایت کاهش استرس مرتبط با موقعیت‌های پزشکی مزمن شود. این برنامه شامل سه رویکرد برای به کارگیری ذهن آگاهی می‌باشد: ۱- ذهن آگاهی از افکار و احساسات از طریق آگاهی تنفس و تمرینات مراقبه‌ای، ۲- ذهن آگاهی نسبت به بدن از طریق یوگای هدایت شده و ۳- ارائه مفاهیم روان‌شناختی مرتبط با ذهن آگاهی همچون پذیرش و پرورش یک خود مشاهده‌گر که هر کدام از این عوامل تقریباً یک سوم مداخله را در برمی‌گیرد. عوامل انطباق یافته مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی با جامعه هدف نیز شامل: ۱. آگاهی از جنین در حال رشد و شکم در طول مدیتیشن اسکن بدن؛ ۲. استفاده از مثال‌ها و انجام تمرینات توصیفی مرتبط با دوران بارداری و اوایل زایمان همچون ذهن آگاهی درباره درد یا مسائل مربوط به خواب در طول بارداری، اضطراب زایمان یا کنار آمدن با یک نوزاد ناآرام؛ و ۳. در برگرفتن وسیع‌تر تمرینات برای قدم زدن و حرکت کردن هشیارانه و شکل‌های مختلف حرکت ذهن آگاهانه مانند یوگای پیش از تولد که برای زنان باردار طراحی شده است. این برنامه تقریباً شامل بخش‌های برابر آموزش، بحث و تمرین می‌باشد که در جلسات اول وزن بیشتری به آموزش و در جلسات آخر وزن بیشتری به بحث و تمرین داده شده است. در این دوره آموزشی جزوه‌ها و کارت‌هایی به منظور تشویق شرکت‌کنندگان برای انجام تمرین‌ها طراحی شده که در انتهای هر جلسه همراه با تکالیف و برگه ثبت روزانه به آن‌ها داده می‌شد و بایستی در ابتدای جلسه بعد ثبت روزانه خود را تحویل می‌دادند. نسخه ایرانی-اسلامی مادری ذهن آگاهانه نیز با حفظ چارچوب اصلی برنامه آموزشی و با هدف بومی کردن و غنا بخشیدن به آن توسط محقق طراحی گردید. بر همین اساس ابتدا با استفاده از مصاحبه و تحلیل محتوا مؤلفه‌های فرهنگی استخراج و سپس با استفاده از نظر متخصصین و استناد به منابع معتبر اسلامی، بخش‌های آموزشی برنامه بازنگری و غنی‌تر شده و به انتهای مدیتیشن‌های دعا و نیایش همراه با شکرگزاری افزوده شد. همچنین به منظور بارور کردن بعد معنوی در مادران باردار علاوه بر جزوه‌های برنامه کلاسیک، تکالیف

چنین نگاهی هنگامی اهمیت مضاعف پیدا می‌کند که پذیرفته شود رویکرد زیستی، روانی اجتماعی جای خود را به مدل زیستی، روانی اجتماعی و معنوی داده است [۳۳]. درمان‌های س. بی. تی.^۱ به‌ویژه درمان‌های موج سوم بیش از سایر مدل‌های درمانی تحت تأثیر چنین رویکردی است.

بر همین اساس، در فرهنگ ایرانی که قالب آن بر پایه دین اسلام است در ارتباط با بارداری و عوامل مؤثر بر آن توصیه و سفارش‌های بسیاری شده که در منابع معتبر دینی همچون بحار الأنوار [۳۴]، وسایل الشیعه [۳۵] و اصول کافی [۳۶] و همچنین کتب متعددی از جمله ریحانه بهشتی [۳۷]، که به‌طور کامل به موضوع بارداری پرداخته و مفاتیح الحیاه [۳۸]، که بخشی از آن در رابطه با بارداری می‌باشد، به چاپ رسیده است و در دسترس عموم مردم قرار دارد؛ لذا بسیاری از زنان باردار این اصول را تا حد امکان در دوران بارداری رعایت می‌کنند و به آن اعتقاد دارند. بر همین اساس، با در نظر گرفتن این ساختار فرهنگی و غنای آن از یک سو و با توجه به سودمندی‌های ذهن آگاهی و تأثیر آن بر شاخص‌های کیفیت زندگی در دوران بارداری که قبلاً به آن پرداخته شد پژوهش حاضر بر آن است تا برخی از این توصیه‌ها و مفاهیم را با برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه که توسط ویتین^۲ و آستین^۳ [۳۹] طراحی و ارائه شده تلفیق و به بررسی اثربخشی آن بر شاخص‌های سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در دوران بارداری بپردازد. در این پژوهش فرض بر این بود که این برنامه آموزشی مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی در مقایسه با نوع کلاسیک آن اثربخشی بیشتری بر سلامت مرتبط با کیفیت زندگی مادران ایرانی دارد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از آنجاکه به دنبال طراحی و تدوین یک برنامه مراقبتی است از نوع بنیادی و نظری بوده و از طرف دیگر با توجه به اینکه به دنبال بررسی اثربخشی این برنامه و مقایسه آن با برنامه اصلی می‌باشد در دسته طرح‌های آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران بارداری که نوزاد اولشان را باردار هستند و در سه ماهه دوم بارداری قرار دارند و به منظور مراقبت‌های دوران بارداری به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر اصفهان و خانه‌های بهداشت این استان مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهد. نمونه مورد بررسی شامل ۳۶ نفر از مادران واجد شرایط بود که به صورت داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک و مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

¹ CBT

² Vieten

³ Astin

یک کلینیک خصوصی مشاوره و روانشناسی اجرا گردید و قبل و بعد از اجرای مداخلات پرسشنامه سلامت مرتبط با کیفیت زندگی همراه با پرسشنامه دموگرافیک توسط مادران تکمیل شد. ساختار موضوعی جلسات هر دو مداخله در جداول ۱ و ۲ آمده است. در طول اجرای برنامه‌ها، به دلیل برخی محدودیت‌های پزشکی و نیاز به استراحت و همچنین به علت مخدوش بودن تعدادی از پرسشنامه‌ها ۱ نفر از هر گروه حذف و در نهایت ۳۳ مادر باردار دوره‌های آموزشی را به پایان رساندند و پرسشنامه‌های مورد نظر را قبل و بعد از اتمام دوره تکمیل نمودند.

و تمریناتی مبنی بر تلفیق ذهن آگاهی و توصیه‌های دینی همراه با سی‌دی و کارت‌های مختلف طراحی و در اختیارشان قرار داده شد. تکمیل برگه ثبت روزانه هر جلسه در این گروه نیز الزامی بود و بایستی ابتدای هر جلسه آن را تحویل می‌دادند. به‌منظور بررسی روایی و اعتبار این برنامه آموزشی، پکیج طراحی‌شده به‌طور مقدماتی بر روی ۵ مادر باردار اجرا شد و بهبود نتایج پس‌آزمون نشان‌دهنده اعتبار کافی آن بود. هر دو دوره آموزشی در هشت جلسه دوساعته و هفته‌ای یک‌بار توسط محقق به همراه یک کارشناس ارشد بالینی و یک کارشناس روانشناسی در

جدول ۱. خلاصه جلسات مربوط به برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه

ترتیب جلسات	موضوع
اول	بررسی مفهوم ذهن آگاهی- ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزانه همراه با تمرین خوردن ذهن آگاهانه نارنگی
دوم	هشیاری ذهن آگاهانه چیست؟ سه تعهد مادران ذهن آگاهانه، معرفی ذهن آگاهی-مفهوم پذیرش همراه با تمرین و بحث
سوم	مفهوم مشاهده خویشتن همراه با بحث و تمرین
چهارم	آموزش تفکر با ذکر مثال‌ها و استعاره‌های مختلف همراه با بحث و تمرین
پنجم	تمرکز بر زمان حال همراه با تمرین، مثال و بحث
ششم	بررسی ویژگی‌های هشیاری ذهن آگاهانه همراه با بحث و تمرین
هفتم	مقدمه‌ای بر مفهوم خودشفقتی همراه با تمرین و بحث، هشیاری ذهن آگاهانه در ارتباط با دیگران همراه با تمرین و بحث
هشتم	مفهوم قصد و عمل خردمندانه همراه با تمریناتی مانند آگاهی و عمل سریع، ارتباط و تصمیم‌گیری ذهن آگاهانه و وقتی ادامه دادن سخت می‌شود (تمرینی برای ذهن آگاهانه روبرو شدن با موقعیت‌های چالش‌برانگیز مانند زایمان)، ذهن آگاهی در زندگی روزمره و ارائه تکالیف برای ادامه بارداری و پس‌از آن

جدول ۲. خلاصه جلسات مربوط به برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی

ترتیب جلسات	موضوع
اول	بررسی مفهوم ذهن آگاهی، بررسی اهمیت معنویت و انجام تکالیف دینی، ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزانه همراه با تمرین خوردن ذهن آگاهانه نارنگی با تأکید بر مفهوم شکرگزاری
دوم	هشیاری ذهن آگاهانه چیست؟ چهار تعهد مادران ذهن آگاهانه، معرفی ذهن آگاهی-مفهوم پذیرش و صبر با استفاده از روایات و احادیث همراه با تمرین و بحث
سوم	مفهوم مشاهده خویشتن با ذکر مثال و استعاره، ارائه مفهوم پایدارپنداری سختی‌ها با استفاده از روایات و احادیث همراه با بحث و تمرین
چهارم	آموزش تفکر با ذکر مثال‌ها و استعاره‌های مختلف همراه با بحث و تمرین.
پنجم	تمرکز بر زمان حال همراه با تمرین و مثال، وقتی زمان حال چالش‌انگیز و استرس‌آور می‌شود- زمان حال به‌عنوان یک پدیده چندبعدی با استفاده از روایات و احادیث
ششم	بررسی ویژگی‌های هشیاری ذهن آگاهانه همراه با بحث و تمرین
هفتم	مقدمه‌ای بر مفهوم خودشفقتی همراه با تمرین و بحث، هشیاری ذهن آگاهانه در ارتباط با دیگران همراه با تمرین و بحث، حالات روحی، ذهنی و اخلاق مادر در دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن همراه با تمرین و بحث
هشتم	مفهوم قصد و عمل خردمندانه همراه با تمریناتی مانند آگاهی و عمل سریع، ارتباط و تصمیم‌گیری ذهن آگاهانه و وقتی ادامه دادن سخت می‌شود (تمرینی برای ذهن آگاهانه روبرو شدن با موقعیت‌های چالش‌برانگیز مانند زایمان)، ذهن آگاهی در زندگی روزمره، ارائه تکالیف برای ادامه بارداری و پس‌از آن.

انزاهای پژوهش

۲) پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: پرسشنامه کیفیت زندگی یک پرسشنامه جامع جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی در تمامی مسائل مرتبط با بهداشت می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط وار^۲ و شربورن^۳ ساخته شده و هشت بعد کیفیت زندگی را بررسی می‌کند و دارای ۳۶ ماده می‌باشد و به‌راحتی در گروه‌های سنی مختلف و بیماری‌های مختلف قابل اجراست. این پرسشنامه درک افراد را از کیفیت زندگی خود، در هشت بعد نشان می‌دهد و نمره آن بین صفر تا ۱۰۰ متغیر می‌باشد. نمره ۱۰۰ وضعیت ایده‌آل را نشان داده و نمره صفر بدترین وضعیت موجود را در هر بعد نشان می‌دهد.

۱) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک توسط محقق و به‌منظور دستیابی به برخی اطلاعات و سوابق شخصی مادر باردار طراحی و اجرا شد. این فرم شامل سه بخش اصلی است که بخش اول دربرگیرنده اطلاعات فردی پدر و مادر نظیر سن، تحصیلات و شغل، مدت ازدواج، سابقه بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی، سابقه مصرف سیگار، الکل، قلیان و مواد مخدر و از این قبیل است. بخش دوم شامل اطلاعات مربوط به دوران بارداری نظیر سن بارداری، سابقه سقط جنین، تمایل برای باردارشدن، سابقه ناباروری و ... و بخش سوم مربوط به مذهب و فعالیت‌های مذهبی نظیر، میزان مذهبی بودن، خواندن نماز، دعا، عمل به توصیه‌های اسلامی در زمینه بارداری و ... می‌باشد.

¹ SF-36

² Ware

³ Sherbourne

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها	گروه‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۸/۹۸	۶۱/۳۶	۱۸/۲۷	۵۴/۰۹	عملکرد جسمانی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک
۳۴/۳۷	۵۲/۲۷	۳۵/۹۹	۶۱/۳۶	ایفای نقش جسمانی	
۳۵/۹۵	۷۲/۷۲	۴۴/۲۶	۶۰/۰۶	ایفای نقش هیجانی	
۹/۷۴	۷۰	۱۴/۱۹	۵۶/۸۱	خستگی یا نشاط	
۱۰/۲۹	۸۱/۰۹	۱۷/۸	۶۶/۹	سلامت روانی	
۲۰/۴۳	۸۱/۸۱	۲۴/۵۹	۶۹/۳۱	عملکرد اجتماعی	
۱۸/۸۵	۶۹/۰۹	۲۱/۳۸	۷۴/۵۴	درد بدنی	
۱۱/۶۷	۷۳/۱۸	۱۷/۳۲	۷۰	سلامت عمومی	
۱۶/۳۲	۷۰/۱۹	۱۵/۹۳	۶۴/۲	SF-36 کل	
۲۱/۱	۶۱/۳۶	۱۵/۶۹	۵۶/۸۱	عملکرد جسمانی	
۲۹/۱۹	۵۴/۵۴	۳۸/۴۳	۴۵/۴۵	ایفای نقش جسمانی	
۳۶/۷۹	۷۵/۷۵	۳۹/۶۹	۵۷/۵۷	ایفای نقش هیجانی	
۱۰/۷۸	۷۱/۸۱	۲۳/۸۸	۵۶/۳۶	خستگی یا نشاط	
۱۰/۵۹	۷۷/۰۹	۲۲/۳۴	۶۶/۹	سلامت روانی	
۱۱/۱۸	۷۵	۲۳/۳۵	۷۳/۸۶	عملکرد اجتماعی	
۸/۷۶	۷۹/۷۷	۲۴/۹۸	۶۲/۲۷	درد بدنی	
۱۰/۰۲	۷۸/۶۳	۱۷/۹۳	۶۲/۲۷	سلامت عمومی	
۱۰/۷۱	۷۱/۷۴	۲۰/۰۶	۶۰/۱۹	SF-36 کل	
۳۱/۹۱	۴۱/۳۶	۱۶/۸	۴۹/۵۴	عملکرد جسمانی	کنترل
۳۰/۳۳	۱۳/۶۳	۳۱/۸	۳۱/۸۱	ایفای نقش جسمانی	
۳۴/۲۳	۷۸/۷۸	۴۲/۸۷	۴۵/۴۵	ایفای نقش هیجانی	
۱۹/۲۹	۵۰/۴۵	۱۹/۰۲	۴۷/۷۲	خستگی یا نشاط	
۱۵/۷۳	۷۴/۱۸	۱۱/۰۷	۷۴/۱۸	سلامت روانی	
۲۶/۱۱	۶۰/۳۲	۱۹/۲۱	۶۴/۷۷	عملکرد اجتماعی	
۲۴/۷۵	۵۴/۳۱	۳۰/۳۵	۶۱/۳۶	درد بدنی	
۲۲/۴۵	۵۹/۰۹	۱۹/۰۲	۶۲/۲۷	سلامت عمومی	
۱۷/۲۱	۵۴	۱۷/۱۳	۵۴/۶۴	SF-36 کل	

پرسشنامه به‌استثنای بعد سرزندگی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای بعد سرزندگی ۰/۶۵ گزارش شده است [۴۶]. به‌منظور بررسی روایی ابعاد از روایی همگرا^۳ استفاده گردید که ارتباط خطی تک‌تک ابعاد با خرده سنجش مفروض در تمام موارد بالای ۰/۴ یعنی بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ بوده است؛ و بدین‌صورت روایی و اعتبار نسخه فارسی آن تأیید شد [۴۶]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در نمونه حاضر در مرحله پیش‌آزمون ۰/۹ و در مرحله پس‌آزمون ۰/۹۲ (N=۳۳) نیز به دست آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار اس. پی. اس. اس. شازده^۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به‌منظور تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌هایی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و جهت تحلیل استنباطی و بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس^۵ استفاده شد.

نتایج

نمونه آماری مورد مطالعه در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۴ سال قرار داشتند (میانگین = ۲۶)، میزان تحصیلات در اکثر آن‌ها لیسانس و

ابعاد این پرسشنامه شامل عملکرد جسمی، محدودیت فعالیت در اثر مشکلات جسمی، درد جسمانی، سرزندگی، سلامت کلی، سلامت روانی، محدودیت فعالیت در اثر مشکلات روحی و عملکرد اجتماعی است. این هشت بعد مجموعاً دو بعد کلی جسمی و روانی را تشکیل می‌دهند که بعد جسمی شامل عملکرد جسمی، درد جسمی، محدودیت فعالیت در اثر مسائل جسمی و سلامت عمومی و بعد روانی شامل عملکرد اجتماعی، محدودیت فعالیت در اثر مسائل روحی، سلامت روانی و هیجان می‌باشد [۴۰]. این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی بین‌المللی است و در بیشتر کشورها از قبیل چین [۴۱]، ژاپن [۴۲]، سوئد [۴۳] و استرالیا [۴۴] مورد استفاده قرار گرفته است. جامین^۱ و مارتین^۲ [۴۵] نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در زنانی که بارداری اولشان بود، انجام دادند و حمایت‌هایی به‌منظور استفاده از این پرسشنامه به‌عنوان یک مقیاس ۸ بعدی برای کشف حوزه‌های خاص و جداگانه سلامت مرتبط با کیفیت زندگی گزارش کردند.

در ایران نیز توسط منتظری و همکاران [۴۶] روایی و اعتبار آن محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای تمام ابعاد

^۳ Convergent validity

^۴ SPSS 16

^۵ ANCOVA

^۱ Jomeen

^۲ Martin

گروه‌ها ابتدا مفروضه‌های آن توسط آزمون لوین بررسی شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است. برنامه‌ریزی و طبق تمایل هر دو زوج بوده است. وضعیت اقتصادی نیز در بیشتر آن‌ها متوسط گزارش شد. اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه کیفیت زندگی همراه با خرده مقیاس‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

اکثراً بیکار (خانه‌دار) بودند. برای اغلب آن‌ها این بارداری با همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمره کیفیت زندگی و بیشتر خرده مقیاس‌های آن در گروه مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی نسبت به دو گروه دیگر در مرحله پس‌آزمون افزایش بیشتری داشته است. به‌منظور استفاده از تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده بین

جدول ۴. نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس‌های سه گروه

متغیرها	F	df1	df2	معناداری
عملکرد جسمانی	۰/۸۹۴	۲	۳۰	۰/۴۲
ایفای نقش جسمانی	۱/۵۴۶	۲	۳۰	۰/۲۳
ایفای نقش هیجانی	۰/۱۱۱	۲	۳۰	۰/۹
خستگی یا نشاط	۳/۱۳	۲	۳۰	۰/۰۶
سلامت روانی	۱/۰۱	۲	۳۰	۰/۳۷
عملکرد اجتماعی	۰/۸۲۴	۲	۳۰	۰/۴۵
درد بدنی	۱/۶۷	۲	۳۰	۰/۲
سلامت عمومی	۰/۵۸۳	۲	۳۰	۰/۵۶
SF-36 کل	۱/۱۹۷	۲	۳۰	۰/۳۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر بهبود کیفیت زندگی زنان باردار

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر
پیش‌آزمون	عملکرد جسمانی	۱	۶۳۳۵/۶۲	۲۸/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹
	محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	۱	۲۱۰۲/۸۷	۲/۲۲	۰/۱۴	۰/۰۷
	خستگی یا نشاط	۱	۱۵۰۷/۶	۱۰/۱۰	۰/۰۰۴	۰/۲۵
	درد بدنی	۱	۲۳۵۰/۰۴	۸/۴۱	۰/۰۰۷	۰/۲۲
	سلامت عمومی	۱	۴۲۰۵/۶۴	۲۸/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
	کیفیت زندگی	۱	۱۸۳۷/۹۷	۱۰/۷۹	۰/۰۰۳	۰/۲۷
پس‌آزمون	عملکرد جسمانی	۲	۱۶۲۴/۰۳	۳/۶	۰/۰۴	۰/۲
	محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	۲	۸۴۴۲/۰۱	۴/۴۶	۰/۰۲	۰/۲۳
	خستگی یا نشاط	۲	۲۰۹۲/۴۸	۷	۰/۰۰۳	۰/۳۲
	درد بدنی	۲	۳۵۱۵/۸۶	۱۷۵۷/۹۳	۰/۰۰۵	۰/۳۰
	سلامت عمومی	۲	۲۱۰۴/۹۲	۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	کیفیت زندگی	۲	۱۳۷۸/۳	۶۸۹/۱۵	۴/۰۴	۰/۲۱

به علاوه همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود بین گروه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک و مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی، با گروه کنترل در متغیرهای سلامت جسمانی، محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی، خستگی یا نشاط و نمره کل کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بعلاوه، در شاخص‌های درد بدنی و سلامت عمومی نیز بین دو گروه مداخله با یکدیگر و همچنین گروه ایرانی اسلامی با کنترل تفاوت معنادار است درحالی‌که بین گروه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به عدم معناداری لوین در کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن، واریانس گروه‌ها برابر بوده و می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد. نتایج مربوط به متغیرهای معنادار در جدول ۲ قابل مشاهده است.

در جدول ۵ نمره کیفیت زندگی و پنج خرده مقیاس آن در سه گروه متفاوت است اما بین سه خرده مقیاس دیگر شامل محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات هیجانی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد. نتایج مربوط به مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج مقایسه‌های زوجی گروه کنترل و گروه‌های مادری ذهن آگاهانه کلاسیک و مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی

مغیبرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
عملکرد جسمانی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	۲/۳۳	۶/۴۱	۰/۷۱۸
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۱۶/۱	۶/۴۳	۰/۰۱۸
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۱۳/۷۶	۶/۵	۰/۰۴۳
محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	-۶/۰۲	۱۳/۳۵	۰/۶۵
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۳۱/۶۷	۱۳/۹۲	۰/۰۳۱
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۳۷/۶۹	۱۳/۲۹	۰/۰۰۸
خستگی یا نشاط	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	-۱/۹۸	۵/۲۱	۰/۷۰۶
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۱۶/۲۳	۵/۳۱	۰/۰۰۵
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۱۸/۲۱	۵/۳	۰/۰۰۲
درد بدنی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	-۱۴/۸۸	۷/۲۷	۰/۰۵
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۱۰/۲۵	۷/۲۹	۰/۱۷
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۲۵/۱۴	۷/۱۲	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	-۱۰/۵	۴/۵۵	۰/۰۲۸
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۹/۰۳	۴/۵۵	۰/۰۵۷
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۱۹/۵۴	۴/۴۸	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	-۳/۳۲	۵/۵۹	۰/۵۵۷
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۱۱/۹۷	۵/۷۱	۰/۰۴۵
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی-اسلامی	کنترل	۱۵/۳	۵/۶۱	۰/۰۱۱

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت نقش سلامت مادر در دوران بارداری، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی بر کیفیت زندگی زنان باردار بود. نتایج به دست آمده نشان داد بین سه گروه آموزش مادری ذهن آگاهانه، نسخه بومی‌شده آن و گروه کنترل در نمره کل کیفیت زندگی و پنج خرده‌مقیاس آن شامل عملکرد جسمانی، محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی، احساس خستگی یا نشاط، درد بدنی و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد، اما در سه خرده‌مقیاس سلامت روانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات هیجانی و عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد.

نتایج مقایسه‌های زوجی نیز نشان داد نمره پس‌آزمون مادران در پرسشنامه سلامت مرتبط باکیفیت زندگی و پنج خرده‌مقیاس آن (یعنی عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، احساس خستگی یا نشاط، درد بدنی و سلامت عمومی)، در گروه مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی، در مقایسه با دو گروه دیگر به‌طور معناداری بهبود یافت.

این یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، در راستای تأیید پژوهش‌های گذشته می‌باشد [۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹]، بدین صورت که بیشتر آن‌ها به سودمندی این نوع مداخلات

در بهبود کیفیت زندگی اشاره داشتند، به‌عنوان نمونه گراسمن^۱ و همکاران [۵۸] در پژوهش خود که بر روی بیماران پیوند مغز استخوان انجام داده بود گزارش کرد نمره سلامت مرتبط باکیفیت زندگی پس از اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری بهبود یافته است. باین‌وجود، هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم به بررسی تأثیر این نوع مداخلات بر کیفیت زندگی زنان باردار نپرداخته و این بررسی، برای اولین بار، شواهدی مبنی بر اثربخشی برنامه‌های آموزشی مادری ذهن آگاهانه بر سلامت مرتبط باکیفیت زندگی زنان باردار، به‌ویژه در حیطه جسمانی، فراهم نموده است که نشان‌دهنده نوآوری آن است. در تبیین این یافته که برنامه آموزشی صرفاً بر ابعاد جسمانی سلامت مرتبط باکیفیت زندگی مادران باردار تأثیرگذار بوده است شاید بتوان به این نکته اشاره کرد که مطالعات انجام شده تا به امروز، نشان داده‌اند که بارداری با مشکلات مهمی در سلامت مرتبط باکیفیت زندگی به‌خصوص در حیطه جسمانی مرتبط است و تغییرات فیزیکی و عاطفی دوران بارداری می‌تواند توانایی مادران را برای انجام وظیفه در نقش‌های مختلفشان کاهش داده و در نتیجه کیفیت زندگی را تغییر دهد [۴، ۸، ۶۰، ۶۱]، به‌طوری‌که هاستون^۲ و کاسیک-میلر^۳ [۶۰] کیفیت زندگی را در ۱۲۵ زن،

¹ Grossman

² Hueston

³ Kasik-Miller

انتهای هر مدیتیشن طراحی شده بود، شاید بتوان گفت که این مداخله بسیار غنی‌تر بوده و به همین دلیل اثربخشی خود را به‌طور معنادار نشان داده است. به‌طوری‌که اژدر و همکاران [۶۳] نیز در پژوهش خود تأثیر دعا چه از لحاظ لفظی و چه محتوایی بر سلامت را مورد تأیید قرار داده و گزارش کردند اگر نیاشگر الگوی فکری، رفتاری و عاطفی خود را با آموزه‌های دعا هماهنگ نماید (آنچه در برنامه ذهن آگاهی ایرانی- اسلامی آموخته شد) و طبق آن عمل کند جسم و روانی سالم خواهد داشت.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم کم نمونه و غیر بالینی بودن آزمودنی‌ها می‌باشد که امکان تعمیم نتایج به جامعه بزرگ‌تر و نمونه‌های بالینی را محدود می‌سازد، بر همین اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی تعداد بیشتری از مادران باردار و همچنین نمونه‌های بالینی اجرا و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد. بعلاوه با توجه به اثربخشی این مداخلات در بهبود شاخص‌های سلامت به‌ویژه سلامت جسمانی، مقایسه برنامه مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی به‌عنوان یک روش غیر دارویی در کاهش مشکلات جسمانی و روان‌شناختی در دوران بارداری، با رویکردهای دارویی از دیگر پیشنهادات این مطالعه است.

سپاسگزاری

از تمامی متخصصین زنان و زایمان شهر اصفهان به‌ویژه سرکار خانم دکتر کتابون طلوعه و سرکار خانم دکتر فرشته حقیقت و همچنین کلیه مراکز خانه بهداشت شهر اصفهان که در زمینه اجرای این پژوهش و معرفی زنان باردار واجد شرایط با اینجانب صمیمانه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- O'Keane, V., Marsh, M. S., (2007). Depression during pregnancy. *British Medical Journal*, 334(7601); 1003-1005.
- 2- Kelly, R. H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: Normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23, 107-113.
- 3- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & aStrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189, 148-154.
- 4- Mckee MD, Cunningham M., Jankowski KR., et al (2001). Healthrelated functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*. 97: 988-993
- 5- Da Costa D., Dritsa M., Verreault N., Balaa C., Kudzman J. & Khalifé S. (2010). Sleep problems

در دوره بارداری بررسی کردند و کاهش معناداری را فقط برای ابعاد فیزیکی گزارش کردند.

عباس‌زاده و همکاران [۶۱] نیز گزارش کردند کمترین امتیاز به دست آمده مربوط به محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی و احساس خستگی یا نشاط بود. لذا با توجه به این نکته که مشکلات و محدودیت‌های جسمانی بیش از سایر ابعاد کیفیت زندگی، در دوران بارداری شایع است به نظر می‌رسد تأثیر برنامه-های مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به ماهیتشان، بیشتر بر این ابعاد تأثیرگذار بوده و بیشتر از سایر مؤلفه‌ها، آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است، به‌عبارتی‌دیگر، به نظر می‌رسد آگاهی‌های جسمانی و روان‌شناختی که در طی دوره آموزشی پرورش می‌یابند می‌توانند به افراد کمک کنند تا راهکارهای مناسب‌تری برای سازگاری و مقابله به کار گیرند [۶۲] و شاید به همین دلیل است که این نوع مداخلات بیشترین تأثیر را بر این ابعاد داشته‌اند.

همچنین، این یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی بهتر نسخه بومی‌شده آموزش مادری ذهن آگاهانه بر اساس فرهنگ ایرانی- اسلامی، نیز با نتایج پژوهش‌های گذشته مبنی بر تأثیر نقش فرهنگ، چه در شکل‌گیری نشانه‌ها و چه در نوع درمان [۳۰، ۳۱] و همچنین اثر مثبت معنویت بر درد [۲۰]، سلامت جسمانی [۲۲، ۲۴، ۲۵] و کیفیت زندگی [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹] همسو بوده و با توجه به نظریه هفتگی [۳۳] که در توسعه مدل انگل [۳۳] در ارتباط با اهمیت ابعاد زیستی- روانی- اجتماعی، بعد چهارمی را به نام مذهب و معنویت در ارتباط متقابل با این سه بعد قرار می‌دهد و در پروتکل درمانی در نظر گرفتن هر ۴ بعد را دارای اهمیت می‌شمارد، قابل تبیین است. در تبیین دیگر این یافته نیز، شاید بتوان به نقش مثبت معنویت بر سلامت روان اشاره نمود، به‌طوری‌که بسیاری از مطالعات نشان‌دهنده رابطه بین تجارب معنوی روزانه و سلامت روان هستند [۲۱، ۲۲، ۲۳]، برای نمونه آندروود و ترسی [۲۳] نشان دادند بین تجارب معنوی روزانه و متغیرهای روانی اجتماعی گوناگون همچون اضطراب، افسردگی، استرس ادراک شده، کیفیت زندگی، خصومت ۳ و خوش‌بینی ۴ رابطه معناداری وجود دارد. بدین معنی که تجارب معنوی بیشتر، اضطراب، افسردگی، استرس، خصومت کمتر و خوش‌بینی و کیفیت زندگی بهتری را در پی دارند؛ بنابراین با توجه به کاربرد تکنیک‌های مذهبی/معنوی در گروه ایرانی- اسلامی و با توجه به اینکه شرکت‌کنندگان در طول این دوره آموزشی تشویق می‌شدند تا هنگام نگرانی از به کارگیری هم‌زمان تکنیک‌های ذهن آگاهی و تجارب مذهبی همچون دعا، صلوات و یا ذکرهایی که باعث آرامش آن‌ها می‌شد استفاده کنند و همچنین با توجه به ماهیت جلسات که شامل دعا‌های دسته‌جمعی و مدیتیشن‌هایی که علاوه بر پرورش ذهن آگاهی به پرورش بعد مذهبی/ معنوی آزمودنی‌ها از طریق متصل کردن آن‌ها با خالق عالم هستی، به‌واسطه دعا در

⁴ Rene hefti

⁵ Engel

⁶ hostility

⁷ optimism

- 15- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 65: 571-581.
- 16- Katyal, R. (2012). The Relationship between Mindfulness, Stress, and Quality of Life for Parents Raising a Child with Juvenile Rheumatoid Arthritis. The California School of Professional Psychology at Alliant International University. Degree Doctor of psychology.
- 17- Chung, K. Y. (2010). Moderation Effects of Spirituality on Stress and Health. Arizona State University. Degree of Doctor Philosophy.
- 18- Dodd, R. B. (2003). The relation between spiritual functioning in pastors and perceived stress levels. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63 (9), 43-66.
- 19- Banner AT. (2009). The Effects of Spirituality on Anxiety and Depression among breast cancer patients: The Moderating effects of Alexithymia and mindfulness. Unpublished PhD. Thesis. North Carolina University.
- 20- Keefe, F. J. (2001). Living with rheumatoid arthritis: the role of daily spiritual and daily religious and spiritual coping. *Journal of Pain*, 2 (2), 101-110.
- 21- Rippentrop, A. E. (2004). The relationship between religiosity/ spirituality and health outcomes in a chronic pain population. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 64(7-B), 35-39.
- 22- Koenig, H. G., George, L. K., Titus, P., & Meador, K. G. (2004). Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1579-1583.
- 23- Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experiences scale: development theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1): 22-33.
- 24- Newlin, K., Melkus, G., Chyun, D., & Jefferson, V. (2003). The relationship of spirituality and health outcomes in black women with type 2 diabetes. *Ethnicity and Disease*, 13, 61-68.
- 25- Coleman, C. L. (2003). Spirituality and sexual orientation: relationship to mental wellbeing and functional health status. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 457-464.
- and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 13: 249-257.
- ۶- برقی ایرانی، زیبا، علی اکبری دهکردی، مهناز، زارع، حسین، علی پور، احمد، شهیدی، غلام علی. (۱۳۹۳). رابطه علی ادراک بیماری، پیرووری دارویی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون. روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال بیست و یکم، شماره ۱۰، صص: ۵۱-۶۰.
- 7- Otchet, F., Carey, M. S., Adam, L. (1999). General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol* 94:935-941
- 8- Haas, J. S., Jackson, R. A., Fuentes-Afflick, E. et al (2004). Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med*. 20: 45-51.
- 9- Pires R., Araujo-Pedrosa A., Canavarro MC. (2014). Examining the Links between Perceived Impact of Pregnancy, Depressive Symptoms, and Quality of Life during Adolescent Pregnancy: The Buffering Role of Social Support. *J Matern Child Health*, 18: 789-800.
- 10- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., Bonner, G. (1998). Effects of mindfulnessbased stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*, 21: 581-599.
- 11- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: a controlled trial. *Am J Health Promot*, 15: 422-432.
- 12- Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E., Angen, M. (2000). A randomized, waitlist controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditationbased stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*, 62: 613-622.
- ۱۳- ملیانی، مهدیه، اللهیاری، عباسعلی، آزادفلاح، پرویز، فتاحی آشتیانی، علی، طاولی، آزاده. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بین های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده. روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال بیست و یکم، شماره ۱۰، صص: ۷۵-۸۶.
- 14- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., Speca, M (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer*, 9: 112-123.

- 39- Vieten, C., & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 11: 67-74.
- ۴۰- طوافیان، صدیقه‌سادات، جمشیدی، احمدرضا، محمد، کاظم، منتظری، علی. (۱۳۸۷). تأثیر برنامه آموزشی سلامت کمر (Back school) بر کیفیت زندگی زنان مبتلابه کمردرد مزمن: مطالعه کارآزمایی بالینی با پیگیری ۳، ۶ و ۱۲ ماه. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره ۲۶، شماره ۳، صص: ۳۲۹-۳۲۱.
- 41- Hu, J., Gruber, K. J., Hsueh, K. H. (2010). Psychometric properties of the Chinese version of the SF-36 in older adults with diabetes in Beijing, China. *Diabetes research and clinic a practice*, 88, 273-281.
- 42- Fukuhara, S., Ware, J. E., Kosinski, M., Wada, S., & Gandek, B. (1998). Psychometric and Clinical Tests of Validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *Journal of Clin Epidemiol*, 51, 11: 1045-1053.
- 43- Sullivan, M. & Karlsson, J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of Criterion-Based Validity: Results from Normative Population. *Journal of Clin Epidemiol*, 51, 11: 1105-1113.
- 44- Sanson-Fisher, R. W., & Perkins, J. J. (1998). Adaptation and Validation of the SF-36 Health Survey for Use in Australia. *Journal of Clin Epidemiol*, 51, 11, 961-967.
- 45- Jomeen J, Martin CR (2005). The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J Psychosom Res* 59:131-138.
- ۴۶- منتظری، علی، گشتاسبی، آریتا، وحدانی‌نیا، مریم سادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. *پایش*، دوره پنجم، شماره ۱، صص: ۵۶-۴۹.
- 47- Godfrin KA, Heeringen C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *J Behaviour Research and Therapy* 48: 738-746.
- 48- Gayner B., Esplen MJ., DeRoche P., Wong J., Bishop S., Kavanagh L., Butler K. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *J Behav Med*, 35: 272-285.
- 49- Gonzalez-Garcia M., Ferrer MJ., Borrás X., Gioiella, M. E., Berkman, B., & Robinson, M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. *Cancer Practice*, 6(6), 333-338.
- 27- Riley, B. B., Perna, R., & Tate, D. G. (1998). Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 258-264.
- 28- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438.
- 29- Tate, D. G., & Forchheimer, M. (2002). Quality of life, life satisfaction, and spirituality. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(6), 400-410.
- 30- Jobson L. (2009). Drawing current posttraumatic stress disorder models into the cultural sphere: The development of the conceptual self model. *Clinical Psychology Review*, 29: 331-63.
- 31- Jobson L, Moradi AR, Rahimi-Movaghar V, Conway M, Dalgleish T. (2014). Culture and the remembering of trauma. *J Clinical Psychological Science*, 1-46.
- 32- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58: 377-402.
- 33- Hefti R. Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy, in: *Religions* 2011(2).
- ۳۴- علامه مجلسی محمدباقر. (۱۳۶۲). *بحارالانوار*، تحقیق و تعلیق: سید جواد علوی. تهران: انتشارات دارالکتب الاسلامیه.
- ۳۵- حر عاملی، محمد بن حسن. (۱۳۷۶). *وسائل الشیعه*. تحقیق و تصحیح: الشیخ عبدالرحیم الربانی الشیرازی، تهران: چاپخانه اسلامی.
- ۳۶- کلینی رازی، محمد بن یعقوب بن اسحاق. (۱۳۸۷). *الاصول الکافی*؛ ترجمه جواد مصطفوی. قم: دارالحدیث، دفتر نشر فرهنگ اهل بیت علیه‌السلام.
- ۳۷- میخبر، سیما. (۱۳۸۲). *ریحانه بهشتی یا فرزند صالح*. قم: نشر نورالزهره.
- ۳۸- جوادی عاملی، عبدالله. (۱۳۹۲). *مفاتیح الحیاة*. قم: انتشارات اسرا.

- 58- Grossman P., Zvahlen D., Halter JP., Passweg JR., Steiner C., Kiss A. (2014). A mindfulness-based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings. *J Support Care Cancer: In Press.*
- ۵۹- کاویانی، حسین، حاتمی، ندا، شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال دهم، شماره ۴، صص: ۳۹-۴۸.
- 60- Hueston WJ. & Kasik-Miller S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *Journal of Family Practice* 47: 209-212.
- ۶۱- عباس‌زاده، فاطمه، باقری، اعظم، مهران، ناهید. (۱۳۸۸). ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار. فصلنامه پایش، سال نهم، شماره اول، صص: ۶۹-۷۵.
- 62- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Bantam Doubleday Del.
- ۶۳- اژدر، علیرضا، احمدی‌فراز، مهدی، زارع، حسین، زمانی، مهدی. (۱۳۹۰). بررسی جایگاه «دعا» در سلامت جسم و روان. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال هفدهم، شماره ۶۱ و ۶۲، صص: ۱۴۰-۱۳۳.
- Mun˜oz-Moreno JA., Miranda C., Puig J., Perez-Alvarez N., Soler J., Feliu-Soler A., Clotet B., Fumaz CR. (2014). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Quality of Life, Emotional Status, and CD4 Cell Count of Patients Aging with HIV Infection. *J AIDS Behav*, 18:676-685.
- 50- Nyklíček I., Dijkstra SC., Lenders PJ., Fonteijn WA., Koolen JJ. (2014). A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: the MindfulHeart randomized controlled trial. *J Behav Med*, 37:135-144.
- 51- Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *J Brain, Behavior, and Immunity*, 2008Aug, 22(6): 969-81.
- 52- Henderson VP, Clemow L., Massion AO, Hurley TG, Druker S., Hebert JR. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *J Breast Cancer Res Treat*, 131: 99-109.
- 53- Altschuler A., Rosenbaum E., Gordon P., Canales S., Avins AL. (2012). Audio recordings of mindfulness-based stress reduction training to improve cancer patients' mood and quality of life—a pilot feasibility study. *J Support Care Cancer*, 20: 1291-1297.
- 54- Nyklíček I., Kuijpers KF. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism? *J ann. behav. Med*, 35: 331-340.
- 55- Fligel Colle KF., Vincent A., Cha SS., Loehrer LL., Bauer BA., Wahner-Roedler DL. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *J Complementary Therapies in Clinical Practice* 16: 36-40.
- 56- Zeller JM., Lamb K. (2011). Mindfulness Meditation to Improve Care Quality and Quality of Life in Long-Term Care Settings. *J Geriatr Nurs*, 32: 114-118.
- 57- Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. (2012). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Mood, Breast- and Endocrine-Related Quality of Life, and Well-Being in Stage 0 to III Breast Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *J Clinical Oncology*, 30(12): 1335-42.

نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان

رزیتا امانی^{*۱}

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

چکیده

مقدمه: نوجوانی یکی از دوره‌های بحرانی در مراحل رشد انسان است و با توجه به مدل مک مستر، کارکردهای خانوادگی همچون حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار نقش مهمی در این دوره‌ی بحرانی ایفا می‌کنند؛ بنابراین هدف از اجرای این مطالعه بررسی نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان بود.

روش: در این مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی، نمونه‌ی آماری که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای تعیین گردید شامل ۱۸۰ نوجوان دختر می‌شد که در حال تحصیل در مقطع اول، دوم و سوم دبیرستان بودند. فرم اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس ارزیابی خانوادگی مک مستر، آزمون افسردگی بک و مقیاس اضطراب کنترل برای گردآوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های مطالعه نشان داد که دانش‌آموزان دارای اضطراب و افسردگی در مقایسه با نوجوانان سالم در زیرمقیاس‌هایی همچون حل مسئله، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار کارکردهای خانوادگی ناکارآمدی را گزارش داده بودند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که مشارکت عاطفی و کنترل رفتار بیش‌ترین نقش را در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی نوجوانان ایفا می‌کنند ($p < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که اضطراب و افسردگی نوجوانان با کارکرد خانوادگی ناکارآمد آنان در ارتباط است؛ بنابراین روان‌درمانگران در طول فرایند درمان نوجوانان دارای اضطراب و افسردگی باید از این تأثیر آگاه بوده و اهمیت زیادی برای رابطه‌ی نوجوان با خانواده‌اش قائل باشند.

کلیدواژه‌ها: کارکرد خانواده، اضطراب، افسردگی، نوجوان

*Email: ramani@basu.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۷۷-۸۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۰۱

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 77-84

مقدمه

دوران نوجوانی دوره‌ی گذاری است که در آن افراد تغییرات جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی بسیاری را در طول فرایند رشد خود از کودکی به بزرگسالی تجربه می‌کنند و موضوعاتی مثل بلوغ زیستی و اجتماعی، اضافه شدن نقش‌های بزرگسالی و فعالیت‌های استرس‌زایی که زندگی فرد را تهدید می‌کنند تأثیرات مهمی در ایجاد مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی برای نوجوانان در بردارد [۱]. قمری [۲] بیان داشته است که حدود ۱۰ درصد از دانش‌آموزان نوجوان ایرانی از برخی نشانگان روان‌شناختی رنج می‌برند و آنچه بیش از همه مشاهده شده و مورد توجه قرار گرفت است اضطراب^۱ و افسردگی^۲ می‌باشد.

اضطراب حالتی از خلق است که با هیجان منفی شدید در واکنش به وقایع یا شرایط (ذهنی یا واقعی) تهدیدکننده مشخص می‌شود [۳]. اضطراب پدیده‌ی پیچیده‌ای است که از طریق سه سیستم واکنشی وابسته به هم شامل سیستم‌های جسمی، شناختی و رفتاری نمایان می‌شود. در سطح شناختی یک موقعیت خاص به‌عنوان موقعیتی تهدیدکننده یا ترسناک ادراک می‌شود. عناصر شناختی اضطراب شامل افکار اضطرابی همچون نگرانی، ترس از ناتوانی در سازگاری با موقعیت و تردید نسبت به آینده می‌شود که در واکنش به تعبیرهای تحریف‌شده‌ی فرد رخ می‌دهند. در سطح جسمانی، ادراک یا پیش‌بینی خطر قریب‌الوقوع منجر به فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک می‌شود تا بدن را برای انجام واکنش مناسب آماده کند. در سطح رفتاری نیز پاسخ جنگ/گریز راهکاری برای پایان دادن به موقعیت تهدیدکننده است. پاسخ‌های رفتاری در نوجوانان ممکن است شامل رفتارهایی مثل ناخن جویدن^۳ یا ضربه‌زنی با پای^۴ یا انگ‌گستان شود. البته پیش‌تر پاسخ‌های رفتاری شامل گریز از محرک (مانند تونل) یا موقعیت (مانند سخنرانی در جمع) اضطراب‌آور می‌شود [۳].

افسردگی در غالب اوقات با علائمی همچون خلق پایین (ناراحتی) نمایان می‌شود، باین‌حال چنین اختلالی در کودکان و نوجوانان با خلق تحریک‌پذیر، افزایش یا کاهش بدون اختیار وزن، اختلال در خواب (ناتوانی طولانی‌مدت در به خواب رفتن یا در خواب ماندن)، بی‌قراری، کندی حرکتی، احساس بی‌ارزشی، مشکل در تمرکز، افکار مکرر در مورد مرگ یا خودکشی مشخص می‌شود [۴]. امروزه در سبب‌شناسی اختلالات روانی در کنار نظریات درون‌فردی^۵، نظریات بین‌فردی^۶ نیز از اهمیت زیادی برخوردار است و همان‌گونه که گاروف، هینونین، پسونن و آلمکویست [۵] بیان داشته‌اند، امروزه مطالعاتی که در حوزه‌ی اختلالاتی همچون افسردگی و اضطراب انجام می‌شوند همگی به‌اتفاق از مدل بیماری‌پذیری ارثی- استرس^۷ حمایت می‌کنند. بر اساس این مدل

عوامل ژنتیکی، کودکان و نوجوانان را در برابر اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر می‌کنند و تعامل این عوامل با عوامل محیطی ممکن است منجر به نمایان شدن این اختلالات بشود یا نشود. اگرچه عوامل محیطی دامنه‌ی بسیار گسترده‌ای دارد، باین‌حال گاروف و همکاران [۵] معتقدند که محیط و یا کارکرد خانواده، ابتدایی‌ترین و مهم‌ترین عامل محیطی است که در شکل‌گیری و یا حفظ این اختلالات نقش دارد. آن‌ها معتقدند خانواده‌هایی که در آن‌ها آسیب روانی والدین، تعارضات شدید، تعاملات ناکارآمد، خشونت خانگی و بدرفتاری با کودکان و نوجوانان به چشم می‌خورد، یا عناصر نامحسوس و ظریف‌تری همچون همسویی والدین، ابراز عواطف و ارائه‌ی حمایت در آن وجود ندارد از کارکرد مناسبی برخوردار نیستند؛ به‌عبارت‌دیگر خانواده‌های با کارکرد ناکارآمد، منابع مهمی در ایجاد استرس‌هایی هستند که می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی گوناگونی همچون اضطراب و افسردگی شود [۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱]. ویژگی مهم نظریات بین‌فردی خانواده در این نکته نهفته است که توجه زیادی به آسیب‌های روانی درون‌فردی اعضای خانواده ندارند، بلکه بخش اعظم توجه خود را به کارکردهای بین‌فردی اعضای خانواده که باعث شکل‌گیری رفتارهای ناکارآمد می‌شود معطوف می‌کنند.

کارکرد خانواده به‌عنوان راهکارهایی تعریف می‌شود که اعضای خانواده برای تعامل، واکنش و رفتار با یکدیگر برمی‌گزینند و متغیرهایی همچون سبک‌های ارتباطی، سنت‌ها، نقش‌ها، مرزها، میزان نفوذپذیری، انعطاف‌پذیری، انطباق و تاب‌آوری را در برمی‌گیرد [۱۲]. یکی از معروف‌ترین مدل‌هایی که در حوزه‌ی کارکرد خانواده وجود دارد، مدل کارکرد خانواده‌ی مک‌مستر^۸ می‌باشد که بر اساس رویکرد سیستم‌های خانواده طراحی شده است. این مدل در اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ توسط اپستین، بی‌شاپ و لوین در دانشگاه مک‌مستر شکل گرفت [۱۳]. مدل مک‌مستر تمام جنبه‌های کارکرد خانواده را پوشش نمی‌دهد، باین‌حال بر جنبه‌هایی از کارکرد خانواده تأکید دارد که بیش‌ترین تأثیر را بر سلامت عاطفی (هیجانی) و جسمانی یا مشکلات اعضای خانواده دارند [۱۴]. بر اساس این مدل، کارکرد اصلی خانواده عبارت از فراهم آوردن زمینه‌ای برای رشد اجتماعی، روان‌شناختی و زیست-شناختی اعضای خانواده و حفظ آن‌ها از آسیب‌های گوناگون است. در طول این فرایند خانواده با انواع گوناگونی از موضوعات، مشکلات و وظایفی سروکار دارد که در سه حوزه جای می‌گیرند: (۱) وظایف اولیه: بنیادی‌ترین وظیفه‌ی خانواده شامل فراهم آوردن غذا، پول، حمایت و غیره؛ (۲) وظایف رشدی در چرخه خانواده: موضوعات موجود در طول رشد فردی و خانوادگی که بحران‌های فردی در نوزادی، کودکی، نوجوانی، میان‌سالی و پیری رخ می‌دهد و بحران‌های خانوادگی در آستانه‌ی ازدواج، اولین بارداری و مرحله آشیانه‌ی خالی^۹ نمایان می‌شود؛ (۳) وظایف اتفافی: این حوزه شامل رفع و رجوع بحران‌هایی می‌شود که ممکن است به خاطر

^۸ McMaster Model of Family Functioning (MMFF)

^۹ emptiness

^۱ anxiety

^۲ depression

^۳ nail-biting

^۴ foot-tapping

^۵ intrapersonal

^۶ interpersonal

^۷ diathesis-stress model

جامعه‌ی ایران نیز بخش قابل توجهی از نوجوانان را در میان دارد، توجه به مشکلات روان‌شناختی نوجوانان و شناخت متغیرهای مرتبط با آن می‌تواند گامی به‌سوی فراهم آوردن سلامت روانی برای آن‌ها باشد و در این میان خانواده نقش بسیار پررنگی دارد؛ بنابراین این مطالعه با هدف بررسی نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان انجام شد. دو فرض اصلی این مطالعه این است که کارکرد خانواده با اضطراب نوجوانان رابطه دارد و کارکرد خانواده با افسردگی نوجوانان رابطه دارد.

روش

نوع پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی بوده است.

آزمودنی

جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان دبیرستانی آموزش‌وپرورش شهر همدان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ می‌شد و حجم نمونه از طریق فرمول کوکران ۱۹۲ نفر محاسبه شد. درنهایت به دلیل مخدوش بودن برخی از پرسشنامه‌ها حجم نمونه ۱۸۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی خوشه‌ای بود. بدین ترتیب که ابتدا اسامی ۱۵ دبیرستان ناحیه‌ی ۲ به ترتیب حروف الفبا نوشته شد و سپس تعداد ۲ دبیرستان انتخاب گردید و از هر دبیرستان یک کلاس اول، یک کلاس دوم و یک کلاس سوم انتخاب شد که درنهایت ۱۸۰ دانش‌آموز برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌های بکار برده شده در این مطالعه علاوه بر پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی (که مواردی همچون سن، شغل مادر و پدر، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و غیره در آن ذکر شده بود) شامل آزمون سنجش خانواده، آزمون اضطراب کتل و مقیاس افسردگی بک نیز می‌شد.

۱) آزمون سنجش خانواده: آزمون سنجش خانواده^{۱۰} یک پرسشنامه‌ی ۶۰ سؤالی است و برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک‌مستر تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بُعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. در این مقیاس علاوه بر شش بُعد، یک خرده مقیاس هم وجود دارد که کارکرد عمومی خانواده را می‌سنجد [۱۳]. بیرامی و همکاران [۱۳] معتقدند که این مقیاس دارای اعتبار و روایی نسبتاً خوبی در ایران و جهان بوده است. این پرسشنامه در ایران توسط زاده‌محمدی و ملک‌خسروی [۲۴] هنجاریابی شده که آلفای کرونباخ کلی در پژوهش آن‌ها در ارتباط با همه‌ی سؤالات معادل ۰/۹۴ و در مورد خرده مقیاس کارکرد عمومی خانواده ۰/۹۰ به دست آمد؛ اعتبار بازآزمایی پرسشنامه نیز ۰/۸۲ بود.

۲) آزمون اضطراب کتل: آزمون اضطراب کتل^{۱۱} شامل ۴۰

سؤال است که هر سؤال در یک مقیاس سه‌درجه‌ای (۰-۱-۲)

بیماری، تصادف، از دست دادن درآمد و تغییر شغل اعضای خانواده پیش آید [۱۴].

طبق مدل مک‌مستر کارکرد یک خانواده شش بُعد اساسی دارد که عبارتند از حل مسئله^۱ (توانایی خانوادگی برای حل مشکلاتی که یکپارچگی و ظرفیت کارکردی آن را به خطر می‌اندازد تا حدی که باعث حفظ کارکرد مؤثر خانواده شود)، ارتباط^۲ (تبادل کلامی اطلاعات در محیط خانواده)، نقش‌ها^۳ (الگوی مکرر رفتاری هر یک از اعضای خانواده که کارکردهای خانواده را برآورده می‌سازد)، پاسخ‌دهی عاطفی^۴ (میزان پاسخ‌دهی اعضای خانواده به محرک‌های عاطفی)، مشارکت عاطفی^۵ (میزان علاقه‌ی اعضای خانواده و ارزشی که آن‌ها برای فعالیت‌های دیگر اعضای خانواده قائل هستند. تأکید بر میزان علاقه به یکدیگر و نحوه‌ی بیان آن است)، کنترل رفتار^۶ (الگوی خانواده در برخورد با موقعیت‌هایی که از نظر جسمانی خطرناک هستند. موقعیت‌هایی که شامل ارضاء و بیان نیازها و سائق‌های روان‌شناختی می‌شود و موقعیت‌هایی که شامل اجتماعی کردن^۷ رفتارهای بین اعضای داخل خانواده و افراد بیرون از آن می‌شود). مدل مک‌مستر و دیگر مدل‌های خانواده همچون مدل بلوم در سال‌های اخیر برای پیش‌بینی سازه‌های مهم دوران نوجوانی از جمله خودپنداره [۱۵]، پرخاشگری [۱۶]، مثبت‌نگری [۱۷]، مشکلات هیجانی و رفتاری [۱۸]، بی‌اشتهایی عصبی [۱۹]، خودجرحی بدون خودکشی^۸ [۲۰]، سازگاری [۲۱]، سرسختی روان‌شناختی [۲۲] و بحران هویت [۲۳] مورد استفاده قرار گرفته است. قمری [۲] رابطه‌ی بین کارکرد خانواده با افسردگی، اضطراب و اختلال جسمانی شکل^۹ را در دانشجویان بررسی کرد و نتایج مطالعه‌ی او نشان داد که میان کارکرد خانواده با افسردگی و اختلال جسمانی شکل رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد اما چنین رابطه‌ای در مورد اضطراب صدق نمی‌کند. همچنین گاروف و همکاران [۵] خانواده درمانی مبتنی بر کارکرد خانواده را برای بهبود افسردگی نوجوانان به کار گرفتند که نتایج حاکی از اثر معنادار این مدل درمانی بر بهبود افسردگی نوجوانان بود. تزواران و همکاران [۱] نیز در مطالعه‌ی خود کارکرد معیوب خانواده را به‌عنوان یکی از عوامل خطرزا در اضطراب و افسردگی نوجوانان معرفی کردند. بیرامی و همکاران [۱۳] به مقایسه‌ی کارکرد خانوادگی بیماران افسرده با افراد سالم بر اساس مدل مک‌مستر پرداختند و نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که افراد افسرده در اغلب ابعاد مقیاس کارکرد خانواده ضعیف‌تر از افراد سالم عمل می‌کنند. از آنجا که نوجوانان بخش مهمی از جامعه هستند و مشکلات روانی آن‌ها ممکن است باعث کاهش انرژی ذهنی برای آن‌ها و به بار آوردن هزینه‌های سنگینی برای جامعه شود و

¹ problem solving

² communication

³ roles

⁴ affective responsiveness

⁵ affective involvement

⁶ behavior control

⁷ socializing

⁸ no suicidal self-injury

⁹ somatoform

¹⁰ Family assessment device

¹¹ Cattle anxiety scale

همچنین در تحقیق فرامرزی [۲۷] برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب کتل از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۰ به دست آمد.

نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون از مؤثرترین ابزار سنجش اضطراب است که بر اساس پژوهش‌های گسترده، در ۴۰ پرسش برای افراد بالای ۱۴-۱۵ سال فراهم شده است. در هنجارگزینی ایرانی توسط منصور و دادستان در سال ۱۳۶۷ با تعداد ۱۶۳۴۲ پسر و تعداد ۸۵۳۲ دختر نیز ابزار مناسبی برای تشخیص اضطراب به کار رفته است [۲۵]. در تحقیق فلاحتی [۲۶] برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب کتل از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۶ محاسبه شد که ضریب پایایی مورد قبولی است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار کارکرد خانواده دانش‌آموزان

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کارکرد خانواده	۱۸۰	۱۳۹/۷	۱۱/۸۲
حل مشکل	۱۸۰	۱۲/۳۸	۲/۹۹
ارتباط	۱۸۰	۱۶/۰۱	۲/۷۲
نقش‌ها	۱۸۰	۲۱/۵۳	۳/۱۱
پاسخ‌دهی عاطفی	۱۸۰	۱۴/۰۷	۲/۴۳
مشارکت عاطفی	۱۸۰	۲۰/۹۵	۴/۰۳
کنترل رفتار	۱۸۰	۲۴/۱۸	۴/۱۵
کارکرد کلی	۱۸۰	۳۰/۵۳	۳/۴۸

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون بین کارکرد خانواده (و زیرمقیاس‌های آن) با اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان

کارکرد کلی	کنترل رفتار	مشارکت عاطفی	پاسخ‌دهی عاطفی	نقش‌ها	ارتباط	حل مسئله	کارکرد خانواده	همبستگی	اضطراب
-۰/۰۴۲	-۰/۳۰۷*	-۰/۲۴۶*	-۰/۰۲۳	-۰/۱۲۷	۰/۰۷۹	۰/۱۴۴	-۰/۱۵۳*	همبستگی	
۰/۵۷	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۰۸۹	۰/۲۹	۰/۰۵۳	۰/۰۴۱	سطح معناداری	
-۰/۱۰۵	-۰/۳۹۴*	-۰/۱۹۷*	۰/۹۸*	۰/۰۵۴	۰/۰۶۱	۰/۱۸۱*	-۰/۱۶۳*	همبستگی	افسردگی
۰/۱۶۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۴۱	۰/۰۱۵	۰/۰۲۹	سطح معناداری	

افسردگی و اضطراب میان آن‌ها توزیع شد و از آن‌ها خواسته شد تمامی ماده‌های آزمون‌ها را با دقت بخوانند و پرسش‌نامه‌ها را در کلاس تکمیل کنند؛ همچنین به منظور کنترل تأثیر ترتیب آزمودنی‌ها، ترتیب قرار گرفتن سه پرسشنامه در بسته‌های پرسشنامه با هم متفاوت بود. برای مثال در برخی از بسته‌ها پرسشنامه‌ی کارکرد خانواده اول بود، در برخی دوم و در برخی سوم بود. میانگین وقت لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها ۳۰ دقیقه بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آن‌ها از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس»^۲ نسخه‌ی ۱۸ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

از مجموع نمونه آماری مورد مطالعه، پایه‌ی تحصیلی ۶۰ نفر (۳/۳۳) اول، ۶۰ نفر (۳/۳۳) دوم و علوم پایه و ۶۰ نفر (۳/۳۳) سوم بود. میانگین سن دانش‌آموزان ۱۶/۱ (SD= ۱/۱۳) سال بود که کم‌سن‌ترین ۱۴ ساله و مسن‌ترین ۱۹ ساله بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های آن در میان شرکت‌کنندگان گزارش شده است.

۳) مقیاس افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک^۱ یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی می‌باشد که توسط بک در سال ۱۹۷۷ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است. هر گروه از عبارات که یک جنبه یا علامت افسردگی را می‌سند، شامل چهار جمله است که از لحاظ آن علامت درجه-بندی شده است. نمره‌ی بین جملات بین صفر (برای فقدان آن علامت) تا ۳ (برای شدیدترین وضعیت آن علامت) متغیر است. مجموع نمرات بین صفر تا ۶۳ متغیر و به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین و شدیدترین وجه احساس آن علامت می‌باشد [۲۸]. بک، ستیر و گاربین [۲۹] با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار [۲۸] اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند.

شیوه اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مربوطه و بعد از جلب مشارکت و همکاری آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های کارکرد خانواده،

² SPSS

¹ Beck depression inventory (BDI-II)

کرد، از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ بیان شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره در جدول ۳ بیانگر آن است که مدل رگرسیون اعمال شده معنی دار بوده و مجاز به استفاده از آن می‌باشیم ($p < 0.05$). به منظور ارزیابی تأثیر کارکرد خانواده بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان اقدام به آنالیز رگرسیون چندگانه گردید که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

در جدول ۲ همبستگی بین کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های آن با اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان ارائه شده است. با توجه به جدول ۲، همبستگی اضطراب با کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های مشارکت عاطفی و کنترل رفتار معنادار است. همچنین همبستگی افسردگی با کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های حل مسئله، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار معنادار است. در ادامه به منظور بررسی اینکه آیا می‌توان اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان را از طریق کارکرد خانواده پیش‌بینی

جدول ۳. تحلیل رگرسیون چند متغیره رابطه‌ی اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان و کارکرد خانواده

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	
				اماره	سطح معناداری
اضطراب	۱	۵۰۹/۳۱	۵۰۹/۳۱	۱۱/۴۴	۰/۰۰۱
	۱۷۸	۷۹۱۹/۴۸	۴۴/۴۹		
	۱۷۹	۸۴۲۸/۸			
افسردگی	۱	۳۹۵۸/۹۴	۳۹۵۸/۹۴	۳۲/۷۱	۰/۰۰۰
	۱۷۸	۲۱۵۴۳/۷۸	۱۲۱/۰۳		
	۱۷۹	۲۵۵۰۲/۷۲			
اضطراب و افسردگی	۲	۴۵۹۹/۴۹	۲۲۹۹/۷۴	۱۹/۴۷	۰/۰۰۰
	۱۷۷	۲۰۹۰۳/۲۳	۱۱۸/۰۹		
	۱۷۹	۲۵۵۰۲/۷۲			

جدول ۴. ضرایب کارکرد خانواده در رگرسیون چندگانه رابطه اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان و کارکرد خانواده

متغیر (عامل)	B	Beta	خطای معیار	t	سطح معناداری	R	R ²
اضطراب	مقدار ثابت	۴۸/۵۵	۲/۶۳	۱۸/۴۲	۰/۰۰۰		
	مشارکت عاطفی	-۰/۴۱۸	-۰/۲۴	۰/۱۲۴	۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶
افسردگی	مقدار ثابت	۳۵/۹۳	۶/۶۲	۵/۴۲	۰/۰۰۰		
	کنترل رفتار خانواده	-۱/۲۴	-۰/۴۳	۰/۲۰۲	۶/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۱۵
	مشارکت عاطفی	۰/۶۲	۰/۱۶	۰/۲۷	۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸

گردید و مشخص گردید که سایر زیرمقیاس‌های کارکرد خانواده در رابطه رگرسیون چندگانه نقش نداشته است و از مدل حذف گردید. نتایج نهایی آنالیز رگرسیون چندگانه، به همراه ضریب متغیر مؤثر در مدل، در زیر آمده است. مدل نهایی عبارت است از:

در ابتدا اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان به‌عنوان متغیر ملاک و کارکرد خانواده (به همراه زیرمقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، مشارکت عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی) به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شد. سپس با استفاده از روش گام‌به‌گام زیرمقیاس مشارکت عاطفی بیش‌ترین تأثیر را در رگرسیون چندگانه، داشته و وارد مدل

$$Y = 48/55 + (-0/418) X \text{ (مشارکت عاطفی خانواده)} + (-1/24) X \text{ (کنترل رفتار خانواده)} + 0/62 X \text{ (مشارکت عاطفی)} + 0/16 X \text{ (افسردگی دانش‌آموزان)}$$

دانش‌آموزان رابطه منفی و مشارکت عاطفی و افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. به عبارتی هرچه کنترل رفتار خانواده بیش‌تر باشد، افسردگی دانش‌آموزان کاهش می‌یابد و بالعکس با کاهش کنترل رفتار خانواده، افسردگی دانش‌آموزان افزایش می‌یابد. با افزایش مشارکت عاطفی، افسردگی دانش‌آموزان افزایش می‌یابد و بالعکس؛ بنابراین با استفاده از میزان کنترل رفتار خانواده و مشارکت عاطفی، افسردگی نوجوانان را می‌توان پیش‌بینی کرد.

ضریب مدل رگرسیون نشان می‌دهد بین مشارکت عاطفی خانواده و اضطراب دانش‌آموزان رابطه منفی وجود دارد. به عبارتی هرچه مشارکت عاطفی خانواده بیش‌تر باشد، اضطراب دانش‌آموزان کاهش می‌یابد و بالعکس با کاهش مشارکت عاطفی خانواده، اضطراب دانش‌آموزان افزایش می‌یابد؛ بنابراین با استفاده از میزان مشارکت عاطفی خانواده، می‌توان اضطراب نوجوانان را پیش‌بینی کرد. همچنین بین کنترل رفتار خانواده و افسردگی

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان انجام گرفت. فرضیه اول بنی بر این که کارکرد خانواده با اضطراب نوجوانان رابطه دارد تأیید شد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی تزواران و همکاران [۱] همسو است و با نتایج قمری [۲] مغایرت دارد. فرضیه‌ی دوم این مطالعه مبنی بر این که کارکرد خانواده با افسردگی نوجوانان رابطه دارد نیز تأیید شد که این یافته نیز با نتایج قمری [۲]، تزواران و همکاران [۱] و بیرامی و همکاران [۱۳] همسو می‌باشد. از آنجا که اضطراب و افسردگی دو اختلالی هستند که همپوشی بسیار زیادی با یکدیگر دارند در بسیاری از مطالعات موجود در ادبیات پژوهشی تبیین‌های یکسانی در مورد چگونگی رابطه‌ی کارکرد خانواده با این دو متغیر بیان شده است. در این مطالعه نیز همین روال در پیش گرفته شده است. در تبیین این یافته‌ها باید به آن دسته از زیرمقیاس‌های کارکرد خانواده که با اضطراب و افسردگی نوجوانان رابطه داشته‌اند پرداخت.

اپستین، بیشاپ و لوین [۳۰] معتقدند از آنجا که خانواده‌های ناکارآمد در حل مسائل ابزاری و عاطفی از سرعت و منطق مورد نیاز بی‌بهره هستند، بیش‌تر مسائل کوچک اعضای خانواده به‌ویژه نوجوانان در طول زمان کهنه شده و تبدیل به مشکلات لاینحلی می‌شوند که استرس زیادی را به آن‌ها تحمیل می‌کند و چنین استرس‌هایی به دلیل ارزیابی‌هایی که اعضای خانواده از ناتوانی خود برای حل آن‌ها دارند تبدیل به اضطراب و کاهش خلق می‌شود. از سوی دیگر از آنجا که این خانواده‌ها معمولاً مراحل حل یک مسئله را به‌درستی طی نمی‌کنند، نمی‌توانند آن را به فرزندان خود نیز آموزش دهند و همین امر باعث می‌شود که این فرزندان در برخورد با مسائل مختلف از کارایی لازم برخوردار نباشند و دچار اضطراب شوند.

طبق مدل مک‌مستر نوع مشارکت عاطفی در خانواده‌هایی که نوجوانان آنان از افسردگی رنج می‌برند معمولاً شامل عدم مشارکت^۱، مشارکت عاری از احساس^۲ و یا مشارکت همراه با خودشیفتگی^۳ است. در حالت عدم مشارکت، اعضای خانواده هیچ علاقه و نیروگذاری^۴ روی یکدیگر ندارند و بیش‌تر شبیه افرادی هستند که در یک خوابگاه در کنار هم زندگی می‌کنند. در حالت مشارکت بدون احساس، اعضای خانواده با یکدیگر مشارکت دارند اما این مشارکت در بیش‌تر اوقات خالی از عواطف و احساسات است و تنها در صورت ضرورت چنین عواطفی به میزان بسیار کمی ابراز می‌شوند و در مشارکت همراه با خودشیفتگی، مشارکت معمولاً با خودبینی و برای منافع شخصی است و اهمیتی به دیگری داده نمی‌شود. مشارکت عاطفی ناکارآمد در این سه حالت باعث آن می‌شود که نوجوان در کانون خانواده جایی برای ابراز نگرانی‌ها و مشکلات خود نداشته و به دلیل عدم دریافت توجه

احساس بی‌ارزشی کند و چنین فضایی به‌شدت باعث کاهش خلق می‌شود. از سوی دیگر مشارکت عاطفی در خانواده‌هایی که نوجوانان آنان از اضطراب رنج می‌برند معمولاً شامل مشارکت بیش‌ازحد و مشارکت همزیستی می‌شود که در آن روابط بیش‌ازحد مداخله‌گرانه و حمایتی وجود دارد و معمولاً در روابط همزیستی مرزهای میان اعضای خانواده به‌قدری از هم می‌پاشد که دیگر تمایز بین اعضا بسیار دشوار می‌شود. بدیهی است که چنین شرایطی برای نوجوانی که در ابتدای راه ایجاد مرز و استقلال است اضطراب بسیار زیادی به همراه خواهد داشت. لازم به ذکر است که شرایط بهنجار این روابط شامل مشارکت همدلانه می‌شود که در آن اعضای خانواده می‌توانند نگرانی‌های خود را به راحتی ابراز کنند و اعضای خانواده اهمیت زیادی برای یکدیگر قائل هستند [۱۴]. در زمینه‌ی کنترل رفتار نیز معمولاً کنترل رفتار خشک و انعطاف‌ناپذیر باعث ایجاد اضطراب شدید در نوجوانان می‌شود. در این شرایط محیط خانواده سرشار از معیارهای بسیار سخت و متعصبانه است که هیچ جایی برای آزادی عمل و مذاکره باقی نمی‌ماند و چنین شرایطی در نوجوانان اضطراب شدیدی ایجاد می‌کند. در سوی دیگر این بردار کنترل رفتار کاملاً آزادانه و بی‌تفاوت وجود دارد که معمولاً مانند فضای خانوادگی بدون مشارکت می‌ماند و عدم توجه به نوجوان باعث کاهش خلق وی می‌شود [۱۴].

با توجه به نقش تعیین‌کننده‌ی زیرمقیاس مشارکت عاطفی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی نوجوان و اهمیت ساختار بین فردی مشارکت عاطفی، یکی از نظریاتی که به‌خوبی به تبیین نقش مشارکت عاطفی در فضای خانواده پرداخته است، نظریه‌ی دلبستگی می‌باشد [۳۱]. طبق این نظریه در سال‌های اولیه‌ی زندگی، کودکان نیازمند پیوندی عمیق و عاطفی با مراقبان یا مظاهر دلبستگی هستند. در صورت پاسخ داده نشدن به نیاز حمایت، ثبات عاطفی و در دسترس بودن مراقب، کودک اولین باورها در مورد خود (فردی ارزشمند نیست)، دیگران (قابل اعتماد نیستند) و جهان (مکان ناامنی برای زندگیست) را به صورتی منفی می‌سازد. پس از شکل‌گیری چنین باورهایی، اساس روابط کودک در آینده پایه‌ریزی می‌شود و دوران نوجوانی که دوره‌ای سرشار از تعارضات، کشمکش‌ها و موقعیت‌های مستلزم تصمیم‌گیری است و نیازمند حمایت و مشارکت عاطفی برای مواجهه‌ی با چنین موقعیت‌هایی می‌باشد، باورهای منفی در رابطه با خود، دیگران و جهان، به‌خصوص زمانی که فرد در جستجوی آرامش است، دچار فشار روانی بسیار و در وهله‌ی اول اضطراب و به دنبال آن، اختلال هیجانی افسردگی می‌شود [۳۱].

به‌طور کلی اختلال در کارکرد خانواده باعث سردرگمی، نگرانی، مشکلات ارتباطی و تهدید سلامتی اعضای آن می‌شود. در حقیقت آنچه در یک خانواده روی می‌دهد و نحوه‌ی کارکرد آن نقش مهمی در انعطاف‌پذیری و سازگاری اعضای آن با شرایط و موقعیت‌های دشوار می‌شود. در خانواده‌ای که از کارکرد مناسبی برخوردار است، فرایند حل مسئله به‌خوبی طی می‌شود، نقش‌ها و مسئولیت‌ها به‌خوبی روشن و انعطاف‌پذیرند، ارتباطات میان

¹ lack of involvement

² involvement devoid of feeling

³ narcissistic involvement

⁴ investment

8- Carly Guberman, M. A., & Katharina Manassis, M. D. (2011). Symptomatology and Family Functioning in Children and Adolescents with Comorbid Anxiety and Depression. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent*, 20(3), 186-195.

9-Wang, C. Xia, Y., Li, W., Wilson, S. M., Bush, K., & Peterson, G. (2014). Parenting Behaviors, Adolescent Depressive Symptoms, and Problem Behavior: The Role of Self-Esteem and School Adjustment Difficulties among Chinese Adolescents. *Journal of Family Issues*, 23, 1-21.

۱۰-زرگر، فاطمه، عاشوری، احمد، اصغری پور، نگار، و عاقبتی، اسماء. (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلابه اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی در شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، سال ۵، شماره ۱۰، صص ۱۰-۲.

۱۱-مؤمنی، خدامراد، و علیخانی، مصطفی. (۱۳۹۲). رابطه عملکرد خانواده، تمایزیافتگی خود و تاب‌آوری با استرس، اضطراب و افسردگی در زنان متأهل شهر کرمانشاه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال ۳، شماره ۲، صص ۳۱۰-۲۹۷.

12- Winek, J. L. (2010). *Systemic family therapy: From theory to practice*. Los Angeles: CA: Sage.

۱۳- بیرامی، منصور، فرنام، علیرضا، قلی‌زاده، حسین، و ایمانی، مهدی. (۱۳۸۹). مقایسه کارکرد خانوادگی بیماران افسرده اساسی با افراد سالم بر اساس مدل مک‌مستر. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، سال ۳۲، شماره ۲، صص ۲۹-۲۵.

14- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., Bishop, D. S. (2012). *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach*. Routledge.

15- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Schwartz, S. G., & Liddle, H. A. (2006). Family Functioning, Self-Concept, and Severity of Adolescent Externalizing Problems. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 721-31.

16- Avci, R., & Guçray, S. S. (2010). An Investigation of Violent and Nonviolent Adolescents' Family Functioning, Problems Concerning Family Members, Anger and Anger Expression. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 10(1), 65-76.

اعضای خانواده شفاف و مستقیم است، عواطف اعضا به‌خوبی در میان گذاشته می‌شود و مورد حمایت قرار می‌گیرد و در آخر تعارضات به‌وضوح مطرح و حل می‌شوند. این مطالعه نیز همانند اغلب مطالعات دیگر از محدودیت‌های برخوردار بود که تعمیم یافته‌های آن را با مشکل مواجه می‌سازد. برای نمونه می‌توان به کم بودن حجم نمونه و استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از نمونه‌های بزرگ‌تر و نمونه‌گیری دقیق‌تر استفاده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمام افرادی که امکان انجام این پژوهش را برای ما فراهم آوردند و ما را در انجام آن یاری دادند سپاسگزاریم.

منابع

- 1- Tezvaran, Z., Akan, H., & Zahmacioglu, O. (2012). Risk of depression and anxiety in high school students and factors affecting it. *Health MED*, 6(10), 3333-9.
- 2- Ghamari, M. (2012). Family Function and Depression, Anxiety, and Somatization among College Students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2(5), 101-5.
- 3- Essau, C. A., Olaya, B., & Ollendick, T. M. (2013). Classification of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In C. Essau, & T. Ollendick, *Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety Disorders*. London: Wiley-Blackwell.
- 4- Romero, A. J., Edwards, L. M., Bauman, S., & Ritter, M. K. (2014). *Preventing Adolescent Depression and Suicide among Latinas, Resilience Research and Theory*. New York: Springer.
- 5- Garoffa, F. F., Heinonen, K., Pesonena, A., & Almqvist, F. (2012). Depressed youth: treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy. *Journal of Family Therapy*, 34, 4-23.
- 6-Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating Etiological Models of Social Anxiety and Depression in Youth: Evidence for a Cumulative Interpersonal Risk Model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 329-76.
- 7-Matejevic, M., Jovanovic, D., & Ilich, M. (2015). Patterns of Family Functioning and Parenting Style of Adolescents with Depressive Reactions. *Social and Behavioral Sciences*, 185, 234-239.

- ۲۶- فلاحی، آذر. (۱۳۸۱). مقایسه اثربخشی روش‌های حساسیت-زدایی منظم و قصد متضاد در کاهش اضطراب بین دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ۲۷- فرامرزی، فلور. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اضطراب و افزایش مسئولیت‌پذیری معتادین مرد خود معرف بهزیستی شهرستان مسجد سلیمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد اهواز.
- ۲۸- آرخوش، منوچهر. (۱۳۸۷). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی، تهران، روان، چاپ سوم، صص ۲۲۶-۲۲۴.
- 29- Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psych review journal*, 8, 77-100.
- 30- Schwab, J. J., Gray-Ice, H. M., & Prentice, F. R. (2002). *Family Functioning: The General Living Systems Research Model*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- 31- Abaied, J. L., & Rudolph, K. D. (2014). Family Relationships, Emotional Processes, and Adolescent Depression. In Richards, C. S., & O'Hara, M. V (Eds.), *The Oxford Handbook of Depression and Comorbidity* (pp. 460-475). New York: Oxford University Press.
- 17- Sahin, Z. S., Nalbome, D. P., Wetchler, J. L., & Bercik, J. M. (2010). The Relationship of Differentiation, Family Coping Skills, and Family Functioning with Optimism in College-Age Students. *Contemporary Family Therapy*, 32, 238-56.
- 18- Velders, F. P., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., Hudziak, J. J., & Tiemeier, H. (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 341-50.
- 19- Sim, L., & Matthews, M. (2013). The Role of Maternal Illness Perceptions in Family Functioning in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 541-50.
- 20- Tschan, T., Schmid, M., & In-Albon, T. (2015). Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(17), 1-9.
- ۲۱- ساقی، محمدحسین، و رجایی، علیرضا. (۱۳۸۷). رابطه‌ی ادراک نوجوانان از کارکرد خانواده با سازگاری آن‌ها. مجله اندیشه و رفتار، سال ۳، شماره ۱۰، صص ۸۲-۷۱.
- ۲۲- شریفی، خلیل، عریضی، حمیدرضا، و نامداری، کورش. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و سرسختی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۱، شماره ۱۰، صص ۹۴-۸۵.
- ۲۳- نجفی، محمود، احدی، حسن، و دلاور، علی (۱۳۸۵). بررسی رابطه کارایی خانواده و دینداری با بحران هویت. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۱، شماره ۱۶، صص ۲۶-۱۷.
- ۲۴- زاده‌محمدی، علی، و ملک‌خسروی، غفار. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال ۲، شماره ۵، صص ۸۹-۶۹.
- ۲۵- نورعلی‌زاده میانجی، مسعود، و جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۸۹). رابطه‌ی اضطراب وجودی و اضطراب مرضی و مقایسه‌ی آن‌ها در سه گروه افراد بزهکار، عادی و مذهبی، مجله‌ی روان‌شناسی و دین، سال ۳، شماره ۲، صص ۴۴-۲۹.

سبک‌های هویت و محیط‌های اولیه‌ی تحول: با تأکید بر سبک‌های دل‌بستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره

معصومه رحیم‌خانلی^{۱*}، منصور علی مهدی^۲، صمد فهیمی^۳، منصور بیرامی^۴، مینا مجتبابی^۵

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران (نویسنده مسئول).
۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان، اهواز، ایران.
۳. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، تبریز، ایران.
۵. استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

چکیده

مقدمه: کسب هویت از مهم‌ترین چالش‌های تحولی است که نوجوان را برای ورود به مرحله‌های بعدی تحول آماده کند. از همین رو شناسایی حوزه‌هایی که نوجوان را برای کسب هویت یا شکست در این چالش اساسی روبرو می‌کند حائز اهمیت است. پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس ابعاد سبک‌های دل‌بستگی، حوزه‌های طرح‌واره و تمایز یافتگی خود انجام گرفت.

روش: بدین منظور ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر سال سوم دبیرستان‌های شهرستان رباط کریم که در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد و با پرسشنامه‌ی سبک‌های هویت پرزونسکی، پرسشنامه‌ی تمایز یافتگی خود اسکورن، نسخه کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ (وای. اس. کیو. - اس. اف.) و مقیاس دل‌بستگی هازن و شیور مورد آزمون قرار گرفتند. داده‌های پژوهش از طریق آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره گام‌به‌گام با کمک نرم‌افزار اس. پی. اس. هفده تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر نشان داد از بین متغیرهای پیش‌بین، حوزه‌ی بریدگی و طرد، سبک دل‌بستگی ایمن و حوزه‌ی خودمختاری و عملکرد مختل، سبک هویت اطلاعاتی را پیش‌بینی می‌کند و حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی و آمیختگی با دیگران، سبک هویت هنجاری را پیش‌بینی می‌کند. همچنین حوزه‌ی بریدگی و طرد، سبک دل‌بستگی ایمن و موقعیت من سبک هویت سردرگم/اجتنابی را پیش‌بینی می‌کند و در نهایت موقعیت من و سبک دل‌بستگی ایمن، تعهد هویت را پیش‌بینی می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر برای دستیابی موفق به هویت می‌بایست توجه ویژه‌ای به محیط‌های اولیه کودک داشت؛ بنابراین اغلب اثرات روابط والد و فرزند به دروان نوجوانی و بزرگ‌سالی انتقال می‌یابد.

کلید واژه‌ها: سبک‌های هویت، سبک‌های دل‌بستگی، تمایز یافتگی خود، حوزه‌های طرح‌واره

*Email: rahimkhani_bj@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۸۶-۹۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۲۶

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 85-96

مقدمه

افراد با سبک هویتی اطلاعاتی به صورت فعال و تعمیدی پیش از حل و فصل تعارض‌های هویتی و ساخت الزام و تعهد نسبت به آن، اطلاعات مرتبط با خود را جستجو، پردازش و ارزیابی می‌کنند. آن‌ها درباره‌ی دیدگاه‌های خود مردد^{۱۴} هستند و علاقه‌مند به یادگیری چیزهای جدید درباره‌ی خودشان می‌باشند و حاضر به ارزیابی و اصلاح ساختار هویتی‌شان در بازخورد ناهمساز^{۱۵} هستند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند سبک هویتی اطلاعاتی با بینش درباره‌ی خود^{۱۶}، فکر باز^{۱۷}، راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر مشکل^{۱۸}، تصمیم‌گیری هوشیار و حساس، پیچیدگی شناختی^{۱۹}، استقلال عاطفی^{۲۰}، همدلی، خودتنظیمی انطباقی^{۲۱}، سطوح بالای تعهد و پایگاه هویت کسب‌شده ارتباط دارد [۷]. افراد با نمره‌ی بالا در هویت اطلاعاتی خودشان را اشخاصی با صفت‌هایی همچون باارزش، هدفمند، الگو یا معیار تعریف می‌کنند [۸، ۹، ۱۰]. اشخاص با سبک هویت‌هنجاری خود را به طور غیرارادی باهدف-ها و معیارهای افراد مهم و گروه‌های مرجع انطباق می‌دهند و آن را درونی‌سازی می‌کنند.

سبک هنجاری با سطوح بالای تعهد، کنترل خود و احساس هدف که نیاز به ساختار و شناخت بسته، قدرت‌طلبی، انعطاف-ناپذیری رابطه دارد. سبک هویت‌هنجاری با پایگاه هویتی پیش-رس و تحمل کم و نابداری برای ابهام ارتباط دارد [۱۱، ۱۲]. اشخاصی که نمره‌های بالا در هویت هنجاری به دست می‌آورند، خودشان را برحسب صفت‌های جمعی^{۲۲} همچون دین، خانواده و ملیت تعریف می‌کنند [۸، ۹، ۱۰]. سبک هویتی سردرگم-اجتنابی به واسطه‌ی تعویق و اجتناب تدافعی مشخص می‌شود و این افراد کوشش در جهت حل تعارض‌های هویتی را تا حد ممکن به تأخیر می‌اندازند و هنگامی که مجبور به کنش یا تصمیم گرفتن باشند، رفتارشان عمدتاً از طریق درخواست‌ها و پی‌آمدهای ضروری بیرونی هدایت می‌شود. در چنین موقعیت‌های برون-سازی^{۲۳} تمایل کوتاه‌مدت برای تغییر و اصلاح احساس هویت خود دارند و نه بلندمدت [۱۳]. طبق مدل برزونسکی، هویت سردرگم-اجتنابی بیشتر خود چندپاره یا گم‌گشته است و با تعهد ضعیف، مکان کنترل بیرونی^{۲۴}، تکانشگری، خود ناتوان^{۲۵} و پراکندگی هویت رابطه دارد [۷، ۱۳].

برزونسکی [۱۴] در پژوهش خود دریافت که سطوح پایین

دوره نوجوانی یک مرحله انتقالی از رشد جسمانی و روانی در زندگی است که با قرار گرفتن در مرز بین دوره کودکی و بزرگسالی تغییرات عمیقی را با خود به همراه دارد [۱].

مهم‌ترین چالش تحولی در نوجوانی کسب هویت است. نمی‌توان گفت که چه کسی برای اولین بار بحث هویت را مطرح کرد. این موضوع به دلیل عمیق و ریشه‌ای بودن آن چیزی است که انسان همیشه با آن برخورد داشته، دارد و خواهد داشت؛ اما اولین کسی که هویت را به صورت واژه‌ی هویت^۱ مطرح ساخت و آن را موضوع بحث علمی قرار داد اریکسون^۲ بود. اریکسون اساس نظریه‌ی روانی اجتماعی خود را در ۸ مرحله و بر پایه‌ی مفهوم هویت بنا کرد و سؤال مشهور خود تحت عنوان "من کیستم؟" را به جهانیان عرضه داشت. طبق تعریف اریکسون شکل‌گیری هویت کار خود^۳ است، یک حس شخصی از حفظ و پایستگی خود هم‌زمان و تغییر یافته که از طریق انتخاب‌های خود از هویت‌های دوران کودکی، تعهد در دنیای واقعی و سازمان بخشیدن و ترکیب بازنمایی‌های خود به یک پیوستگی شخصی و شکل‌بندی ساختار-های پایدار، آشکار می‌شود [۲].

مارسیا [۳] هویت را سازمان درونی، خودجوش و پویا می‌داند که از کشنده‌ها، توانایی‌ها، باورها و تجربه‌ی گذشته‌ی فرد نشئت می‌گیرد و از دو عنصر تعهد و کاوش به عنوان ملاک‌های طبقه-بندی افراد در چهار پایگاه هویت (هویت کسب شده^۴، کسب هویت^۵، پراکندگی هویت^۶، خویش‌یابی^۷) سود می‌برد. برای چهل سال، بیشتر مطالعه‌های مرتبط با ساختار هویت مبتنی بر مدل پایگاه‌های هویت^۸ مارسیا بودند.

سبک‌های هویت تلاشی در جهت پوشش دادن به نقص‌های پایگاه هویت و ارزیابی دقیق‌تر از هویت افراد، توسط برزونسکی^۹ [۴، ۵] ارائه شد. بر اساس الگوی پردازش شناختی-اجتماعی هویت^{۱۰}، هویت یک ساختار شناختی و چارچوب خود-ارجاعی است که برای تفسیر تجربه‌ها و اطلاعات مربوط به خود و پاسخ به پرسش‌هایی درباره‌ی مفهوم، معنی‌داری و مقصود زندگی به کار گرفته می‌شود. این الگو پیشنهاد می‌کند که چگونه افراد در طبقه‌بندی‌های پایگاهی متفاوت به ساختار بندی و بازسازی هویت گرایش دارند و یا این که از آن اجتناب می‌کنند، بنابراین نقش فعالی در پاسخ به سؤال "من کیستم" دارند. سه سبک پردازش هویت شناختی - اجتماعی فرض شده در این مدل عبارتند از: اطلاعاتی^{۱۱}، هنجاری^{۱۲} و سردرگم - اجتنابی^{۱۳} [۶، ۷].

¹² normative identity style

¹³ diffuse-avoidant identity style

¹⁴ skeptical

¹⁵ light of dissonant

¹⁶ self-insight

¹⁷ open-mindedness

¹⁸ problem-focused coping strategies

¹⁹ cognitive complexity

²⁰ emotional autonomy

²¹ adaptive self-regulation

²² collective

²³ accommodations

²⁴ external locus of control

²⁵ self-handicapping

¹ Identity

² Erikson

³ ego

⁴ identity achievement

⁵ identity foreclosure status

⁶ identity diffusion

⁷ identity Moratorium

⁸ identity status paradigm

⁹ Berzonsky

¹⁰ Social cognitive processing perspective

¹¹ information identity style

مسائل روان‌شناختی بزرگسالان بکار رفته است و دارای کاربرد فراوانی است. ثبات سبک دلبستگی در فرآیند تحول، موضوع پژوهش‌های زیادی در این حوزه بوده و نتایج ثبات این فرآیند را تأیید می‌کند [۲۴].

دانشمندان حوزه‌ی شناختی ساختارهای ذهنی را مدنظر قرار داده‌اند که با نام طرح‌واره مطرح گردیده است. طبق نظر یانگ، کلاسکو و ویشار [۱۹]، طرح‌واره یک واژه‌ی تعبیری می‌باشد و بر ارزیابی داده‌های دریافتی از جهان بیرونی و بر چگونگی پرداختن به مشکلات، اثر می‌گذارد. به‌علاوه طرح‌واره بر پایه تجربیات ذهنی زندگی و رشد هوشیارانه و ناهوشیارانه اوایل کودکی می‌باشد [۲۵]. بر اساس نظریه‌ی یانگ [۲۶] بعضی از افراد به دلیل تجارب منفی دوره کودکی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه را کسب می‌کنند که بر شیوه تفکر، احساس و رفتار آن‌ها تأثیر می‌گذارد. مطابق نظریه یانگ این طرح‌واره‌ها به دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی دوره کودکی مانند دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری ایجاد می‌شوند.

رشد و شکل‌گیری طرح‌واره‌ها اغلب به دوره کودکی برمی‌گردد. طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه به عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی اطلاق می‌شود که دارای عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری است. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب‌رسانی را شامل می‌شوند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند [۱۹].

طرح‌واره‌ها مطابق با پنج نیاز تحولی کودک به پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری تقسیم شده‌اند. این طرح‌واره‌ها به‌عنوان فیلترهای شناختی عمل می‌کنند که سوگیری‌های منظمی دارند و اطلاعات را تحریف می‌کنند. این فرآیندهای پردازش اطلاعات تا حدود زیادی ناهشیار، خودکار و خارج از آگاهی فرد صورت می‌گیرند. از نظر یانگ طرح‌واره‌هایی که مخصوصاً از تجارب مخرب کودکی ناشی می‌شوند، یانگ باور دارد که رفتارهای غیرانطباقی به‌عنوان پاسخی به طرح‌واره‌های غیرانطباقی اولیه شکل می‌گیرند. از آنجاکه طرح‌واره‌ها هسته خودپنداره افراد را شکل می‌دهند، اگر دارای محتوای ناسازگار باشند افراد را نسبت به گستره‌ای از کاستی‌ها و مشکلات آسیب‌پذیر می‌کنند [۱۹].

بررسی‌های چندی که در این زمینه انجام شده، نشان می‌دهند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روان‌شناختی نقش دارند [۱۹، ۲۷، ۲۸]. امانی، افشار، اسفندیاری، بازوند و عبدالهی [۲۹] در پژوهشی خود دریافتند که بین حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های هویت رابطه معنی‌داری وجود دارد و در میان حوزه‌های طرح‌واره حوزه گوش‌به‌زنگی و دیگرجهت‌مندی بیشترین توان پیش‌بینی را در سبک هویت داشتند.

تماس والدین، ارتباطات محدود و عدم ارتباطات عاطفی میان والدین با فرزندان با شکل‌گیری هویت سردرگم-اجتنابی در ارتباط است. افراد با هویت سردرگم-اجتنابی خودشان را برحسب صفت‌های اجتماعی همچون شهرت و معروفیت تعریف می‌کنند [۸، ۹]. عوامل مختلفی بر ساخت و شکل‌گیری هویت در نوجوانی مؤثر هستند که می‌توان به‌طور کلی به محیط‌های اولیه‌ی تحول کودک، گروه‌های همسالان، فرهنگ غالب جامعه‌ای که در آن رشد می‌کنند، اشاره کرد.

سلیگمن [۱۵] معتقد است شکل‌گیری و رشد هویت متأثر از زمینه‌های فرهنگی والدین، تجربه‌های خارج از محیط خانه و سپری کردن رشد شناختی می‌باشد. از جمله نظریه‌های پُرنفوذ که به فرآیند و محتوای روابط کودک و والد پرداخته و اثر آن بر چگونگی شکل‌گیری شخصیت کودک و تداوم آن تا نوجوانی و بزرگسالی را پیش‌بینی کرده‌اند نظریه‌های دلبستگی^۱ [۱۶، ۱۷، ۱۸]، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۲ [۱۹] و تمایز یافتگی خود^۳ [۲۰] است.

بالبی [۱۷] بر این عقیده بود که نظریه‌ی دلبستگی تنها یک نظریه‌ی تحول کودک نیست، بلکه نظریه‌ی تحول در فراخوانی زندگی^۴ نیز می‌باشد. این نظریه معتقد است نوع رابطه‌ی مادر-کودک^۵ در سال‌های اولیه‌ی زندگی و میزان قابلیت دسترسی به مادر، میزان حمایت مادر هنگام احساس خطر، درجه‌ی حساسیت مادرانه و تکیه‌گاه ایمن بودن^۶ مادر برای کودک، سبک دلبستگی فرد را معین می‌کند [به نقل از ۲۱]. بالبی [۱۷] فرض می‌کند که عملکرد رفتار دلبستگی به‌عنوان نوعی از مکانیزم تعادل حیاتی برای تعدیل نمودن اضطراب عمل می‌کند: اضطراب فزاینده، رفتار دلبستگی را افزایش می‌دهد؛ یعنی، هدف رفتار دلبستگی می‌تواند کمک به افراد برای تعدیل و خنثی کردن اضطراب و برانگیختگی آن‌ها فرض شود [۲۲].

به دنبال پژوهش‌های بالبی، اینزورث^۷، بلهر^۸، واترز^۹ و وال^{۱۰} [به نقل از ۲۳] سه سبک دلبستگی ایمن^{۱۱}، اجتنابی^{۱۲} و دوسوگرا^{۱۳} را تشخیص دادند. بنابر نتایج پژوهش‌ها، دلبستگی ایمن با ویژگی‌های ارتباطی مثبت شامل صمیمیت و خرسندی، دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین‌تری از صمیمیت و تعهد و دلبستگی دوسوگرا با شور و هیجان و دل‌مشغولی در مورد روابط توأم با خرسندی کم، مرتبط است. نظریه‌ی دلبستگی توسط بسیاری از پژوهشگران به‌عنوان یک قالب نظری برای تحقیق

¹ Attachment

² Early Maladaptive Schemas

³ differentiation of self

⁴ Life Span

⁵ Mother-Child Relationship

⁶ Secure Base

⁷ Ainsworth

⁸ Blender

⁹ Waters

¹⁰ Wall

¹¹ security

¹² avoidant

¹³ ambivalent

سردرگم اجتنابی رابطه معکوس و معنی‌داری دارد. بنابراین نوجوان برای کسب هویت نیاز به ارتباط با دنیای درون و بیرون دارد. همان‌طور که متخصصان این حوزه عنوان کرده‌اند ارتباط با همسالان نقش کلیدی در این زمینه دارد و از آنجاکه امروزه دیگر کمتر خانواده گسترده دیده می‌شود اهمیت گروه‌های همسالان دوچندان شده است. روشن است که برای برقراری ارتباط مؤثر و پویا به‌منظور رشد سالم شخصیت، نوجوان به پیش‌نیازهای روانی کارایی نیاز دارد. حال اگر نوجوان در محیط‌های اولیه تحول، مشکلاتی در ارضاء نیازهای حیاتی داشته است، احتمالاً در ارتباط‌های بعدی کودک در نوجوانی مشکلاتی را تجربه خواهد کرد، مشکلاتی که احتمالاً نوجوان را در حل مهم‌ترین تکلیف این دوره یعنی کسب هویت با چالش همراه خواهد کرد؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین و شناسایی رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تمایز یافتگی خود با سبک هویت اجرا شد. سؤال پژوهش حاضر این می‌باشد که هر کدام از ابعاد سبک‌های دلبستگی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تمایز یافتگی خود تا چه میزان سبک‌های هویت را پیش‌بینی می‌کند؟

روش

نوع پژوهش

هدف پژوهش به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها از نوع غیرآزمایشی (توصیفی) می‌باشد که در چارچوب یک طرح همبستگی و پیش‌بینی انجام گرفت.

آزمودنی

تعداد نمونه پژوهش حاضر ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر سال سوم دبیرستان‌های شهرستان رباط‌کریم که در سال تحصیلی ۹۲ - ۹۱ مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. نمونه پژوهش حاضر از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. پس از انتخاب مدرسه، کلاس و هماهنگی با مسئولین ذی‌ربط؛ زمان مناسب برای اجرای ابزارهای پژوهش تعیین گردید. از آنجاکه تعداد آیت‌های پرسش‌نامه زیاد بودند پرسش‌نامه‌ها به‌صورت تصادفی ۲ به ۲ به هم منگنه شده و در ۲ روز اجرا شد تا از این طریق بتوان اثر خستگی بر جواب‌دهی دانش‌آموزان را کنترل کرد. شایان ذکر است قبل از اجرای پرسش‌نامه‌ها هدف از پژوهش را تا آنجا که نتایج پژوهش را خدشه‌دار نکند برای دانش‌آموزان توضیح داده و دانش‌آموزانی که تمایلی به شرکت در پژوهش را نداشتند از نمونه خارج شدند.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه‌ی سبک‌های هویت: پرسشنامه‌ی سبک‌های هویت اولین بار توسط برزونسکی [به نقل از ۳۰] برای اندازه‌گیری فرآیندهای شناختی - اجتماعی که نوجوانان در برخورد با مسائل مربوط به هویت از آن استفاده می‌کنند، طراحی شد. بر اساس دیدگاه برزونسکی نوجوانان سه جهت‌گیری متفاوت یا سه سبک پردازشی هویتی مختلف را انتخاب می‌کنند. این پرسشنامه سه

نظریه‌ای دیگری که بر نقش اساسی ارتباط‌های اولیه‌ی کودک به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی نحوه‌ی رفتار فرد در آینده تأکید کرده نظریه تمایز یافتگی خود بوئن است. به نظر بوئن، درجه‌ی ظهور تمایز یافتگی در هر فرد بیانگر میزان توانایی فرد برای جداسازی فرآیند شناختی از فرآیند احساسی (هیجانی) است که فرد تجربه می‌کند؛ یعنی، درجه‌ی توانایی فرد برای اجتناب از تبعیت خودکار رفتار از احساسات، بیانگر میزان تمایز یافتگی است [۳۰]. درجه‌ای که هر فرد می‌تواند جدا از این زمینه‌ی هیجانی باشد را تمایز یافتگی خود می‌گویند. سازه‌ی تمایز یافتگی، سازه‌ای محوری در نظریه‌ی بوئن است. تمایز یافتگی اشاره به توانایی هر فرد در تفکیک از زمینه‌ی هیجانی خانواده دارد. سطوح پائین تمایز یافتگی، توسط واکنش هیجانی^۱، جدایی هیجانی^۲ و هم‌آمیختگی با دیگران مشخص می‌شود. اگر فرد سطح تمایز یافتگی پائینی داشته باشد، بیشتر کارمایه‌اش در فرآیند رابطه‌ی خانواده محدود می‌شود. آن‌ها توانایی محدودی برای کنش خارج از واکنش‌های هیجانی و نظام هیجانی خانواده خواهند داشت. فردی با تمایز یافتگی پایین در موقعیت‌های هیجانی، واکنشی هیجانی نشان می‌دهد که این امر احتمالاً در مشکلات ارتباطی دخیل است.

دیگر اصطلاح بکار گرفته شده برای توصیف ناتمیز یافتگی، آمیختگی^۳ است. در اصل، افراد آمیخته شده با نظام هیجانی خانواده، در کشف موقعیت توقف هیجان‌ها و شروع مجدد ناتوانند، بنابراین کنترل واکنش‌ها و رفتارشان را از دست می‌دهند. در مقابل، سطوح بالای تمایز یافتگی به تفکیک زیاد از زمینه‌ی هیجانی نظام خانواده اشاره دارد. وقتی که زمینه‌ی هیجانی سبک است، افراد آزادی بیشتری دارند تا مطابق خواسته‌شان در موقعیت مشخص عمل کنند و نه بی‌واسطه در بند پاسخ هیجانی باشند. اشخاص با سطوح بالای تمایز یافتگی قادر به استفاده از نظام عقلانی‌شان برای تصمیم‌گیری در چگونگی کنش در موقعیت‌های مشخص هستند. کر و بوئن [۳۱] به‌علاوه توضیح داده‌اند، خودگردانی به معنای پیروی خودپسندانه نیست، بلکه معنای آن توانایی خودمختاری^۴ است. پژوهش بسیاری به نقش مستقیم این مؤلفه در متغیرهایی از قبیل شادکامی [۳۲]، رضایت از زندگی [۳۳]، اضطراب [۳۴]، فشار روانی [۳۵] و توانایی حل مسائل و مشکلات مسائل روزمره [۳۶] داشته است. پژوهش‌های محدودی نیز به بررسی نقش تمایز یافتگی خود و مؤلفه‌های آن در الگوهای تحولی از جمله هویت و سبک‌ها پرداخته‌اند. به‌طور مثال فتوحی و حسینی [۳۷] در پژوهش خود مبنی بر بررسی رابطه تمایز یافتگی خود با سبک هویتی اطلاعاتی و سردرگم - اجتنابی در نوجوانان دریافته‌اند که بین تمایز یافتگی خود و مؤلفه‌های واکنش هیجانی، جدایی هیجانی و هم‌آمیختگی با دیگران با سبک هویت اطلاعاتی رابطه مستقیم و سبک هویت

¹ emotional reactivity

² emotional cut-off

³ fusion

⁴ Self determination

۲) پرسشنامه‌ی تمایز یافتگی: این پرسشنامه که برای سنجش میزان تمایز یافتگی افراد به کار می‌رود ۴۵ سؤال دارد و پاسخ‌دهی به پرسش‌ها با مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت (از ۱ برای «به هیچ وجه درباره‌ی من درست نیست» تا ۶ برای «کاملاً درباره‌ی من درست است») انجام می‌شود. نمره‌ی بالا به معنای تمایز یافتگی و نمره‌ی پایین به معنای تمایز نایافتگی است. این پرسشنامه چهار خرده آزمون واکنش هیجانی، جدایی هیجانی، آمیختگی با دیگران و موقعیت من را در برمی‌گیرد.

اسکوورون و فریدلندر، همبستگی درونی پرسش‌ها را با آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه و خرده آزمون‌های آن به ترتیب کل پرسشنامه ۰/۸۸، واکنش هیجانی ۰/۸۳، جدایی هیجانی ۰/۸۰، آمیختگی با دیگران ۰/۸۲ و موقعیت من ۰/۸۰ گزارش کردند [۳۹]. پایایی پرسشنامه و خرده آزمون‌های آن در نمونه ایرانی در پژوهش نجف‌لویی [۴۰] به ترتیب: کل پرسشنامه ۰/۷۲، واکنش هیجانی ۰/۸۱، جدایی هیجانی ۰/۷۶، آمیختگی با دیگران ۰/۷۹ و موقعیت من ۰/۶۴ گزارش شده است.

۳) نسخه کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ (وای. اس. کیو. - اس. اف.)^۱: این مقیاس را یانگ (۱۹۹۸) ساخته است. این پرسشنامه دارای ۷۵ ماده می‌باشد که ۱۵ طرح‌واره ناسازگارانه اولیه را ارزیابی می‌کند. این پانزده طرح‌واره عبارتند از: ۱- محرومیت هیجانی ۲- طرد/رهاشدگی ۳- بی‌اعتمادی/بدرفتاری ۴- انزوای اجتماعی ۵- نقص/شرم ۶- شکست ۷- وابستگی/بی-کفایتی ۸- آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۹- گرفتاری/در دام افتادگی ۱۰- اطاعت ۱۱- ایثار ۱۲- بازداری هیجانی ۱۳- معیارهای نامعطف ۱۴- استحقاق و ۱۵- خویش‌تن‌داری و خودانضباطی ناکافی. این ۱۵ طرح‌واره در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار می‌گیرند.

هر ماده به کمک ۶ گزینه درجه‌بندی می‌شود (یک = کاملاً در مورد من نادرست است؛ تا شش = کاملاً مرا توصیف می‌کند). نمره بالا در یک خرده مقیاس معین، احتمال بیشتر وجود یک طرح‌واره ناسازگارانه را برای آن فرد نشان می‌دهد. روایی مقیاس وای. اس. کیو. - اس. اف. به وسیله آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس بالاتر از ۰/۸۰ بود [به نقل از ۳۲]. نتایج پژوهش لکنال - چولت، ماکند، کاتراکس، بووارد و مارتین [به نقل از ۳۲] نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ است. صدوقی، آگیلار- وفایی، رسول زاده طباطبایی و اصفهانیان [به نقل از ۳۲] روایی مقیاس وای. اس. کیو. - اس. اف. به وسیله آلفای کرونباخ برای همه مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد و ثبات درونی برای این پرسشنامه ۰/۹۴ بود [به نقل از ۴۱].

۴) مقیاس دلبستگی بزرگسال: مقیاس دلبستگی بزرگسال که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور ساخته و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا

سبک هویتی شامل اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم / اجتنابی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و شامل ۴۰ سؤال است. سؤالات بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (کاملاً مخالف = ۱، مخالف = ۲؛ تا حدودی موافق = ۳ موافق = ۴؛ کاملاً موافق = ۵) نمره‌گذاری می‌شوند.

برزونسکی [به نقل از ۳۰] در آخرین (سومین) نسخه‌ی تجدیدنظر شده پرسشنامه‌ی خود ضرایب آلفای کرونباخ (با نمونه ۶۱۸) برای هر یک از خرده مقیاس‌ها را ۰/۷۰، ۰/۶۴، ۰/۷۱ و ۰/۷۶ به ترتیب برای سبک اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم / اجتنابی و تعهد هویت گزارش کرده است.

وایت و همکاران [به نقل از ۳۸] برای بررسی ویژگی‌های مقیاس تجدیدنظرشده‌ی برزونسکی، آن را بر روی یک نمونه ۳۶۱ نفری از دانشجویان با میانگین سنی ۲۱/۵ سال که ۷۶٪ آن مرد بودند، اجرا کردند. آن‌ها با استفاده از روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ را برای سه سبک هویت اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم / اجتنابی به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۴، ۰/۷۸ محاسبه کردند. همچنین آن‌ها هنگام اجرای این مقیاس مشاهده کردند که در برخی موارد افراد در پاسخگویی به سؤالات دچار مشکل می‌شوند. با توجه به این که پرسشنامه‌ی برزونسکی بر اساس ویژگی‌های گروه مطالعه‌اش که عده‌ای از دانشجویان بودند ساخته شده بود، وایت و همکاران تردید داشتند که این پرسشنامه بتواند به صورت مطلوبی برای نوجوانان در سنین پایین‌تر و همچنین بزرگسالان با مهارت‌های محدود خواندن مورد استفاده قرار گیرد. از طرفی اعتبار ضعیف سازه در مقیاس برزونسکی نشان می‌داد که همه‌ی مقیاس‌ها به‌طور مثبت با هم رابطه دارند. در حالی که انتظار می‌رود سبک هنجاری با سبک اطلاعاتی همبستگی مثبت و سبک سردرگم / اجتنابی با سبک اطلاعاتی همبستگی منفی نشان دهد. بدین ترتیب وایت و همکاران برای رفع چنین نقص‌ها و کاستی‌هایی به تهیه‌ی یک نسخه جدید از پرسشنامه سبک‌های هویت با نام سبک‌های هویت با نام سبک‌های هویت (نسخه‌ی G) اقدام نمایند. از طرفی وایت و همکاران جهت بررسی اعتبار سازه‌ی پرسشنامه‌ی سبک‌های هویت نسخه [۴] برزونسکی [به نقل از ۳۸] نسخه‌ی تجدیدنظر شده خود را مورد تحلیل قرار دادند. برای بررسی، آنان ابتدا سؤالات تعهد را از مقیاس حذف کردند [سؤالات مربوط به تعهد، سبک هویتی را نمی‌سنجد، بنابراین در تحلیل عامل‌های مربوط به سبک‌ها مورد استفاده قرار نمی‌گیرد]. سپس پاسخ افراد به سؤالات دیگر در سه سبک را به روش تحلیل عاملی اکتشافی و با استفاده از چرخش واریماکس با مؤلفه‌های اصلی مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. نتایج تحلیل عاملی به دست آمده بسیار شبیه به تحلیل عاملی نسخه‌ی اصلی بود. ضریب همبستگی بین عوامل به دست آمده در نسخه‌ی تجدیدنظر شده وایت با نسخه‌ی اصلی به ترتیب: عامل اول سبک اطلاعاتی ۰/۷۹، عامل دوم، سبک هنجاری ۰/۸۱، عامل سوم، سبک سردرگم / اجتنابی ۰/۸۴ به دست آمد که همه‌ی ضرایب، بالا و قابل ملاحظه بودند [به نقل از ۳۸].

^۱ YSQ-SF

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد نمرات خام دانش‌آموزان در سبک‌های هویت، سبک‌های دلبستگی، تمایزیافتگی و حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در جدول یک آمده است.

در ادامه در جدول ۲ همبستگی بین در سبک‌های هویت، سبک‌های دلبستگی، تمایزیافتگی و حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود سبک هویت اطلاعاتی با سبک‌های دلبستگی ایمن و موقعیت من (تمایزیافتگی) رابطه‌ی معنی‌دار مثبت دارد یعنی افرادی که از سبک دلبستگی ایمن و تمایزیافتگی بالای برخوردارند سبک هویت اطلاعاتی برخوردارند و در مقابل سبک هویت اطلاعاتی با سبک دلبستگی نایمن (دوسوگرا و اجتنابی)، ناتمایزیافتگی (واکنش هیجانی) و حوزه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری رابطه‌ی منفی دارد. سبک هویت هنجاری با آمیختگی با دیگران و دیگرجهت‌مندی و رابطه‌ی معنی‌دار مثبت دارد. سبک‌های دلبستگی ایمن، حوزه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری رابطه‌ی منفی دارد.

سبک هویت سردرگم/اجتنابی با سبک‌های دلبستگی ایمن و موقعیت من (تمایزیافتگی) رابطه‌ی معنی‌دار منفی دارد یعنی افرادی که از سبک دلبستگی ایمن و تمایزیافتگی پایینی برخوردارند سبک هویت سردرگم/اجتنابی برخوردارند و در مقابل سبک هویت سردرگم/اجتنابی با ناتمایزیافتگی (جدایی هیجانی) و حوزه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری رابطه‌ی مثبت دارد. درنهایت تعهد هویت با سبک دلبستگی ایمن و موقعیت من (تمایزیافتگی) رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد و با آمیختگی با دیگران و حوزه دیگرجهت‌مندی رابطه‌ی منفی معنی‌دار دارد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات دانش‌آموزان در سبک‌های هویت، سبک‌های دلبستگی، تمایزیافتگی و حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

انحراف استاندارد	میانگین	شاخص آماری متغیر
۶/۶۹	۳۹/۷۶	سبک هویت اطلاعاتی
۸/۴۲	۳۲/۷۲	سبک هویت هنجاری
۸/۴۳	۲۷/۹۷	سبک هویت سردرگم/اجتنابی
۷/۰۲	۳۵/۳۹	تعهد هویت
۳/۷۱	۱۵/۳۲	سبک دلبستگی ایمن
۳/۱۷	۱۲/۸۸	سبک دلبستگی اجتنابی
۳/۶۷	۱۳/۱۳	سبک دلبستگی دوسوگرا
۹/۹۹	۴۲/۰۲	موقعیت من
۸/۸۳	۳۳/۶۷	واکنش هیجانی
۷/۸۴	۳۳/۳۶	آمیختگی با دیگران
۷/۷۵	۳۷/۲۴	جدایی هیجانی
۲۳/۳۴	۶۴/۸۹	بریدگی و طرد
۱۵/۵۰	۴۱/۶۱	خودمختاری و عملکرد مختل
۹/۳۱	۲۹/۲۶	محدودیت‌های مختل
۸/۹۱	۲۷/۵۸	دیگرجهت‌مندی
۹/۶۱	۳۰/۴۲	گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری

را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره‌ی آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه‌ی دانشجویی به تعداد ۱۴۸۰ نفر (شامل ۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵ (برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۶) محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی^۱ خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه‌ی ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^۲ محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴ (برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۳) محاسبه شد که نشانه‌ی پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس می‌باشد. روایی محتوایی^۳ مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندهال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی هم‌زمان^۴ مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس‌های مشکلات بین شخصی و عزت‌نفس کوپر اسمیت^۵ در مورد یک نمونه‌ی ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در سبک دلبستگی ایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخصی همبستگی منفی معنی‌دار ($r = -0.61$) تا ($r = 0.83$) و با زیرمقیاس‌های عزت‌نفس همبستگی مثبت معنی‌دار ($r = 0.39$) تا ($r = 0.41$) وجود دارد. بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در سبک‌های دلبستگی نایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخصی، همبستگی مثبت معنی‌دار ($r = 0.26$) تا ($r = 0.45$) و با زیرمقیاس‌های عزت‌نفس همبستگی منفی و اما غیر معنی‌دار به دست آمد. این نتایج، نشان‌دهنده‌ی روایی کافی مقیاس دلبستگی بزرگسال است. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، روایی سازه‌ی^۶ مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تأیید قرار داد [۴۲].

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای «اس. پی. اس. اس. هفده» مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تجزیه و تحلیل اطلاعات علاوه بر آماره‌های توصیفی، آزمون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده گردید

1 Internal Consistency
 2 Test-Retest Reliability
 3 Content Validity
 4 Concurrent Validity
 5 Cooper Smith
 6 Construct Validity
 7 SPSS 17

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین سبک‌های هویت، سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی و حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

متغیرها	سبک هویت اطلاعاتی	سبک هویت هنجاری	سبک هویت سردرگم/اجتنابی	تعهد هویت
سبک دلبستگی ایمن	۰/۳۱۳**	-۰/۱۱۴*	-۰/۲۴۳**	۰/۱۸۵**
سبک دلبستگی اجتنابی	-۰/۱۶۲**	۰/۰۰۱	۰/۰۹۸	-۰/۰۲۲
سبک دلبستگی دوسوگرا	-۰/۱۳۴*	۰/۰۲۷	۰/۰۴۸	۰/۰۶۳
موقعیت من	۰/۲۵۶**	-۰/۰۷۷	-۰/۲۳۱**	۰/۱۹۴**
واکنش هیجانی	-۰/۱۵۱**	۰/۰۰۹	۰/۱۰۳	-۰/۰۳۴
آمیختگی با دیگران	-۰/۰۰۵	۰/۱۲۴*	-۰/۰۲۲	-۰/۱۳۶*
جدایی هیجانی	-۰/۰۴۱	۰/۰۹۷	۰/۰۱۵	۰/۰۷۵
بریدگی و طرد	-۰/۳۷۸**	-۰/۱۷۵*	۰/۲۵۹**	-۰/۰۱۶
خودمختاری و عملکرد مختل	-۰/۳۳۱**	-۰/۱۴۵*	۰/۲۰۴**	-۰/۰۹۹
محدودیت‌های مختل	-۰/۱۳۵*	-۰/۱۱۱	۰/۱۰۸	-۰/۰۰۱
دیگرجهت‌مندی	-۰/۲۹۳**	۰/۱۷۶**	۰/۱۶۸**	-۰/۱۱۷*
گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری	-۰/۲۱۸**	-۰/۱۱۴*	۰/۱۳۶*	۰/۰۵۰
سبک هویت اطلاعاتی	۱	۰/۳۹۲**	۰/۲۸۳**	۰/۳۸۵**
سبک هویت هنجاری	-	۱	-۰/۱۸۳**	۰/۲۶۵**
سبک هویت سردرگم/اجتنابی	-	-	۱	-۰/۳۸۷**
تعهد هویت	-	-	-	۱

*سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و ** سطح معنی‌داری ۰/۰۱

جدول ۳. رگرسیون چندمتغیره‌ی گام‌به‌گام پیش‌بینی‌کننده‌ی سبک هویت اطلاعاتی

گام	R	R ²	B	Beta	T	سطح معنی‌داری t
۱	۰/۳۷۸	۰/۱۴	-۰/۱۰۹	-۰/۳۷۸	-۷/۰۵۹	۰/۰۰۰۱
۲	۰/۴۳۱	۰/۱۹	۰/۴۳۳	۰/۲۱۶	۳/۹۳۵	۰/۰۰۰۱
۳	۰/۴۵۱	۰/۲۰	-۰/۰۷۱	-۰/۱۶۴	-۰/۵۷۴	۰/۰۱۱

گام ۱: بریدگی و طرد، گام ۲: بریدگی و طرد و سبک دلبستگی ایمن و گام ۳: بریدگی و طرد و سبک دلبستگی ایمن، خودمختاری و عملکرد مختل

سبک دلبستگی ایمن، خودمختاری و عملکرد مختل به ترتیب باعث $-۰/۳۷۸$ ، $۰/۲۱۶$ و $-۰/۱۶۴$ - انحراف استاندارد تغییر در سبک هویت اطلاعاتی می‌شود. به این ترتیب معادله پیش‌بینی سبک هویت اطلاعاتی بر اساس سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره را می‌توان به شرح زیر نوشت:

$$\text{سبک هویت اطلاعاتی} = \text{مقدار ثابت} + (\text{بریدگی و طرد}) \times (-۰/۳۷۸) + (\text{سبک دلبستگی ایمن}) \times (۰/۲۱۶) + (\text{خودمختاری و عملکرد مختل}) \times (۰/۱۶۴)$$

برای پاسخ دادن به سؤال‌های پژوهش از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد که نتایج آن در ادامه می‌آید.

سؤال ۱: از بین سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره کدام یک سبک هویت اطلاعاتی را پیش‌بینی می‌کند؟

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام نشان داد در گام سوم مؤلفه‌های بریدگی و طرد، سبک دلبستگی ایمن و در نهایت خودمختاری و عملکرد مختل توان تبیین ۲۰٪ از واریانس سبک هویت اطلاعاتی را به‌طور معنی‌داری را دارند. ضرایب رگرسیون با وزن‌های استاندارد شده بتا نشان داد که یک انحراف استاندارد تغییر هم‌زمان در مؤلفه‌های بریدگی و طرد،

جدول ۴. رگرسیون چندمتغیره‌ی گام‌به‌گام پیش‌بینی‌کننده‌ی سبک هویت هنجاری

گام	R	R ²	B	Beta	T	سطح معنی‌داری t
۱	۰/۱۷۶	۰/۰۳	۰/۱۱۳	۰/۱۷۶	۳/۰۸	۰/۰۰۲
۲	۰/۲۲۳	۰/۰۵	۰/۱۰۰	۰/۱۳۷	۲/۴۰۹	۰/۰۱۷

گام ۱: دیگرجهت‌مندی و ۲: دیگرجهت‌مندی و آمیختگی با دیگران

دیگرجهت‌مندی و آمیختگی با دیگران به ترتیب باعث $۰/۱۷۶$ و $۰/۱۳۷$ - انحراف استاندارد تغییر در سبک هویت هنجاری می‌شود. به این ترتیب معادله پیش‌بینی سبک هویت هنجاری بر اساس سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره را می‌توان به شرح زیر نوشت:

$$\text{سبک هویت هنجاری} = \text{مقدار ثابت} + (\text{دیگرجهت‌مندی}) \times (۰/۱۷۶) + (\text{آمیختگی با دیگران}) \times (۰/۱۳۷)$$

سؤال ۳: از بین سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و

سؤال ۲: از بین سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره کدام یک سبک هویت هنجاری را پیش‌بینی می‌کند؟

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام نشان داد در گام دوم مؤلفه‌های دیگرجهت‌مندی و آمیختگی با دیگران توان تبیین ۵٪ از واریانس سبک هویت هنجاری را به‌طور معنی‌داری را دارند. ضرایب رگرسیون با وزن‌های استاندارد شده بتا نشان داد که یک انحراف استاندارد تغییر هم‌زمان در مؤلفه‌های

حوزه‌های طرح‌واره کدام یک سبک هویت سردرگم/اجتنابی را پیش‌بینی می‌کند؟

جدول ۵. رگرسیون چند متغیره‌ی گام به گام پیش‌بینی کننده‌ی سبک هویت سردرگم/اجتنابی

گام	R	R ²	B	Beta	T	سطح معنی‌داری t
۱	۰/۲۵۹	۰/۰۶۷	۰/۰۹۴	۰/۲۵۹	۴/۶۳۸	۰/۰۰۰۱
۲	۰/۳۱۱	۰/۰۹۷	-۰/۴۵۵	-۰/۱۸۱	-۳/۱۱۸	۰/۰۰۲
۳	۰/۳۳۴	۰/۱۱۲	-۰/۱۱۲	-۰/۱۳۲	-۲/۲۲۶	۰/۰۲۷

گام ۱: بریدگی و طرد، گام ۲: بریدگی و طرد و سبک دل‌بستگی ایمن و گام ۳: بریدگی و طرد و سبک دل‌بستگی ایمن و موقعیت من

به این ترتیب معادله پیش‌بینی سبک هویت سردرگم/اجتنابی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره را می‌توان به شرح زیر نوشت:

$$\text{سبک هویت سردرگم/اجتنابی} = \text{مقدار ثابت} + (\text{بریدگی و طرد}) \times (۰/۲۵۹) + (\text{سبک دل‌بستگی ایمن}) \times (۰/۳۱۱) + (\text{موقعیت من}) \times (۰/۳۳۴)$$

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام نشان داد در گام سوم مؤلفه‌های بریدگی و طرد، سبک دل‌بستگی ایمن و در نهایت موقعیت من توان تبیین ۱۱/۲٪ از واریانس سبک هویت سردرگم/اجتنابی را به‌طور معنی‌داری را دارند. ضرایب رگرسیون با وزن‌های استاندارد شده بتا نشان داد که یک انحراف استاندارد تغییر هم‌زمان در مؤلفه‌های بریدگی و طرد، سبک دل‌بستگی ایمن، موقعیت من به ترتیب باعث ۰/۲۵۹، -۰/۱۸۱ و -۰/۱۳۲- انحراف استاندارد تغییر در سبک هویت سردرگم/اجتنابی می‌شود.

جدول ۶. رگرسیون چند متغیره‌ی گام به گام پیش‌بینی کننده‌ی تعهد هویت

گام	R	R ²	B	Beta	T	سطح معنی‌داری t
۱	۰/۱۹۴	۰/۰۳۸	-۰/۱۳۱	-۰/۲۱۹	۳/۴۱۵	۰/۰۰۱
۲	۰/۲۴۰	۰/۰۵۸	-۰/۲۹۳	-۰/۱۴۶	۲/۵۰۴	۰/۰۱۳

گام ۱: موقعیت من، گام ۲: موقعیت من و سبک دل‌بستگی ایمن

برمن، ویمز، رودریگز، زامورا [۴۵]، دومن و همکاران [۴۶]، کواپیک و دینیسین [۴۷]، آویلا، کابرال، متیوس [۴۸]، پیت‌من، کرپلمن، سوتو، آدلر-بیدر [۴۹]، یانگ و همکاران [۱۹] همسو است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان چنین گفت که افرادی که طرح‌واره‌های مرتبط با حوزه‌ی بریدگی و طرد دارند نمی‌توانند دل‌بستگی‌های و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند و این باور که روابطشان با افراد مهم زندگی‌شان پویا و باثبات نمی‌باشد و دیگران با کوچک‌ترین فرصت از آن‌ها سوءاستفاده خواهند کرد، روابط هیجانی مختل با دیگران دارند، خود را افرادی بی‌ارزش می‌دانند که احتمالاً توسط اعضای جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند طرد خواهند شد و در نهایت خود را عضوی مفید و تأثیرگذار برای اجتماع ندانسته، بلکه وصله‌ی ناجور گروه می‌دانند. از سوی دیگر حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل اشاره به توانایی فرد جدا شدن از خانواده و عملکرد مستقل دارد. افرادی که طرح‌واره‌هایشان در این حوزه قرار دارد، از خودشان و محیط اطرافشان انتظاراتی دارند که در توانایی آن‌ها برای تفکیک خود از سمبل والدین و دستیابی به عملکرد مستقلانه مانع ایجاد می‌کند. این افراد از اعتماد به نفس پائینی برخوردارند، احساس می‌کنند بدون کمک دیگران نمی‌توانند مسئولیت‌های روزمره‌شان را به انجام رسانند، وابستگی شدید به خانواده دارند و معتقدند در دستیابی به موقعیت شکست خواهند خورد. در مقابل افراد با سبک دل‌بستگی ایمن در مواجهه با بازخوردهای ناهمساز کمتر احساس‌های بی‌کفایتی، شکست، بی‌ارزشی و ... را تجربه می‌کنند و وجود خود را مورد ارزیابی مجدد قرار می‌دهند. بنابراین چه از ویژگی‌هایی که در بند قبلی مرتبط با طرح‌واره‌های دو حوزه‌ی

سؤال ۴: از بین سبک‌های دل‌بستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره کدام یک تعهد هویت را پیش‌بینی می‌کند؟
 نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام نشان داد در گام دوم مؤلفه‌های موقعیت من و سبک دل‌بستگی ایمن توان تبیین ۵٪ از واریانس سبک هویت هنجاری را به‌طور معنی‌داری را دارند. ضرایب رگرسیون با وزن‌های استاندارد شده بتا نشان داد که یک انحراف استاندارد تغییر هم‌زمان در مؤلفه‌های موقعیت من و سبک دل‌بستگی ایمن به ترتیب باعث ۰/۲۱۹ و ۰/۱۴۶- انحراف استاندارد تغییر در تعهد هویت می‌شود. به این ترتیب معادله پیش‌بینی تعهد هویت بر اساس سبک‌های دل‌بستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره را می‌توان به شرح زیر نوشت:

$$\text{تعهد هویت} = \text{مقدار ثابت} + (\text{موقعیت من}) \times (۰/۱۹۴) + (\text{سبک دل‌بستگی ایمن}) \times (۰/۲۴۰)$$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دل‌بستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره بود که در قالب چهار سؤال به انجام رسید. در پاسخ به سؤال اول مبنی بر از بین سبک‌های دل‌بستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره کدام یک سبک هویت اطلاعاتی را پیش‌بینی می‌کند؟ نتیجه پژوهش نشان داد که حوزه‌های بریدگی و طرد، سبک دل‌بستگی ایمن، حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل سبک هویت اطلاعاتی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش کرپلمن و همکاران [۴۳]، محرری و همکاران [۴۴]،

بریدگی و طرد و حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد قابل پیش‌بینی است این افراد توان دستیابی به هویت اطلاعاتی را ندارند، زیرا لازمه‌ی دستیابی به هویت اطلاعاتی بررسی گزینه‌های مختلف و حتی متضاد ارزش‌ها و انتخاب اهداف و پایبندی به آن‌ها است، یعنی نوجوان باید تعارض‌های حاصل از این شک کردن‌ها را بپذیرد، توان تحمل استرس‌ها، اضطراب‌ها، بلا تکلیفی، ابهام و ترس از طرد شدن از سوی دیگران نزدیک را داشته باشد. نوجوانی که سبک دلبستگی ایمن برخوردار است، جسارت دارد، بدون ارس از طرد شدن، بدرفتاری، بی‌ارزشی، انزوا، بی‌کفایتی، شکست، به‌طور مستقلانه به کاوش محیط پرداخته و به پایگاه امن والدین و حمایت دیگران در شرایط بحرانی اعتماد دارند و می‌توانند چالش این مرحله را با موفقیت حل کنند. درواقع نوجوانانی که به فرآیند تعمق و تأمل می‌پردازند، سرانجام به هویتی پخته و موفق دست می‌یابند و ویژگی که از این گذار به دست آورده‌اند، به‌صورت یک هسته‌ی درونی محکم و یکپارچه شکل می‌دهند که احساس همسانی در آن‌ها ایجاد می‌کند.

در پاسخ به سؤال دوم مبنی بر اینکه از بین سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره کدام یک سبک هویت‌هنجاری را پیش‌بینی می‌کند؟ نتیجه پژوهش نشان داد که حوزه‌های دیگرجهت‌مندی و آمیختگی با دیگران سبک هویت‌هنجاری را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های محسن‌زاده، شهرآرای و گودرزی [۵۰]، یانگ و همکاران [۱۹] است. در تبیین نتیجه به دست آمده باید گفت که افرادی که طرح‌واره‌های حوزه‌ی دیگرجهت‌مندی را دارند تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران دارند، به‌گونه‌ای که نیازهای خود فرد نادیده گرفته می‌شود. این کنش‌ها به‌منظور دریافت عشق، تأیید، پذیرش و تداوم ارتباط با دیگران صورت می‌گیرد، این چنین سرمایه‌هایی احتمالاً در خانواده‌هایی که کودک را بدون قید و شرط نپذیرفته‌اند، شکل گرفته است. از سوی دیگر افراد با آمیختگی بالا با دیگران به‌شدت به تأیید و حمایت دیگران نزدیک نیاز دارند و رفتارهایشان تحت تأثیر سیستم هیجانی و واکنش اطرافیان شکل می‌گیرد. در نتیجه افراد با چنین ویژگی‌هایی بحران نوجوانی را احتمالاً تجربه نکرده و نسبت به اهداف خاصی تعهد پیدا کرده‌اند. اکثر این افراد در چارچوب برنامه‌هایی که دیگران و به‌ویژه والدین از قبل برای آن‌ها تدارک دیده‌اند، اهداف و ارزش‌هایی را پذیرفته‌اند. این نوجوانان انعطاف‌ناپذیرند و به شدت به خانواده‌ی خود وابسته هستند و به علت عدم استفاده از خود ارزیابی‌سنجیده با موضوعات مربوط به هویت به‌صورت خودکار و غیرعمدی برخورد می‌کنند. از همین رو این افراد نیاز بالایی نسبت به ساختار دارند و در برابر اطلاعاتی که نظام ارزش‌ها و باورهای فردی آن‌ها را به چالش می‌کشند، بسته عمل می‌کنند و به نظر توان مقابله‌ای کمتری در این موقعیت داشته و دچار مشکل می‌شوند و برای چالش‌های زندگی بزرگ‌سالی آمادگی کمتری دارند.

در پاسخ به سؤال چهارم مبنی بر از بین سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره کدام یک تعهد به هویت را پیش‌بینی می‌کند؟ نتیجه پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن و موقعیت من سبک تعهد به هویت را پیش‌بینی می‌کند؟ نتیجه پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن و موقعیت من سبک تعهد به هویت را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های محسن‌زاده، شهرآرای و گودرزی [۵۰]، یانگ و همکاران [۱۹] است. در تبیین نتیجه به دست آمده باید گفت که افرادی که طرح‌واره‌های حوزه‌ی دیگرجهت‌مندی را دارند تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران دارند، به‌گونه‌ای که نیازهای خود فرد نادیده گرفته می‌شود. این کنش‌ها به‌منظور دریافت عشق، تأیید، پذیرش و تداوم ارتباط با دیگران صورت می‌گیرد، این چنین سرمایه‌هایی احتمالاً در خانواده‌هایی که کودک را بدون قید و شرط نپذیرفته‌اند، شکل گرفته است. از سوی دیگر افراد با آمیختگی بالا با دیگران به‌شدت به تأیید و حمایت دیگران نزدیک نیاز دارند و رفتارهایشان تحت تأثیر سیستم هیجانی و واکنش اطرافیان شکل می‌گیرد. در نتیجه افراد با چنین ویژگی‌هایی بحران نوجوانی را احتمالاً تجربه نکرده و نسبت به اهداف خاصی تعهد پیدا کرده‌اند. اکثر این افراد در چارچوب برنامه‌هایی که دیگران و به‌ویژه والدین از قبل برای آن‌ها تدارک دیده‌اند، اهداف و ارزش‌هایی را پذیرفته‌اند. این نوجوانان انعطاف‌ناپذیرند و به شدت به خانواده‌ی خود وابسته هستند و به علت عدم استفاده از خود ارزیابی‌سنجیده با موضوعات مربوط به هویت به‌صورت خودکار و غیرعمدی برخورد می‌کنند. از همین رو این افراد نیاز بالایی نسبت به ساختار دارند و در برابر اطلاعاتی که نظام ارزش‌ها و باورهای فردی آن‌ها را به چالش می‌کشند، بسته عمل می‌کنند و به نظر توان مقابله‌ای کمتری در این موقعیت داشته و دچار مشکل می‌شوند و برای چالش‌های زندگی بزرگ‌سالی آمادگی کمتری دارند.

در پاسخ به سؤال چهارم مبنی بر از بین سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره کدام یک تعهد به هویت را پیش‌بینی می‌کند؟ نتیجه پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن و موقعیت من سبک تعهد به هویت را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های محسن‌زاده، شهرآرای و گودرزی [۵۰]، یانگ و همکاران [۱۹] است. در تبیین نتیجه به دست آمده باید گفت که افرادی که طرح‌واره‌های حوزه‌ی دیگرجهت‌مندی را دارند تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران دارند، به‌گونه‌ای که نیازهای خود فرد نادیده گرفته می‌شود. این کنش‌ها به‌منظور دریافت عشق، تأیید، پذیرش و تداوم ارتباط با دیگران صورت می‌گیرد، این چنین سرمایه‌هایی احتمالاً در خانواده‌هایی که کودک را بدون قید و شرط نپذیرفته‌اند، شکل گرفته است. از سوی دیگر افراد با آمیختگی بالا با دیگران به‌شدت به تأیید و حمایت دیگران نزدیک نیاز دارند و رفتارهایشان تحت تأثیر سیستم هیجانی و واکنش اطرافیان شکل می‌گیرد. در نتیجه افراد با چنین ویژگی‌هایی بحران نوجوانی را احتمالاً تجربه نکرده و نسبت به اهداف خاصی تعهد پیدا کرده‌اند. اکثر این افراد در چارچوب برنامه‌هایی که دیگران و به‌ویژه والدین از قبل برای آن‌ها تدارک دیده‌اند، اهداف و ارزش‌هایی را پذیرفته‌اند. این نوجوانان انعطاف‌ناپذیرند و به شدت به خانواده‌ی خود وابسته هستند و به علت عدم استفاده از خود ارزیابی‌سنجیده با موضوعات مربوط به هویت به‌صورت خودکار و غیرعمدی برخورد می‌کنند. از همین رو این افراد نیاز بالایی نسبت به ساختار دارند و در برابر اطلاعاتی که نظام ارزش‌ها و باورهای فردی آن‌ها را به چالش می‌کشند، بسته عمل می‌کنند و به نظر توان مقابله‌ای کمتری در این موقعیت داشته و دچار مشکل می‌شوند و برای چالش‌های زندگی بزرگ‌سالی آمادگی کمتری دارند.

منابع

- 1- Imtiaz s, Naqvi I (2012). Parental Attachment and Identity Styles among Adolescents: Moderating Role of Gender. *Journal of Psychological Research*, 27: 2, 241-264.
- 2- Erikson E (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- 3- Marcia J.E (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: wiley. 159-187.
- 4- Berzonsky M. D (1990). Self-construction over the life-span: A process perspective on identity formation. In G. J. Neimeyer & R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (Vol. 1, pp. 155-186). Greenwich, CT. vol.1155-186.
- 5- Berzonsky M. D (1988). Self-theorists, identity status, and social cognition. In D. K. Lapsley & F. C. Power (Eds.), *Self, ego, and identity: Integrative approaches*. New York: Springer-Verlag. 243-262.
- 6- Berzonsky MD (2004). Identity processing style, self-construction, and personal epistemic assumptions: a socialcognitive perspective. *European Journal of Developmental Psychology*. 1, 303-315.
- 7- Berzonsky MD, Ciecuch J, Duriez B, Soenens B (2011). The how and what of identity formation: Associations between identity styles and value orientations. *Journal of Personality and Individual Differences*. 50, 295-299.
- 8- Berzonsky MD (1994). Self-identity: The relationship between process and content. *Journal of Research in Personality*. 28, 453-460.
- 9- Berzonsky MD, Macek P, & Nurmi JE (2003). Interrelationships among identity process, content, and structure: A cross-cultural investigation. *Journal of Adolescent Research*. 18, 112-130.
- 10- Lutwak N, Ferrari JR, & Cheek JM (1998). Shame, guilt, and identity in men and women: The role of identity orientation and processing style in moral affects. *Personality and Individual Differences*. 25, 1027-1036.
- 11- Duriez B, & Soenens B (2006). Personality, identity styles, and authoritarianism. An integrative study among late adolescents. *European Journal of Personality*. 20, 397-417.
- 12- Soenens B, Duriez B, & Goossens L (2005). Social-psychological profiles of identity styles: Attitudinal and social-cognitive correlates in late adolescence. *Journal of Adolescence*. 28, 107-

می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های کرپلمن و همکاران [۴۳]، محرری و همکاران [۴۴]، برمن، ویمز، رودریگویز، زامورا [۴۵]، دومن و همکاران [۴۶]، کواپیک و دینیسین [۴۷]، آویلا، کابرال، متیوس [۴۸]، پیت‌من، کرپلمن، سوتو، آدلر-بیدر [۴۹]، یانگ و همکاران [۱۹]، محسن‌زاده، شهرآرای و گودرزی [۵۰]، اسکورن و پلت [۵۱]، نات و اسکورون [۵۲]، پلچ پویکو [۵۳]، امانی و مجذوب [۵۴] است. در تبیین یافته پژوهش حاضر باید بر این نکته تأکید داشت که افراد با سبک دلبستگی ایمن و تمایز یافتگی بالا به احتمال بیشتری به‌طور آگاهانه و تلاش عمدی شروع به شناخت خود، ارزش‌ها و اهداف کرده‌اند و گامی مهم به‌سوی تبدیل شدن به فردی ثمربخش برداشته‌اند. در نتیجه دور از انتظار نیست که نسبت به انتخابشان احساس تعهد کرده و در جهت رسیدن به انتخاب‌های هویتی‌شان گام بردارند.

بنابراین کسب هویت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های تحولی می‌تواند فرد را برای ورود به مراحل بعدی تحول آماده نماید [۵۵]. افراد با هویت موفق از عزت‌نفس، سلامت روان، مقابله موفقیت‌آمیز با استرس، اضطراب، شیوه‌های حل مسئله-مدار، استقلال عاطفی، خودتنظیمی انطباقی و ... برخوردارند [به‌عنوان نمونه، ۵۶]. با توجه به نتایج پژوهش حاضر برای دستیابی به هویت موفق می‌بایست توجه ویژه‌ای به محیط‌های اولیه کودک داشت. از آنجاکه خانواده‌ی اصلی، اولین عرصه‌ای است که اغلب کودکان آن را تجربه می‌کنند، بنابراین کیفیت روابط اعضای خانواده و جو عاطفی حاکم بر میزان مشارکت و تلاش کودکان در جنبه‌های مفید و خلاقانه‌ی زندگی تأثیر می‌گذارد و دیدگاه افراد در مورد شرایط افراد خارج از خانواده از جمله همسالان برای نوجوانان مؤثر است و بر چگونگی کنار آمدن و سازگار شدن با چالش‌های تحولی در مسیر زندگی و پیشگیری آن‌ها مؤثر است؛ بنابراین اغلب اثرات روابط ناسازگار والد و فرزند به دروان نوجوانی و بزرگسالی کشیده می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نمونه‌ی محدود و انتخاب تنها دانش‌آموزان پسران به‌عنوان نمونه اشاره کرد که این مسئله اعتبار بیرونی پژوهش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر جامعه‌ی دختران نیز اجرا گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی متغیرهایی همچون سبک‌های فرزند پروری در ارتباط با سبک‌های هویت مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی مسئولین مدارس، معلمان و دانش‌آموزان شهرستان رباط‌کریم تشکر و قدردانی می‌شود. برای انجام این پژوهش، هیچ کمک مالی از طرف نهاد خاصی دریافت نشد.

- therapy. New York: Guildford. 64-84.
- 26- Young JE (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. Florida: Professional Resources Press.
- 27- Platts H, Tyson M, & Mason O (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 332-348.
- 28- Mason O, Platts H, Tyson M (2005). Early maladaptive schema and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 549-564.
- ۲۹- امانی احمد، کشاورز افشار حسین، اسفندیاری حجت، بازوند فاطمه، عبدالمی نرمن (۱۳۹۲). تعیین رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با سبک‌های هویت در دانش آموزان. *مجله علوم رفتاری*. ۷ (۱): صص ۲۱-۲۲
- 30- Goldenberg H, Goldenberg I (2003). Family therapy. 8th ed. 3- 464.
- 31- Kerr ME, & Bowen M (1988). Family evaluation. New York: Norton.
- 32- Tuason MT & Friedlander ML (2000). Do parents' differentiation levels predict those of their adult children? And other test of Bowen theory in a Philippine sample. *Journal of Counseling Psychology*, 47: 27-35.
- 33- Peleg O (2008). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life? *The American Journal of Family Therapy*, 36: 388-401.
- 34- Nikbakht A, Ahmadi BM, Dashti-Nejad SB (2012). Comparison of self-differentiation amount between two groups of anxious and Non-Anxious People in Bandar Abbas. *Journal of Life Science and Biomedicine*. 2; 142-146.
- 35- Peleg, O. (2013). The relationship between stressful life events and family patterns. *International Journal of Psychology*, 17(4): 26-37.
- 36- Skowron EA (2004). Differentiation of self, personal adjustment, problem solving, and ethnic group belonging among persons of color. *Journal of Counseling and Development*, 82: 447-456.
- 37- Fotouhi S, hosseini M (2013). Studying the relationship between self-differentiation components and avoidance/ diffuse identity style and informational identity styles in adolescents.
- 125.
- 13- Berzonsky MD, & Ferrari JR (2009). A diffuse-avoidant identity processing style: Strategic avoidance or self-confusion? *Identity: An International Journal of Theory and Research*. 9, 145-158.
- 14- Berzonsky MD, Branje SJT, Meeus W (2007). Identity-processing style, psychosocial resources, and adolescents' perceptions of parent-adolescent relations. *The Journal of Early Adolescence*, 27(3): 324-345.
- 15- Sigelman CK, Rider EA (2011). Life-span human development: Wadsworth Publishing Company.
- 16- Bowlby J (1969). Attachment and Loss, Vol.1. Attachment. New York: Basic Books.
- 17- Bowlby J (1980). Attachment and loss. Sadness and depression. New York: Basic Books.
- 18- Bowlby J (1973). Attachment and Loss, Vol.2. Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books.
- 19- Young J, Klosko J, Weishaar M (2003). Schema therapy: A practitioner's guide New York: Guildford. 1-62.
- 20- Bowen M (1978). Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aaronson. 25-39.
- ۲۱- بیرامی، منصور؛ فهیمی، صمد؛ اکبری، ابراهیم؛ و امیری پیچاکلائی، احمد (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دلبستگی و مؤلفه‌های تمایز یافتگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴ (۱): صص ۶۴ - ۷۷.
- 22- Vetere A, Myers LB (2002). Repressive Coping Style and Adult Romantic Attachment Style: is there a relationship? *Personality and Individual Differences*. 32 (5), 799-807.
- 23- Schachner DA, Shaver PR, Mikulincer M (2003). Adult attachment theory, psychodynamics, and couple relationships: An overview. In: Johnson, S.M., Whiffen, V.E. (Eds), Attachment processes in couple and family therapy. New York: Guildford. 18-43.
- 24- James IA, Southam L, Blackburn M (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 11, 369-377.
- 25- Scharf E (2003). Stability and change of Attachment representations from cradle to grave. In: Johnson, S.M., Whiffen, V.E. (Eds), Attachment processes in couple and family

- identity development and separation-individuation in parent-child relationships during adolescence and emerging adulthood - A conceptual integration. *Developmental Review*, 32 (1), 67-88.
- 48- Avila M, Cabral J, Matos PM (2012). Identity in university students: The role of parental and romantic attachment. *Journal of Adolescence*, 35 (1), 133-142.
- 49- Pittman JF, Kerpelman JL, Soto JB, Adler-Baeder FM (2012). Identity exploration in the dating domain: The role of attachment dimensions and parenting practices, *Journal of Adolescence*, , In Press, Corrected Proof, Available online.
- 50- Mohsenzadeh F, Sahraray M, Goudarzi M (2010). The relationship between differentiation of self and identity processing styles. *Counseling research and development*, 8(32), 73-89.
- 51- Skowron EA, Platt LF (2005). Differentiation of self and Child Abuse Potential in Young Adulthood. *The Family Journal*. 13(3), 281-290.
- 52- Knauth DG, & Skowron EA (2004). Psychometric evaluation of the Differentiation of Self Inventory (DSI) for adolescents. *Nursing Research*. 53(3).163-71.
- 53- Peleg-Popko O (2004). Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, (27) 645-662.
- ۵۴- امانی رزیتا، مجذوبی محمدرضا (۱۳۹۰). پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). ۲ (۵): صص ۱۳ - ۲۴.
- ۵۵- بشارت محمدعلی، جوشن‌لو محسن، میرزمانی سیدمحمود (۱۳۸۶). رابطه سبک‌های دلبستگی و کمال‌گرایی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، ۱ (۲۵): ۱۱-۱۸.
- ۵۶- آقامحمدیان شهرباف حمیدرضا، شیخ‌روحانی سعید (۱۳۸۸). مقایسه میزان اضطراب در پایگاه‌های هویت. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). ۱ (۳۷): صص ۹-۲۰.
- International Journal of Advanced Studies in Humanities and Social Science, 1:789-796.
- 38- Bayrami M (2011). Comparison of identity styles and types of identity in male and female. *Journal of psychology*. 5(20), 21-39.
- 39- Bagher Sanaei Z, Alaghband S, Falahati Sh, Hooman A. (2009). *Family and Marriage Scales*. 2ed. Tehran: Besat.19- 27.
- 40- Najaflooy F (2007). The role of self-differentiation in marital relations. *Journal of new thoughts on education*. 2(3-4), 27-37.
- 41- Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iranian journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 16 (4(63)), 420-431.
- 42- Besharat MA, Ghafouri B, Rostami R (2007). A comparative study of attachment styles in persons with or without substance use disorders. *Journal of the faculty of medicine*. 31(3), 265-71.
- 43- Kerpelman JL, Pittman JF, Cadely SE, Tuggle FJ, Harrell-Levy MK, Adler-Baeder FM (2012). Identity and intimacy during adolescence: Connections among identity styles, romantic attachment and identity commitment. *Journal of Adolescence*, In Press, Corrected Proof, Available online.
- 44- Moharreri F, Soltanifar A, Ardani AR, Modarres GM, Soltanifar A (2011). On the relationship between perceived childhood/adolescent attachments and identity status in 15-17 years adolescents, *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 12, (4(48)), 698-701.
- 45- Berman SL, Weems CF, Rodriguez ET, Zamora IJ (2006). The relation between identity status and romantic attachment style in middle and late adolescence. *Journal of Adolescence*, 29 (5), 737-748.
- 46- Doumen S, Smits I, Luyckx K, Duriez B, Vanhalst J, Verschuere K, Goossens L (2012). Identity and perceived peer relationship quality in emerging adulthood: The mediating role of attachment-related emotions. *Journal of Adolescence*, In Press, Corrected Proof, Available online.
- 47- Koepke S, Denissen JJA (2012). Dynamics of

تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی - هیجانی دختران پیش دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان

شهرزاد عدیلی^{۱*}، مهرداد کلانتری^۲، احمد عابدی^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. استاد روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. دانشیار روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی بازی درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان دختر پیش دبستانی بود.

روش: این پژوهش به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. جامعه آماری، شامل کلیه کودکان دختر پیش دبستانی شهرستان اصفهان در سال ۹۳-۹۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ کودک دختر پیش دبستانی بودند که از بین ۹۴ نفر از کودکانی که به پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی - هیجانی پاسخ دادند و کمترین نمره را در این پرسشنامه کسب کرده بودند، به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارش گردیدند. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در پژوهش پرسشنامه غربالگری مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان نسخه ترجمه شده بود. مادران گروه آزمایش در طی ۸ هفته، در ۸ جلسه درمان گروهی دوساعته بازی درمانی به شیوه فیلیال شرکت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار «اس. پی. اس. هفده» و روش آماری تحلیل کوواریانس انجام گرفت.

نتایج: نتایج به دست آمده نشان داد که بازی درمانی به شیوه فیلیال، میزان مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان دختر پیش دبستانی در مرحله پس آزمون را به صورت معناداری افزایش داد ($p < 0/05$)؛ بنابراین می توان گفت بازی درمانی به شیوه فیلیال مهارت‌های اجتماعی - هیجانی را افزایش می دهد.

بحث و نتیجه گیری: مهم ترین کاربرد این پژوهش اثربخشی آن در زمینه افزایش سطح مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان در مراکز آموزشی و به طور کلی جامعه خواهد بود. این روش می تواند به منظور کاهش مشکلات رفتاری در کودکان و افزایش رفتارهای مورد پسند اجتماعی و کنترل هیجانات در کودکان به کلیه متخصصان دست اندر کار مسائل کودکان پیشنهاد گردد.

کلید واژه‌ها: بازی درمانی، فیلیال، مهارت‌های اجتماعی - هیجانی.

*Email: shahnameh_10@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۹۷-۱۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۳۱

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 97-104

مقدمه

محیط آموزشی و در نهایت رفتارهای ضداجتماعی یا بزهکاری در نوجوانی و جوانی در صدر جدول نشانه‌شناسی قرار می‌گیرد [۹]. هرچند ممکن است مشکلات هیجانی و اجتماعی در سال‌های اولیه کودکی هنوز آن قدر شدید و آزاردهنده نباشند که باعث نگرانی والدین و مربیان کودک شوند، اما مطالعات در این زمینه حاکی از آن است که هرچه مشکلات و نشانه‌های آن زودتر و در سنین پایین‌تر ظاهر شود به پیامدهای وخیم‌تر و سازش‌نا یافتگی بیشتر منجر خواهد شد، مجموع این موارد می‌تواند با ایجاد مشکلات فراوان برای خانواده، اطرافیان کودک و کل جامعه، هزینه‌های قابل توجهی را نیز بر آن‌ها تحمیل کند [۸]. از سوی دیگر، کودکانی که دارای صلاحیت‌های اجتماعی، استقلال و مهارت‌های هیجانی هستند، از سلامت روانی بالاتری برخوردار بوده و در مدرسه دانش آموزان موفق‌تری نیز می‌باشند؛ بنابراین در حال حاضر مهارت‌ها و صلاحیت‌های هیجانی و اجتماعی به‌عنوان یکی از مهارت‌های پیش‌نیاز برای آغاز آموزش رسمی است که از آن‌ها به‌عنوان آمادگی ورود به مدرسه یاد می‌شود [۶].

مربانی که از نزدیک با کودکان سروکار دارند گزارش کرده‌اند که به‌طور خاص نگران آینده کودکانی هستند که از قابلیت‌های اجتماعی-هیجانی و انگیزه‌های کافی برخوردار نیستند چراکه بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند، پرخاشگری پایدار جسمانی، میزان بالای شکست تحصیلی و رفتار ضداجتماعی، همگی با مشکلات هیجانی و رفتاری دوره کودکی همراه بوده‌اند [۱۰]. به‌رغم همه این یافته‌ها نگران‌کننده، پاره‌ای از پژوهشگران نیز با تأکید بر درمان زودهنگام این مشکلات در سنین پایین که خود نوعی پیشگیری محسوب می‌شود، نشان داده‌اند که اگر این مشکلات در سنین پیش از دبستان و در سال‌های ابتدایی کودکی شناسایی و درمان شود تا حد زیادی تخفیف می‌یابد و به بهبود عملکرد کودک در زمینه‌های مختلف منجر می‌شود [۱۱].

روان‌شناسان برای پیشگیری از مشکلات اجتماعی و هیجانی کودکان شیوه‌های گوناگونی را در طول سالیان متعدد طراحی کرده‌اند. برخی از روش‌ها بر خود کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی و خانواده متمرکز بوده است. چندین رویکرد مهم برای آموزش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی وجود دارند که عبارتند از: رویکرد کنشگر، رویکرد یادگیری اجتماعی، رویکرد شناختی رفتاری و رویکرد چندمدلی-تلفیقی [۱۲]. طبق نظر پیازه کودکان تا قبل از یازده سالگی توانایی شناختی لازم برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را از طریق بازی نشان می‌دهند [۱۳]. بازی ابزار ارتباط کودک و بهترین وسیله برای احساسات، عواطف و تجربیات کودک است و از این‌رو، جز جدایی‌ناپذیر مشاوره و درمان کودکان به شمار می‌رود [۱۴].

مخاطب اصلی بازی درمانگری کودک است، اما کودک بدون والدین و خانواده هنوز واجد محدودیتی واحد و مستقل نیست، رفتار والدین و روابط موجود در خانواده عامل تعیین‌کننده بسیاری از رفتارها و حالات کودک است. یافته‌های یک فراتحلیل نیز نشان می‌دهد که مشارکت والدین در فرایند درمان توجیه‌کننده بخشی

تحول اجتماعی-هیجانی از جمله خطوط مهم تحولی هستند که بسیاری از روان‌شناسان معتقدند نحوه تحول آن‌ها زمینه‌ساز تحقق عملکردهای دیگر در سال‌های آینده است [۱]. چنانچه تأخیر تحولی در زمینه‌هایی مانند شناخت، زبان و مهارت‌های حرکتی از مشکلات جدی در آینده خبر می‌دهد، تأخیر و یا نارسایی در دستیابی به مهارت‌ها و صلاحیت‌های اجتماعی و هیجانی نیز می‌تواند عملکرد اجتماعی و بین‌فردی، تحصیلی و شغلی و یا سلامت روانی را به‌طور کلی به خطر اندازد. پژوهش‌های طولی مختلفی از جمله پژوهش‌های طولی بین مشکلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی سال‌های اولیه و اثرات بلندمدت آن در سال‌های آتی رابطه مهمی را کشف کرده‌اند [۲]. منظور از صلاحیت و بهزیستی اجتماعی-عاطفی آن است که کودک بر رفتارهایی که سبب شکل‌گیری تعامل‌های اجتماعی بین او و دنیای بیرون می‌شود (مانند شروع و حفظ روابط دوستانه با همسالان و بزرگسالان، رفتارهای تعاونی و همکاری) و نیز مدیریت هیجان‌ها و احساس‌های خود (مانند پرخاشگری و تعارض، نظم جویی و واکنش‌پذیری) تسلط یابد و به تحول حسن مهارت و ارزش خود دست یابد [۳].

تحول صلاحیت اجتماعی، هیجانی چالش اصلی کودکان خردسال است که به کودکستان می‌روند و با خواسته‌های پیچیده معلمان و همسالان مواجه می‌شوند. کودکان واجد صلاحیت اجتماعی توانایی گسترش ارتباط‌های لازم با بزرگسالان و همسالان را برای موفقیت در چهارچوب‌های علمی و غیرعلمی دارند [۴]. صلاحیت‌های اجتماعی و هیجانی یک عامل حمایت‌کننده محسوب می‌شود که می‌تواند از کودک در برابر عوامل تنیدگی زایی که با آن‌ها روبرو می‌شود، حمایت کند و مانع شکل‌گیری مشکلات هیجانی و رفتاری در سال‌های بعدی شود [۵]. دل‌مشغولی وافر نسبت به معلومات و پیشرفت تحصیلی که بر اساس نمره‌های آزمون‌ها سنجیده می‌شود، اهمیت بنیادی مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، انضباط شخصی و دیگر انواع مهارت‌های غیر شناختی را که می‌توانند ضامن موفقیت در سال‌های بعدی زندگی باشند از نظر دور می‌دارد. درحالی‌که مهارت‌های اخیر به میزان کارآمدی در مدرسه و محل کار مؤثرند و تغییرپذیری آن‌ها نیز به‌مراتب بیش از بهره هوش است [۶].

در حال حاضر بسیاری از محققان اتفاق نظر دارند که مهارت‌های اجتماعی آموختنی است، زیرا کودکانی که در محیط‌های نامناسب بزرگ شده‌اند از لحاظ اجتماعی رفتارهای نامعقولی دارند و قادر به ارتباط مؤثر و مفید با دیگران نمی‌باشند [۷]. این مشکلات پایداری متوسط تا زیادی را در طول زمان نشان می‌دهد و یک عامل اصلی پیش‌آگهی برای نافرمانی در دوران نوجوانی و جنایت و خشونت در دوران بزرگسالی است [۸].

اشکال زودرس نشانه‌های هیجانی که از دومین سال زندگی قابل مشاهده است، به‌صورت بی‌قراری، نحسی، بدقلقی، گریه‌ی زیاد و لجبازی ظاهر می‌شود، در سال‌های بعد در قالب پرخاشگری جسمانی، تضادورزی و نخستین شکل‌های نقص قوانین در خانه و

کردن بینش در مورد خود و در ارتباط با فرزندان؛ تغییر تصور آن‌ها در مورد فرزندان و یادگرفتن اصول و مهارت‌های بازی درمانی می‌باشد. شاید بتوان گفت هدف اصلی این شیوه درمانی کمک به کودکان است تا راهکارهای الگوبرداری و احساس مثبت ارزشمندی خود و اعتمادبه‌نفس را افزایش دهند [۱۸].

در مورد تفاوت بازی درمانی فیلیال با بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری می‌توان گفت بازی درمانی رفتاری شناختی ترکیبی از تکنیک‌های سنتی بازی درمانی با تکنیک‌های رفتاری شناختی است که مکانیزم اثر آن از طریق اصلاح تصورات ناسازگارانه و تغییر عقاید و نگرش صورت می‌گیرد و تعامل دوجانبه و پیچیده بین شناخت، هیجان و رفتار و محیط را مورد توجه قرار می‌دهد. در نوع دیگری از بازی درمانی که به بازی درمانی کودک محور شناخته می‌شود درمانگر نقش کلیدی در درمان دارد و باید خالق شرایط مناسب برای خودشکوفایی کودک باشد. درمانگر باید فضایی امن، پذیرنده و حمایتگر را به وجود آورد که کودک در آن احساس راحتی کند و بدون نگرانی درباره واکنش‌های درمانگر به نشان دادن دنیای درونی خود بپردازد؛ اما در بازی درمانی به شیوه فیلیال تمرکز به رابطه والد و کودک است تا کودک بتواند در سایه ارتباط با والدینش به حل مشکلات و تعارضات خود دست یابد، در این روش تهدید حضور بازی درمانگر که می‌تواند به‌عنوان یک رقیب از سمت والدین دیده شود حذف می‌گردد، همچنین ایجاد رفتارهای مثبت در کودک در نتیجه تغییر در رابطه والد-کودک شکل می‌گیرد. این روش می‌تواند به‌عنوان یک روش پیشگیری و همچنین درمانی بکار رود [۲۱]. یافته‌های یک پژوهش نشان داد که بازی درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان پیش‌دبستانی مؤثر است [۲۲]. در پژوهشی تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال را به‌عنوان یک ابزار تقویت رابطه بین پدر و مادر و فرزندخوانده‌ها بررسی کرد. نتایج نشان داد که این شیوه درمانی باعث بهبود روابط افراد خانواده می‌گردد، همچنین در این تحقیق ذکر شده است که مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان افزایش یافته و تعامل بین افراد خانواده بالا می‌رود [۱۸، ۲۳].

صاحب‌نظری دیگر به بررسی تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال جهت کسب اطلاعات لازم برای مداخلات خانوادگی پرداخت. نتایج این تحقیق همپوشانی بازی درمانی به شیوه فرزند درمانی را با مداخلات خانواده‌درمانی نشان داد [۲۴]. صاحب‌نظری، به مطالعه پدیدار شناختی در مورد بازی درمانی به شیوه فیلیال پرداخت. نتایج نشان داد که این روش باعث تغییرات عمده‌ای در رابطه مادر و فرزند، بهبود روابط اجتماعی کودک، توانمندسازی در حمایت گروهی و رشد هیجانی کودک می‌شود [۲۵].

در پژوهشی به تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال بر روابط پدر و مادر و کودکان پرداخته شد. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که این شیوه باعث توسعه روابط پدر و مادر و کودکان می‌شود [۲۶]. صاحب‌نظری دیگر به بررسی تأثیر بازی درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی یادگیری پرداخت. نتایج این تحقیق نشان داد که این شیوه بازی درمانی باعث کاهش مشکلات رفتاری

از تفاوت اثربخشی پژوهش‌های مختلف است [۱۵]. از آنجاکه خانواده به‌عنوان یکی از نهادهای اولیه، بیشترین سهم را در فرایند اجتماعی شدن فرزندان به عهده دارد لذا یکی از بهترین مداخلات در حیطه مشکلات هیجانی و اجتماعی کودکان، آموزش مهارت‌هایی به والدین است که به کنترل رفتار از جانب کودک منجر می‌گردد. با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندان مؤثر باشند [۱۶ و ۱۷]. از آنجاکه روش‌های درمانی خاص بزرگسالان در مورد کودکان قابل اعمال نیست، بازی ابزاری مناسب برای درمانگران کودک جهت مداخله در مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی آن‌ها می‌باشد یکی از این شیوه‌ها الگوی بازی درمانی به شیوه فیلیال^۱ است [۱۸].

بازی درمانی به شیوه فیلیال توسط گورنی^۲ به‌عنوان برنامه‌ای درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی پایه‌گذاری شد [۱۹]. او سال‌ها شاهد این مسئله بود که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از خطاهای والدین است و این خطاها ریشه در فقدان دانش والدین در حوزه والدگری و نوع ارتباط با کودکان دارد. او به رابطه والد و کودک اهمیت بسیاری می‌داد بنابراین این فرضیه را ارائه داد که والدین، می‌توانند با برقراری جلسات بازی با فرزند خود به عاملان درمانی در زندگی آن‌ها تبدیل شوند [۲۰].

این شیوه مداخله، روشی کوتاه‌مدت و ترکیبی از بازی درمانی و خانواده‌درمانی می‌باشد و از بنیان‌های نظری گوناگونی شکل گرفته است که از میان آن‌ها می‌توان به رویکردهای رشد، شیوه‌های روان‌پویشی، رفتاردرمانی، آموزش اجتماعی، شناخت درمانی و سیستم‌های حل مشکلات بین فردی و خانوادگی اشاره کرد. یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی درمانی فیلیال، مدل درمانگری لندرت است. لندرت بر اساس مبانی نظری گورنی، یک مدل درمانی فشرده را به‌صورت گروهی برای والدین مطرح کرد.

این مدل درمانگری از سخنرانی، بحث، نقش بازی کردن، فرایندهای گروهی و نظارت بر جلسه‌های والدین در خانه تشکیل شده است. تأکید بر افزایش حساسیت والدین به جهان کودک با استفاده از زبان طبیعی بازی است. والدین از طریق نقش بازی کردن، مهارت‌هایی شبیه انعکاس احساس، رفتار و همدلی با فرزندان خود را می‌آموزند. این روش درمانی بر اساس چند اصل منحصربه‌فرد پایه‌گذاری شده است: درمان متمرکز بر ارتباط موجود بین والد و کودک است، نه بر مشکلی خاص یا بر یک فرد. والدین به‌عنوان شرکای مهم در فرایند تغییر نگرین می‌شوند و درمانگر، والدین را در امر یادگیری مهارت‌ها و گرایش‌های جدید توانا می‌بیند.

به‌طورکلی در این روش یک اعتقاد پایه‌ای به اهمیت والدین در زندگی کودکان وجود دارد. هدف اصلی این بازی درمانی؛ درک و پذیرش والدین از فرزندان خود؛ حساس شدن بیشتر به احساسات فرزندان؛ آموختن ترغیب به مسئولیت شخصی در والدین، هدایت خود و افزایش اعتمادبه‌نفس در کودکان؛ پیدا

¹ Fillial

² Gorni

خروج در این تحقیق، عدم شرکت منظم در کلاس‌های آموزشی، عدم انجام تکالیف هفتگی و عدم تکمیل پرسشنامه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود.

در این تحقیق در گروه آزمایش مادران دیپلم ۴ نفر، فوق‌دیپلم ۳ نفر، لیسانس ۸ نفر شرکت داشتند و در گروه کنترل مادران دیپلم ۵ نفر، لیسانس ۹ نفر و فوق‌لیسانس یک نفر شرکت داشتند. گروه سنی مادران بین ۲۵ تا ۳۵ سال بود که در گروه آزمایش کمترین سن مادر ۲۳ سال و بیشترین سن ۳۳ سال و در گروه کنترل نیز کمترین سن مادر ۲۵ سال و بیشترین سن مربوط به ۳۶ سال بود. مداخله‌ی بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر روی مادران گروه آزمایش به اجرا درآمد. مکان انجام این تحقیق در سالن بازی مهدکودک امید فردا واقع در خیابان کشاورز در شهر اصفهان که مکانی مناسب برای آموزش مادران بود برگزار شد. در جلسه اول و دوم فقط مادران حضور داشتند اما از جلسه سوم بچه‌ها هم در جلسات حضور داشتند و مادران مفاهیم آموزشی یاد گرفته شده را روی آن‌ها تمرین می‌کردند و درمانگر اشکالات آن‌ها را برطرف می‌کرد. روش آموزشی بکار رفته در این تحقیق بر اساس کتاب بازی‌درمانی، هنر برقراری ارتباط، نوشته لندرت [۱۸] بود.

بعد از پایان جلسات آموزشی که فقط بر روی گروه آزمایش انجام گرفت، پس‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل (پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی-هیجانی، نسخه ترجمه‌شده) گرفته شد. برای متغیر مستقل (بازی‌درمانی به شیوه فیلیال) ۸ جلسه آموزش گروهی ترتیب داده شد. در هر هفته یک جلسه آموزش دوساعته برگزار می‌شد، تمامی این ۱۵ نفر در گروه آزمایش، در جلسات آموزشی شرکت می‌کردند و تحت آموزش متغیر مستقل پژوهش قرار گرفتند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، به شرکت‌کنندگان در مورد هدف تحقیق توضیح داده شد، همچنین به آنان اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به‌صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. پس از اتمام پژوهش در صورت تمایل می‌توانند در یک جلسه مشاوره جهت تشریح نتایج مداخله‌ی درمانی و نتایج فردی مربوط به پرسشنامه‌ی قبل و بعد از درمان و بیان پیشنهادات تکمیلی در زمینه بهبود روند درمان شرکت نمایند. به علاوه جهت رعایت اصول اخلاقی به افرادی که در گروه گواه بودند اطلاع داده شد در صورت تمایل می‌توانند پس از اجرای پس‌آزمون، با شرکت در ۸ جلسه آموزش گروهی بازی‌درمانی فیلیال از آموزش رایگان بهره‌مند شوند. (ملاحظه اخلاقی برای گروه گواه).

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی-هیجانی نسخه ترجمه‌شده: پرسشنامه غربالگری مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان پیش‌دبستانی توسط میلر^۱ در سال ۱۹۹۷ ساخته شد [۲۹]. این پرسشنامه توسط دادستان، عسگری، رحیم زاده و بیات در ۱۳۸۹ در ایران اعتباریابی و رواسازی شد [۳۰]. پرسشنامه

کودکان دارای ناتوانی یادگیری می‌شود [۲۷] در پژوهشی دیگر به بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری هیجانی کودکان پرداخته شد، نتایج این تحقیق نشان داد این شیوه بازی‌درمانی باعث کاهش مشکلات رفتاری هیجانی کودکان می‌شود [۲۸].

در حال حاضر بازی‌درمانگری به شیوه فیلیال در درمان کودکان کاربرد بسیاری دارد و پژوهش‌های بسیاری در خارج کشور در مورد اثربخشی این روش درمانگری انجام گرفته است، اما از آنجاکه در ایران در مقایسه با سایر کشورها پژوهش‌های بسیار اندکی در مورد اثربخشی این روش انجام شده و این روش در کشور ما هنوز بسیار ناشناخته است، بنابراین با توجه به هدف و پیشینه، مسئله اساسی تحقیق این است که آیا بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی مؤثر است؟

روش

نوع پژوهش

این پژوهش بر حسب هدف، در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. به علاوه، بر حسب تحقیق از جمله طرح‌های نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه آزمایش و گواه است.

آزمودنی

جامعه آماری

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری شامل کلیه‌ی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بود.

نمونه پژوهش

به‌منظور اجرای طرح، ۳۰ نفر از دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله به همراه مادرانشان به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش تصادفی چندمرحله‌ای بود که در طی سه مرحله صورت گرفت. ابتدا از نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۳ به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با مراجعه به بهزیستی ناحیه‌ی انتخابی، چهار مهدکودک به‌صورت تصادفی برگزیده شدند.

برای غربالگری به والدین همه کودکان پیش‌دبستانی دختر در این ۴ مهدکودک نسخه ترجمه‌شده‌ی پرسشنامه‌ی غربالگری مهارت‌های اجتماعی-هیجانی داده شد، از بین ۹۴ کودکی که کمترین نمره را در مهارت اجتماعی-هیجانی داشتند تعداد ۳۰ کودک انتخاب شدند. مادران این کودکان به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند.

از ارزیابی مریبان و گزارش مادران نیز جهت شناسایی کودکانی که صلاحیت لازم را در مهارت‌های اجتماعی-هیجانی نداشتند استفاده شد. معیارهای ورود به این تحقیق جنسیت مؤنث، گرفتن نمره پایین در پرسشنامه، عدم وجود اختلال روانی در مادر و کودک، عدم برخورداری از هر درمان روان‌شناختی دیگر در مادر و کودک و تحصیلات مادر باید از دیپلم به بالا باشد. ملاک‌های

^۱ Miller

اضطراب جدایی، جامعه‌پذیری یا مهارت‌های ارتباطی با همسالان و رفتارهای تغذیه تقسیم و با ۵۰ گویه در مقیاس پنج امتیازی لیکرت (۱= هرگز تا ۵ = همیشه) اندازه‌گیری می‌شود.

غربالگری اختلال‌های اجتماعی-هیجانی از لحاظ روان‌سنجی به شش زیر مقیاس مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های زندگی روزمره، رفتارهای فزون‌کنشی/بی‌توجهی، رفتارهای سازش‌نیافته،

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان

جلسه	رتوس مطالب
جلسه اول	والدین به معرفی خود و خانواده‌هایشان و شرح ویژگی‌های فرزند خود می‌پردازند. اهداف درمانی توسط درمانگر شرح داده می‌شود و تأکید آموزش در این جلسه بر پیدایش حساسیت درباره فرزندان و دادن پاسخ همدلانه است. جلسه اول با دادن تکلیفی درباره آشنایی و شناخت هیجان‌های کودک و دادن پاسخ‌های انعکاسی پایان می‌یابد.
جلسه دوم	درمانگر در این جلسه بر آماده کردن والدین برای نخستین جلسه بازی در منزل تمرکز می‌کند. سپس با مرور جلسه قبلی، پاسخ همدلانه را از طریق نقش بازی کردن و نمایش با جزئیات بیشتری آموزش می‌دهد به‌طور کلی در این جلسه اصول اصلی بازی درمانگری والدینی به والدین آموزش داده می‌شود. والدین به اتاق بازی می‌روند تا با فضای آن آشنا شوند. فهرستی از اسباب‌بازی‌های مورد نیاز به والدین ارائه می‌شود. زمان و مکانی مناسب برای برگزاری جلسات بازی در خانه توسط والدین انتخاب می‌شود. پس از این جلسه، والدین جلسات بازی را با فرزندانشان آغاز می‌کنند.
جلسه سوم	والدین نخستین جلسه بازی برگزار شده و مشکلاتی که با آن برخورد کرده‌اند را برای درمانگر شرح می‌دهند. با مرور تکالیف جلسات قبل، در این جلسه باید‌های بازی به والدین آموزش داده شد. به‌علاوه والدین می‌آموزند چگونه، پس از هر جلسه بازی به نوشتن شرح آن جلسه بپردازند.
جلسه چهارم	این جلسه با مرور تکالیف جلسه قبل، گزارش والدین از جلسات بازی و نشان دادن یکی از فیلم‌های والدین و نقد و بررسی آن آغاز می‌شود. در این جلسه چرایی و چگونگی تعیین حدودرها و اجرای آن کامل‌تر از جلسات قبل آموزش داده می‌شود.
جلسه پنجم	گزارش جلسات بازی و فیلم‌های والدین با پیشنهادها و راهنمایی‌های درمانگر همراه می‌شود تمرکز آموزش در این جلسه بر چرایی اهمیت حق انتخاب دادن به کودک و چگونگی اعمال این روش برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان است. این روش مکمل روش محدودیت گذاشتن است که در جلسات قبلی آموزش داده شد.
جلسه ششم	در این جلسه افراد گروه به نقد و بررسی بازی والدین با یکدیگر، به‌خصوص در مورد مهارت‌های حق انتخاب دادن و محروم کردن می‌پردازند. آموزش اصلی در این جلسه بر اهمیت اعتمادبه‌نفس و چگونگی ایجاد و افزایش اعتمادبه‌نفس در کودک متمرکز است.
جلسه هفتم	با بررسی و مرور تکالیف جلسه قبلی، روش ترغیب کردن به‌جای تحسین کردن، به‌علاوه محدودیت دادن به‌صورت پیشرفته با کمک تکنیک حق انتخاب آموزش داده می‌شود. والدین موقعیت‌های مختلف را با تمرکز بر آموزش جدید نقش بازی می‌کنند. تکالیف جلسه معین می‌شود. به‌طور کلی درمانگر در جلسات آخر به نگرانی‌های والدین درباره مشکلات درازمدت و بحرانی کودکان پاسخ می‌دهد.
جلسه هشتم	گزارش کلی جلسات بازی از والدین دریافت می‌شود. درمانگر اصول بازی‌درمانی فیلیال را مرور کرده و والدین ارزیابی خود را در مورد این تجربه و نحوه تغییر خود، فرزندانشان و تغییر سایر والدین را با یکدیگر در میان می‌گذارند. به‌علاوه آن‌ها تشویق می‌شوند تا نقش خود را بپذیرند و جلسات بازی را با کودک خود ارائه دهند.

هشت جلسه دوساعته بود که به آموزش بازی درمانی فیلیال اختصاص داده شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

به‌منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار، و جهت بررسی تأثیر مداخله صورت گرفته و کنترل نمرات پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. درنهایت برای انجام عملیات آماری از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس» بهره گرفته شد.

نتایج

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد، نتایج نشان داد میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً اختلافی ندارند، اما میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش (۱۶۷/۸۷) به میزان قابل توجهی از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل (۱۵۷/۵۳) افزایش یافته است. جهت کنترل اثر پیش‌آزمون و بررسی دقیق‌تر تأثیر متغیر مستقل بر گروه آزمایشی و کنترل از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم در آزمون کوواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون پیش‌فرض همگنی ضرایب رگرسیون نشان داد از آنجایی که مقدار آماره F این آزمون برابر ۰/۷۹ و سطح معناداری برابر با ۰/۴۶ و بزرگ‌تر از ۰/۵ بود، بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون لوین را نشان می‌دهد که سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۵ است؛ پس پیش‌فرض

در نسخه ترجمه‌شده فارسی این پرسشنامه ضریب همسانی درونی کل مقیاس برابر ۰/۸۱ و کمترین و بیشترین میزان آن برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۶۱ (نشانه‌های اضطراب جدایی) و ۰/۷۷ (رفتار سازش‌نیافته-فزون‌کنشی) بود. افزون بر این، همبستگی‌های مثبت معنادار نمره‌های پرسشنامه با نمره‌های نظام مبتنی بر تجربه آشناباخ^۱ (سن ۱/۵ تا ۵ سال) نیز حاکی از روایی همگرایی پرسشنامه در کودکان ایرانی بود. روایی محتوا و ملاک این پرسشنامه توسط اشتنباخ و ادل بروک در سال ۱۹۸۱ مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس اصلی برابر با ۰/۸۶ و برای زیر مقیاس‌های آن از ۰/۵۲ (اضطراب جدایی) تا ۰/۷۷ (رفتارهای فزون‌کنشی) گسترده شده‌اند. روایی همگرایی پرسشنامه نیز از طریق همبستگی مثبت و معنادار با نمره فهرست رفتاری [۳۱]، پرسشنامه غربالگری رفتاری تادلر [۳۲] و ملاک‌های تشخیصی دی. اس. ام. - تی. وی.^۲ [۳۳] به‌گونه‌ای نیرومند مورد تأیید قرار گرفته است؛

(۲) خلاصه جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

شیوه اجرای تحقیق

با توجه به طرح پژوهش، برنامه‌ی هدفمند آموزشی برای آموزش به مادران برگزیده شده به‌صورت تصادفی طرح‌ریزی شد. آموزش شامل دو بخش بود: ابتدا معرفی و ارائه تعریف و شرحی از هر یک از مهارت‌ها و بخش دوم انجام تمرین‌های مربوط به آن جلسات و انجام نمایش و نشان دادن فیلم‌های آموزشی لازم به مادران و درنهایت محول ساختن تکالیفی در منزل. این دوره،

^۱ ASEBA

^۲ DSM TV

^۳ SPSS

همگنی واریانس‌ها تأیید می‌گردد ($.05 < .19$ ، $Sigs = .24$) =
 جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون شاپیرو-ویلک را نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از $.05$ است پس پیش‌فرض نرمال بودن نمرات تأیید می‌گردد ($.05 < .15$ و $Sigs = .91$) = F .

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	متغیر
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۱۶۷/۸۷	۴/۶۵	۱۵۷/۶۷	۴/۵۷	گروه آزمایش	مهارت‌های اجتماعی-هیجانی
۱۵۷/۵۳	۷/۲۵	۱۵۸/۰۷	۸/۸۴	گروه کنترل	

جدول ۳. پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی با توجه به متغیرهای مورد مطالعه در آزمون لوین

متغیرها	F	DF1	DF2	معناداری
مهارت‌های اجتماعی-هیجانی	۲/۲۴	۱	۲۸	۰/۰۹

جدول ۴. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پس‌آزمون با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک

متغیرها	گروه	آماره	DF	معناداری
مهارت‌های اجتماعی-هیجانی	آزمایش	۰/۹۱	۱۵	۰/۱۵
	کنترل	۰/۹۳	۱۵	۰/۳۷

جدول ۵. تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در مقیاس مهارت‌های اجتماعی-هیجانی

مربع میانگین	f	Df	معناداری	اندازه اثر	قدرت آزمون
۹۲۹/۲۴	۲۳۳/۵۷	۱	۰/۰۰۳	۰/۸۹	۱/۰۰۰
۲۲۳/۰۷	۹۷/۱۰۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰۰

بازی درمانی فیلپال بر افزایش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی مؤثر است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های صاحب‌نظران زیادی همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش با یافته [۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹] همخوان است. این هم‌سوئی از آن جهت است که سیستم خانواده و ارتباط مادر-کودک به‌عنوان عاملی اساسی در مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در نظر گرفته شده است، حیطة‌ای که جدیداً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، عدم ارتباط صحیح والد و کودک و سبک والدینی نامناسب عامل خطر اختصاصی برای عدم مهارت‌های اجتماعی-هیجانی می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت، مهم‌ترین دلیل افزایش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در کودکان تغییر نوع ارتباط والد با کودک است.

با تغییر رفتار والد، تغییر در رفتار کودک نیز به دنبال خواهد آمد و بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان که ریشه در تعاملات پرخاشگرانه والدین دارد، بهبود می‌یابد [۴۰]. تغییر در نوع نگرش والدین نسبت به فرزندانشان و سبک فرزند پروری از دلایل دیگر این تغییرات می‌باشد، فضا و بافت خشن خانواده و نیز فرزندپروری خشن باعث بروز افزایش رفتار ناسازگارانه در کودکان می‌گردد؛ بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که با بهبود بافت خانواده و شیوه تعامل اعضا با یکدیگر و مخصوصاً بهبود تعامل والدین با کودک، شاهد کاهش رفتارهای ناسازگارانه کودک باشیم. از آنجاکه می‌توان برخی از فرایندهای اثربخش درمان که جز مهمی از بازی درمانگری است را به بازی درمانگری فیلپال نیز انتقال داد مانند برون‌ریزی، تخلیه هیجانی و بیان احساس، این اثرات تأثیر عمده‌ای در بهبود رابطه کودک با والد می‌گذارد.

نتایج جدول ۵، تحلیل کوواریانس عضویت گروهی بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد. نتایج بیان می‌کند که نمرات پیش‌آزمون مهارت‌های اجتماعی-هیجانی رابطه معنی‌داری با نمرات پس‌آزمون دارد. با حذف تأثیر این متغیر، بین میانگین تعدیل شده نمرات مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < .1$). بدین معنی که بازی درمانی به شیوه فرزند درمانی بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی مؤثر است. لذا فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. میزان تأثیر برابر ۶۴٪ می‌باشد، یعنی ۶۴ درصد از واریانس نمرات مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در مرحله پس‌آزمون ناشی از عضویت گروهی است.

توان آماری آزمون ۱۰۰٪، حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. میانگین تعدیل شده نمرات مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش (۱۶۴/۸۷) نشان از بالاتر بودن این نمرات نسبت به گروه کنترل (۱۵۸/۰۵) دارد.

این یافته به این معناست که درمان انجام شده بر روی گروه آزمایش، مؤثر بوده و توانسته مهارت‌های اجتماعی، هیجانی کودکان را افزایش دهد و این افزایش از لحاظ آماری معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی فیلپال بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش

- 5- Thompson, R. A. & Raikes, H. A. (2006). The Social and Emotional Foundations of School.
- 6- Heckman. J. (2000). Invest in the very young. Chicago IL: Ounce of prevention fund & the University of Chicago, Harris school of public policy studies.
- ۷- احمدی، علی‌اصغر. (۱۳۸۹). خلاق‌های موجود در نظام تعلیم و تربیت ایران. انتشارات: رسانه تخصص.
- 8- Stormont, M. (2002). Externalizing behavioral problem in young children: contributing factors early intervention. *Psychology in the Schools*.
- 9- Cohen, M., Domburgh, V., Vermerien, R., Geluk, CH. & Doreljjers, TH. (2012). Externalizing Psychology and persistence of offending in childhood first-time arrestees. *Eur child Adolesc Psychiatry*, 21:243-251.
- 10- Laving, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K. Arend, R., Rosenbaum, D., Bins, H., Dawson, N Sobel, H., & Issacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214
- 11- Arnold, D.H., Brown, S.A., Meagher, S., Bakerm C.N., Dobbs, J., & Doctoroff, G.L. (2006). Preschool-based program for externalizing problems. *Education and Treatment of Children*, 29, (2), 311-399
- 12- EspenSe, S. H. (2003). Social Skills Training with Children and Young people: Theory, Evidence and Practice. *Child and Adolescent Mental Health*. 8, 2, 2003, 84-96.
- 13- Piaget, J. (1965). The moral judgement of the child. New York: Free Press. (Original work published 1932).
- ۱۴- گلدارد، کاترین و گلدارد، دیوید (۱۳۸۹، ۲۰۰۰). راهنمای عملی مشاوره با کودکان. ترجمه: زهرا ارجمندی. تهران: انتشارات اندیشه آور.
- 15- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376-390. doi:10.1037/0735-7028.36.4.376.
- 16- Landreth, G.L. (2002). Play therapy: The art of play the relationship (2nd Ed). New York Brunner-Routledge

۱۷- جان بزرگی، مسعود؛ نوری، ناهید و مستخدمین حسینی، خیرالنسا (۱۳۸۵). بررسی رابطه ساخت ارزشی خانواده با حرمت خود دانش آموزان. دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد: روانشناسی بالینی و شخصیت، سال سیزدهم شماره ۱۹، صص ۵۳-۶۴.

کودکی که قادر نیست در موقعیت‌های روزمره زندگی این برون‌ریزی‌های هیجانی را داشته باشد، می‌تواند در جریان بازی با والد این موضوع اتفاق افتد.

حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس‌ها از سوی آن‌ها، تلاش برای درک این احساس‌ها و عدم قضاوت یک‌جانبه، سبب در هم شکستن بازداری و چرخه‌های ارتباطی معیوب بین والد و کودک و از بین رفتن رفتارهای ناشایست در کودک می‌گردد. بنابراین عدم آگاهی و بی‌اطلاعی والدین از والدگری صحیح عامل بسیاری از مشکلات کودکان به شمار می‌رود. از این رو در روش بازی درمانگری والدینی، درمانگر بر آن است که با آگاهی رساندن به والدین در زمینه ایجاد محیطی سرشار از پذیرش و خالی از قضاوت که ارتباط والد کودک را بهبود می‌بخشد، زندگی کودک را برای تحول و حرکت او به سمت خودشکوفایی مهیا کند. این شیوه درمانی با افزایش احساس اثرمندی در والدین از میزان اضطراب آن‌ها می‌کاهد و این کاهش اضطراب خود باعث بهتر عمل کردن والدین در مقابل رفتارهای ناسازگارانه کودکانشان می‌شود. لازم به ذکر است که نتایج پژوهش حاضر محدود به جامعه‌ای است که در پژوهش شرکت داشته‌اند و قابل تعمیم به دیگر جامعه‌های پژوهشی نیست، هم‌زمانی اتمام جلسات با اتمام سال تحصیلی لذا امکان پیگیری جهت بررسی حفظ نتایج مثبت درمانی مقدور نبود. همچنین عدم وجود تحقیقات کافی در ایران در مورد بازی درمانی به شیوه فیلیال و نبود تحقیقات کافی در مورد درمان‌های متفاوت بر روی مهارت‌های اجتماعی-هیجانی برای مقایسه با نتایج این پژوهش از محدودیت‌های عمده این تحقیق بود؛ بنابراین مهم‌ترین کاربرد این پژوهش می‌تواند اثربخشی آن در زمینه کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش مهارت‌های اجتماعی مورد پسند جامعه باشد.

این روش می‌تواند به منظور افزایش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی به والدینی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند توسط درمانگرانی که با کودکان کار می‌کنند یا روانشناسان و روانپزشکان آموزش داده شود. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم بیشتر یافته‌ها، طرح در جامعه دختر و پسر نیز اجرا شود.

منابع

- 1- Kendall, P.C. (2000). Childhood Disorders. East Sussex: Psychology Press Ltd
- 2- Thompson, R. A. & Raikes, H. A. (2006). The Social and Emotional Foundations of School.
- 3- Squires, J. (2002). The importance of early identification of social and emotional difficulties in preschool children. Center for international rehabilitation.
- 4- Mendez, J. M. C., Dermott, P., & Fantuzzo, J. (2002). Identifying and promoting social competence with African-American preschool children: Developmental and contextual considerations. *Psychology in the Schools*, 39, 111-123.

- مریم، (۱۳۸۹). پرسشنامه غربالگری اختلال‌های اجتماعی - هیجانی کودکان پیش‌دبستانی: یک مطالعه رواسازی متقاطع، فصلنامه روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۲، صص ۷-۲۶.
- ۳۱- Richman, N., Stevenson, J., & Graham, P. J. (1982). Pre-school to school: A behavioral study. London: Academic Press.
- ۳۲- Motoun-Semien, P., McCain, A. P., & Kelly, M. L. (1997). The Development of Toddler Behavior Screening Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(1), 59- 64.
- ۳۳- Keenan, K., & Wakschlag, L. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 33-46.
- ۳۴- Ray, D. (2006). Evidence- Based play Therapy. In C. E. Schaefer & H.G. Kaduson (Ed.), *Contemporary Play Theory, Research, and Practis*. (PP. 136-157). New York, London: The Guilford Press
- ۳۵-Garza, Y., Watts, R., Kinsworthy, S (2010). Filial Therapy: A Process for Developing Strong Parent-Child Relationships. *The Family Journal: ounseling And Therapy for Couples and Families*, Vol. 15. No. 3, July 2007 277-281
- ۳۶- Jafari, N., Mohammadi, M. R., Khanbani, M., Farid, S., & Chiti, P. (2011). Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iran J Psychiatry*, 6(1), 37-42.
- ۳۷- Jang M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International J Play Therapy*. 2: 39-56.
- ۳۸- Carens-Holt, K. (2012). Child- Parent Relationship Therapy for Adoptive Families. *The Family Journal*, 20(4), 419-426.
- ۳۹- Alivandi- Vafa, M., Islamii, H. (2010). Parent as agents of change: What filial therapy has to offer? *Social and Behavioral Sciences*, 5, 2165-2173.
- ۴۰- Vanfleet, R. (2011). Filial therapy: what every play therapist should know? *British association of play therapy*. 67, 18-24.
- ۱۸- لندت، گری (۱۳۹۰). بازی‌درمانی هنر برقراری ارتباط. مترجم: داورپناه. تهران: رشد.
- 19- Guerny, L.F (1981). Parental acceptance and foster parent. *Journal of clinical psychology*, 10, 27-32
- 20- Landreth, Garry L. Bratton, Sue C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT)*. New York: Taylor Francis group.
- ۲۱- قادری، نیلوفر؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ شعیری، محمدرضا (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی‌درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک، دومهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد: روانشناسی بالینی و شخصیت، سال سیزدهم، شماره ۱۹، صص ۸۴-۷۵.
- 22- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of play the relationship* (2nd Ed). New York Brunner-Routlege
- 23- Jennifer E. (2012) *Strengthening Foster Parent-Adolescent Relationships through Filial Therapy*. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 20(4) 427-432.
- 24- Cornett, N. (2012). A Filial Therapy Model through a Family Therapy Lens: See the Possibilities. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 20(3) 274-282.
- 25- Sangganjanavanich, V., Cook, K., Rangel-Gomez., M (2010). Filial Therapy with Monolingual Spanish-Speaking Mothers: A Phenomenological Study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 18(2) 195-201.
- 26- Garza, Y., Watts, R., Kinsworthy, S (2010). Filial Therapy: A Process for Developing Strong Parent-Child Relationships. *The Family Journal: ounseling And Therapy for Couples and Families*, Vol. 15. No. 3, July 2007 277-281
- 27-Taylor, D.D., Purswell, k., Lindo. N., Jayne, K, FEMANDO, D. (2011). The impact of child parent relationship therapy on child behavior and parent-child relationship: An examination of parental divorce. *International Journal of Play Therapy*, 20(3), 124-137.
- ۲۸- مصطفوی، سیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قرایی، جواد (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد- کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان، روانشناسی معاصر، ۵، صص ۷۱۸-۷۱۲.
- 29- Miller, D.C., Micgie, A., & Miller, M.A (2000). *Kindergarten Inventory of Social/ Emotional Tendencies (KIST)*. *Kindergarten Interventions and Diagnostic Services*.
- ۳۰- دادستان، پریخ؛ عسگری، علی؛ رحیم زاده، سوسن و بیات

نقش عوامل شخصیتی و انگیزشی در استفاده از فیس بوک

سالومه قاصدی مرکیه^۱، سیاوش طالع پسند^{۲*}، اسحاق رحیمیان بوگر^۳

۱. دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

چکیده

مقدمه: امروزه فیس بوک به عنوان یکی از مطرح ترین تارنماهای شبکه اجتماعی شناخته شده است و عوامل متعددی از جمله شخصیت و انگیزه های فردی می تواند در نحوه چگونگی و میزان استفاده کاربران از این تارنمای شبکه اجتماعی تأثیر گذار باشد. این مطالعه باهدف بررسی نقش عوامل شخصیتی و انگیزشی کاربران در استفاده از فیس بوک انجام شد.

روش: شرکت کنندگان ۵۴۰ نفر از کاربران عضو فیس بوک بودند که با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند. همه آنها فرم الکترونیکی پرسشنامه پنج عاملی تو و پرسشنامه سنجش انگیزه و عملکرد کاربران فیس بوک سمنان را تکمیل کردند. داده ها با روش همبستگی کانتی تحلیل شدند.

نتایج: یافته ها نشان داد سطوح بالای روان رنجور خویی و سطوح پایین وظیفه شناسی بیشتر از عملکردهای تبادلی / گروهی و ارتباطی استفاده می کنند. سطوح بالای روان رنجور خویی و سطوح پایین سازگاری با سطوح بالای انگیزه های فرار از واقعیت و عادت مرتبط بود. سطوح بالای انگیزه های خود بیانگری، ارتباطی و فرار از واقعیت با عملکردهای ارتباطی، تبادلی / گروهی و خبری / دریافت اطلاعات مرتبط بود.

بحث و نتیجه گیری: انگیزه و ویژگی های شخصیتی کاربران ایرانی می توانند به عنوان عامل های پیش بینی کننده عملکرد آنها در فیس بوک مطرح باشند.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۱۱۴-۱۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۰۶

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 105-114

کلید واژه ها: شخصیت، انگیزش، فیس بوک

*Email: stalepasand@semnan.ac.ir

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

اینترنت مدرن محصولی از ترکیب تمام فناوری‌های ارتباطی پیشین است که ورای مرزهای جغرافیایی/ فیزیکی و اجتماعی، جهان را مبدل به یک دهکده نموده و سبب شده است که افراد ارتباط بسیار نزدیکی داشته باشند [۱]. اینترنت قابلیت ارسال حجم بالایی از اطلاعات (همانند تلویزیون) و ایجاد محیطی صمیمی برای گفتگوهای میان فردی (همانند تلفن) را به‌طور هم‌زمان برای افراد بی‌شماری فراهم ساخته است [۲]. با گسترش اینترنت، تارنماهای شبکه اجتماعی^۱ باهدف‌های ارتباطی راه-اندازی شدند و از طریق آن‌ها روابط برخط^۲ می‌توانستند ایجاد، حفظ و پایان یابند [۳]. همچنین این شبکه‌ها توانستند موجب برقراری ارتباط بین افراد، گروه‌ها و شرکت‌ها شوند [۴]. در این میان، فیس‌بوک^۳ به‌عنوان یک تارنمای شبکه اجتماعی رایانه-رسانه‌ای به‌سرعت توانست به یکی از ابزارهای پرمخاطب ارتباط جمعی تبدیل شود [۲]. به‌طوری‌که امروزه به‌عنوان دومین تارنمای پربازدید اینترنتی در دنیا شناخته‌شده است [۵] که بیش از یک میلیارد نفر از آن استفاده می‌کنند [۶]. هرچند آمار دقیقی از تعداد کاربران ایرانی عضو فیس‌بوک در دست نیست؛ اما نفوذ ۳۱ درصدی فیس‌بوک در میان کاربران اینترنت در ایران نشان‌دهنده علاقه شدید آن‌ها به حضور در این شبکه بزرگ اجتماعی مجازی است [۷].

فیس‌بوک توسط مارک زوکربرگ^۴ در سال ۲۰۰۴ به‌منظور حفظ روابط دانشجویان دانشگاه هاروارد طراحی شد [۸]. اما طولی نکشید که صفحه‌های اصلی تارنمای خود را به زبان‌های مختلف مجهز کرد و باعث رشد چشم‌گیر خود شد [۹]. کاربران فیس‌بوک اطلاعات شخصی خود را در قسمتی به نام نمایه^۵ بیان می‌کنند. این اطلاعات باعث می‌شود، کاربران قبل از آشنایی یکدیگر را بشناسند و همچنین بتوانند افراد موردنظر خود را بیابند. البته نحوه بیان هویت افراد، به انگیزه آن‌ها برای استفاده از این تارنما بستگی دارد [۸]. عملکرد کاربران در فیس‌بوک شامل عملکردهای مرتبط به دوستی (دیدن/خواندن نمایه و دیوار نگارش^۶ دیگران، افزودن دوستان، جستجوی نمایه دوستان، دادن درخواست دوستی)، تبادل/گروهی (دیدن، ساختن، پیوستن و تبادل با گروه‌ها)، تجاری (دیدن فیلم، سرگرمی‌ها و بازی‌ها، جستجو و برقراری تعامل با صفحه سازمان‌ها)، خبری/دریافت اطلاعات (به‌روزرسانی و خواندن وضعیت‌ها^۷ و پوشش خبری^۸، دیدن عکس‌ها و خواندن دیوار نگارش خود)، ارتباطی (ارسال و خواندن پیام شخصی، گپ^۹ و نظر دادن) و آگاهی‌رسانی (ساختن رویدادها و دعوت‌نامه‌ها و همچنین پاسخ دادن به آن‌ها) است

[۵]. علاوه بر این امروزه کاربران فیس‌بوک از این تارنما برای تبادل اخبار و اطلاعات نیز استفاده می‌کنند [۱۰]. شایان ذکر است یافته‌ها نشان داده‌اند؛ با گذر زمان شیوه استفاده افراد از این تارنما تغییر می‌کند [۱۱]. به نظر می‌رسد ویژگی‌های شخصیتی یکی از عوامل‌هایی است که می‌تواند در استفاده از فیس‌بوک تأثیرگذار باشد [۱۲، ۱۳ و ۱۴]. ویژگی‌های شخصیتی سبک‌های فراگیر احساس کردن، رفتار کردن و اندیشیدن هستند [۱۵]. یکی از نافذترین نظریه‌های شخصیتی معاصر مدل پنج عامل بزرگ شخصیتی است [۱۶]. این مدل، شخصیت را متشکل از پنج عامل اصلی؛ روان‌رنجورخوبی، برونگرایی، تجربه‌پذیری، سازگاری و وظیفه‌شناسی می‌داند که هر یک از این عامل‌ها از طریق شش صفت مشخص می‌شوند [۱۷]. در این راستا پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیتی نئو توسط کاستا و مک-کری برای ارزیابی پنج عامل شخصیت ساخته شد [۲]. نخستین صفت روان‌رنجورخوبی است که به آن بی‌ثباتی هیجانی نیز می‌گویند، احساسات منفی همچون احساس گناه، ترس، غم، برانگیختگی و خشم مهم‌ترین مشخصه‌های آن است [۱۸]. افراد روان‌رنجورخو زمان زیادی را به‌صورت برخط صرف می‌کنند [۱۹] و بیشتر تمایل دارند از گپ [۲۰] و ارسال پیام فوری^{۱۰} استفاده کنند [۲۱ و ۲۲] و مؤلفه محبوب آن‌ها در فیس‌بوک، دیوار نگارش است [۲۱]. آن‌ها اطلاعات شخصی بیشتر و تصاویر کمتری روی نمایه خود قرار می‌دهند [۱۲]. برخی مطالعات بیان کرده‌اند، افرادی که دارای سطوح بالای روان‌رنجورخوبی هستند احتمالاً از اینترنت اجتناب می‌کنند [۲۳]. هرچند شواهد تجربی این فرضیه را رد کرده است و یافته‌ها نشان داده‌اند، افراد روان‌رنجورخو برای اجتناب از تنهایی و کسب حمایت اجتماعی از اینترنت به‌طور مکرر استفاده می‌کنند [۱۳ و ۲۴] و از این‌رو نسبت کاربران اینترنتی با روان‌رنجورخوبی بالا به کاربران برونگرا را بیشتر برآورد کرده‌اند [۲۲]. برونگرایان عموماً ماجراجو، اجتماعی و پرحرف هستند درحالی‌که ویژگی بارز درون‌گرایان کم‌حرفی و خجالتی بودن است [۱۴]. صفت برونگرایی با استفاده از تارنماهای شبکه اجتماعی از جمله فیس‌بوک همبستگی دارد [۲۲]. افراد برونگرا روابط اجتماعی بیشتری دارند [۱۹] و زمان بیشتری را در تارنماهای شبکه اجتماعی از جمله فیس‌بوک می‌گذرانند [۲۱]. آن‌ها در فیس‌بوک فعالیت‌های گسترده‌ای را انجام می‌دهند [۲]. اطلاعات و تصاویر بیشتری را ارسال می‌کنند [۲۱ و ۲۲]. گرچه بیشتر این اطلاعات در زمینه افکار و فعالیت‌های آن‌ها است و کمتر اطلاعات شخصی خود را روی نمایه فیس‌بوک قرار می‌دهند [۱۲]. برخی پژوهشگران بیان کرده‌اند، برونگرایی با تعداد دوستان در تارنمای فیس‌بوک ارتباط معناداری ندارد [۲]. اما مطالعات دیگری این فرضیه را رد کرده و همبستگی مثبتی بین برونگرایی و تعداد دوستان یافته‌اند [۱۲ و ۲۱]. با این حال، افراد برونگرا زمان کمتری را صرف گپ می‌کنند [۱۹]؛ زیرا روابط رودررو را ترجیح می‌دهند [۲۱]. این درحالی

¹ Social Networking Site

² online

³ Facebook

⁴ Mark Elliot Zuckerberg

⁵ profile

⁶ Wall Post

⁷ Status

⁸ news feed

⁹ Chat

¹⁰ Instant Messaging

ترجیح می‌دهند به جای استفاده از فیس‌بوک بر هدف‌های اصلی-شان متمرکز باشند، از این‌رو افراد وظیفه‌شناس بیشترین زمان برخط بودنشان را صرف حرفه‌های علمی به جای فعالیت‌های تفریحی می‌کنند [۱۹] در واقع وظیفه‌شناسی ارتباط منفی با استفاده از تارنماهای تفریحی دارد [۲ و ۲۴].

علاوه بر ویژگی‌های شخصیتی، انگیزه کاربران نیز در استفاده آن‌ها از فیس‌بوک دخیل است. دانستن اینکه چه انگیزه‌هایی در افراد موجب اشتراک‌گذاری اطلاعات می‌شود، برای گسترش شیوه‌های ارتباطی جدید بسیار حائز اهمیت است [۲۵]. استفاده افراد از وسایل ارتباطی به‌گونه‌ای هدف‌گرا است. به عبارت دیگر هر فردی فناوری ارتباطی معینی را که بیشتر در خدمت نیازهایش باشد به سایر ابزارهای ارتباطی ترجیح می‌دهد [۲۶]. از این‌رو بیشترین تمرکز پژوهش‌های اخیر بر نظریه استفاده و رضامندی^۲ اینترنت به صورت کلی بوده است [۲۵ و ۲۶] نظریه استفاده و رضامندی یک دیدگاه ارتباطی است که بر چگونگی و چرایی استفاده افراد از رسانه‌ها برای رسیدن به خواسته‌ها و نیازهای میان‌فردی‌شان متمرکز است [۲۷ و ۲۸]. موضوع اصلی این نظریه بررسی انگیزه‌های افراد برای استفاده از رسانه‌ها، عامل‌های تأثیرگذار بر این انگیزه‌ها و پیامدهای ناشی از چنین ارتباطاتی است. این نظریه بیشتر بر انگیزه‌های استفاده از رسانه‌های دیجیتال، به‌ویژه اینترنت و تارنماهای شبکه اجتماعی تمرکز دارد [۲۵]. پژوهشگران بر اساس این دیدگاه سنتی بیان کرده‌اند، اینترنت فقط یک نهاد، شامل ابزارهای ارتباطی متفاوت (همچون تارنما، تابلوی اعلانات و گپ) نیست، بلکه هر یک از این موارد ممکن است برای هدف‌های گوناگونی تعبیه شده باشند [۲۹].

تارنماهایی همچون فیس‌بوک به‌عنوان ابزاری برای معرفی شخص عمل می‌کنند که بی‌شکایت با تارنماهای شخصی نیستند. فیس‌بوک به کاربران خود اجازه ارسال پیام فوری و همچنین استفاده از گپ و سایر امکانات را می‌دهد؛ بنابراین، این تارنما می‌تواند موجب جلب رضایت افراد برای برطرف کردن نیازهای متنوع ارتباطی‌شان باشد [۲۶، ۳۰، ۳۱، ۳۲]. پاپاچریسی^۳ و مندلسون^۴ برای استفاده از فیس‌بوک انگیزه‌های: تعاملات اجتماعی، ایجاد روابط دوستانه جدید، مصاحبت، اشتراک‌گذاری اطلاعات و تصاویر، سرگرمی، گذراندن زمان، لذت‌بخشی و تمایلات جدید، فرار از واقعیت و پیشرفت شغلی را بیان کرده‌اند [۱۱]. برای برخی افراد، فیس‌بوک در درجه اول فرصتی برای برقراری ارتباط با افرادی است که آن‌ها را از قبل می‌شناختند و در درجه دوم فرصتی برای جستجو و آشنایی با افراد جدید است [۳۳]. فیس‌بوک در زمینه روابط دوستی، می‌تواند سه انگیزه: حفظ روابط راه دور، سازمان دادن فعالیت‌های اجتماعی و همچنین ایجاد روابط جدید را پشتیبانی کند. علاوه بر این، افراد برای مقاصد عاشقانه-عاطفی نیز از این تارنما استفاده می‌کنند. هرچند تعداد افرادی که از فیس‌بوک برای چنین هدفی استفاده

است که، یافته‌های ریان و همکارانش همبستگی مثبت معناداری بین برون‌گرایی و کارکردهای ارتباطی فیس‌بوک از قبیل گپ، پیام، نظردادن و دیوار نگارش را نشان می‌دهد. از سوی دیگر، با وجود یافته‌های ورلی^۱ مبنی بر عدم ارتباط بین صفت برون‌گرایی و عضویت در گروه‌های متعدد؛ برخی پژوهشگران ارتباط معناداری بین این دو عامل گزارش کرده‌اند [۲]. در واقع افراد برون‌گرا شبکه‌های اجتماعی را جانشینی برای روابط میان‌فردی خود نمی‌دانند، بلکه از آن به‌عنوان مکانی برای برقراری ارتباط با دوستان، اشتراک‌گذاری اطلاعات و عقایدشان استفاده می‌کنند [۱۲]. در مقابل، افراد درون‌گرا به‌منظور برقراری ارتباط غیرمستقیم و تقویت مهارت‌های روابط بین‌فردی ضعیفشان، تمایل بیشتری به استفاده از شبکه‌های اجتماعی همچون فیس‌بوک دارند [۱۹].

افرادی که دارای سطوح بالای تجربه‌پذیری هستند عموماً علائق وسیعی دارند و تمایل بیشتری برای کسب مهارت‌های جدید از خود نشان می‌دهند [۱۴]. در واقع تجربه‌پذیری عامل پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری برای استفاده از اینترنت به صورت کلی است [۱۹] و ارتباط مثبتی با استفاده از رسانه‌های اجتماعی و پیام فوری دارد [۲۲]. این در حالی است که گزارش برخی از مطالعات نشان می‌دهد، ارتباطی بین این صفت با استفاده از شبکه‌های اجتماعی وجود ندارد. افراد با سطوح بالای صفت تجربه‌پذیری از فیس‌بوک بیشتر به‌عنوان یک شیوه ارتباطی جدید، جستجوی اطلاعات و کسب تجربه‌های تازه استفاده می‌کنند [۲، ۱۲]. آن‌ها همچنین اطلاعات شخصی بیشتری روی نمایه فیس‌بوک خود قرار می‌دهند [۱۲].

صفت سازگاری با مهربانی، همدلی، گرمی و حس همکاری مشخص می‌شود [۱۴]. افراد ناسازگار روابط دوستانه ضعیفی دارند و احتمالاً به این خاطر، دوستان کمتری برای افزودن به نمایه فیس‌بوک خود دارند [۲]. در مقابل، افراد سازگار اگرچه ممکن است الزاماً به ایجاد یک ارتباط برخط سوق داده نشوند اما ارتباط معنی‌داری بین صفت سازگاری و استفاده از فعالیت‌های تفریحی فیس‌بوک مثل پیام‌های فوری و بازی‌های برخط وجود دارد. با وجود آنچه گفته شد مطالعات بسیار کمی در زمینه ارتباط افراد سازگار با استفاده از فیس‌بوک و سایر شبکه‌های اجتماعی وجود دارد [۲۱] و آن دسته از مطالعاتی که به بررسی این ارتباط پرداخته‌اند؛ به همبستگی معنی‌داری بین آن‌ها دست نیافته‌اند [۲، ۱۲ و ۲۲].

آخرین صفت وظیفه‌شناسی است. چنین افرادی تمایل دارند کارها را به اتمام برسانند و دارای اخلاق کاری، نظم و ترتیب هستند [۱۴]. افراد با سطوح بالای صفت وظیفه‌شناسی تصاویر کمتری ارسال می‌کنند و نسبت به افرادی که دارای سطوح پایین وظیفه‌شناسی هستند، دوستان بیشتری دارند [۱۲]. همچنین، افراد با سطوح بالای وظیفه‌شناسی از فیس‌بوک کمتر استفاده می‌کنند [۲۱] و زمان کمتری را صرف آن می‌کنند [۱۳]. آن‌ها

² Uses and Gratifications theory

³ Papacharissi

⁴ Mendelson

¹ Wehrli

روش داوطلبانه در این مطالعه شرکت داشتند. باریک‌نویسی و استیونز پیشنهاد می‌کنند به ازای هر متغیر موجود در تحلیل همبستگی کانی ۴۰ تا ۶۰ مورد در نظر گرفته شود. به این ترتیب، با توجه به تعداد ۱۱ متغیر موجود در این مطالعه در هر تحلیل، نمونه لازم ۴۴۰ تا ۶۶۰ نفر است. بر این اساس، نمونه‌ای به حجم ۵۴۰ کاربر فیس‌بوک در این پژوهش انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

۱) فرم الکترونیکی پرسشنامه شخصیتی نئو (فرم کوتاه ۶۰ سؤالی): در این پژوهش برای ارزیابی شخصیت از پرسشنامه شخصیتی نئو فرم کوتاه استفاده شد، این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط کاستا و مک‌کری تهیه شده است. این پرسشنامه پنج بعد بنیادی شخصیت را اندازه‌گیری می‌کند که به ترتیب عبارتند از: روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، سازگاری و وظیفه‌شناسی. این پرسشنامه از ۶۰ سؤال بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای تشکیل شده است. نمره ۱ برای "کاملاً مخالف" و نمره ۵ برای "کاملاً موافق" است. هر ۱۲ سؤال آن یکی از پنج عامل شخصیتی را اندازه‌گیری می‌گیرد و برخی سؤال‌ها معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مک‌کری و کاستا [۳۶] ضریب آلفای کرونباخ پنج عامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، سازگاری و وظیفه‌شناسی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۶۹ و ۰/۷۹ گزارش کردند، همچنین اعتبار بازآزمایی این آزمون بعد از دو هفته برای پنج مقیاس حدود ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای ثبات درونی در حدود ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ بود. در این مطالعه همسانی درونی فرم الکترونیک این پرسشنامه برآورد شده است (جدول ۱).

۲) پرسشنامه سنجش انگیزه و عملکرد کاربران فیس‌بوک سمنان: برای ارزیابی انگیزه‌ها و عملکردهای کاربران فیس‌بوک از پرسشنامه مذکور استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو قسمت است. قسمت اول شامل ۲۷ سؤال در زمینه عملکردهای کاربران فیس‌بوک (عملکردهای دوستی، تبادلی/گروهی، تجاری، دریافت اطلاعات، ارتباطی و آگاهی‌رسانی) است که سؤالات این بخش از پژوهش والناتین^۱ اقتباس و تعدیل شد و شرکت‌کنندگان در یک طیف پنج‌درجه‌ای (هرگز=۱ و روزانه=۵) چگونگی استفاده از این عملکردها را درجه‌بندی کردند [۳۴]. کسب نمره بالا در عملکرد دوستی بیانگر داشتن دوستان زیاد (دادن درخواست دوستی به دیگران)، در عملکردهای تبادلی/گروهی بیانگر تبادل‌های گروهی (ساختن گروه)، در عملکرد تجاری بیانگر پرداختن به فعالیت‌های شغلی و مالی (جستجوی صفحه کمپانی‌ها و سازمان‌ها)، در دریافت اطلاعات بیانگر کسب اطلاعات از سوی دیگران (خواندن دیوارنگارش خودم)، در عملکردهای ارتباطی بیانگر برقراری ارتباط وسیع با دیگران (استفاده از گپ) و در خصوص عملکرد آگاهی‌رسانی بیانگر آگاه ساختن افراد از وضعیت خود است (ساخت رویدادها و ارسال دعوت‌نامه).

قسمت دوم شامل ۳۴ سؤال در زمینه انگیزه‌های استفاده از فیس‌بوک است. والناتین با استفاده از پژوهش‌های کیم و

می‌کنند کم است، اما تفکیک انگیزه حفظ و ایجاد روابط دوستانه از روابط عاشقانه - عاطفی حائز اهمیت است [۲۶]. به‌طور کلی، انگیزه تعامل اجتماعی با برخی از عملکردهای کاربران در فیس بوک از قبیل: گپ، نظردادن، پیام شخصی و دیوارنگارش ارتباط مثبتی دارد. علاوه بر این انگیزه پیشرفت شغلی نیز با عملکردهای دیوارنگارش و پیام شخصی در ارتباط است [۱۱]. از دیگر انگیزه‌های رایج کاربران فیس‌بوک، اشتراک‌گذاری اطلاعات و تصاویر است. این تارنما به‌عنوان یکی از شبکه‌های اشتراک‌گذاری تصویر در اینترنت محسوب می‌شود که این عامل انگیزشی موجب افزایش بازدید کاربران آن شده است [۱۱، ۲۶]. این انگیزه همبستگی مثبتی با عملکردهای فیس بوک از قبیل به‌روزرسانی وضعیت‌ها و گروه‌ها دارد. در واقع این انگیزه برای عملکردهایی مورد استفاده قرار می‌گیرد که موجب ارتباط افراد با یکدیگر می‌شوند [۱۱]. یکی دیگر از انگیزه‌های مهم استفاده از تارنماهای شبکه اجتماعی و فیس‌بوک، سرگرمی است [۱۱، ۳۴] که برای بسیاری از جوانان بعد از انگیزه ملاقات و ارتباط با دوستان به‌عنوان دومین انگیزه مطرح شده است [۲۶]. سرگرمی و مصاحبت از جمله انگیزه‌هایی هستند که پیش‌بینی‌کننده عملکرد "نظردادن" است [۱۱].

خودبینگری از جمله انگیزه‌های بحث‌برانگیز است که برخی مطالعات بیان کرده‌اند گویه‌های انگیزه خودبینگری نسبت به سایر گویه‌ها کمتر رایج است [۳۰]؛ اما یافته‌های دیگری نشان می‌دهند که افراد از نمایه فیس‌بوک به‌عنوان ابزاری برای بیان خودشان به‌صورت برخط استفاده می‌کنند [۸]. گذراندن زمان نیز از جمله انگیزه‌های رایجی است که با تفاوت‌های سنی، تحصیلی و شغلی در ارتباط است [۳۵]. این انگیزه پیش‌بینی‌کننده استفاده از عملکرد دیوارنگارش [۱۱] و انگیزه‌های دیگری همچون: فرار از واقعیت، حفظ ارتباط، سرگرمی و عادت است [۳۵].

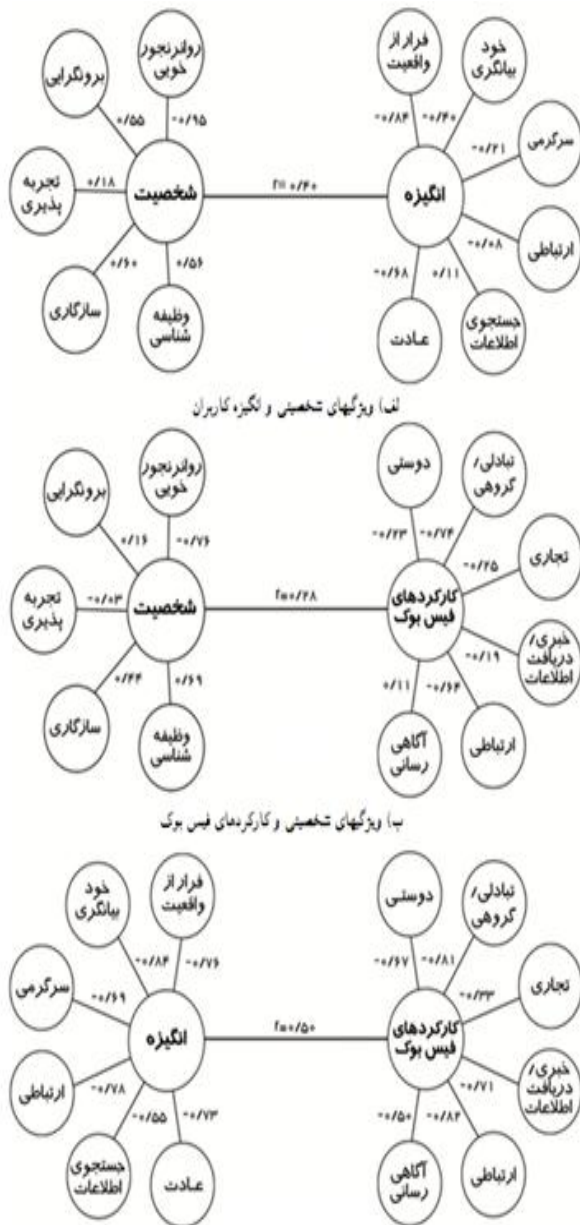
با وجود آنچه گفته شد و یافته‌های مطالعات پیشین مبنی بر بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی، انگیزه‌ها و عملکرد کاربران در فیس‌بوک؛ روشن نیست که آیا این روابط قابل تعمیم به کاربران ایرانی است یا خیر؟ همچنین، با توجه به عدم دسترسی قانونی کاربران ایرانی به فیس‌بوک این سؤال مطرح می‌شود که کاربران ایرانی با چه انگیزه‌هایی وارد فیس‌بوک می‌شوند؟ و این انگیزه‌ها چگونه با عملکرد آن‌ها مرتبط است؟ به این ترتیب، این مطالعه به دنبال پاسخگویی به این سؤال‌ها است: آیا در کاربران ایرانی ویژگی‌های شخصیتی با عملکردهای آن‌ها در فیس‌بوک مرتبط است؟ با انگیزه‌های کاربران چگونه؟ انگیزه کاربران با عملکردهای آن‌ها در فیس‌بوک چه ارتباطی دارد؟

روش آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کاربران ایرانی است که در بازه زمانی فروردین تا خرداد ۱۳۹۲ عضو فیس‌بوک و مقیم ایران بوده‌اند.

ب) نمونه پژوهش: نمونه‌ای به حجم ۵۴۰ کاربر فیس‌بوک به

^۱ Valentine



هریداکیس^۱؛ لین؛ پاپاچاریسی و روبین^۲؛ اسکیدل^۳ و کلمنت^۴ و شلدون سؤالات انگیزشی پرسشنامه استفاده و رضامندی را تهیه کرد که در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق=۵) درجه‌بندی می‌شود. شش عامل انگیزشی استفاده شده در این پرسشنامه عبارتند از: فرار از واقعیت، خودبیانگری، سرگرمی، حفظ ارتباط، جستجوی اطلاعات و عادت.

کسب نمره بالا در انگیزه فرار از واقعیت بیانگر این است که فرد برای رهایی از مشکلات از فیس‌بوک استفاده می‌کند (فیس‌بوک باعث می‌شود تا مشکلاتم را فراموش کنم)، نمره بالا در انگیزه خودبیانگری حاکی از این است که فرد از فیس بوک برای معرفی خود به دیگران استفاده می‌کند (فیس‌بوک تصویر مرا برای دیگران مجسم می‌کند)، نمره بالا در انگیزه سرگرمی بیانگر لذت‌بخش بودن و جذابیت فیس بوک است (فیس‌بوک سرگرم‌کننده است)، نمره بالا در انگیزه ارتباطی بیانگر برقراری ارتباط است (فیس‌بوک اجازه می‌دهد تا با دوستانم ارتباط برقرار کنم)، نمره بالا در انگیزه جستجوی اطلاعات بیانگر این است که فرد فیس‌بوک را شیوه‌ای برای کسب اطلاعات می‌داند (به دست آوردن اطلاعات از فیس‌بوک آسان است) و نمره بالا در انگیزه عادت بیانگر تبدیل شدن فیس‌بوک به یکی از امور روزانه فرد است (رفتن به فیس‌بوک برایم عادت شده است).

در این مطالعه پرسشنامه سنجش انگیزه و عملکرد کاربران فیس‌بوک به فارسی برگردانده و با فرهنگ ایرانی تطبیق داده شد. ضرایب همسانی درونی اجرای نهایی این پرسشنامه در این مطالعه گزارش شده است. لازم به ذکر است جزئیات مربوط به مطالعه مقدماتی و برآورد شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در اینجا گزارش نشده است.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌ها با روش همبستگی کاننی تحلیل شدند.

¹ Haridakis

² Rubin

³ Schaedel

⁴ Clement

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی ابعاد ویژگی‌های شخصیت، انگیزه‌ها و عملکردهای کاربران در فیس‌بوک

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	
۱. روان‌رنجور خوبی	۰/۸۵																	
۲. بیرونگرایی	۰/۵۳**	۰/۷۲																
۳. تجربه‌پذیری	۰/۰۱	۰/۱۹**	۰/۵۳															
۴. سازگاری	۰/۳۹**	۰/۳۳**	۰/۱۴**	۰/۶۰														
۵. وظیفه‌شناسی	۰/۳۸**	۰/۴۵**	۰/۲۲**	۰/۲۷**	۰/۷۹													
۶. فرار از واقعیت	۰/۳۳**	۰/۱۶**	۰/۰۱	۰/۱۹**	۰/۸۸													
۷. خود بیانگری	۰/۱۶**	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۹*	۰/۱۱*	۰/۵۹**	۰/۸۳											
۸. سرگرمی	۰/۱۱**	۰/۰۲	۰/۰۸*	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۵۶**	۰/۶۲**	۰/۸۴										
۹. ارتباطی	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۱۳**	۰/۰۹*	۰/۰۴	۰/۵۴**	۰/۷۷											
۱۰. جستجوی اطلاعات	۰/۰۶	۰/۰۰	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۴۷**	۰/۵۳**	۰/۷۹										
۱۱. عادت	۰/۲۶**	۰/۱۴**	۰/۰۱	۰/۱۵**	۰/۱۶**	۰/۵۷**	۰/۵۱**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۰/۷۲								
۱۲. دوستی	۰/۱۲**	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۱۱*	۰/۱۵*	۰/۳۳**	۰/۳۶**	۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۲۱**	۰/۳۲**	۰/۷۲						
۱۳. گروه	۰/۰۶	۰/۱۱*	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۲۴**	۰/۳۳**	۰/۲۲**	۰/۲۹**	۰/۲۵**	۰/۱۸**	۰/۵۲**	۰/۷۸					
۱۴. تجاری	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۱۱*	۰/۱۱**	۰/۱۴**	۰/۱۲**	۰/۱۷**	۰/۱۶**	۰/۰۹*	۰/۳۵**	۰/۴۹**	۰/۶۶				
۱۵. خبری	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۹*	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۲۴**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۲۶**	۰/۲۵**	۰/۳۷**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۵۲			
۱۶. ارتباطی	۰/۰۹*	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۱۱**	۰/۳۱**	۰/۳۲**	۰/۲۸**	۰/۳۵**	۰/۲۱**	۰/۲۹**	۰/۴۷**	۰/۵۷**	۰/۳۲**	۰/۴۷**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۰/۶۷
۱۷. آگاهی‌رسانی	۰/۱۱*	۰/۱۱*	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۰	۰/۱۷**	۰/۱۹*	۰/۱۴**	۰/۲۵**	۰/۱۵**	۰/۱۲**	۰/۳۷**	۰/۵۴**	۰/۴۰**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۰/۶۷	۲/۰۶
M	۲/۹۹	۳/۲۹	۳/۵۰	۳/۴۳	۳/۶۶	۳/۱۱	۳/۴۴	۴/۰۱	۴/۰۵	۳/۷۵	۳/۶۷	۲/۲۹	۲/۹۷	۲/۱۱	۳/۵۴	۳/۵۲	۲/۰۶	
SD	۰/۷۳	۰/۵۵	۰/۴۵	۰/۴۸	۰/۵۵	۰/۸۹	۰/۷۱	۰/۶۷	۰/۶۱	۰/۶۹	۰/۸۰	۰/۷۶	۰/۸۷	۰/۸۶	۰/۹۴	۱/۰۰	۰/۸۷	

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

**ضرایب اعتبار بر روی قطر فرعی ماتریس قرار دارند.

نتایج

اطلاعات با میانگین ۳/۵۴ و آگاهی‌رسانی با میانگین ۲/۰۶ به ترتیب بیشترین و کمترین عملکردهای فیس‌بوک هستند. نخستین سؤال این مطالعه در مورد رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و متغیرهای انگیزشی با مدل همبستگی کاننی تحلیل شد. در این مدل، همبستگی کاننی ابعاد شخصیتی و متغیرهای انگیزشی ۰/۴۰ است (شکل ۱-الف). روان‌رنجور خوبی و سازگاری به ترتیب با ۰/۹۵- و ۰/۶۰- بیشترین بارهای کاننی را بر روی متغیر مکنون ویژگی شخصیتی دارند. ضریب بسندگی و افزونگی برای متغیر مکنون شخصیت به ترتیب ۰/۳۸ و ۰/۰۶ است. در بعد دیگر، انگیزه‌های فرار از واقعیت و عادت با ۰/۸۴- و ۰/۶۸- بیشترین بارهای کاننی را بر روی متغیر مکنون انگیزه فیس‌بوک

در خصوص متغیرهای انگیزشی به نظر می‌رسد انگیزه ارتباطی با میانگین ۴/۰۵ و انحراف استاندارد ۰/۶۱ یکی از انگیزه‌های اصلی کاربران فیس‌بوک است که نسبت به سایر انگیزه‌ها دارای همگونی بیشتری است و پس‌از آن انگیزه سرگرمی با میانگین ۴/۰۱ قرار دارد. به این ترتیب، شرکت‌کنندگان با انگیزه ارتباطی و سرگرمی بیش از سایر انگیزه‌ها وارد شبکه اجتماعی فیس‌بوک می‌شوند. انگیزه فرار از واقعیت با میانگین ۳/۱۱ کم‌رنگ‌ترین انگیزه در بین کاربران است که با انحراف استاندارد ۰/۸۹ از پراکندگی بیشتری نیز برخوردار است. در بین متغیرهای عملکرد کاربران در فیس‌بوک، عملکردهای خبری/دریافت

حاضر از جمله اولین مطالعاتی است که در ایران به بررسی این عامل‌ها در رابطه با فیس‌بوک پرداخته است و همچنین ابزاری برای سنجش انگیزه‌ها و عملکرد کاربران در فیس‌بوک معرفی کرده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، ویژگی‌های شخصیت با انگیزه‌های معینی مرتبط است. نخستین یافته آشکار ساخت که بین سطوح بالای روان‌رنجورخویی و سطوح پایین سازگاری با سطوح بالای انگیزه‌های فرار از واقعیت و عادت رابطه وجود دارد. این یافته نشانه برآیند ویژگی‌های شخصیتی و انگیزه‌های استفاده از فیس‌بوک است. در شرایطی که سطح سازگاری فرد در دنیای واقعی افت می‌کند، اگر روان‌رنجورخویی وی افزایش یابد، احتمالاً نوعی راهبرد مقابله‌ای راه‌اندازی خواهد شد که طی آن فرد برای فرار از واقعیت و حفظ تمامیت خود به دنیای مجازی روی خواهد آورد. به‌هرحال، یک تبیین احتمالی برای این یافته آن است که افرادی که در روابط رودررو کمتر احساس ارزشمندی می‌کنند اینترنت را به‌عنوان ابزاری تعاملی و جایگزینی برای ارتباطات بین‌فردی خود می‌دانند و برای پر کردن زمان خود بیشتر تمایل دارند از آن استفاده کنند [۳۷]. در این راستا الیسون و همکارانش نیز بر اساس یافته‌هایشان چنین استدلال کردند که، فیس‌بوک می‌تواند به افراد برای غلبه بر عدم رضایت و اعتمادبه‌نفس پایینشان کمک کند [۸]. از سوی دیگر یافته‌های کوریا و همکارانش [۲۲] نشان داد، افرادی که رضایت کمتری از زندگی خود داشتند از شبکه‌های اجتماعی همچون فیس‌بوک بیشتر استفاده می‌کنند. درواقع، افراد روان‌رنجورخو دارای عواطف منفی بالایی هستند بنابراین، آن‌ها گرایش به افسردگی، اضطراب، احساس ناامنی، احساس تنهایی و عدم کنترل بر محیط دارند که این ویژگی‌ها بستر گرایش به اینترنت را در آن‌ها فراهم می‌سازد [۳۸]. از طرفی کاهش سطح سازگاری سبب می‌شود افراد در برقراری یا حفظ روابط دوستانه ضعیف عمل کنند [۲]، برآیند این دو عامل احتمالاً فرد را به استفاده از فیس‌بوک سوق می‌دهد اما این استفاده صرفاً با انگیزه فرار از دنیای واقعی‌ای است که در پی افت سازگاری و افزایش روان‌رنجورخویی فرد پدید آمده است و استفاده از این شبکه اجتماعی را به‌نوعی عادت در زندگی این افراد مبدل کرده است.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که، روان‌رنجورخویی و وظیفه‌شناسی می‌توانند عامل‌های پیش‌بینی‌کننده‌ای برای استفاده از برخی عملکردهای فیس‌بوک توسط کاربران باشند. اگر سطح بالای وظیفه‌شناسی با سطح پائین روان‌رنجورخویی همراه باشد احتمالاً استفاده از عملکردهای گروهی (پیوستن، دیدن، ساختن و تبادل با گروه‌ها، ارسال مطلب به دیوار نگارش سایر کاربران) و ارتباطی (پیام شخصی، گپ، نظر دادن) کمتر است. این امر شاید بدین خاطر باشد که، افراد وظیفه‌شناس استفاده‌های کاربردی و اطلاعاتی از شبکه‌های اجتماعی مجازی را به عملکردهای ارتباطی ترجیح می‌دهند همان‌طور که یافته‌های مک‌ایلموری و همکارانش چنین استنتاجی را نشان داده است [۱۹]. اما در خصوص روان‌رنجورخویی بسیاری از پژوهش‌ها بین

دارند. ضریب بسندگی و افزونگی برای متغیر مکنون انگیزه به ترتیب ۰/۲۳ و ۰/۰۴ است. این روابط نشان می‌دهد سطوح بالای روان‌رنجورخویی و سطوح پایین سازگاری با سطوح بالای انگیزه‌های فرار از واقعیت و عادت مرتبطاند. به‌عبارت‌دیگر سطوح بالای وظیفه‌شناسی و سطوح بسیار پایین روان‌رنجورخویی با سطح پایین فرار از واقعیت و عادت همراه است.

سؤال دوم این مطالعه در مورد رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و عملکردهای کاربران در فیس‌بوک بود که با مدل همبستگی کانی تحلیل شد. همبستگی کانی ابعاد شخصیتی و عملکردهای کاربران در فیس‌بوک ۰/۲۸ است (شکل ۱-ب). روان‌رنجورخویی با ۰/۷۶- بیشترین بار کانی را بر روی متغیر مکنون شخصیت دارا است و بعد از آن وظیفه‌شناسی با بار کانی ۰/۶۹ قرار دارد. ضریب بسندگی و افزونگی برای متغیر مکنون شخصیت به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۰۲ است.

در مورد عملکردهای کاربران در فیس‌بوک، عملکردهای مربوط به گروه و ارتباطی به ترتیب ۰/۷۴- و ۰/۶۴- بیشترین بارهای کانی را بر روی متغیر مکنون عملکردهای کاربران در فیس‌بوک دارند. ضریب بسندگی و افزونگی برای متغیر مکنون عملکردهای کاربران در فیس‌بوک به ترتیب ۰/۱۹ و ۰/۰۲ است. به نظر می‌رسد سطوح بالای روان‌رنجورخویی و سطوح پایین وظیفه‌شناسی بیشتر از عملکردهای گروهی (پیوستن، دیدن، ساختن و تبادل با گروه‌ها، ارسال مطلب به دیوار نگارش سایر کاربران) و ارتباطی (پیام شخصی، گپ، نظر دادن) استفاده می‌کنند. به‌عبارت‌دیگر، اگر سطح بالای وظیفه‌شناسی با سطح پائین روان‌رنجورخویی همراه باشد احتمالاً استفاده از عملکردهای گروهی و ارتباطی کمتر است.

در این مطالعه رابطه متغیرهای انگیزشی با عملکردهای کاربران در فیس‌بوک با مدل همبستگی کانی تحلیل شد. همبستگی کانی متغیرهای انگیزشی با عملکردهای کاربران در فیس‌بوک ۰/۵۰ است (شکل ۱-ج). بر روی متغیر مکنون انگیزه، بیشترین بارهای کانی به متغیرهای خودبیانگری ۰/۸۴-، ارتباطی ۰/۷۸- و فرار از واقعیت ۰/۷۶- تعلق دارد. ضریب بسندگی و افزونگی برای متغیر مکنون انگیزشی به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۱۳ است. بر روی متغیر مکنون عملکردهای کاربران در فیس‌بوک، عملکردهای ارتباطی، گروهی و خبری/دریافت اطلاعات به ترتیب بیشترین بارهای کانی ۰/۸۲-، ۰/۸۱- و ۰/۷۱- را دارند. ضریب بسندگی و افزونگی برای متغیر مکنون عملکردها به ترتیب ۰/۴۴ و ۰/۱۱ است. سطوح بالای انگیزه‌های خود بیانگری، ارتباطی و فرار از واقعیت با عملکردهای ارتباطی، گروهی و خبری/دریافت اطلاعات مرتبط است.

بحث و نتیجه‌گیری

تارنماهای شبکه اجتماعی از جمله فیس‌بوک چالش جدیدی برای پژوهشگران هستند. شاید به این خاطر که هنوز به‌خوبی مشخص نشده است چه قشری از افراد جامعه و با چه ویژگی‌های شخصیتی و انگیزشی از چنین تارنماهایی استفاده می‌کنند. مقاله

کمرویی برای بررسی استفاده افراد از فیس‌بوک بهره برد. علاوه بر ویژگی‌های شخصیتی و انگیزشی، پژوهشگران باید به دنبال شناسایی سایر متغیرهای فردی از قبیل میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سن، جنسیت، گروه شغلی و نگرش افراد نیز باشند.

منابع

۱- رسولی، محمدرضا. و مرادی، مریم. (۱۳۹۱). عوامل مؤثر بر تولید محتوا در شبکه‌های اجتماعی. مجله علوم اجتماعی. شماره ۵۶، صص ۶۶-۵۷.

2- Ross, C., Orr, E. S., Sisc, M., Arseneault, J. M., Simmering, M. G., & Orr, R. R. (2009). Personality and motivations associated with Facebook use. *Computers in Human Behavior*, Vol. 25, PP. 578-586.

3- Bevan, J. L., Pfyl, J., & Barclay, B. (2012). Negative emotional and cognitive responses to being UN friended on Facebook: An exploratory study. *Computers in Human Behavior*, Vol. 28, PP. 1458-1464.

4- Zaglia, M. E. (2013). Brand communities embedded in social networks. *Journal of Business Research*, Vol. 66, PP. 216-223.

5- Special, W. P., & Li-Barber, K. T. (2012). Self-disclosure and student satisfaction with Facebook. *Computers in Human Behavior*, Vol. 28, PP. 624-630.

6- Sagioglou, Ch., & Greitemeyer, T. (2014). Facebook's emotional consequences: Why Facebook causes a decrease in mood and why people still use it. *Computers in Human Behavior*. Vol. 35, PP. 359-363.

۷- ضیایی پرور، وحید. و عقیلی، سید وحید. (۱۳۸۹). بررسی نفوذ شبکه‌های اجتماعی مجازی در میان کاربران ایرانی. فصلنامه رسانه، سال ۲۰، شماره ۸۰، صص ۴۲-۲۳.

8- Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). The benefits of Facebook "friends": Social capital and college student use of online social network sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, Vol. 12, Article 1.

9- Vasalou, A., Joinson, A. N., & Courvoisier, D. (2010). Cultural differences, experience with social networks and the nature of "true commitment" in Facebook. *International Journal of Human-Computer Studies*, Vol. 68, PP. 719-728.

10- Lasorsa, D. L., Lewis, S. C., & Holton, A. (2012). Normalizing Twitter: Journalism Practice in an Emerging Communication Space.

این صفت و عملکردهای فیس‌بوک ارتباط معنی‌دار یافته‌اند [۲].
[۱۲، ۱۴، ۲۲].

مطالعات پیشین نشان داده است که، سطوح بالای روان‌رنجورخویی ارتباط مثبتی با عملکردهای ارتباطی از قبیل پیام شخصی، نظر دادن و گپ [۲۰، ۲۱، ۲۲] و ارتباط منفی با عملکردهای دوستی و در نتیجه تعداد دوستان دارد [۳۹]. یعنی با افزایش روان‌رنجورخویی و کاهش وظیفه‌شناسی استفاده از عملکردهای ارتباطی افزایش می‌یابد. یک تبیین احتمالی برای این یافته‌ها آن است که افراد روان‌رنجورخو برای کاهش تنهایی از اینترنت و سایر شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کنند زیرا استفاده از اینترنت نیازی به ارتباط رودررو ندارد. در واقع افراد عصبی و مضطرب از چنین خدماتی برای دریافت حمایت استفاده می‌کنند [۲۲]. همچنین، در این مطالعه مشخص شد سطوح بالای انگیزه‌های خود بیانگری، ارتباطی و فرار از واقعیت با عملکردهای ارتباطی، گروهی و خبری/دریافت اطلاعات مرتبط است. به عبارت دیگر، افرادی که سعی دارند از طریق فیس‌بوک خود را ابراز کنند، یا به دنبال فرار از دنیای واقعی و برقراری ارتباط به محیط فیس‌بوک وارد می‌شوند، بیشتر به عملکردهای ارتباطی، گروهی و خبری/دریافت اطلاعات می‌پردازند. در این راستا اسموک و همکارانش بیان کرده‌اند عملکردهایی نظیر نظر دادن، پیام شخصی و گپ موجب تسهیل ارتباط می‌شوند. همچنین آن‌ها اظهار داشته‌اند انگیزه ارتباطی با عملکرد گروه ارتباط منفی دارد [۱۱] که این نتیجه مخالف با یافته ما است. به هر حال، تمایز دقیق بین نوع انگیزه و عملکردهای افراد در محیط فیس‌بوک دشوار است و نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

هنگام تفسیر نتایج پژوهش حاضر باید به برخی از محدودیت‌ها توجه کرد. نخست اینکه ماهیت همبستگی مطالعه حاضر نتیجه‌گیری علی در مورد یافته‌های آن را دشوار می‌سازد. محدودیت دوم، استفاده از ابزارهای خودسنجی الکترونیکی است. در مورد تکمیل این نوع ابزارها محدودیت‌های متعددی وجود دارد (تکمیل ابزار توسط افرادی که در جامعه فراخوانده شده عضو نیستند، تکمیل ابزار بیش از یک‌بار با سیستم‌های مختلف و...). محدودیت سوم، اجرای آن بر روی افراد در محیط مجازی است. افراد ممکن است برخلاف آنچه هستند، خود را ابراز کنند و یا برخلاف دنیای واقعی، خود را به شیوه واقعی در محیط مجازی ابراز کنند.

محدودیت دیگر این مطالعه استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی است، از این رو نتایج این مطالعه را نمی‌توان به کلیه کاربران فیس‌بوک تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده از دامنه متنوع‌تری از انگیزه‌ها استفاده نمایند تا بتوان رابطه انگیزه‌های اختصاصی را با عملکردهای معین در فیس‌بوک بررسی نمود.

با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد ابعاد شخصیتی تعریف شده توسط مدل پنج عاملی بیش از حد گسترده بوده است و همان‌طور که روز و همکارانش پیشنهاد کرده‌اند، بهتر است از ویژگی‌های شخصیتی محدودتری همچون خودشیفتگی و

- 22-Correa, T., Hinsley, A., & de Zúñiga, H. (2010). Who interacts on the Web? The intersection of users' personality and social media use. *Computers in Human Behavior*, Vol. 26, PP. 247-253.
- 23-Tuten, T. L., & Bosnjak, M. (2001). Understanding differences in web usage: The role of need for cognition and the five factor model of personality. *Social Behavior and Personality*, Vol. 29, PP. 391-398.
- 24- Butt, S., & Phillips, J. (2008). Personality and self-reported mobile phone use. *Computers in Human Behavior*, Vol. 24, PP. 346-360.
- 25-Baek, K., Holton, A., Harp, D., & Yaschur, C. (2011). The links that bind: Uncovering novel motivations for linking on Facebook. *Computers in Human Behavior*, Vol. 27, PP. 2243-2248.
- 26- Tosun, L. P. (2012). Motives for Facebook use and expressing "true self" on the Internet. *Computer in Human Behavior*, Vol. 28, PP. 1510-1517.
- 27-Stafford, T. F., Stafford, M. R., & Schkade L. L. (2004). Determining uses and gratifications for the Internet. *Decision Sciences*, Vol. 35, PP. 259-288.
- 28-Sheldon, P. (2008). Student favorite: Facebook and motives for its use. *Southwestern Mass Communication Journal*, Vol. 23, PP. 39-53.
- 29- Lin, C.A. (2002). Perceived gratifications of online media service use among potential users. *Telematics and Informatics*, Vol. 19, PP. 3-19.
- 30- Raacke, J., & Bonds-Raacke, J. (2008). MySpace and Facebook: Applying the uses and gratifications theory to exploring friend-networking sites. *Cyber Psychology & Behavior*, Vol. 11, PP. 169-174.
- 31-Subrahmanyam, K., Reich, S. M., Waechter, N., & Espinoza, G. (2008). Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, Vol. 29, PP. 420-33.
- 32-Urista, M. A., Dong, Q., & Day, K. D. (2009). Explaining why young adults use MySpace and Facebook through uses and gratifications theory. *Human Communication*, Vol. 12, PP. 215-229.
- 33-Park, N., Lee, S., & Kim, J. H. (2012). Individual' personal network characteristic and patterns of Facebook use: A social network approach. *Computer in Human Behavior*, Vol. 28, PP. 1700-1707.
- 34-Park, N., Kee, K. F., & Valenzuela, S. *Journalism Studies*, Vol. 13, PP. 19-36.
- 11- Smoke, A. D., Ellison, N. B., Lampe, C., & Wohn, D. Y. (2011). Facebook as a toolkit: A uses and gratification approach to unbundling feature use. *Computers in Human Behavior*, Vol. 27, PP. 2322-2329.
- 12-Amichai-Hamburger, Y., & Vinitzky, G. (2010). Social network use and personality. *Computers in Human Behavior*, Vol. 26, PP. 1289-1295.
13. Ryan, T., & Xenos, S. (2011). Who uses Facebook? An investigation into the relationship between the Big Five, shyness, narcissism, loneliness, and Facebook usage. *Computers in Human Behavior*, Vol. 27, PP. 1658-1664.
14. Hughes, D. J., Rowe, M., Batey, M., & Lee, A. (2012). A tale of two sites: Twitter vs. Facebook and the personality predictors of social media usage. *Computers in Human Behavior*, Vol. 28, PP. 561-569.
15. Costa, P. T. (1996). Work and Personality: Use of the NEO-PI-R in Industrial Organisational Psychology. *Applied Psychology: an international review*, Vol. 45, PP. 225-241.
- ۱۶- خرمائی، فرهاد. و فرمانی، اعظم. (۱۳۹۳). بررسی نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش‌بینی صبر و مؤلفه‌های آن در دانشجویان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، سال ۲۱، شماره ۱۱، صص ۲۴-۱۱.
- 17-Tibrat, S. (2011). Personality' segmentation on the Facebook user in Thailand. *International Journal of Social Science and Humanity Studies*, Vol. 3, PP. 425-435.
- ۱۸- گل‌پرور، محسن، برازنده، امین و جوادیان، زهرا. (۱۳۹۳). رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه و باورهای جبران عدالت. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، سال ۲۱، شماره ۱۰، صص ۷۴-۶۱.
- 19- McElroy, J., Hendrickson, A., Townsend, A., & DeMarie S. (2007). Dispositional factors in Internet use: Personality versus cognitive style. *MIS Quarterly*, Vol. 31, PP. 809-820.
- 20-Hamburger, Y., & Ben-Artzi, E. (2000). The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, Vol. 16, PP. 441-449.
- 21-Moore, K., & McElroy, J. C. (2012). The influence of personality on Facebook usage, wall posting, and regret. *Computer in Human Behavior*, Vol. 28, PP. 267-274.

(2009). Being immersed in social networking environment: Facebook groups, uses and gratifications, and social outcomes. *Cyber Psychology & Behavior*, Vol. 12, PP. 729-733.

35-Yusuf Dhaha, I. S., & BarqadleIgale, A. (2013). Facebook Usage among Somali Youth: A Test of Uses and Gratifications Approach. *International Journal of Humanities and Social Science*, Vol. 3, PP 299-313.

36-McCrea, R. R., & Costa, P.T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, Vol. 36, PP. 587-596.

37-Papacharissi, Z., & Rubin, A. (2000). Predictors of Internet use. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, Vol.44, PP. 175-196.

۳۸-خانجانی، زینب. و اکبری، سعیده. (۱۳۹۰). رابطه ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان و اعتیاد آنان به اینترنت. یافته‌های نو در روانشناسی، سال ۶، شماره ۱۹، صص ۱۵۲-، ۱۱۳.

39-Laffond, K.W. & Mossler, D.G. (2013). Reflection of Personality through a Facebook Analysis. *H-SC Journal of Sciences*, Vol 2, PP. 1-4.

اثر بخشی ساختارگرایی بر تعارضات زناشویی، سبک‌های اسناد و بهزیستی اجتماعی

علیرضا آقا یوسفی^۱، علی فتحی آشتیانی^۲، مهناز علی اکبری^۳، حمیدرضا ایمانی فر^{۴*}

۱. دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران.
۲. استاد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

چکیده

مقدمه: هدف اصلی نظریه‌های خانواده‌درمانی تمرکز بر تعارضات زناشویی بوده است. با این وجود تعارضات زناشویی، موضوعی پیچیده باقی مانده است. خانواده‌درمانی ساختاری یک رویکرد اساسی در بین نظریه‌های سیستماتیک خانواده است که بر ایجاد یک سلسله‌مراتب سازمانی سالم در سیستم خانواده تأکید دارد. در دیدگاه سیستمی، تعارضات زناشویی از هر نوع تنازع بر سر تصاحب پایگاه و منابع قدرت در بین زوج‌ها می‌داند. اسناد علی و بهزیستی اجتماعی نیز توجه زیادی را در تحقیقات خانواده‌درمانی به خود معطوف داشته است.

روش: در این تحقیق نیمه آزمایشی، ۲۵ زن با تعارضات زناشویی شدید و باروش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. متغیر مستقل خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین بود. پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی، سبک اسناد و بهزیستی اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید.

نتایج: نتایج آزمون فریدمن و اندازه‌گیری مکرر نشان داد که رویکرد ساختارگرایی مینوچین به‌طور مؤثر و معنادار تعارضات زناشویی را کاهش داد. پیوستگی اجتماعی (که یکی از پنج زیرمقیاس بهزیستی اجتماعی است) را افزایش داد و باعث افزایش معنادار سبک اسناد پایدار و سبک اسناد س. پی. ان. سی. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی) آزمودنی‌ها گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: این نتایج در پیگیری ۶ ماه بعد گروه آزمایش برای هر دو متغیر، همچنان تداوم داشت و نشان داد گروه درمانی شناختی وجود گرا می‌تواند در افزایش سلامت معنوی و ایجاد تصور مثبت از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان اثر گذار باشد.

کلید واژه‌ها: بهزیستی اجتماعی، تعارضات زناشویی، خانواده‌درمانی ساختاری، سبک اسناد

*Email: imanifar@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۱۲۸-۱۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 115-128

مقدمه

هدف اصلی نظریه‌های خانواده‌درمانی تمرکز بر تعارضات زناشویی بوده است. با این وجود تعارضات زناشویی، موضوعی پیچیده باقی‌مانده است زیرا ما هنوز خانواده را به خوبی نمی‌شناسیم [۱]. یکی از نظریه‌های مرکزی در درمان تعارضات زناشویی، خانواده‌درمانی ساختاری^۱ سالوادر مینوچین و همکارانش می‌باشد که در مرکز راهنمایی کودکان فیلادلفیا رشد کرد [۲]. خانواده‌درمانی ساختاری یک رویکرد اساسی در بین نظریه‌های سیستماتیک خانواده می‌باشد که بر ایجاد یک سلسله‌مراتب سازمانی سالم در سیستم خانواده تأکید دارد [۳]. مینوچین مشاهده می‌کرد که دستاوردهای درمانیش، پس از برگشت نوجوانان به خانواده‌هایشان ناپدید می‌شد و نشانه‌های اختلال، مجدداً عود می‌کرد [۴]. از این رو او بجای تغییر دادن افراد، به تغییر دادن خانواده روی آورد. مینوچین به این نتیجه رسید که الگوهای تبدیلی خانواده نقش محوری در حفظ رفتارهای مثبت یا مشکل‌زا دارد [۵].

در رویکرد ساختاری به این توجه می‌شود که خانواده‌های ناکارآمد یا چنان در حل مشکلات درگیر و درهم‌تنیده می‌شوند که استقلال اعضاء را از بین می‌برند یا چنان جدا از یکدیگر عمل می‌نمایند که باعث کمترین حمایت از یکدیگر می‌شوند [۲]. هدف درمان ساختارگرایی، قدرتمند کردن بنیاد ساختاری خانواده با اصلاح الگوهای ناکارآمد برای کارکرد بهتر در مقابله با استرس‌های زندگی می‌باشد. وجود مشکل، نشانه‌ای از آشفتگی خانواده می‌باشد. درمان شامل سه فرایند اصلی ملحق شدن^۲، اجرای نمایش^۳ و بازسازی^۴ می‌باشد [۶]. در دیدگاه سیستمی زیرنظام‌های همسری، والدینی و فرزندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. جنبه مهم خانواده‌درمانی ساختاری مسئله حدمرزه‌هاست. سه نوع حدمرزه اصلی وجود دارد؛ مرز مشخص، مرز خشک یا سخت و مرز نامشخص. مهم‌ترین تکنیک‌های خانواده‌درمانی ساختاری نیز عبارتند از: الحاق، تکنیک‌های عدم تعادل، چارچوب‌بندی مجدد، نشانه‌گذاری^۵، نامتعادل‌سازی^۶، مرزسازی^۷، بازسازی^۸ [۷]. می‌توان گفت که درمانگر ساختاری، هم مشاهده‌گر و هم متخصصی است که در انجام اقدامات به منظور اصلاح و تغییر ساختاری موفق، به انرژی زیاد و زمان‌بندی دقیق نیازمندا است، به گونه‌ای که تعارضات موجود در جلسات در بین خانواده‌های درمان‌جو، منجر به ایجاد یک سازمان‌بندی جدید خانوادگی شود [۸].

پدید آمدن اختلاف و تعارض بین زن و شوهر امری غیر طبیعی نیست. به دلیل ماهیت کنش‌ورزی همسران در فضای زندگی مشترک، گاه پیش می‌آید که اختلاف دیدگاه بین زوجین

روی دهد و یا اینکه نیازهای آن‌ها برآورده نشود. نتیجه چنین تعاملات منفی، ناخشنودی، ناامیدی و احساس خشم همسران نسبت به یکدیگر گزارش شده است [۹]. تعارضات زناشویی به اشکال متفاوتی مانند کتک زدن همسر، سوء رفتار از همسر، سوء رفتار جنسی، عدم مسئولیت‌پذیری زوجین، روابط نامشروع، تجاوزات جنسی، مجادلات زیرکانه بین زن و شوهر و رفتارهای سوء دیگر نیز نمایش داده می‌شود [۱۰]. تعارضات زناشویی با شرایط بهزیستی روان‌شناختی نامناسب [۱۱]، سبک دلبستگی ناامن [۱۲]، چندین نوع اختلال روان‌پزشکی شدید [۱۳]، افسردگی [۱۴]، اختلالات اضطرابی [۱۵]، اختلالات بدکاری جنسی [۱۶]، مشکلات سلامت جسمی [۱۱]، تنش بالا [۱۷]، دردهای مزمن [۱۸] و بیماری‌های ایسکیمی قلبی [۱۱] همراه است.

در دیدگاه سیستمی، تعارض را ناشی از هر نوع تنازع بر سر تصاحب پایگاه و منابع قدرت در بین زوج‌ها می‌دانند [۱۹]. در دیدگاه ساختارگرایی مرزهای مبهم بین زوجین علت اصلی تشکیل تعارض است [۲۰]. خانواده‌های فاصله‌گیر با کاهش تماس، از تعارض اجتناب می‌کنند، اما خانواده‌های درهم‌تنیده با انکار تفاوت‌ها یا با جروبوت مداوم که به آن‌ها اجازه می‌دهد احساسات خود را بدون اصرار برای تغییر یا حل مسائل بیرون بریزند، از تعارض اجتناب می‌کنند. برای خانواده‌های درهم‌تنیده، هدف، تمایز میان افراد و نظام‌های فرعی با استحکام بخشیدن به مرزهای اطراف آن‌هاست. برای خانواده‌های فاصله‌گیر، هدف، افزایش تعاملات با ایجاد مرزهای نفوذپذیرتر است. خانواده‌های فاصله‌گیر گرایش به اجتناب از تعارض دارند و در نتیجه، تعامل کاهش می‌یابد. درمانگر ساختاری برای به چالش کشیدن اجتناب از تعارض و بستن راه منحرف شدن، مداخله می‌کند تا به اعضای فاصله‌گیر کمک کند بیشتر با هم تماس داشته باشند. در واقع درمانگر برای افزایش سطح تعارض، زوجین را تحت فشار قرار می‌دهد [۵].

اسناد علی نیز به‌عنوان یکی از متغیرهای تحقیق حاضر در تحقیقات خانواده‌درمانی توجه زیادی را به خود معطوف داشته است. خانواده درمانگران، اکنون به برچسب‌های طعنه‌آمیز، تحقیرکننده، سرزنش‌آمیز که بین زوجین در ارتباط با اسناد علی رخ می‌دهد حساس‌تر شده‌اند [۲۱]. بررسی اسناد علی برای وقایع یکی از موضوعات کلیدی در بعضی از رویکردهای خانواده‌درمانی مانند رویکرد شناختی- رفتاری بوده است [۲۲]. اسناد علی منفی اثر زیادی در تعارضات زناشویی دارد. زوج‌های پرتنش، رفتار همسر خود را خصمانه‌تر تفسیر می‌کنند [۲۳]. زوجین آشفته، همسرانشان را خودپسندتر و سرزنشگرتر دریافت می‌کنند [۲۴]. آن‌ها همچنین گرایش بیشتری دارند که بر روی علت‌های منفی رفتار همسرانشان تمرکز کنند. اسناد منفی با رفتارهای منفی انتقاد کردن و حالت دفاعی داشتن زوجین در ارتباط است [۲۵].

این رفتارها علت اساسی ایجاد تعارضات زناشویی هستند [۲۶]. نظریه اسناد در پیش‌بینی موفقیت و شکست ازدواج مطرح بوده است. به‌طور کلی افراد مایل هستند که علل زیربنایی رفتار

¹ Structural family therapy

² Joining

³ Enactment

⁴ restructuring

⁵ Punctuation

⁶ Unbalancing

⁷ Boundary making

⁸ Restructuring

وابسته تحقیق - عموماً به مداخلات روان‌شناسی مثبت^۸ معروف است و به روش‌های درمانی یا فعالیت‌های هدفمندی اشاره دارد که هدفش افزایش احساسات مثبت، رفتارها یا شناخت‌ها می‌باشد [۳۶]. تحقیقات پیشین در مورد بهزیستی اجتماعی ضعیف بوده و بیشتر شامل توصیف و مفهوم‌سازی این سازه و تعریف شاخص‌ها و روش‌های اندازه‌گیری آن بوده است [۳۷]. تنها چند تحقیق در مورد رویکردهای درمانی بر بهزیستی اجتماعی مشاهده گردیده است. مثلاً، برنامه درمان نگه‌دارنده متادون، باعث بهبود در بهزیستی اجتماعی افراد شرکت‌کننده در طرح شد [۳۸]. رفتاردرمانی دیالکتیک باعث افزایش بهزیستی اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی شد [۳۹]. چو، لی، وو، جین، چو، هنگ و کلارک [۴۰] نیز نشان دادند که گروه‌درمانی یادافزایی^۹ باعث افزایش بهزیستی اجتماعی سالمندان مقیم در مراکز نگهداری می‌شود. در زمینه ارتباط ساختارگرایی و بهزیستی اجتماعی تحقیقی مشاهده نگردید؛ اما افزایش بهزیستی هیجانی همواره، یکی از اهداف رویکردهای روان‌درمانی بوده است [۴۱]. بهبود بهزیستی شخصی یکی از اهداف آموزشی و درمان است [۴۲]. مثلاً در یک تحقیق زمینه‌یابی، ۱۴۴ مشاور با رویکرد واقعیت‌درمانی، گزارش کردند که واقعیت‌درمانی همراه با مداخلات معنوی می‌تواند در بهبود بهزیستی مراجعین مؤثر باشد [۴۳]. در کل روان‌درمانی راهی برای ورود به بهزیستی مراجعین است [۴۴]. بررسی اثر خانواده‌درمانی ساختاری بر تعارضات زناشویی در کنار اثر این رویکرد درمانی بر بهزیستی اجتماعی و سبک‌های اسناد بر جنبه‌های جدید بودن تحقیق می‌افزاید.

هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر تعارضات زناشویی، سبک‌های اسناد و بهزیستی اجتماعی می‌باشد. این تحقیق از جنبه‌های زیر جدید می‌باشد و از اهمیت برخوردار است.

اول: در زمینه تحقیقات خانواده‌درمانی ساختاری؛ با وجود پذیرش جهانی خانواده‌درمانی ساختاری، مطالعات آزمایشی کمی منحصرأ با روش اس. اف. تی. انجام شده است، مثلاً در یک دهه اخیر تنها تحقیق ایونس، ترنر و تروتر [۳۷]. از روش اس. اف. تی. به‌عنوان روش اصلی درمان بکار رفته است.

دوم: یک بررسی زمینه‌یابی توسط محقق نشان داد که این رویکرد بیشترین اقبال را در بین مدل‌های سه‌تایی در بین خانواده‌درمانگران در کشور داشته است، در رویکرد ساختاری، علاوه بر آنکه عناصر اصلی رویکردهای ارتباطی (بخصوص جکسون و هیلی) را دارد، از لحاظ چشم‌انداز نسبت به خانواده و ارزیابی خانواده و هم هدف‌ها و روش‌های ایجاد تغییرات مشاوره‌ای، به هم ربط داده و تلفیق کرده است، سپس این مکتب به فراتر از این مرحله گام برمی‌دارد تا به یک چشم‌انداز کلی نسبت به خانواده و مشاوره خانواده دست یابد [۴۵]. از این‌رو می‌توان نظریه ساختارگرایی مینوچین را قلب خانواده‌درمانی در مدل‌های سه‌تایی نامید.

سوم: به اعتقاد بعضی از پژوهشگران، رویکرد خانواده‌درمانی

خود و دیگران را بفهمند تا دریابند که چرا خود یا دیگران تحت شرایط خاص به شیوه‌های مشخص و معینی عمل می‌کنند، این فرایند را اسناد دهی ارتباطی می‌گویند [۲۷]. اسناد ارتباطی به‌طور کلی شامل دو نوع اسناد علی و اسناد مسئولیت هستند. اسناد علی بر جایگاه اسناد (درونی-بیرونی)، پایداری و ثبات و کلی یا جهان‌شمول بودن تأکید دارد، درحالی‌که اسناد مسئولیت بر عمدی و آگاهانه بودن رفتار، خودخواهی همسر خاطی و سرزنش تأکید می‌کند [۲۸]. تئوری اسناد معتقد است که انسان‌ها یک نیاز ذاتی و درونی دارند که برای هر اتفاقی در زندگی دلایلی را در نظر بگیرند، شاید به این دلیل که انسان‌ها نیاز دارند که از جهان اطراف فهم بهتری به دست آورند و بر محیط اطرافشان حس کنترل داشته باشند [۲۹]. نوع اسنادی که شخص می‌سازد بستگی به تعامل پیچیده‌ای بین عوامل مختلفی شامل بیولوژی، تربیت، شخصیت و بافت موقعیتی فرد دارد [۲۹].

بهزیستی اجتماعی^۱ به‌عنوان یکی دیگر از متغیرهای تحقیق، از سال ۱۹۸۸ توسط کی یس^۲ مطرح شد. کی یس، بهزیستی اجتماعی را با توجه به ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه توصیف می‌کرد [۳۰]. طبق نظر کی یس [۳۱]. بهزیستی اجتماعی عبارت از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر و گروه‌های اجتماعی بوده و شامل عناصری است که نشان می‌دهد آیا فرد کارکرد مناسبی در دنیای اجتماعی خود (مثل همسایه‌ها و شهروندان) دارد؟ و این کارکرد به چه میزان است؟ وی معتقد است که سلامت روان را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد مناسب در زندگی چیزی بیش از بهزیستی روانی و هیجانی بوده و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی نیز است [۳۲]. در مدل کی یس، بهزیستی اجتماعی مفهوم چندبعدی است که شامل انسجام اجتماعی^۳، مشارکت اجتماعی^۴، شکوفایی اجتماعی^۵، پیوستگی اجتماعی^۶ و پذیرش اجتماعی^۷ است [۳۳]. بهزیستی اجتماعی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین زیرمجموعه‌های بهزیستی و سلامتی، شامل ارتباطات اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی است. احساس داشتن یک نقش اجتماعی و هویت، یکی از جنبه‌های مهم بهزیستی اجتماعی است [۳۴].

مقیاس بهزیستی اجتماعی با مقیاس‌های زاینده‌گی، نشانگرهای رضایت از زندگی، شادکامی، ملالت، تعهد مدنی، رفتار جامعه‌پسند همبستگی دارد. تحقیقات همچنین بیانگر ارتباط این بعد بهزیستی با متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند موقعیت اجتماعی - اقتصادی، جنس، سن و وضعیت تأهل می‌باشد [۳۵].

رویکردهای افزایش بهزیستی - به‌عنوان یکی از متغیرهای

¹ Social Well-Being

² Keyes

³ Social Integration

⁴ Social Contribution

⁵ Social Actualization

⁶ Social Coherence

⁷ Social Acceptance

⁸ positive psychology interventions (PPIs)

⁹ reminiscence

شرکت‌کنندگان به همراه خانواده خود (شامل شوهر و فرزند) در جلسات درمانی شرکت داده شدند. البته همان‌طور که در معیارهای ورود به پژوهش گفته شده است، مرد نیز نباید دارای اعتیاد یا روابط فرا زناشویی باشد، اما میزان تعارض مردان - همانند زنان که از معیارهای ورودشان به پژوهش داشتن تعارض بین ۱۵۰ تا ۱۸۶ بود - جزء شرایط ورود به پژوهش نبود.

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: الف: مراسم عروسی را انجام داده باشند و مدت زمان عروسی آن‌ها بیش از ۲ سال و کمتر از ده سال باشد. ب: زوجین در کنار یکدیگر زندگی کنند و یکی از آن‌ها به‌عنوان قهر خانه را ترک نکرده باشد. ج: داشتن نمره تعارضات زناشویی حداقل ۱۵۰ و حداکثر ۱۸۶ [۴۹]. د: عدم شرکت در هر نوع مداخله درمانی به‌طور موازی با مداخله ارائه شده در پژوهش. ه: تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. و: حداقل تحصیلات؛ سیکل. ز: عدم اعتیاد هر یک از زوجین. ح: نداشتن روابط فرا زناشویی. همچنین معیارهای خروج از آزمایش نیز عبارت بودند از الف: عدم شرکت در جلسه درمانی برای دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیر متوالی بدون دلیل موجه و قابل قبول، ب: عدم همکاری با درمانگر و انجام ندادن تکالیف اصلی پیشنهاد شده توسط درمانگر و ج: آشکار شدن اینکه آزمودنی معیارهای ورود به آزمایش را نداشته است.

ابزارهای پژوهش

در این تحقیق از پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی، بهزیستی اجتماعی و سبک اسناد استفاده گردید.

۱) پرسشنامه تعارضات زناشویی^۱: یک ابزار خودگزارش‌دهی و شامل ۵۴ سؤال است که توسط ثنائی، براتی و بوستانی پور [۴۹]، در ایران، ساخته شده و اصولاً برای شناسایی ماهیت و میزان تعارض در روابط زناشویی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه از ۸ خرده مقیاس تشکیل شده است. به گزارش ثنائی [۴۹]، این پرسشنامه از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار است. دهقان [۵۰]، در هنجاریابی مجدد، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۷۱ گزارش نموده است. در این پژوهش، نتایج زیر مقیاس‌ها، به علت عدم نیاز و محدودیت موجود برای تعداد صفحات قابل چاپ مجله، گزارش نشده است. بخشی پور، اسدی، کیانی، شیرعلی پور و احمددوست [۵۱]، پایایی این ابزار به روش همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد. امینی، امینی و حسینیان [۵۲]، معتقدند که این ابزار را از روایی صوری مناسبی برخوردار است و پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. همچنین ساداتی، مهرباب زاده، هنرمند و سودانی [۵۳]، پایایی ۰/۸۳ را برای این آزمون گزارش کرده‌اند.

۲) پرسشنامه بهزیستی اجتماعی^۲: پرسشنامه بهزیستی اجتماعی ۳۳ گویه‌ای توسط کی یس [۳۱]، بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی طراحی شد. کی یس [۳۱]، در دو مطالعه بر روی نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از

ساختاری بیشترین نزدیکی را با فرهنگ اسلامی ایران دارد که شایسته است محققان کشور در درمان به این رویکرد توجه بیشتری داشته باشند. نتایج تحقیق سالاری فر [۴۶]، نشان داد که رویکرد اسلام و ساختارگرایی مینوچین در سه مفهوم اساسی مرزها، زیرمنظومه‌ها و سلسله‌مراتب خانواده‌اشتراک نظر دارند. از این‌رو، تحقیق بر روی این نظریه اهمیت فرهنگی دارد.

چهارم: در بررسی انجام گرفته توسط محققین این پژوهش، تحقیقی که به بررسی رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین بر سبک اسناد و بهزیستی اجتماعی بپردازد، نیز مشاهده نگردیده است.

با توجه به متغیرهای تحقیق، فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌گردد. فرضیه اول: خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین تعارضات زناشویی را به‌طور معنادار کاهش می‌دهد. فرضیه دوم: خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین بهزیستی اجتماعی درمان جویان - تعارضات زناشویی - را به‌طور معنادار افزایش می‌دهد. فرضیه سوم: خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین، باعث بهبود یا تغییر سبک اسناد درمان جویان - تعارضات زناشویی - می‌شود.

روش

نوع پژوهش

مطالعه حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش‌شناسی جزء طرح‌های نیمه آزمایشی می‌باشد. این تحقیق دارای پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری (۱ ماه بعد از پس‌آزمون) و یک گروه آزمایشی (خانواده‌درمانی ساختارگرایی)، سه متغیر وابسته تعارضات زناشویی، بهزیستی اجتماعی و سبک اسناد، و یک گروه کنترل می‌باشد. دوره پیگیری درمان به دلایل زیر یک ماه انتخاب گردید. اول: محدودیت زمانی، دوم: امکان ریزش آزمودنی‌ها با طولانی‌تر شدن دوره پیگیری، سوم: تحقیقات پیشین که به بررسی تأثیر متغیرهای مداخله‌ای روان‌درمانی پرداخته‌اند و نتایج معناداری حاصل شده است. چهارم: افزایش اثرهای انتقالی با افزایش مدت زمان پیگیری [۴۷]. همچنین به علت محدودیت‌های زمانی و با توجه به تفاوت‌های فردی و شدت متفاوت مشکلات آزمودنی‌ها، تعداد جلسات با توجه به کارهای بالینی مینوچین [۴۸]، ۱۰ جلسه تعیین گردید.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش مشتمل بر کلیه زنان با تعارضات زناشویی در سال ۱۳۹۴ در شهرستان فسا که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، بود.

ب) نمونه پژوهش: آزمودنی‌ها توسط فراخوان به مرکز مشاوره راهنمایی شدند، ابتدا یک مصاحبه نیمه ساختاریافته و سپس پرسشنامه تعارضات زناشویی اجرا شد. آزمودنی‌ها، در صورت داشتن شرایط ورود به پژوهش، به‌عنوان نمونه انتخاب می‌شدند. با این روش ۲۵ آزمودنی انتخاب شدند که با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه خانواده‌درمانی ساختاری ۱۳ نفر و گروه کنترل ۱۲ نفر، قرار گرفتند. پس از انتخاب آزمودنی‌های زن،

^۱ Maritl conflict Questionnaire(MCQ)

^۲ Social well-bing Questionnaire

دانشجویی بررسی کردند که ضرایب پایایی مورد گزارش به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۲ بود. همچنین هورفارت و مارتینسون [۵۷]، ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد درونی بودن، پایداری و کلی بودن رویدادهای خوشایند را به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۵۹ و ۰/۶۱ و برای رویدادهای ناخوشایند به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۶ و ۰/۶۲ گزارش کردند.

شیخ‌الاسلامی [۵۸]، مفهوم و نمره‌گذاری ۱۱ زیر مقیاس سبک اسناد را به شرح زیر بیان کرده است. سبک اسناد (۱)، سبک اسناد منفی ترکیبی^۲ که برابر است با مجموع نمرات موقعیت‌های منفی تقسیم بر تعداد کل موقعیت‌های منفی، بهترین نمره ۳ و بدترین نمره ۲۱ می‌باشد. سبک اسناد (۲)، سبک اسناد مثبت ترکیبی^۳ که برابر است با مجموع نمرات موقعیت‌های مثبت تقسیم بر تعداد کل موقعیت‌های مثبت، بهترین نمره ۲۱ و بدترین نمره ۳ می‌باشد. سبک اسناد (۳)، نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی^۴: این نمره نمایانگر شیوه اسناد فرد است و دارای دامنه‌ای از ۱۸- تا ۱۸+ می‌باشد، نمرات مثبت‌تر نشان‌دهنده شیوه اسناد مطلوب‌تر می‌باشد. سبک اسناد (۴)، نمره منفی درونی که برابر است با مجموع نمرات بعد درونی- بیرونی وقایع منفی. سبک اسناد (۵)، نمره منفی ثبات که برابر است با مجموع نمرات بعد عمومی- ویژه وقایع منفی. سبک اسناد (۶)، نمره منفی عمومی که برابر است با مجموع نمرات بعد عمومی- ویژه وقایع منفی. سبک اسناد (۷)، نمره ناامیدی که برابر است با مجموع نمرات ابعاد ثبات و عمومی وقایع منفی. سبک اسناد (۸)، نمره مثبت درونی که عبارت است از مجموع نمرات بعد درونی- بیرونی وقایع مثبت. سبک اسناد (۹)، نمره مثبت ثبات (پایداری) که عبارت است از مجموع نمرات بعد ثبات و پایداری- عدم ثبات و ناپایداری وقایع مثبت (ثبات مثبت). سبک اسناد (۱۰) نمره ثبات عمومی که عبارت است از مجموع بعد عمومی- ویژه وقایع مثبت. سبک اسناد (۱۱) نمره امیدواری که عبارت است از مجموع نمرات ابعاد ثبات و عمومی وقایع مثبت [۵۸].

۴) طرح مداخله درمانی خانواده‌درمانی ساختاری: به علت تفاوت‌های فردی نمی‌توان همانند گروه‌درمانی، محتوای هر جلسه را دقیقاً از قبل، تعیین کرد. در مداخله‌های درمانی انفرادی مرسوم است که مراحل درمان تشریح گردد. در این تحقیق نیز برای ارائه طرح مداخله درمانی، بجای گزارش محتوای هر جلسه، از مراحل استفاده می‌گردد. نظریه خانواده‌درمانی سالوادر مینوچین از رویکرد پست‌مدرنیسم تأثیر پذیرفته است. او در آخرین تجدید نظر، طرح مداخله‌ای خود را در چهار مرحله ارائه کرده است [۴۸].

مرحله اول: آشکار ساختن مشکل حاضر؛ اولین گام، به چالش کشاندن مشکلی است که اساساً خانواده به دلیل آن مراجعه کرده‌اند. این گام، یکی از مراحل بسیار مهمی است که درمان فردی را به خانواده‌درمانی تغییر می‌دهد. تکنیک‌های متداول در این مرحله عبارتند از:

تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به‌کاررفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی تأیید کرده است. او برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به دست آورد که ضرایب قابل قبولی است. این پرسشنامه از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش دهی است، مشتمل بر ۳۳ گویه و ۵ خرده مقیاس می‌باشد. در پژوهش صفاری نیا و تبریزی [۵۴]، به فارسی ترجمه و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۵ به دست آمد که میزان رضایت بخشی است. همچنین، نتایج پژوهش جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مؤلفه‌های اصلی (پی. سی.) از طریق چرخش واریماکس مؤید وجود پنج عامل دارای ارزش ویژه بزرگ‌تر از یک تحت عنوان پیوستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی بوده است.

۳) پرسشنامه سبک اسناد^۱: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است و نخستین بار برای اندازه‌گیری اسناد افراد برای رویدادهای غیر قابل کنترل توسط پیترسون و سلینگمن [۵۵]، ساخته شد. پرسشنامه سبک اسنادی دربرگیرنده دوازده موقعیت فرضی (شش رویداد خوب و شش رویداد بد) است. برای هر رویداد چهار پرسش مطرح شده است. نخستین پرسش که درباره مهم‌ترین علت این رویداد است، اگرچه در نمره‌گذاری به کار برده نمی‌شود، اما ضروری است تا آزمودنی به سه پرسش بعد بر حسب موارد زیر پاسخ دهد. این موارد شامل درونی یا بیرونی، پایدار یا ناپایدار و کلی و اختصاصی بودن رویداد می‌باشد. نمره‌ها را می‌توان برای هر یک از سه بعد یاد شده در نظر گرفت. برای نمونه بعد درونی- بیرونی از مجموع نمره‌های پرسش اول به دست می‌آید. اگر فردی در موقعیت‌های موفقیت و پرسش اول نمره‌های ۴، ۵، ۶، ۲، ۳ را علامت زده باشد، نمره بعد درونی-بیرونی این فرد در موقعیت موفقیت مجموع این اعداد تقسیم بر شش می‌باشد. به همین ترتیب در ابعاد دیگر و موقعیت شکست، نمره‌ها محاسبه می‌شوند. بریج [به نقل از ۵۵] برای پرسشنامه سبک اسنادی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ را گزارش نموده است. اسلامی شهر بابکی [به نقل از ۵۵] طی پژوهشی با این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را برای موقعیت شکست درونی ۰/۷۵، موقعیت شکست پایدار ۰/۴۳، موقعیت شکست کلی ۰/۷۳ و در موقعیت موفقیت درونی ۰/۷۴، موقعیت موفقیت پایدار ۰/۵۶ و موقعیت کلی ۰/۷۶ به دست آورد. سلیمانی نژاد [به نقل از ۵۵] آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌های پرسش‌نامه را ۰/۷۴ گزارش کرد. پیترسون، سیمل، وان بایر، آبرامسون، متالسکی و سلینگمن [۵۶]، همبستگی درونی و پایایی باز آزمایی این مقیاس را روی یک نمونه

^۲ CONES

^۳ COPOS

^۴ CPCN

^۱ Attribute style Questionnaire (ASQ)

به آن دچار شده است، اعضای خانواده و درمانگر پیرامون آنچه باید تغییر کند، صحبت می‌کنند. بدون این مرحله، یعنی اینکه از فرایند ارزیابی به سرعت به عملکرد خانواده برسیم، بدون اینکه تصور می‌کنند که دلیلی ندارد به آن نقطه برسند. پس هیچ تعجیبی ندارد که در برابر تغییر مقاومت می‌کنند. در به‌کارگیری این مراحل لازم است از اینکه چگونه خانواده‌ها سازمان‌یافته‌اند و شکل گرفته‌اند، آگاهی داشته باشیم. هدف ارزیابی، باید کشف راه‌های جدید و مفید برای درک خانواده از مشکلاتشان باشد. همچنین به آن‌ها کمک شود تا راه‌حل‌های جایگزین و منابع ارزشمندی را برای یاری به خودشان کشف کنند. طرح چهار مرحله‌ای که توسط مینوچین طراحی شده است، به‌گونه‌ای است که خانواده درمانگر می‌تواند در حین مانور در مراحل خانواده‌درمانی از آن‌ها نیز استفاده کند.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق علاوه بر شاخصهای توصیفی، از آزمون فریدمن و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش میانگین سن زنان ۲۵/۸۰ سال و سن مردان ۳۱/۲۰ سال بود. میانگین تحصیلات زنان ۱۲/۵۶ سال تحصیلی و میانگین تحصیلات مردان ۱۰/۵۶ سال تحصیلی بود. نتایج دیگر آمار توصیفی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری تحقیق در جدول شماره ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است، به علت تعداد زیاد متغیرهای تحقیق امکان ارائه آن‌ها به‌صورت افقی و در یک جدول وجود نداشت، از ارائه آمار توصیفی زیر مقیاس‌های تعارضات زناشویی و بهزیستی اجتماعی (به‌جز پیوستگی اجتماعی) خودداری شد و نتایج آمار استنباطی که معنادار نبود نیز ارائه نشده است. همچنین نام و مفهوم سبک اسناد را با نام سبک اسناد ۱ تا ۱۱ نام‌گذاری شده است که نام و شیوه اندازه‌گیری دقیق این ۱۱ سبک در معرفی آزمون سبک اسناد در بخش روش تحقیق ارائه شده است. در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون تحقیق شامل، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین، بیشترین، کشیدگی و چولگی ارائه شده است.

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی پس‌آزمون تحقیق شامل، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین، بیشترین، کشیدگی و چولگی ارائه شده است.

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی پیگیری آزمون تحقیق شامل، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین، بیشترین، کشیدگی و چولگی ارائه شده است.

الف: تأکید بر نقاط قوت و شایستگی‌های بیمار معلوم.
ب: به مشکلی که خانواده مطرح می‌سازد، معنای متفاوتی داده شود (قاب‌گیری مجدد).

ج: بررسی شیوه‌هایی که نشانه‌ها یا سمپتوم‌های اختلال را آشکار می‌سازند و توجه ویژه به جزئیات آن‌ها.

د: به مشکل از منظرهای متفاوتی نگریسته شود تا هنگامی که نشانه یا سمپتوم تأثیر حاد بودن خود را از دست بدهند.

ه: بررسی زمینه یا بافتی که سمپتوم یا نشانه‌ها در آن آشکار می‌گردد.

و: بررسی مشکلات سایر اعضای خانواده که مشابه یا متفاوت از مشکل بیمار معلوم است.

ز: تشویق و ترغیب بیمار معلوم به توصیف نشانه یا سمپتوم و توجه به معنایی که او به سمپتوم می‌دهد و خود و خانواده‌اش را از طریق آن توصیف می‌کند. به‌بیان‌دیگر، برای بیمار معلوم، فضایی احترام‌آمیز ایجاد می‌کنیم که اعضای خانواده به‌عنوان شنونده به صحبت‌های او گوش فرا دهند.

مرحله دوم: پررنگ کردن تعامل‌هایی که به تقویت مشکل منجر شده‌اند؛ مرحله دوم در خانواده‌درمانی ساختاری، بررسی این موضوع است که اعضای خانواده چه کارهایی را برای پایداری یا ماندگاری مشکل انجام می‌دهند. این شیوه به مراجعان کمک می‌کند که آن‌ها دریابند که چگونه اعمال و رفتارهایشان بدون هیچ‌گونه مقاومتی، همچنان به‌طور بیمارگونه ادامه می‌یابد. گام دوم به این نکته می‌پردازد که خانواده زمانی می‌تواند تغییر کند که شرایطی را که به تداوم نشانه‌ها در خانواده کمک می‌کند، خاتمه دهد.

مرحله سوم: تأکید ساختارمند بر کشف گذشته؛ در گام سوم، به بررسی مختصر گذشته اعضای خانواده به‌منظور درک شرایط ایجاد شده فعلی می‌پردازیم. مرحله سوم مرحله جدیدی است که تا حدی به رویکرد روان‌تحلیلی در درمان مشابه است. در این مرحله به بررسی مشکلاتی می‌پردازیم که به مشکل فعلی بیمار معلوم، منجر شده‌اند. ممکن است درمانگر با طرح پرسشی از یکی از اعضا خانواده کار خود را آغاز کند: مثلاً "در جلسه قبل متوجه شدم که حتی زمانی که رفتار همسران اشتباه است و شما با آن مخالف هستید، باز هم هیچ صحبتی نکردید؟ در دوره کودکی چه مسائلی باعث شده که شما از نشان دادن مخالفتتان اجتناب کنید؟ آیا خانواده برای شما چنین تصمیمی گرفته‌اند؟ آیا عینکی بر چشم دارید که توانایی‌های شما را برای جرئت‌ورزی محدود می‌سازد؟ آیا هنگامی که بچه بودی این عینک را خودت برگزیدی؟ می‌توانی درباره آن بیشتر صحبت کنی؟"

گام چهارم: کشف راه‌حل‌های پیشنهادی جایگزین؛ پس از ترسیم تصویر اولیه از آنچه خانواده با آن درگیر است و مشکلی که

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مرحله پیش‌آزمون

پیش‌آزمون												
گروه آزمایش						گروه کنترل						
KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	
-۰/۳۴۷	۱/۰۹	۱۲/۰۹	۱۶۱/۳۸	۱۸۴	۱۵۰	-۱/۶۲	۰/۳۱۱	۱۱/۵۸	۱۶۵/۵	۱۸۱	۱۵۰	تعارضات زناشویی
-۰/۷۱۲	۰/۶۷۴	۱۷/۴۸	۹۱/۰۸	۱۲۱	۷۳	-۰/۷۰۴	۰/۵۳۱	۱۵/۰۱	۹۱/۵۰	۱۲۰	۷۳	بهبودی اجتماعی
۰/۰۷۲	-۰/۰۰۶	۴/۴۱	۱۹/۴۶	۲۵	۱۰	۰/۶۶۹	۱/۰۹	۳/۸۸	۱۸/۸۲	۲۷	۱۴	پیوستگی اجتماعی
-۱/۰۱	۰/۵۱۵	۳/۰۵۲	۱۲/۳۳	۱۸/۰۰	۸/۵۰	-۰/۱۹۳	۰/۳۷۷	۲/۷۰	۱۲/۶۲	۱۷/۶۶	۸/۶۶	سیک ۱
-۰/۸۸۴	۱/۰۹۳	۲/۶۹	۱۵/۷۴	۲۲/۰۰	۱۳/۱۶	-۰/۱۰۵	-۰/۰۰۳	۲/۴۸	۱۴/۵۰	۱۸/۸۳	۱۰/۰۰	سیک ۲
-۰/۶۹۳	-۰/۰۱۹	۲/۶۹	۲/۷۲	۷/۱۷	-۱/۶۶	۰/۷۰۰	-۰/۲۸۸	۳/۹۸	۲/۵۷	۱۰/۰۰	-۴/۳۳	سیک ۳
۲/۸۹	۰/۴۷۸	۶/۸۹	۲۵/۶۹	۴۲	۱۲	۰/۹۵۱	-۱/۲۸۶	۶/۷۷	۲۷/۱۷	۳۵	۱۴	سیک ۴
-۰/۳۵۱	۰/۱۶۵	۷/۴۵	۲۴/۷۷	۳۸	۱۳	-۱/۳۹	-۰/۱۸۰	۸/۴۵	۲۴/۱۷	۳۵	۱۰	سیک ۵
-۰/۴۶۱	۰/۵۲۵	۶/۵۹	۲۲/۵۴	۳۵	۱۲	-۰/۹۳۴	۰/۲۷۶	۶/۳۶	۲۳/۳۳	۳۵	۱۶	سیک ۶
-۰/۷۱۸	۰/۱۷۶	۱۲/۸۰	۴۷/۰۸	۶۹	۲۶	-۱/۵۸	۰/۰۳۳	۱۳/۷۲	۴۷/۵۰	۶۶	۲۷	سیک ۷
-۱/۶۱	۰/۴۹۷	۵/۹۷	۳۱/۳۸	۴۱	۲۵	۱/۴۰	-۰/۷۴۵	۶/۰۸	۳۲/۵۸	۴۲	۱۹	سیک ۸
۰/۴۲۷	-۰/۱۸۱	۴/۷۰	۲۸/۶۲	۳۷	۱۹	-۱/۶۴	-۰/۰۵۳	۷/۹۴	۲۶/۷۵	۳۷	۱۵	سیک ۹
-۰/۳۷۴	۰/۱۰۸	۳/۲۵	۳۱/۰۸	۳۶	۲۵	-۰/۱۹۹	-۰/۳۱۹	۶/۸۰	۲۷/۴۲	۳۸	۱۴	سیک ۱۰
-۰/۴۳۲	-۰/۲۸۷	۷/۱۹	۵۸/۳۸	۶۷	۴۳	-۱/۴۳	۰/۱۰۸	۱۲/۳۹	۵۴/۱۷	۷۳	۳۸	سیک ۱۱

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مرحله پس‌آزمون

پس‌آزمون												
گروه آزمایش						گروه کنترل						
KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	
-۰/۷۴۷	۰/۱۳۶	۲۰/۶۱	۱۱۵/۶۹	۱۴۶	۸۰	۰/۱۹۷	-۰/۵۸۲	۱۴/۵۵	۱۶۲/۲۵	۱۸۶	۱۳۴	تعارضات زناشویی
-۰/۱۷۳	۰/۴۴۸	۱۸/۱۰	۹۷/۲۳	۱۳۵	۷۳	-۰/۲۳۶	۰/۶۳۱	۱۲/۱۳	۹۴/۰۰	۱۱۶	۷۸	بهبودی اجتماعی
-۱/۳۹	۰/۰۵۸	۳/۹۴	۳۱/۷۷	۲۷	۱۶	۲/۵۸	-۱/۳۶۲	۳/۲۰	۱۷/۹۲	۲۲	۱۰	پیوستگی اجتماعی
۱/۴۰	۱/۲۱	۲/۹۴	۱۱/۳۴	۱۸/۳۳	۷/۸۰	-۰/۶۹۹	-۰/۰۳۲	۲/۹۲	۱۲/۴۹	۱۷/۶۶	۸/۵۰	سیک ۱
۰/۵۰۹	-۰/۹۲۶	۲/۳۷	۱۶/۵۱	۱۹/۵۰	۱۱/۱۶	-۱/۱۹	-۰/۴۱۷	۳/۲۰	۱۴/۵۶	۱۸/۸۳	۱۰/۰۰	سیک ۲
-۰/۴۶۶	-۰/۰۷۱	۲/۹۸	۵/۲۱	۱۰/۰۰	-۰/۳۳	۲/۷۳	-۱/۱۵	۲/۹۲	۳/۰۵	۶/۸۳	-۴/۱۶	سیک ۳
۴/۰۰	۱/۶۷	۶/۲۲	۲۴/۱۵	۴۱	۱۷	-۰/۴۴۹	-۰/۸۵۹	۶/۱۴	۲۵/۵۰	۳۳	۱۴	سیک ۴
۰/۲۵۷	-۰/۳۳۶	۵/۸۵	۲۲/۴۶	۳۱	۱۰	-۱/۸۵	-۰/۱۵۷	۷/۸۳	۲۶/۰۰	۳۵	۱۴	سیک ۵
۰/۳۳۵	۰/۹۵۷	۷/۰۱۶	۲۱/۳۱	۳۵	۱۱	-۰/۵۲۴	-۰/۰۰۴	۷/۱۱	۲۴/۳۳	۳۵	۱۲	سیک ۶
۰/۴۲۵	۰/۷۵۹	۱۱/۴۰	۴۳/۷۷	۶۶	۲۷	-۱/۲۴۵	-۰/۳۵۹	۱۳/۷۴	۵۰/۳۳	۶۶	۲۶	سیک ۷
-۰/۶۰۴	-۰/۵۵۹	۵/۸۹	۳۴/۷۷	۴۲	۲۳	-۰/۹۴۵	-۰/۰۸۲	۵/۴۰	۳۳/۲۵	۴۲	۲۶	سیک ۸
۰/۱۹۴	-۰/۸۳۲	۶/۳۲	۳۰/۶۹	۳۹	۱۸	-۱/۸۵	-۰/۰۴۸	۶/۳۴	۲۹/۸۳	۳۷	۲۱	سیک ۹
۲/۲۰	-۱/۲۰	۴/۸۶	۳۳/۶۹	۳۸	۲۴	-۱/۶۸	-۰/۰۸۳	۸/۷۹	۲۵/۳۳	۳۶	۱۴	سیک ۱۰
۵۲۶	-۱/۰۸	۹/۴۶	۶۴/۸۳	۷۶	۴۴	۰/۱۹۰	-۰/۲۶۳	۱۵/۰۸	۴۴/۵۸	۶۸	۱۴	سیک ۱۱

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مرحله پیگیری آزمون

پیگیری												
گروه آزمایش						گروه کنترل						
KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	
-۰/۹۷۰	۰/۱۶۱	۲۵/۸۲	۱۳۶/۹۲	۲۰۰	۸۲	۰/۴۴۴	۰/۹۰۳	۱۴/۱۷۵	۱۶۷/۲۵	۱۹۷	۱۵۰	تعارضات زناشویی
-۱/۰۰۴	-۰/۰۰۶	۱۹/۳۶	۹۶/۰۸	۱۳۰	۶۸	-۱/۰۲	۰/۵۷۳	۱۰/۱۰	۹۱/۹۲	۱۱۱	۸۱	بهبودی اجتماعی
-۱/۱۷	۰/۰۲۷	۴/۴۱	۲۱/۳۸	۲۹	۱۵	۰/۶۷۹	-۰/۸۲۹	۲/۹۴	۱۸/۴۲	۲۲	۱۲	پیوستگی اجتماعی
-۱/۱۲	-۰/۱۴۷	۲/۰۳	۱۰/۶۲	۱۳/۳۳	۷/۰۰	-۰/۷۴۶	۰/۵۱۲	۲/۹۲	۱۲/۴۸	۱۷/۶۶	۹/۱۵	سیک ۱
-۰/۹۰۷	-۰/۱۱۸	۲/۷۲	۱۶/۰۳	۱۹/۸۳	۱۱/۱۶	-۱/۲۵	-۰/۴۸۹	۲/۰۵	۱۲/۹۴	۱۵/۶۶	۱۰/۰۰	سیک ۲
-۱/۱۷	۰/۵۶۰	۳/۶۱	۴/۸۱	۱۰/۵۳	۰/۸۳	۰/۹۳۹	-۱/۳۲	۳/۵۲	۲/۱۴	۵/۸۳	-۵/۱۷	سیک ۳
-۱/۰۷	-۰/۷۱۲	۵/۸۸	۲۴/۲۳	۳۰	۱۴	-۱/۰۱۹	-۰/۴۴۴	۵/۵۷	۲۵/۷۵	۳۳	۱۶	سیک ۴
۰/۹۷۹	-۰/۷۷۳	۳/۹۴	۱۸/۷۷	۲۵	۱۰	-۱/۶۸	-۰/۱۵۷	۶/۱۳	۲۷/۲۴	۳۵	۲۰	سیک ۵
-۱/۵۶	۰/۰۶۹	۵/۹۴	۲۰/۳۸	۲۸	۱۲	-۱/۳۳	-۰/۱۸۳	۵/۲۳	۲۱/۲۴	۳۰	۱۴	سیک ۶
-۱/۲۶	-۰/۵۲۵	۸/۲۵	۳۹/۱۵	۴۹	۲۶	-۱/۵۸	۰/۱۴۶	۱۰/۴۳	۴۸/۸۳	۶۵	۳۴	سیک ۷
۱/۸۷	-۱/۶۸	۷/۸۱	۳۶/۵۴	۴۲	۱۸	-۰/۵۰۱	-۰/۰۵۷	۶/۹۹	۳۱/۰۰	۴۲	۱۸	سیک ۸
-۱/۷۰	۰/۱۳۹	۶/۴۴	۲۹/۰۰	۳۸	۲۰	-۰/۷۲۲	۰/۰۴۹	۳/۸۵	۲۳/۵۸	۳۰	۱۸	سیک ۹
-۱/۷۱	۰/۰۳۷	۷/۲۴	۲۹/۷۷	۴۰	۲۱	-۱/۷۴	-۰/۳۶۳	۷/۵۲	۲۴/۱۷	۳۲	۱۴	سیک ۱۰
-۱/۲۷	۰/۴۰۷	۱۲/۴۷	۵۶/۴۶	۷۸	۴۳	-۱/۵۱	۰/۳۵۹	۸/۷۰	۴۷/۷۵	۶۰	۳۸	سیک ۱۱

جدول ۴. سنجش نرمال بودن توزیع و همگنی خطای واریانس متغیرهای وابسته

آزمون لون				شاپیرو ویلک			گروه	
Sig.	Df2	Df1	F	Sig.	df	statistic		
۰/۸۶۸	۲۳	۱	۰/۰۲۸	۰/۰۰۲	۲۵	۰/۸۴۸	پیش‌آزمون	تعارضات زناشویی
۰/۲۴۴	۲۳	۱	۱/۴۳۲	۰/۶۵۱	۲۵	۰/۹۷۰	پس‌آزمون	
۰/۰۱۳	۲۳	۱	۷/۲۰۹	۰/۸۲۸	۲۵	۰/۹۷۷	پیگیری	
۰/۵۱۳	۲۳	۱	۰/۴۴۱	۰/۳۲۲	۲۵	۰/۹۵۵	پیش‌آزمون	پیوستگی اجتماعی
۰/۸۸۲	۲۳	۱	۰/۰۲۲	۰/۰۹۰	۲۵	۰/۹۳۱	پس‌آزمون	
۰/۳۷۶	۲۳	۱	۰/۸۱۴	۰/۲۰۹	۲۵	۰/۹۵۸	پیگیری	
۰/۴۳۴	۲۳	۱	۰/۶۳۵	۰/۶۵۴	۲۵	۰/۹۷۰	پیش‌آزمون	سبک اسناد CPCN (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)
۰/۷۳۴	۲۳	۱	۰/۱۱۹	۰/۴۵۵	۲۵	۰/۹۶۲	پس‌آزمون	
۰/۵۹۶	۲۳	۱	۰/۲۸۹	۰/۱۳۲	۲۵	۰/۹۳۸	پیگیری	
۰/۰۰۶	۲۳	۱	۹/۲۳۶	۰/۳۹۱	۲۵	۰/۹۵۹	پیش‌آزمون	سبک اسناد پایداری مثبت
۶۰۷	۲۳	۱	۰/۲۷۲	۰/۰۷۰	۲۵	۰/۹۲۶	پس‌آزمون	
۰/۰۰۹	۲۳	۱	۸/۰۸۳	۰/۰۳۴	۲۵	۰/۹۱۲	پیگیری	

از پیش‌فرض‌های عمده در استفاده از آزمون‌های پارامتریک من جمله تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تأیید توزیع بهنجار یا نرمال بودن داده‌ها است، خصوصاً این پیش‌فرض زمانی از اهمیت بالاتری برخوردار است که حجم نمونه مانند آنچه در این مطالعه پیش آمده است، پایین باشد. در ادامه با استفاده از شاخص شاپیرو-ویلک^۱، پیش‌فرض توزیع بهنجار برای متغیرهای وابسته ارائه شده است. از پیش‌فرض‌های اساسی دیگر که در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت آن‌ها الزامی است، فرض برابری واریانس‌های بین گروهی یا همگنی خطای واریانس‌های متغیرهای وابسته در میان تمام گروه‌ها را دارا می‌باشد. اما برای استفاده از آمارهای پارامتریک اندازه‌گیری مکرر برای این دو متغیر وابسته، علاوه بر آزمون شاپیرو-ویلک و لوین، باید کوواریانس‌های میان گروه‌ها نیز با هدف کنترل تفاوت‌های اولیه بین گروه‌ها، همگن باشند که جهت سنجش آن از آزمون ام باکس^۲ استفاده می‌گردد و رعایت این پیش‌فرض اجازه استفاده از شاخص‌های آماری چون لامبدای ویلکز^۳ برای تعیین اثربخشی متغیر مستقل بر ملاک را به ما خواهد داد و همچنین فرض برابری واریانس‌های درون‌گروهی یا پیش‌فرض مهم عدم تشابه روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته است که آزمون کرویت موچلی آن را اندازه‌گیری می‌کند. اگر آزمون کرویت موچلی معنادار باشد اجازه استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود ندارد و شانس ارتکاب خطای نوع اول را افزایش می‌دهد؛ نتایج این آزمون‌ها در جداول ۶ و ۷ ارائه شده است.

از پیش‌فرض‌های عمده در استفاده از آزمون‌های پارامتریک من جمله تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تأیید توزیع بهنجار یا نرمال بودن داده‌ها است، خصوصاً این پیش‌فرض زمانی از اهمیت بالاتری برخوردار است که حجم نمونه مانند آنچه در این مطالعه پیش آمده است، پایین باشد. در ادامه با استفاده از شاخص شاپیرو-ویلک^۱، پیش‌فرض توزیع بهنجار برای متغیرهای وابسته ارائه شده است. از پیش‌فرض‌های اساسی دیگر که در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت آن‌ها الزامی است، فرض برابری واریانس‌های بین گروهی یا همگنی خطای واریانس‌های متغیرهای وابسته در میان تمام گروه‌ها که با آزمون لون^۲ اندازه‌گیری می‌شود می‌باشد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، متغیرهای تعارضات زناشویی و سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)، دارای توزیع نرمال نمی‌باشد (آزمون شاپیرو-ویلک) و همچنین فرض برابری واریانس‌های بین گروهی یا همگنی خطای واریانس‌های متغیرهای وابسته در میان تمام گروه‌ها که با آزمون لون اندازه‌گیری می‌شود را دارا نمی‌باشند. از این رو لازم است برای آزمون فرضیه‌های پژوهش (اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر تعارضات زناشویی و سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی))، از معادل ناپارامتریک تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، یعنی آزمون فریدمن (جدول شماره ۳) استفاده شود.

همان‌طور که در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج آزمون فریدمن نشان می‌دهد که خانواده‌درمانی ساختاری به‌طور مؤثری بر تعارضات زناشویی ($P < 0.007$) و سبک اسناد پایداری

³ Box's M

⁴ Wilks' Lambda

¹ Shapiro-Wilk

² Levene's Test of Equality of Error Variances

جدول ۵. آزمون فریدمن

Sig.	Chi-square	df	Mean Rank	SD	M	گروه	
۰/۰۰۷	۹/۹۷۹	۲	۲/۴۰	۱۱/۷۹۷	۱۶۳/۴۰	پیش‌آزمون	خانواده‌درمانی ساختارگرایی
			۱/۵۴	۲۶/۱۷۷	۱۴۲/۲۰	پس‌آزمون	
			۲/۰۶	۳۰/۲۸	۱۵۲/۴۴	پیگیری	
۰/۰۱۸	۸/۰۲۲	۲	۱/۹۲	۶/۳۹	۲۷/۷۲	پیش‌آزمون	سبک اسناد پایداری مثبت
			۲/۴۲	۳۰/۴۸	۵/۹۴	پس‌آزمون	
			۱/۶۶	۲۶/۴۰	۵/۹۳	پیگیری	

جدول ۶. آزمون ام باکس برای بررسی فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای همبستگی اجتماعی و سبک پایداری

Sig.	df2	df1	F	ام باکس	متغیر
۰/۴۱۵	۳/۷۵۶	۶	۱/۰۱۳	۷/۰۹۱	پیوستگی اجتماعی
۰/۰۸۴	۳/۷۵۶	۶	۱/۸۵۷	۱۳/۰۰۲	نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی (CPCN)

جدول ۷. آزمون موجلی برای بررسی فرض برابری واریانس‌های درون‌گروهی دو متغیر وابسته فرضیه اول

نوع تصحیح	Sig.	df	آماره موجلی	متغیر وابسته	منبع واریانس
عدم ضرورت با توجه به سطح معناداری	۰/۲۹۱	۲	۰/۸۹۴	سبک اسناد ۳	اثر تعاملی زمان * عضویت گروهی
هین-فلت	۰/۰۰۱	۲	۰/۲۴۶	همبستگی اجتماعی	
گرین‌هاوس گایزر					
۰/۶۰۶	۰/۵۷۰				

پیش‌فرض به وجود آمده است و در نتیجه بر اساس مقدار آماره اپسیلون که بزرگ‌تر از ۰/۵۷ بود از تصحیح گرین‌هاوس گایزر و هین-فلت برای فراهم شدن زمینه اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. با توجه به جداول ۲، ۴ و ۵، می‌توان گفت که پیش‌فرض‌های اصلی برای آزمون فرضیه‌های دیگر پژوهش برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مقابل لیست انتظار وجود دارد که نتایج در جداول ۸ و ۹ ارائه شده است.

بر اساس نتایج آزمون کرویت موجلی در جدول ۷ برای سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)، سطح معناداری ($P > 0.05$) به دست آمد که فرض برابری واریانس‌های درون‌گروهی رعایت شده است و در نتیجه اجازه اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای این متغیر فراهم شده است. در متغیر پیوستگی اجتماعی، به دلیل معنادار بودن آزمون کرویت موجلی ($P < 0.05$)، تخطی از این

جدول ۸. آزمون‌های چندمتغیری طرح اندازه‌گیری مکرر برای دو متغیر وابسته

متغیر	عامل	ویلکس لامبدا	F	df1	df2	P	η^2
پیوستگی اجتماعی	عامل تکرار	۰/۶۳۳	۶/۳۷۱	۱	۲۳	۰/۰۰۷	۰/۳۶۷
	عامل تکرار * گروه	۰/۹۸۶	۰/۱۵۳	۲	۲۳۴۶	۰/۸۵۹	۰/۰۱۴
نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی (CPCN)	عامل تکرار	۰/۶۱۸	۶/۷۹۷	۱	۲۳	۰/۰۰۵	۰/۳۸۲
	عامل تکرار * گروه	۰/۷۶۱	۳/۴۴۹	۲	۴۶	۰/۰۰۵	۰/۲۳۹

را بر این دو متغیر ملاک در دوره درمان را استنباط نمود. همچنین بر اساس بررسی‌های انجام‌شده در مورد پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری و تأیید آن‌ها، این روش آماری برای متغیرهای ملاک اجرا و نتایج آن‌ها در جدول ۹ به صورت ترکیبی ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۸ در مورد متغیر سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی) و با توجه به معناداری آماره ویلکس لامبدا و عامل تکرار (در هر دو متغیر پیوستگی اجتماعی و سبک اسناد سی. پی. سی. ان.) و تعامل تکرار و گروه (در سبک اسناد سی. پی. سی. ان.)، نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی، می‌توان اثربخش بودن مداخله

جدول ۹. آزمون‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی طرح اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع	عامل	SS	df	MS	F	Sig	η^2
پیوستگی اجتماعی	درون‌گروهی	عامل تکرار	۷۸/۶۰۸	۱/۱۴۰	۶۸/۹۵۲	۸/۰۰۸	۰/۰۰۷	۰/۲۵۸
		عامل تکرار*گروه	۱/۸۶۲	۱/۱۴۰	۱/۶۳۳	۰/۱۹۰	۰/۶۹۹	۰/۰۰۸
		خطا	۲۲۵/۷۶۵	۲۶/۲۲۱	۸/۶۱۰			
سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی).	درون‌گروهی	عامل تکرار	۸۰/۱۲۲۲	۲۳	۳۴/۸۳۶	۵/۱۳۹	۰/۰۱۰	۰/۱۸۳
		عامل تکرار*گروه	۲۶/۹۴۷	۲	۱۳/۴۷۴	۳/۵۴۶	۰/۰۳۷	۰/۱۳۴
		خطا	۱۷۴/۷۸۳	۴۶	۳/۸۰۰			
سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی).	بین‌گروهی	گروه	۶۳/۶۳۰	۱	۶۳/۶۳۰	۲/۷۳۴	۰/۱۱۲	۲/۷۳۴
		خطا	۵۳۵/۳۹۲	۲۳	۲۳/۲۷۸			

نشان داد که این نوع روان‌درمانی بر سبک اسناد دانشجویان اثری نداشته است که با نتایج تحقیق حاضر همسو نبوده است. در تحقیق دوم که توسط اصغری پور و همکاران [۵۵]، انجام شد که متغیر مستقل آن گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بود، نتایج آن نشان داد که این روش درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر سبک اسناد دانشجویان دارد. این تحقیق نیز همسو با تحقیق اصغری پور و همکاران [۵۵]، نشان داد که روش درمانی (در اینجا خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین) می‌تواند تأثیر مثبتی بر - در این تحقیق تنها دو زیرشاخه سبک اسناد CPCN (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)، و سبک اسناد پایدار - داشته است. تحقیقات خارجی در مورد اثر یک روش درمانی بر سبک‌های اسناد مشاهده نگردید. با توجه به نتایج تحقیقات محدود و ناهم‌سوی اثر روان‌درمانی بر سبک‌های اسناد، امکان استنباط و نتیجه‌گیری در این زمینه دشوار است، بنابراین، تحقیقات بیشتر در این زمینه، پیشنهاد می‌گردد.

همچنین نتایج دیگر تحقیق، هرچند نتوانست بهزیستی اجتماعی را به‌طور معنادار افزایش دهد، اما توانست زیر مقیاس پیوستگی اجتماعی آن را به‌طور معنادار افزایش دهد. در زمینه تأثیر یک روش درمانی بر بهزیستی اجتماعی تحقیقی مشاهده نشد و نمی‌توان نتایج این تحقیق را با تحقیقات دیگر مقایسه نمود. پیوستگی اجتماعی شامل توانایی فرد برای فهم جهان پیچیده، درک و پیش‌بینی چیزی است که در جهان پیرامون اتفاق می‌افتد [۳۱]. پیوستگی اجتماعی به ادراک خصوصیات، سازمان‌بندی و عملکرد جامعه و میزان علاقه افراد به شناخت جهان مربوط می‌شود. افراد با پیوستگی اجتماعی بالا احساس می‌کنند که فهم روشن‌تری از جهانی که در آن زندگی می‌کنند دارند. اگرچه آن‌ها آگاه هستند که جهان آن‌ها کامل نیست، اما آن‌ها برای رسیدن به اهداف و خواسته‌هایشان، با برنامه‌ریزی بهتر حرکت می‌کنند [۳۰]. در زمینه زیرمقیاس‌های بهزیستی اجتماعی و ارتباط آن‌ها با متغیرهای دیگر این پژوهش، تحقیقی مشاهده نگردیده است. اینکه دقیقاً این زیرمقیاس چیست و چه تفاوتی با چهار زیر مقیاس دیگر بهزیستی اجتماعی دارد، مبهم است. اینکه چرا این زیر مقیاس تحت تأثیر معنادار ساختارگرایی قرار گرفت و در مورد چهار متغیر دیگر اثربخشی مشاهده نگردید در ابهام قرار دارد. به علت تعداد کم آزمودنی‌ها در گروه آزمایش (۱۳ نفر)، آیا می‌توان

مطابق با نتایج جدول ۹، عامل تکرار (زمان اندازه‌گیری)، صرف‌نظر از گروه آزمایشی بر نمرات سبک اسناد نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی (سی. پی. سی. ان.)، $(F^{(2,22)} = 5/139, P < 0/05, \eta^2 = 0/183)$ و پیوستگی اجتماعی $(F^{(2,22)} = 8/008, P < 0/05, \eta^2 = 0/258)$ معنی‌دار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین تکرار و گروه نیز برای سبک اسناد معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین باعث کاهش معنادار $(P < 0/007)$ تعارضات زناشویی، افزایش پیوستگی اجتماعی $(P < 0/007)$ و بهبود سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی) $(P < 0/005)$ و سبک اسناد پایداری مثبت $(P < 0/018)$ گردید.

در مورد درمان ساختارگرایی بر تعارضات زناشویی همان‌طور که گفته شد مطالعات آزمایشی کمی منحصراً با روش اس. اف. تی. انجام شده است، مثلاً در یک دهه اخیر تنها تحقیق ایونس و همکاران [۳۷] از روش اس. اف. تی. به‌عنوان روش اصلی درمان بکار رفته است. در داخل کشور نیز می‌توان به تحقیق اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی [۵۹]، اشاره کرد. مکانیزم اثر خانواده‌درمانی از طریق به‌کارگیری فنون خانواده‌درمانی ساختاری در خانواده (ایجاد مرزها، تصریح مرزها، بازتعریف نقش‌ها، تغییر قواعد، چارچوب دهی مجدد نشانه مرضی، نامتعادل سازی، فعال‌سازی به هم زدن ائتلاف‌ها، مثلث زدایی و تقویت اتحاد بین والدین و پیشگیری از سرایت تعارضات زیر منظومه والدینی و...) سبب بازسازی خانواده می‌شود. بنابراین زمانی که زیرمنظومه‌های خانواده وظایف مربوط به زیر منظومه خود را به‌طور کامل انجام داد [۶۰]، کاهش تعارضات زناشویی و بهبود بهزیستی اجتماعی و سبک‌های اسناد میسر خواهد شد.

در زمینه اثر رویکردهای درمانی بر سبک اسناد، دو تحقیق در داخل کشور یافت شد که نتایج همسو نبوده است. تحقیق اول توسط سلیمانی و محمدخانی، دولت‌شاهی [۶۱] که متغیر مستقل آن روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت بود که نتایج آن

اعتبار درونی و بیرونی پژوهش را رعایت نماید. از عوامل احتمالی مرتبط با کاهش اعتبار درونی این پژوهش می‌توان از تأثیرگذاری اجرای پیش‌آزمون و رخدادهای هم‌زمان با انجام تحقیق نام برد و از عوامل احتمالی مؤثر در کاهش اعتبار بیرونی این پژوهش نیز می‌توان به کنش متقابل بین انتخاب آزمودنی‌ها و متغیر مستقل، واکنش‌های ناشی از اجرای پیش‌آزمون، واکنش‌های ناشی از روش‌های انجام تحقیق، تأثیر تازگی داشتن و غیر عادی بودن شرایط اجرای تحقیق، مشکل توجه آزمودنی‌ها و رفتار مجریان تحقیق را نام برد. از این‌رو لازم است که در تعمیم نتایج تحقیق حاضر با احتیاط عمل شود.

پیشنهادات تحقیق

با توجه به نبود تحقیقات در زمینه تأثیر روش‌های درمانی بر سبک اسناد و بهزیستی اجتماعی پیشنهاد می‌گردد که محققان از این دو متغیر به‌عنوان متغیر وابسته در طرح‌های درمانی خود استفاده نمایند. تا بتوان نتایج این تحقیقات را به‌صورت فراتحلیلی مورد بررسی قرار داد.

سپاسگزاری

محققین این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین و کارمندان کلینیک شبانه‌روزی انصار شهرستان فسا که در زمینه اطلاع‌رسانی، هماهنگی و در اختیار گذاشتن محیط درمانی مناسب با محققین این پژوهش - بدون هیچ چشم‌داشتی - همکاری نموده‌اند، کمال تشکر را بنمایند.

منابع

- 1- Bahramnia.M., Fallahchai.S.R & Mohammadi.K. (2013). Studying the Comparison of Marital Conflict Dimensions in Couples with Marital Conflicts and Emotionally Divorced Women in Bandar Abbas, Iran. Academic Journal of Psychological Studies. Vol. 2, Issue 1, 7-14, 2013.
- 2- Rhoes, P. (2013). A Brief History of Family Therapy. ACPARIAN: ISSUE 7. Australian Clinical Psychology Association.
- 3- Doherty, W. J., & McDaniel, S. H. (2010). Family therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- 4- Weaver, A., Greeno, C., Marcus, S.C., Fusco.R.A, Zimmerman, T & Anderson, C. (2013). Effects of Structural Family Therapy on Child and Maternal Mental Health Symptomatology. Research on Social Work Practice 23(3) 294-303.
- 5- نیکولز، مایکل پی و شوارتز، ریچارد سی (۱۳۹۱). خانواده‌درمانی، مفاهیم و نظریه‌ها. ترجمه دهقانی، محسن و همکاران، چاپ سوم، نشر دانژه.
- 6-Walash, F. (2014). Families in later life: Challenges, opportunities, and resilience. In M. McGoldrick, N. Garcia-preto, & B. Carter (Eds.), the expanded family life cycle (5th Ed.). Boston,

به‌درستی نتایج و تعمیم‌یافته‌های آن اعتماد کرد؟ از این‌رو، لزوم تحقیقات مشابه در زمینه مفهوم‌سازی و سنجش زیرمقیاس‌ها و ارتباط آن‌ها با متغیرهای دیگر تحقیق را خاطر نشان می‌کند. گالاگر و لویز [۶۲]، نیز معتقدند که ساختار عاملی مربوط به بهزیستی و به‌ویژه بهزیستی اجتماعی، دیدگاه فرهنگ غربی را منعکس می‌کند و احتمال دارد که برخی مؤلفه‌ها، ارزش متفاوتی در فرهنگ‌های مختلف داشته باشند. مثلاً اشاره شده است که احتمالاً عوامل فرهنگی همچون هنجارها، ارزش‌ها و شکل روابط اجتماعی [۶۳] و نژاد می‌توانند بر بهزیستی افراد تأثیر بگذارند و حتی ممکن است ساختار و ترکیب بهزیستی در بین فرهنگ‌ها متفاوت بوده، همبسته‌ها و علل متفاوتی داشته باشد. در این میان آیین‌های یک جامعه، به‌عنوان رفتارهایی که اطلاعات مفیدی برای حفظ روابط صحیح هر فرد با محیط و دیگر اعضا جامعه حمل می‌کنند، می‌توانند در بهزیستی اجتماعی افراد نقش داشته باشند [۶۴]. به‌طور مثال مشارکت در امور فرهنگی، سیاسی و غیره- مشارکت اجتماعی در مدل کی‌یس- با توجه به نژاد و بافت اجتماعی- سیاسی متفاوت است [۳۲]. همان‌طور که نتایج تحقیق نشان داد، رویکرد ساختارگرایی، تنها توانست بر روی یک زیر مقیاس بهزیستی اجتماعی اثربخشی داشته باشد. به نظر محققین این پژوهش، روان‌درمانی قادر به اثرگذاری بر بهزیستی کلی^۱ افراد را ندارد، یا در خوش‌بینانه‌ترین حالت، قادر به پیش‌بینی واریانس بسیار کوچکی از بهزیستی کلی خواهد بود. زیرا بهزیستی کلی افراد با متغیرهای بسیار زیادی از جمله اقتصادی و مالی [۶۵]، فیزیکی [۶۶]، تغذیه و جنسیت [۶۷] و فرهنگ [۶۸]، در ارتباط می‌باشد. بنابراین صرف روان‌درمانی قادر به افزایش قابل توجه متغیرهای فوق نخواهد بود. از این‌رو در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیش‌بینی آن به‌عنوان یکی از زیر مقیاس‌های بهزیستی کلی افراد یک جامعه، باید به ساختار حاکمیت و منابع حمایتی و سرمایه‌های اجتماعی آن جامعه رجوع کرد. ارتقاء بهزیستی اجتماعی در یک جامعه، تنها به عملکرد افراد خاصی مانند مشاور و روان‌درمانگر محدود نمی‌شود و هماهنگی و تلاش کل سیستم نهادها و سازمان‌ها و برنامه‌های کلان کشور را مطالبه می‌نماید. از همین رو است که "شواهد حاضر نشان می‌دهد که بهبود و ارتقاء بهزیستی اجتماعی یکی از اولویت‌های سیاسی دولتمردان کشورهای پیشرفته شده است" [۶۹]. البته با توجه به تحقیقات محدود در زمینه تأثیرپذیری بهزیستی اجتماعی از روان‌درمانی- در کنار نتایج حاصل از این تحقیق- می‌توان گفت؛ که موضوع اثربخشی روان‌درمانی بر بهزیستی اجتماعی و از آن مهم‌تر مدل‌سازی متغیرهای تأثیرگذار و متأثر از بهزیستی اجتماعی، می‌تواند یک حوزه تحقیقاتی مناسب را برای محققان فراهم نماید.

محدودیت‌های تحقیق

در تحقیقات نیمه آزمایشی، پژوهشگر توانایی محدودی در کنترل شرایط تحقیق دارد (۷۰) و نمی‌تواند همانند تحقیقات آزمایشی،

^۱ General Well-being

- Behavioral Medicine, 35, 239-244.
- 18-Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital function, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107, 99-106.
- 19-Yong, E.M., & Long, L. (1998). *Counseling and Therapy for Couples*. New York. International Thomson Publishing Company.
- 20-Connell, C. (2010). Multicultural perspectives and considerations within structural family therapy: the premises of structure. *Subsystems and boundaries*. Rivier academic journal, vol.6.no.2.
- 21-Walsh, F. (2011). Families in later life: Challenges, opportunities, and resilience. In M. McGoldrick, B. Carter, & N. Garcia-Preto (Eds.), *the expanded family life cycle* (4th ed., pp. 261-277). Boston: Pearson.
- 22-Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive- behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. New York: Guilford Press.
- 23-Gottman, J., & Krokoff, L. (1989). Marital interaction and satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 47-52.
- 24-Margolin, G., & Weiss, R. (1987). Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1476-1486.
- 25-Bradbury, T., & Fincham, F. (1992). Attributions of behavior in marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 613-628.
- 26-Gottman, J. (1994). Why marriages fail. *The Family Therapy Networker*, 18(3), 41-48.
- 27-Gottman, J. M. (2002). Marital research the 21th century. *Family Process*, 41(2), 159.
- 28-Tutarel-kislak, S., & Cavusoglu, A. (2006). Evlilik uyumu, baglanma biçimleri, yüklemeler ve benlik saygıse arassndaki ilirkiiler. *Aile ve Toplum Dergisi*, 9, 61-68.
- 29-Hedaya, N.K. (2015). Attribution style and gender role attitudes as predictors of infertlity disress in women coping with infertility diagnoses. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Dissertation presented to the Faculty of the California School of Professional Psychology Alliant International University.
- 30-Radzyk, J. (2015). Evaluation of a new Social Well-Being uestionnaire. Bachelor thesis Psychology. Department of Psychology, Health & MA: Allyn & Bacon.
- ۷-گلاڈینگ، ساموئل (۲۰۱۱). خانواده‌درمانی، تاریخیچه، نظریه و کاربرد. ترجمه، تاجیک اسماعیلی، عزیزالله و رسولی، محسن (۱۳۹۲). انتشارات تزکیه، چاپ اول.
- 8-Minuchin, S., Reiter, M & Borda, C. (2013). *The craft of family therapy: The Craft of Family Therapy: Challenging Certainties*. New York: Routledge.
- ۹-امراهی، ریحانه، روشن چسلی، رسول، شعیری، محمدرضا و نیک آذین، امیر (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال بیستم، شماره ۸، بهار و تابستان. صص: ۱۱-۲۲.
- 10-Ngozi, O., Peter, N & Stela, A. (2013). The Impact of Marital Conflicts on the Psychosocial Adjustment of Adolescents in Lagos Metropolis, Nigeria. *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies*.
- 11-Galinsky, A.G & Waite, L.J. (2014). Sexual Activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* gbt165 first published online January 27.
- 12-Gouin, J., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J & Houts, C. (2009). Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(7), 898-904.
- 13-Brock, R. L., & Lawrence, E. (2011). Marriage as a risk factor for internalizing disorders: Clarifying scope and specificity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 577-589.
- 14-Wang, Q., Wang, D., Li, C & Miller R.B. (2014). Marital satisfaction and depressive symptoms among Chinese older couples. *Aging & Mental Health*, 18 (1), 33-39.
- 15-Doss, B., Simpson, L., & Christensen, A. (2004). Why does couple seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (6), 608-614.
- 16-Metz, M. E., & Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 139- 164.
- 17-Holt-Lunstad, J., & Birmingham, W. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of*

- of Brandi Roth. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • spring • Vol. XXXIII, number 2 • 6.
- 42-Lennon, B. (2010). Choice Theory: A Global Perspective. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • spring • Vol. XXIX, number.16.
- 43-Jackson, D. (2014). Reality therapy counselors using spiritual interventions in therap. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • spring • Vol. XXXIII, number 2.72.
- 44-Bilodeau, S. (2010). Project: Impact Reality Therapy. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • spring 2010 • Vol. XXIX, number 2.69.
- ۴۵-زهراکار، کیانوش و جعفری، فروغ (۱۳۸۹). مشاوره خانواده. چاپ اول، نشر ارسباران.
- ۴۶-سالاری فر، محمدرضا (۱۳۷۹). مقایسه نظریه خانواده‌درمانی مینوچین با دیدگاه اسلام در باب خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- ۴۷-فرگوسن، جرج. آ و تاکانه، پوشیو. (۱۹۸۹). تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی. ترجمه دلاور، علی. نقشبندی، سیامک. (۱۳۷۷) تهران، انتشارات ارسباران.
- ۴۸-مینوچین، سالوادور، نیکولز، مایکل پی و لی، وی-یانگ (۲۰۰۷). ارزیابی خانواده و زوجها از سمپتوم تا سیستم. ترجمه خدابخشی کولایی، آناهیتا، (۱۳۹۰)، انتشارات جاودانه، چاپ اول.
- ۴۹-ثنایی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. انتشارات بعثت، چاپ دوم.
- ۵۰-دهقان، فاطمه (۱۳۸۰). مقایسه تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق با زنان مراجعه‌کننده برای مشاوره زناشویی (غیرمتقاضی طلاق). پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- ۵۱-بخشی پور، باب‌الله، اسدی، مسعود، کیانی، احمدرضا، شیرعلی پور، اصغر. و احمددوست، حسین (۱۳۹۱). رابطه عملکرد خانواده با تعارضات زناشویی زوج‌های در آستانه طلاق. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۴۸، Technology.University of Twente, Netherlands.
- 31-Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Soc Psychol Quart.* 1998; 61(2):121-40
- 32-Keyes, C.L.M.(2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In: Keyes CLM, editor. *Mental Health: International contributions to the study of positive mental health.* New York: Springer; 2013.p:396.
- ۳۳-هاشمی، تورج، حکمتی، عیسی، احدی، شهرام و باباپور، جلیل (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس. *مجله علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۱، بهار. صص: ۱۱-۲۰.*
- 34-Albert, A. (2012). The Effects of Facebook on Egyptian Students' Social Well-being. *Scientific Reports. Volume 1, Issue 10.*
- ۳۵-جوشن لو، محسن، رستمی، رضا و نصرت‌آبادی، مسعود (۱۳۸۵). بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی اجتماعی. *مجله علوم روان‌شناختی. دوره پنجم، شماره ۱۸، تابستان. صص: ۱۶۶-۱۸۴.*
- 36-Moeenizadeh, M & Salagame, K.K. (2010). The Impact of Well - Being Therapy on Symptoms of Depression. *International Journal of Psychological Studies.* Vol. 2, No. 2; December 2010.p.223-230.
- 37-Evans, P., Turner, S & Trotter, C. (2012), the Effectiveness of Family and Relationship Therapy: A Review of the Literature. Melbourne: PACFA.
- 38-Sun, H., Li, X., Chow, E.P., Li, T., Xian, Y., Lu, U., Tian, T., Zhuang, X & Zhang, L. (2015). Programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open access.p 1-11.*
- 39-Iverson, K., Shenk, C & Fruzzetti, A. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study.* Professional Psychology: Research and Practice © 2009 American Psychological Association. Vol. 40, No. 3, 242-248.
- 40-Chao, S.Y., Liu, H.Y., Wu, C.Y., Jin, S.F., Chu, T.L., Huang, T.S & Clark, M.J. (2006).The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents', *The Journal of Nursing Research: JNR, Vol. 14, No. 1, pp. 36-45. P 1-34.*
- 41-Wubbolding, R.E & Brickell, J. (2014). The work

- صص: ۱۰-۳۳.
تعیین اثر خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان، روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال هفدهم، شماره ۴۰، صص: ۱-۱۰.
- ۶۱- سلیمانی، مهدی، محمدخانی، پروانه و دولشاهی، بهروز (۱۳۸۷). تأثیر روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسناد و نگرش‌های ناکارآمد. پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۱۱، شماره ۱ و ۲. صص: ۶۱-۶۵.
- 62-Gallager M.W& Lopez SJ, (2009). Preacer KJ. The hierarchical structure of well-being. J Pers. 2009; 77(4):1025-50.
- 63-Otis-Green, S & Juarez, G. (2012). Enhancing the social Well-being of family caregivers. Semin Onco Nurs. 2012; 28(4):256-5.
- 64-Kumar, K. (2013). The Role of Social Rituals in Well-being. In: Morandi A, Nambi N, editors. Integrated View of Health and Well-being: Bridging Indian and Western Knowledge. New York: Springer; 2013.
- 65-Burholt, V & Windle, G. (2006) the Material Resources and Well-being of Older People. York: Joseph Rowntree Foundation.p 32.
- 66-Department of Health. (2002). The Health Survey for England: The Health of Older People. London: The Stationery Office.p.21.
- 67-Kenny, A & Kenny, C, (2006). Life, Liberty and the Pursuit of Utility. Happiness in philosophical and economic thought. In J.p1-30.
- 68-Eames, P. (2006). Cultural Well-being and Cultural Capital. Pub. PSE Consultancy: 65pp. [available from www.artsaccessinternational.org].
- 69-Joseph Rowntree Foundation. (2004). JRF Task Group on Housing, Money, and Care for Older People. From Welfare to Well-being – Planning for an Ageing Society. York: Joseph Rowntree Foundation (available at <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/034.asp>).
- ۷۰-دلاور، علی (۱۳۸۸). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، چاپ ششم، انتشارات دانشگاه پیام نور.
- ۵۲-امینی، محمد، امینی، یوسف. و حسینیان، سیمین (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی زوجین با استفاده از رویکرد ارتباط متقابل (TA) بر کاهش تعارضات زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳، صص: ۳۷۷-۴۰۰.
- ۵۳-ساداتی، سید احسان، مهربانی زاده هنرمند، مهناز و سودانی، منصور (۱۳۹۳). رابطه علی تمایز یافتگی، نوروگرایی و بخشندگی با دلزدگی زناشویی با واسطه تعارض زناشویی. فصلنامه روان‌شناسی خانواده، دوره ۱، شماره ۲، صص: ۵۵-۶۸.
- ۵۴-صفاری نیا، مجید (۱۳۹۱). آزمون‌های روان‌شناسی اجتماعی و شخصیت. انتشارات ارجمند، چاپ اول.
- ۵۵-اصغری پور، نگار.، یکه یزدان دوست، راضیه و زرگر، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و سبک اسناد دانشجویان دانشکده الزهرا مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، صص: ۲۵-۳۹.
- 56-Peterson, C. R., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6, 287-300.
- 57-Hoffart, A., & Martinson, E. W. (1991). Cognition and coping in agoraphobia and depression. Journal of Clinical Psychology, 47, 9-16.
- ۵۸-شیخ‌الاسلامی، راضیه (۱۳۷۷). بررسی رابطه سبک اسناد و هسته کنترل با پیشرفت تحصیلی با توجه به متغیرهای هوش، جنسیت و زمینه خانوادگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز.
- ۵۹-موسوی، رقیه، مرادی، علیرضا و مهدوی هرسینی، سید اسماعیل (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. فصلنامه خانواده پژوهی، سال اول، شماره ۴، زمستان، صص: ۳۲۱-۳۳۵.
- ۶۰-موسوی، رقیه، فرزاد، ولی‌الله ونوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۹).

رابطه بین سبک یادگیری و سبک فرزندپروری با یادگیری خودتنظیمی در دانش آموزان

لیلا ولیزاد بهادر^{۱*}، محمدحسین عبداللہی^۲، مہناز شاہقلیان^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: یادگیری خودتنظیمی تصور یا عقیده‌ای است که نشان‌دهنده یادگیری فرد است و موضوع آن این است که فرد چگونه، چه زمانی و چگونه یاد می‌گیرد. از این رو هدف از مطالعه حاضر بررسی روابط بین یادگیری خودتنظیمی و سبک فرزندپروری و سبک یادگیری دانش آموزان و تعیین سهم سبک فرزندپروری و سبک یادگیری در پیش‌بینی یادگیری خودتنظیمی بود.

روش: در این پژوهش ۳۱۳ دانش‌آموز دختر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های سبک یادگیری کلب، پرسشنامه اقتدار والدین و پرسشنامه خودتنظیمی دانش‌آموز زیم‌من و پونز را تکمیل کردند. داده‌ها به کمک شیوه آماری همبستگی و رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شدند.

نتایج: نتایج تحلیل رگرسیون با روش گام‌به‌گام نشان داد که از بین مؤلفه‌های مورد بررسی، مؤلفه سبک فرزندپروری مقتدرانه در میان سبک‌های فرزندپروری ۰/۰۵٪ واریانس یادگیری خودتنظیمی و سبک یادگیری مفهوم‌سازی انتزاعی ۰/۰۸٪ واریانس یادگیری خودتنظیمی را پیش‌بینی می‌کند که از میان این مؤلفه‌ها، سبک فرزندپروری مقتدرانه قدرت پیش‌بینی کنندگی بیشتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر لزوم پرداختن به سبک یادگیری و سبک فرزندپروری را در فرایند یادگیری خودتنظیمی تأکید می‌کند.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۱۳۸-۱۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۱۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 129-138

کلید واژه‌ها: یادگیری خودتنظیمی، سبک یادگیری، سبک فرزندپروری، دانش آموزان

*Email: valizad.fereshteh@yahoo.com

مقدمه

یکی از دستاوردهای مهم تحقیقات انجام گرفته بر روی مبحث یادگیری، یادگیری خودتنظیمی^۱ می‌باشد. در طول چهار دهه گذشته یادگیری خودتنظیمی به‌عنوان یک حوزه تحقیقی مهم در موفقیت تحصیلی مطرح بوده و امروزه نیز توجه شایانی به این موضوع می‌شود. کارهای تحقیقاتی انجام شده در این حوزه حاکی از علاقه وافر محققان به مطالعه یادگیری خودتنظیمی به‌عنوان یک حوزه تحقیقی مهم در موفقیت تحصیلی می‌باشد [۱].

یادگیری خودتنظیمی تصور یا عقیده‌ای است که نشان‌دهنده یادگیری فرد می‌باشد [۲] و موضوع آن این است که فرد چگونه، چطور و چه زمانی یاد می‌گیرد [۳]. تعاریف متفاوتی از یادگیری خودتنظیمی وجود دارد. به‌عنوان مثال؛ زیمرمن خودتنظیمی در یادگیری را به مشارکت فعال یادگیرنده از نظر رفتاری، انگیزشی، شناختی و فراشناختی در فرآیند یادگیری برای افزایش یادگیری می‌داند. [۴]. به عقیده رادوان، مؤلفه‌های مهم استراتژی‌های خودتنظیمی، برای تنظیم یادگیری و محیط آموزش است [۵]. همچنین به عقیده لیندا، یادگیری خودتنظیمی فرایندی خودجهت‌دهنده است که فراگیران توسط آن توانایی‌های ذهنی‌شان را به مهارت‌های تحصیلی منتقل می‌سازند [۶]. بر اساس تئوری شناختی اجتماعی، خودتنظیمی یک مؤلفه اساسی برای تلاش‌های آکادمیک است [۷] و نیز برخی از محققان نشان دادند که تلاش‌های خودتنظیمی، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای موفقیت در تحصیل است [۸].

یکی از عواملی که بر یادگیری خودتنظیمی تأثیرگذار است، رفتار والدین می‌باشد. علی‌رغم فطری بودن اساس یادگیری خودتنظیمی، والدین اثر قابل توجهی بر شکل‌گیری خودتنظیمی دارند [۹] به طوری که خودتنظیمی با رفتارهای والدین شکل می‌گیرد [۱۰]. در بسیاری از تحقیقات رابطه بین خودتنظیمی و رفتارهای والدین مشخص شده است، اما در بعضی تحقیقات این رابطه ضعیف است. به‌طور مثال در تحقیق آمیک، گفته شده است که در تحقیقات انجام شده رابطه بین خودتنظیمی و سبک‌های فرزند پروری ضعیف است [۹]. تحقیقات فراوانی به بررسی رابطه بین رفتارهای والدین با یادگیری خودتنظیمی پرداخته‌اند. به‌طور مثال در تحقیقات برندا [۱۱]، نادرگروسی [۱۲]، سودا [۱۴]، کلا [۱۴]، پیتروسکی [۱۵]، هانگ و پراچنز [۱۶]، ملیندا [۱۷]، لسللی [۱۸]، سننگ [۱۰] به بررسی سبک‌های فرزندپروری^۲ و خودتنظیمی پرداخته‌اند. برندا [۱۱] نشان داد که ظهور اولیه خودتنظیمی نیاز به روابط سیستماتیک والدین با فرزندان دارد. سودا نیز نشان داد که سطوح بالای خودتنظیمی با سبک تربیتی مناسب والدین رابطه دارد [۱۳]. کلا نشان داد که کنترل مثبت با خودتنظیمی رابطه مثبت و کنترل منفی با خودتنظیمی رابطه منفی دارد [۱۴]. پیتروسکی نیز رابطه‌ای قوی بین سبک‌های فرزندپروری و یادگیری خودتنظیمی نشان داد [۱۵]. از نظر ملیندا نیز مهم‌ترین فاکتور برای رشد خودتنظیمی خانواده است [۱۷].

لسلی نیز نشان داد که والدین تأثیر زیادی بر یادگیری خودتنظیمی دارند. [۱۸]. سننگ نشان داد که بالاترین میزان خودتنظیمی در روابطی است که والدین پاسخگو^۳ هستند [۱۰]. روابط اولیه کودکان با والدینشان می‌تواند باعث ظهور خودتنظیمی شود. گرمی، مثبت بودن و داشتن والدین پاسخگو و حمایت‌کننده، ظرفیت خودتنظیمی فرزندان را افزایش می‌دهد، درحالی که سردی، منفی بودن و داشتن والدین غیر پاسخگو اثرات زیان‌آوری روی خودتنظیمی دارد [۱۰]. تحقیقات زیادی رشد خودتنظیمی را در بافت خانواده بررسی کرده است که متغیرهایی هم چون روابط والد-فرزند، خصوصیات والدین، هم‌چنین ساختار خانواده و محیط زندگی را بررسی کرده است. با توجه به این اطلاعات می‌توان متوجه شد که مهم‌ترین فاکتور برای رشد خودتنظیمی، والدین می‌باشند. ادبیات تحقیق نیز نشان می‌دهد که رشد توانایی خودتنظیمی، اثری متقابل بین ویژگی‌های فرد و تأثیرات والدین می‌باشد [۱۷].

همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سبک فرزندپروری با متغیرهایی هم چون پیشرفت تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی در ارتباط است [۱۹] علاوه بر آن بسیاری از محققان بیان کردند که رابطه‌ای بین سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های یادگیری^۴ وجود دارد [۲۰]. شیوه فرزندپروری والدین یکی از سازه‌های جهانی است [۲۱] و مجموعه‌ای از نگرش‌های والدین نسبت به فرزندانشان است که در این فضای عاطفی، والدین به‌صورت‌های مختلف با فرزندانشان تعامل می‌کنند که این رفتارهای والدین بر آینده فرزندان تأثیر فراوان می‌گذارد [۲۲]. بامریند بر اساس درجه‌ای که در دو بعد پر توقع بودن یا کنترل قرار دارند به سه دسته تقسیم می‌کند: مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیر [۲۳، ۲۴]. سبک مقتدرانه مناسب‌ترین روش فرزندپروری است. والدین مقتدر درخواست‌های معقولی برای پختگی دارند و این درخواست‌ها با تعیین محدودیت‌ها و اصرار بر اینکه کودک باید از آن‌ها تبعیت کند، به اجرا می‌گذارند [۲۵] و فرزندانشان را تشویق می‌کنند که خودتنظیم باشند [۲۶] والدین مستبدانه در تلاشند تا مبادلات کلامی را به حداقل برسانند [۲۳] و برای وادار کردن فرزندان خود، گاهی به تنبیه‌های شدید نیز متوسل می‌شوند [۲۷] و در مورد تنبیه به کار گرفته شده هیچ توضیحی نمی‌دهند [۲۶، ۲۸، ۲۹]. والدین سهل‌گیر به‌ندرت روش‌های انضباطی را برای فرزندانشان دارند [۲۶] و کنترل کمی بر فرزندان خود اعمال می‌کنند [۲۰، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲].

در زمینه ارتباط یادگیری خودتنظیمی با سبک‌های فرزندپروری تحقیقات متنوعی انجام شده است که در این تحقیقات والدین یا به‌صورت کنترل مثبت و منفی یا به‌صورت والدین پاسخگو در نظر گرفته‌اند. سبک‌های فرزندپروری خاصی باعث افزایش یادگیری خودتنظیمی و افزایش یادگیری می‌شود. هم‌چنین سبک فرزندپروری مقتدرانه همبستگی معنادار و مثبتی با یادگیری خودتنظیم یافته دارد. سبک فرزندپروری مستبدانه نیز

³ responsive

⁴ Learning styles

¹ Self-regulated learning

² Parenting styles

درصد است به تعیین رابطه سبک‌های فرزند پروری و سبک‌های یادگیری با یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر کرج بپردازد.

روش

نوع پژوهش

طرح از پژوهش‌های غیرآزمایشی و با توجه به ماهیت فرضیه‌ها و اهداف پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد زیرا به مطالعه روابط بین متغیرها می‌پردازد و محقق هیچ‌گونه دخل و تصرف و دست‌کاری در متغیرهای مورد بررسی نداشته و فقط از روی آثار و نتایج آن‌ها میزان ارتباط بین متغیرها را مورد بررسی قرار داد.

آزمودنی‌ها

نمونه پژوهش دانش‌آموزانی است که از میان مناطق ۴ گانه آموزش پرورش استان البرز انتخاب شدند که روش انتخاب به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای است. در این روش نمونه‌گیری افراد جامعه با توجه به سلسله مراتبی (از واحدهای بزرگ‌تر به کوچک‌تر) از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شود [۳۹]. بدین صورت که از میان نواحی ۴ گانه البرز ناحیه ۲ به تصادف انتخاب شد که از بین دبیرستان دولتی، ۴ دبیرستان انتخاب شد و از هر مدرسه ۳ کلاس (۱ کلاس ریاضی، ۱ کلاس تجربی و ۱ کلاس انسانی) انتخاب شد. در مجموع نمونه کل ۳۱۳ دانش‌آموز دختر و مادران آن‌ها می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه سبک یادگیری^۵: این پرسشنامه از کلب می‌باشد که به منظور تعیین سبک‌های یادگیری افراد می‌باشد. این مقیاس دارای ۱۲ سؤال است و هر سؤال دارای ۴ قسمت است که آزمودنی در هر جمله به چهار قسمت جواب می‌دهد و هر چهار قسمت نمره ۱ تا ۴ دریافت می‌کند. گزینه اول همه سؤالات به روش یادگیری از طریق احساس کردن اشاره دارد که این سؤالات تجربه عینی را می‌سنجد. گزینه دوم سؤالات به روش یادگیری از طریق تماشا کردن اشاره دارد که مفهوم‌سازی انتزاعی را می‌سنجد. گزینه سوم نیز به روش یادگیری از طریق فکر کردن اشاره دارد که مفهوم‌سازی انتزاعی را می‌سنجد و گزینه چهارم نیز اشاره به روش یادگیری از طریق انجام دادن اشاره دارد که آزمایشگری فعال را می‌سنجد. نمره‌ای که از بقیه نمره‌ها بیشتر است، بیان‌کننده سبک یادگیری غالب آزمودنی خواهد بود [۴۰].

روایی پرسشنامه در مطالعه ابزیدی [۴۱] از طریق روش هم‌زمان بررسی شده که ضریب روایی برای تجربه عینی^۶، مشاهده تأملی^۷، مفهوم‌سازی انتزاعی^۸ و آزمایشگری فعال^۹ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۶، ۰/۷۲ و ۰/۶۲ به دست آمد که همه این ضرایب در سطح

همبستگی منفی و معناداری با یادگیری خودتنظیم یافته دارد [۱۶].

یکی دیگر از عواملی که بر یادگیری خودتنظیمی اثرگذار است، سبک‌های یادگیری است. تحقیقات نشان می‌دهد بین خودتنظیمی نوجوانان بر اساس سبک‌های یادگیری تفاوت وجود دارد [۳۳] هم‌چنین رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های یادگیری وجود دارد [۲۰] سبک‌های یادگیری که تفاوت فرد را از دیگران نشان می‌دهند رجان‌های فرد برای فراگیری فرایندها می‌باشد. زمانی که سبک‌های یادگیری بررسی می‌شود از بسیاری از سبک‌های یادگیری استفاده می‌شود [۳۴] از جمله این سبک‌ها که تحقیقات فراوانی را به خود اختصاص داده است، سبک یادگیری چهاروجهی کلب است که با توجه به کاربردهای روزافزونشان در فرایند آموزش و یادگیری کاربردهای زیادی دارند [۳۵].

ولفوک سبک یادگیری را به‌عنوان راه ترجیحی فرد برای یادگیری و مطالعه مثل استفاده از عکس به‌جای کتاب‌ها، کار کردن با دیگران به‌جای کار کردن به‌تنهایی و یادگیری در موقعیت‌های سازمان‌یافته به‌جای موقعیت بی‌سازمان تعریف می‌کند [۳۶].

کلب و فرای برای سبک یادگیری دو بعد و چهار شیوه را معرفی کرده‌اند که بعد نخست شامل دو شیوه یادگیری تجربه عینی در مقابل مفهوم‌سازی و بعد دوم شامل دو شیوه یادگیری آزمایشگری فعال در مقابل مشاهده تأملی است [۳۷] که بر اساس این چهار مهارت، چهار سبک یادگیری همگرا^۱، واگرا^۲، جذب‌کننده^۳ و انطباق‌یابنده^۴ به وجود می‌آید [۳۸] تحقیقات بسیار کمی به بررسی رابطه سبک‌های یادگیری و یادگیری خودتنظیمی پرداخته‌اند. به‌طور مثال آجیسوکمو و ورمونت تحقیقی با این عنوان انجام دادند اما از سبک یادگیری کلب استفاده نکردند. در مجموع خودتنظیمی مفهومی ارزشمند در تعلیم و تربیت است و یکی از رویکردهای پژوهشی و تجربی در روان‌شناسی تربیتی می‌باشد.

امروزه با توجه به رشد روزافزون تکنولوژی و پیشرفت‌های اجتماعی، روش‌های آموزشی سنتی دیگر جوابگو نیستند؛ بنابراین نیازی فوری برای توسعه مفهوم‌های جدیدی مثل یادگیری خودتنظیمی و سبک یادگیری وجود دارد و یکی از اهداف مهم سیستم آموزشی، تبدیل دانش‌آموزان به یادگیرنده‌ای خودتنظیم می‌باشد. بهبود وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان نیز یکی از اهداف مهم نظام آموزش پرورش معاصر است. خانواده نیز به دلیل نقش تربیتی و فرهنگی خود در پرورش انسان‌های متفکر و آگاه نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند. خانواده یک متغیر فرهنگی اجتماعی و محیطی است که اثر تعیین‌کننده‌ای در اکثر فرآیندهای روانی تربیتی دارد.

با توجه به مطالب مطروحه مبنی بر تأثیرگذاری رفتارهای والدین و سبک‌های یادگیری بر یادگیری خودتنظیمی، محقق

⁵ Learning styles inventory

⁶ Concrete experience

⁷ Reflective observation

⁸ Abstract conceptualization

⁹ Active experimentation

¹ convergent

² divergent

³ assimilator

⁴ accommodator

[۴۵]. محمودی [۴۳] به‌منظور بررسی روایی صوری، این پرسشنامه را در اختیار چند متخصص قرار داد که مورد تأیید قرار گرفت. به‌منظور بررسی روایی آزمون خودتنظیمی دانش‌آموزان، ضریب همبستگی بین نمرات آزمودنی‌ها در مطالعه مقدماتی و معدل آنان در امتحانات سال دوم راهنمایی و نیز نمرات دروس انگلیسی و ریاضی آنان در سال دوم محاسبه شد. این ضرایب برای معدل، ۰/۳۸٪ برای درس ریاضیات، ۰/۳۴٪ برای درس انگلیسی و ۰/۳٪ به دست آمد که در هر سه مورد در سطح $p \leq 0/0001$ معنی‌دار بود. محمودی [۴۳] پایایی بازآزمون این ابزار را در یک گروه ۳۰ نفری از آزمودنی‌ها ۰/۶۸٪ و همسانی درونی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۵۶٪ به دست آورد. صمدی پایایی آزمون را از طریق روش بازآزمون روی یک گروه ۳۵ نفری ۰/۶۹٪ و از طریق همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۶۱٪ به دست آورد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار ۰/۵۸٪ به دست آمد.

۳) پرسشنامه اقتدار والدین (پی. ای. کیو. ۲): این پرسشنامه توسط بورای به‌منظور اندازه‌گیری اقتدار والدین بر اساس دیدگاه اولیه بامریند در سه سطح آزادگذاری، استبدادی و اقتدارمنطقی تهیه شده است. ابتدا ۴۸ پرسش بر مبنای الگوی بامریند از شیوه‌های فرزندپروری اقتدارمنطقی، آزادگذاری و استبدادی تهیه شد. بیست‌ویک متخصص (۱۱ زن و ۱۰ مرد) در حوزه روان‌شناسی تربیتی و جامعه‌شناسی در مورد این پرسش‌ها کار کردند. هر یک از متخصصان فوق درباره الگوی اولیه بامریند توضیحات دقیقی ارائه داده بودند. همچنین، از آن‌ها درخواست شده بود که در مورد صحت و دقت هر یک از پرسش‌ها بر مبنای ویژگی‌های سطوح الگوی بامریند قضاوت کنند و چنانچه سؤالی در یک سطح ویژه از شیوه‌های فرزندپروری قرار نمی‌گرفت، آن را تغییر دهند. از ۴۸ سؤال اولیه، ۳۶ سؤال مناسب تشخیص داده شد و در نهایت از ۳۶ سؤال، ۳۰ سؤال در شکل نهایی پرسشنامه جای گرفت که هر ۱۰ سؤال آن به یکی از سه سبک سهل‌گیر، استبدادی و اقتدارمنطقی مربوط است.

در مقابل هر سؤال از پرسشنامه اقتدار والدین، مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت قرار دارد که به ترتیب به گزینه‌های کاملاً مخالفم، مخالفم، تقریباً مخالفم، موافقم و کاملاً موافقم نمرات صفر تا چهار اختصاص داده می‌شود.

بورای در سال ۱۹۹۱ از طریق محاسبه روایی افتراقی، مقادیر زیر را به دست آورد: شیوه استبدادی مادر با آزادگذاری رابطه منفی ($r = -0/38$) و اقتدارمنطقی مادر ($r = -0/48$) داشت. شیوه آزادگذاری مادر با شیوه اقتدارمنطقی رابطه معنی‌داری نداشت ($r = 0/07$). همچنین، وی با بررسی روایی مربوط به ملاک به این نتیجه رسید که پرسشنامه مذکور از روایی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است و با محاسبه اعتبار به روش

۰/۰۰۱٪ $p <$ معنادار بودند. هم‌چنین ایزدی پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۵٪، ۰/۶۷٪، ۰/۷۴٪ به دست آورد. در ضمن پایایی این پرسشنامه در این پژوهش نیز بررسی شد و پایایی پرسشنامه سبک‌های یادگیری که با روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است ۰/۳۳٪ به دست آمد. کلب درس سال ۱۹۸۵ با پژوهشی که روی ۱۴۴۶ نفر از دانشجویان زن و مرد سال دوم دانشگاه انجام داد، روایی محتوایی این پرسشنامه را بررسی کرد و معتقد است که این پرسشنامه روایی خوبی دارد و برای تشخیص شیوه‌ها و سبک‌های یادگیری یادگیرندگان ابزار مناسبی است. در جدیدترین پژوهشی که ویلکالسون انجام داد، روایی محتوایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت و نشان‌دهنده روایی خوب این پرسشنامه است [۴۰].

۲) پرسشنامه یادگیری خودتنظیمی: در این پژوهش از پرسشنامه خودتنظیمی در یادگیری استفاده می‌شود که زیمرمن و مارتیز-پونز از طریق مصاحبه با ۸۰ دانش‌آموز دبیرستانی، ۱۴ راهبرد خودتنظیمی در یادگیری را تشخیص دادند و بر این اساس پرسشنامه‌ای دارای ۱۵ گویه تهیه کردند. این مقیاس حداکثر ۱۶۰ امتیاز دارد و به فرم «اس. آر. ال. آی. اس.»^۱ معروف است. ۱۴ راهبرد یادگیری خودتنظیم شامل خودسنجی، سازمان‌دهی و انتقال اطلاعات، خرد کردن اهداف و برنامه‌ریزی، جستجوی اطلاعات، ضبط و یادداشت کردن و نظارت بر خود، سازمان‌دهی محیط، خودپیامدی، سلسله‌مراتبی کردن و به حفظ سپردن، کمک گرفتن از همسالان، کمک گرفتن از معلم، کمک گرفتن از بزرگسالان، مرور امتحانات قبلی، مرور کردن یادداشت‌ها و جزوات و مرور کردن کتاب‌های درسی در این پرسشنامه لحاظ شده‌اند [۴۲].

محمودی [۴۳] پایایی بازآزمون این ابزار را در یک گروه ۳۰ نفری از آزمودنی‌ها ۰/۶۸٪ و همسانی درونی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۵۶٪ به دست آورد. صمدی [۴۴] پایایی آزمون را از طریق روش بازآزمون روی یک گروه ۳۵ نفری ۰/۶۹٪ و از طریق همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۶۱٪ به دست آورد.

در این پژوهش از پرسشنامه خودتنظیمی در یادگیری استفاده می‌شود که زیمرمن و مارتیز-پونز (۱۹۸۶) از طریق مصاحبه با ۸۰ دانش‌آموز دبیرستانی، ۱۴ راهبرد خودتنظیمی در یادگیری را تشخیص دادند بر این اساس پرسشنامه‌ای دارای ۱۵ گویه تهیه کردند. این مقیاس حداکثر ۱۶۰ امتیاز دارد و به فرم «اس. آر. ال. آی. اس.» معروف است؛ که کلید نمره‌گذاری آن به‌صورت جدول شماره ۱ می‌باشد.

جدول ۱. کلید نمره‌گذاری گویه‌های پرسشنامه

عنوان	خیلی کم	کم	زیاد	بیشتر اوقات
امتیاز	۱	۲	۳	۴

روایی و پایایی: زیمرمن و مارتیز - پونز روایی ملاکی و همگرایی این ابزار را بررسی و در حد مطلوب گزارش کرده‌اند

شیوه تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس. نوزده» و با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام صورت گرفت.

بازآزمایی، نتایج زیر را به دست آورد: ۸۱٪ برای شیوه آزادگذاری مادر، ۸۶٪ برای شیوه استبدادی مادر، ۷۸٪ برای شیوه اقتدارمنطقی مادر [۳۷]. در تحقیق قنبری هاشم‌آبادی [۴۶] ضرایب پایایی خرده مقیاس‌ها برای ۳۱۰ آزمودنی در ایران به این ترتیب گزارش شده است. مادران سهل گیر ۷۵٪، مادران مستبد ۷۶٪ و مادران مقتدر ۸۲٪.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	مینیمم	ماکسیمم	تعداد
خودتنظیمی	۹۵.۳۹	۵.۵۱	۲۳	۵۳	۳۱۳
تجربه عینی	۲۸.۷۲	۷.۱۴	۱۳	۴۷	۳۱۳
مشاهده تأملی	۳۲.۷۹	۵.۵۶	۱۷	۴۷	۳۱۳
مفهوم‌سازی انتزاعی	۳۴.۳۳	۵.۸۲	۲۰	۴۷	۳۱۳
آزمایشگری فعال	۳۲.۷۱	۶.۶۷	۱۷	۴۷	۳۱۳
مقتدرانه	۹۱.۳۱	۴.۹۰	۸	۴۰	۳۱۳
استبدادی	۹۶.۱۷	۶.۲۸	۱	۳۶	۳۱۳
سهل گیر	۶۱.۱۶	۵.۴۸	۱	۳۱	۳۱۳

نتایج

اطلاعات توصیفی آزمودنی‌ها

به منظور بررسی رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و سبک یادگیری با یادگیری خودتنظیمی از روش تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج همبستگی میان متغیرها در جدول ۳ گزارش شده است:

مؤلفه‌های ذکر شده در جدول ۲ نشان می‌دهد سبک استبدادی بیشترین میانگین (۹۶/۱۷) و کمترین میانگین را تجربه عینی (۲۸/۷۲) دارد هم چنین تجربه عینی بیشترین انحراف استاندارد (۷/۱۴) و سبک مقتدرانه کمترین انحراف استاندارد (۴/۹۰) را دارا می‌باشد.

جدول ۳. ضرایب همبستگی رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و سبک یادگیری با یادگیری خودتنظیمی

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
آزمایشگری فعال	مفهوم‌سازی انتزاعی	مشاهده تأملی	تجربه عینی	سهل گیر	مستبدانه	مقتدرانه	خودتنظیمی	
							۱	۱
						۱	.۲۲۹** .۰۰۰	۲
					۱	.۲۲۲** .۰۰۰	-.۰۷۴ .۴۰۸	۳
				۱	.۰۵۴ .۳۴۷	.۱۱۴* .۰۴۷	.۰۵۵ .۳۳۹	۴
			۱	.۰۳۷ .۵۲۱	.۱۶۰** .۰۰۵	.۰۸۵ .۱۴۰	-.۰۰۴ .۹۴۹	۵
		۱	.۱۱۶* .۰۴۳	.۰۹۷ .۰۸۹	.۰۴۸ .۴۰۵	.۰۱۵ .۷۹۷	-.۰۲۵ .۶۵۹	۶
	۱	.۰۷۸ .۱۷۴	-.۰۰۴ .۹۳۹	.۲۰۵** .۰۰۰	-.۱۱۱ .۰۵۳	.۰۲۲ .۷۰۲	.۱۷۸** .۰۰۲	۷
۱	.۱۶۰** .۰۰۵	.۰۵۳ .۳۲۵	.۲۴۷** .۰۰۰	.۰۳۷ .۵۱۹	.۱۸۴** .۰۰۱	.۰۲۷ .۵۴۳	.۱۲۱* .۰۳۴	۸

مفهوم‌سازی انتزاعی (F:۰/۱۷) و آزمایشگری فعال (I:۰/۱۲) با یادگیری خودتنظیمی رابطه مثبت و معنادار دارد. پژوهش حاضر نشان داده است که از بین سبک‌های فرزندپروری، سبک مستبدانه با تجربه عینی و آزمایشگری فعال رابطه مثبت و معنادار دارد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین یادگیری خودتنظیمی و سبک‌های فرزندپروری رابطه وجود دارد؛ به عبارت دیگر سبک فرزندپروری مقتدرانه (I:۰/۲۲)، ارتباط مثبت معنادار با یادگیری خودتنظیمی دارد. از بین سبک‌های یادگیری نیز سبک یادگیری

اسمیرونف برای بررسی نرمال بودن توزیع انجام شد. مقادیر عددی آزمون دوربین-واتسون برابر با ۱/۰۴ بود که بیانگر استقلال خطا و آزمون کالموگروف-اسمیرونف برابر با ۰/۳۱ ($P > ۰/۰۵$) بود که حاکی از نرمال بودن توزیع می‌باشد. بررسی مفروضه‌های هم‌خطی چندگانه (شاخص تحمل و عامل تورم واریانس VIF) نشان می‌دهد بین متغیرهای پیش‌بین، هم‌خطی چندگانه وجود ندارد؛ بنابراین نتایج حاصل از رگرسیون قابل اتکا می‌باشد.

سبک فرزندپروری مقتدرانه نیز با هیچ‌کدام از سبک‌های یادگیری رابطه معنادار نداشته است. سبک فرزندپروری سهل‌گیر نیز با مفهوم‌سازی انتزاعی رابطه منفی معنادار دارد. قبل از انجام رگرسیون، برخی از مهم‌ترین مفروضه‌های تحلیل رگرسیون بررسی و تأیید شد. بدین منظور، آزمون دوربین/واتسن برای بررسی استقلال خطاها، آزمون هم‌خطی با دو شاخص ضریب تحمل (تولرنس) و عامل تورم واریانس و آزمون کالموگروف-

جدول ۴. نتایج رگرسیون پیش‌بینی یادگیری خودتنظیمی با توجه به سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های یادگیری

مدل	متغیر	B	Beta	T	R	R ^۲	R تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد	مفروضه هم‌خطی	
									معداری	تولرنس
۱	مقتدرانه	۳۱/۸۰۰	۰/۲۲۷	۱۵/۶۱۰	۰/۲۲۷	۰/۰۵۲	۰/۰۴۸	۵/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
		۰/۲۵۶		۴/۰۵۷						
۲	مقتدرانه مفهوم‌سازی انتزاعی	۲۶/۳۰۶	۰/۲۲۳	۹/۸۷۳	۰/۲۹۴	۰/۰۸۱	۰/۰۷۵	۵/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
		۰/۲۵۱		۴/۰۴۲						
		۰/۱۶۴	۰/۱۷۳	۳/۱۳۷						

جدول ۵. نتایج رگرسیون پیش‌بینی یادگیری خودتنظیمی با توجه به سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های یادگیری

مدل	متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد نشده	ضریب رگرسیون استاندارد شده	T	R	R ^۲	R تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد	معداری	
									B	Beta
۱	مقتدرانه	۳۱/۸۰۰	۰/۲۲۷	۱۵/۶۱۰	۰/۲۲۷	۰/۰۵۲	۰/۰۴۸	۵/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
		۰/۲۵۶		۴/۰۵۷						
۲	مقتدرانه مفهوم‌سازی انتزاعی	۲۶/۳۰۶	۰/۲۲۳	۹/۸۷۳	۰/۲۹۴	۰/۰۸۱	۰/۰۷۵	۵/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
		۰/۲۵۱		۴/۰۴۲						
		۰/۱۶۴	۰/۱۷۳	۳/۱۳۷						

رابطه دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های کین گارتن [۴۷]، هانگ و پراچنز [۱۶] و استپ [۴۸] همسو می‌باشد. نتایج تحقیقات اسپرا [۴۹]، آمیک [۹]، سننگ [۱۰] رابطه مثبتی را بین پاسخگویی و پذیرش بالای والدین مقتدر و یادگیری خودتنظیمی نشان دادند و با توجه به اینکه پاسخگو بودن به رفتارهایی اشاره دارد که فردیت، خودتنظیمی و ابراز وجود را در فرزندان تشویق می‌کند اسپرا [۴۹] و در سبک فرزندپروری مقتدرانه نیز پاسخگویی زیاد است، بنابراین سبک فرزندپروری مقتدرانه با پاسخگویی بالای والدین می‌تواند باعث افزایش خودتنظیمی شود. در سه تحقیق آمیک و همکاران [۹]، حسینی و همکاران [۵۰] کلر و همکاران [۱۴] نیز رابطه مثبتی را بین کنترل مثبت والدین مقتدر با یادگیری خودتنظیمی نشان دادند. یکی از مهم‌ترین عوامل برای رشد خودتنظیمی کودکان، رفتارهای والدین می‌باشد. در سبک فرزندپروری مقتدرانه که فرزند صرفاً به دلیل توجیه منطقی از قوانین پیروی می‌کند، این ویژگی را نیز به انجام دادن تکالیف مدرسه‌اش انتقال می‌دهد؛ یعنی دانش‌آموز به خاطر انتخاب و لذت و علاقه شخصی به مدرسه می‌رود و به دلیل لذت فراوان متأثر از یادگیری و آموختن به فعالیت‌ها و تکالیف مدرسه می‌پردازد نه صرفاً به دلیل کسب پاداش‌های بیرونی یا اجتناب از تنبیه. در یادگیری خودتنظیمی نیز فرد به‌طور ذاتی برانگیخته می‌شود و به دنبال پاداش نیست.

برای بررسی سهم هرکدام از سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های یادگیری در پیش‌بینی یادگیری خودتنظیمی، از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد و نتایج در جدول ۵ آمده است. نتایج جدول رگرسیون با روش گام‌به‌گام نشان داد که از بین مؤلفه‌های مورد بررسی، سبک فرزندپروری مقتدرانه و سبک یادگیری مفهوم‌سازی انتزاعی وارد رگرسیون شد؛ به عبارت دیگر از بین سبک‌های فرزندپروری، سبک فرزندپروری مقتدرانه و از بین سبک‌های یادگیری سبک یادگیری مفهوم‌سازی انتزاعی پیش‌بینی کننده یادگیری خودتنظیمی می‌باشند. در این جدول سهم هرکدام یک از مدل‌ها در پیش‌بینی یادگیری خودتنظیمی مشخص شده است. سبک فرزندپروری مقتدرانه (مدل ۱) ۰/۰۵ واریانس یادگیری خودتنظیمی را پیش‌بینی می‌کند. ($F: ۱۶/۴۶, P: ۰/۰۰۱, df: ۰/۹۹$)، سبک فرزندپروری مقتدرانه و سبک یادگیری مفهوم‌سازی انتزاعی (مدل ۲) ۰/۰۸ واریانس یادگیری خودتنظیمی را پیش‌بینی می‌کند. ($F: ۱۳/۳۹, P: ۰/۰۰۱, df: ۰/۹۹$)

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارتباط سبک فرزندپروری و سبک یادگیری با یادگیری خودتنظیمی انجام شد. طبق یافته‌های به‌دست آمده، سبک فرزندپروری قاطعانه با یادگیری خودتنظیمی

مطالبه کمی از فرزندان خود دارند، یعنی تقاضای کمی از فرزندان خود دارند [۳۲] بنابراین فرزندان والدین سهل گیر به دنبال فعالیت نمی‌باشند زیرا مادرانی داشتند که از آن‌ها توقع هیچ‌گونه فعالیت و کوششی را نداشتند؛ بنابراین در والدین سهل گیر نمی‌توان انتظار داشت که فرزندان با سبک مفهوم‌سازی انتزاعی داشته باشند چراکه سبک مفهوم‌سازی انتزاعی نیازمند تلاش و فعالیت منظم می‌باشد [۵۸].

نتایج تحلیل رگرسیون با روش گام‌به‌گام نشان داد که از بین مؤلفه‌های مورد بررسی، مؤلفه سبک فرزندپروری مقتدرانه در میان سبک‌های فرزندپروری و سبک یادگیری مفهوم‌سازی انتزاعی در میان سبک‌های یادگیری کلب با یادگیری خودتنظیمی ارتباط معنادار دارند که از میان این مؤلفه‌ها، سبک فرزندپروری مقتدرانه قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری دارد؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که سبک فرزندپروری نسبت به سبک یادگیری پیش‌بینی‌کننده بهتری برای یادگیری خودتنظیمی است؛ یعنی شیوه تربیتی مقتدرانه والدین قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده یادگیری خودتنظیمی می‌باشد؛ به عبارت دیگر دانش‌آموزانی که والدین آن‌ها به میزان متعادلی از کنترل و پذیرش را در ارتباط با فرزندانشان داشتند از یادگیری خودتنظیمی بالاتری برخوردار بودند. هم‌چنین والدین باید به هنگام تلاش برای اجتماعی کردن فرزندان خود در جهت سالم بودن، پذیرفته شدن و شاد بودن به‌عنوان عضوی از جامعه تشویق شوند تا بتوانند به فرزندان خود آزادی بیشتری داده و روابط بهتری را با آن‌ها برقرارکنند. از سویی می‌توان با آگاه کردن والدین از سبک‌های تربیتی صحیح و روش‌های درست برخورد با فرزندان به آن‌ها یاد داد تا به یادگیری فرزندان کمک کرده و آن‌ها را خودتنظیم بار بیاورند.

هم‌چنین محدود بودن این تحقیق فقط به دانش‌آموزان دختر امکان‌تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به پسران با مشکل مواجه می‌سازد. پیشنهادی شود موضوع پژوهش حاضر در نمونه‌های پسران اجرا شود تا امکان مقایسه بین دو جنس فراهم گردد.

منابع

- 1- Bembenutty.H. (2008). the first word: letter from the guest Editor on self-regulation of learning. Journal of Advanced academics, vol. 20, No. 1, pp. 1-16
- 2- Efkliides.A. (2011). Interaction of metacognition with motivation and affect in self-regulated learning: the MASRL model. Educational psychologist, vol. 46, No. 1, pp.6-25
- 3- USTA.G., Bozpolat. E. (2014). An assessment of education faculty students views on their self-regulated learning skills. Procedia - social and behavioral sciences, vol.116, pp.1620-1625
- 4- Maftoon. P., Tasnimi. M. (2014). Using self-regulation to enhance EFI learners reading comprehension. Journal of language teaching and research, vol.5, No.4, pp.844-855

همراه با شور و شوق والدین به یادگیری و پذیرش بالای آن‌ها که نشان‌دهنده این است که یادگیری پدیده‌ای ارزشمند است در این شرایط دانش‌آموزان این واقعیت را درک کرده و ارزشمندی تحصیل را درونی کرده و عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند.

همچنین نتایج نشان می‌دهد سبک یادگیری با یادگیری خودتنظیمی رابطه معنادار دارد. با توجه به نتیجه پژوهش سبک مفهوم‌سازی انتزاعی و آزمایشگری فعال رابطه مثبتی با یادگیری خودتنظیمی دارد. در مفهوم‌سازی انتزاعی دانش‌آموزان مطالب یاد گرفته شده از تحقیقات قبلی را می‌گیرند و شروع به شکل دادن افکاری می‌کنند که یک آزمایش را تکمیل کنند تا بتوانند به نتیجه برسند [۵۱] یعنی فرد تئوری و راه‌حل‌های جدیدی را برای موضوع می‌سازد [۵۲] که این سبک کاملاً شبیه یادگیری خودتنظیمی است، زیرا دانش‌آموزان خودتنظیم در کلاس با پرسیدن سؤال باعث تولید افکار و عقاید و بینش در بحث‌های کلاسی هستند [۵۳]. در واقع ویژگی مشترک مفهوم‌سازی انتزاعی و یادگیری خودتنظیمی مشارکت فعال فرد در یادگیری است.

در آزمایشگری فعال فرد به دنبال استفاده عملی می‌باشد [۵۴] پس نشانگر مشارکت فعال فرد در فرآیند یادگیری می‌باشد. در یادگیری خودتنظیمی نیز فرد به‌طور فعال به بررسی افکار و احساسات و رفتارهایش می‌پردازد تا به هدفش برسد [۵۵] بنابراین ویژگی مشترک آزمایشگری فعال و یادگیری خودتنظیمی مشارکت فعال در فرآیند یادگیری به‌منظور افزایش یادگیری می‌باشد.

و نیز یافته‌ها نشان داد که سبک فرزندپروری مستبدانه با سبک یادگیری رابطه معنادار دارد. یافته مذکور ناهمسو با نتایج اسعدی [۵۶] بوده است. در تجربه عینی فرد نسبت به امور انعطاف‌پذیری ندارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین استدلال کرد که والدین مستبدانه سخت‌گیر و انعطاف‌ناپذیر هستند هم‌چنین می‌توان گفت که داشتن والدین مستبدانه که انعطاف‌پذیری ندارند، باعث می‌شود دانش‌آموزان نیز در یادگیری، از خود انعطاف‌پذیری کمی نشان دهند. [۵۶،۵۷].

یافته‌ها نشان داد بین سبک مستبدانه و آزمایشگری فعال رابطه مثبتی وجود دارد. در تبیین این امر می‌توان گفت در سبک مستبدانه والدین تقاضای بالایی از فرزندان خود دارند و رفتارهای طردکننده از خود نشان می‌دهند [۳۲] و در آزمایشگری فعال نیز فرد به دنبال این است که دیگران را قانع کند. [۵۱]. شاید این قانع کردن به این دلیل است که فرد مورد پذیرش بیشتری واقع شود و رفتارهای طردکننده را از خود دور کند.

در تحقیق اسعدی [۵۶] نشان داده شد که سبک مقتدرانه با سبک یادگیری مفهوم‌سازی انتزاعی کلب رابطه دارد؛ اما در پژوهش حاضر نشان داده شده است که سبک مقتدرانه با هیچ‌یک از سبک‌های یادگیری رابطه ندارد. هم‌چنین دیده شد که سبک فرزندپروری سهل‌گیر با مفهوم‌سازی انتزاعی رابطه منفی دارد. از آنجایی که در مفهوم‌سازی انتزاعی فرد به دنبال تولید تئوری و راه‌حل‌های جدید است، [۵۲] نیازمند برنامه‌ریزی منظم می‌باشد؛ اما به عقیده موسکات و همکاران [۵۱] در سبک سهل‌گیر والدین

- styles and children's self-regulated learning. *Journal of research in childhood Education*, vol. 18, No.3, pp. 22-27
- 17-Melinda.k, Mirela. P. (2014). Early childhood self-regulation in context: parental and familial environment influences cognition, brain, behavior, Vol. 18, No. 1, pp. 55-85
- 18-Lesli. F., Hughes. S., Oconnor. T., Power. T., Fisher. J., Hazen. N. (2012). Parental influences on children's self-regulation of energy intake: insights from developmental literature on emotion regulation. *Journal of obesity*.
- ۱۹-فرامرزی، سالار؛ تقی پورجوان، عباسعلی؛ دهقانی، مصطفی و مرادی، محمدرضا (۱۳۹۲)، مقایسه سبک‌های دلبستگی و شیوه‌های فرزندپروری مادران دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان با اختلال یادگیری؛ دوماهنامه علمی - پژوهشی جتاشاپیر، سال ۴، شماره ۳، صص ۲۴۵-۲۵۴.
- 20-Jonathan. F. Timothy .L. (2013). "parenting" in the classroom: university students Evaluations of Hypothetical instructors as a function of Teaching styles and parenting styles. *North American Journal of psychology*, vol.15, No.3, PP. 447-462
- ۲۱- یوسفی، فریده (۱۳۸۶)، ارتباط سبک فرزندپروری والدین با مهارت‌های اجتماعی و جنبه‌هایی از خودپنداره دانش‌آموزان دبیرستانی، دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار، دانشگاه شاهد، سال ۱۴، شماره ۲۲، صص ۳۷-۴۶.
- ۲۲-منادی، مرتضی و فرشی صبح خیز، فاطمه (۱۳۸۹)، بررسی نقش مادران در شکل‌گیری هویت جنسی دختران نوجوان شهر تهران، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، سال ۴، صص ۷-۳۱.
- 23-Evans Nathaniel. J., Carlson. L., Grubbs Hoy.M. (2013). coddling our kids: can parenting styles affect attitudes toward advergemes. *Journal of Advertising*, Vol.42, No. 2, pp. 228-240.
- 24-Uji. M, Sakamoto. A., Adachi. K., Keiichiro. K., Toshinori. N. (2014). The impact of authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles on children's later mental health in Japen: focusing on parent and child gender. *Journal of child and family studies*. Vol. 23, pp. 293-302.
- ۲۵- احمدی، نسرين و قریشی راد، فخرالسادات (۱۳۹۴)، بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار و سبک‌های فرزندپروری در افراد دارای رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب، روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۲۱، دوره جدید، شماره ۱۰، صص ۸۷-۹۸.
- 5- Radovan.M. (2011). The relation between distance students motivation, their use of learning strategies, and academic success. *TOJET: the Turkish online journal of educational technology*, Vol.10, N0.1, pp.216-222
- 6- Chmiliar.Dr Linda. (2011). Self-regulation skills and the post-secondary Distance learner. *Procedia - social and behavioral science*, Vol. 29, pp.318-321.
- 7- Bembenutty.H. (2012).A latent class analysis of teacher candidate's goal orientation, perception of classroom structure, motivation, and self-regulation. *Psychology journal*, Vol.9, No.3, pp. 97-106
- 8- Sadi.o., Unarm. (2013). The relationship between self-efficacy, self-regulated learning strategies and achievement: a path model. *Journal of Baltic science education*, Vol.12, No .1, pp.21-33.
- 9- Annemiek. K., Cathy. V., Marcel. A., Van Aken. K., Maja. D. (2006).Parenting and self-regulation in preschoolers: a meta-analysis. *Infant and child development*. Infant and Child Development, Vol.15, No. 6, pp. 561-567.
- 10-Sanghag.k., Grazyna. K. (2012). Child temperament moderates effects of parent-child mutuality on self-regulation; a relationship -based path for emotionally negative Infant and Child Development, vol.38, No.4, pp.1275-1289
- 11-Brenda.L., Alysia. Y., Amy. M. (2006). Marriage, Parenting, and the Emergence of Early self-Regulation in the Family system. *Journal of child and family studies*, Vol. 15, No.4, pp. 493-506
- 12-Nader-grosbois. N., Normandeau. S., Quintal. G. (2008). Mothers, Fathers regulation and Childs self-regulation in a computer-mediated learning situation. *European journal of psychology of education*, Vol.23, No .1, pp 95-115.
- 13-Sedova.E., Goryacheva. T. (2012). Longitudinal study of self-regulation of junior schoolchildren. *US-China education Review*, Vol. 1, No. 2, pp. 170-177
- 14-Keller. H, Yousi. R, Borke. J, kartner. J, Jensen. H, Papaligoura. Z. (2004). Developmental consequences of early parenting and self-regulation in three cultural communities. *Child development*, Vol. 75, No. 6, pp. 1745-1760
- 15-Piotrowski.J, Lapierre.M, Linebarger. D. (2013). Investigaying correlates of self-regulation in early childhood with a representative sample of English -speaking American families. *Journal of child and family studies*. Vol.3, No.22, pp. 423-436
- 16-Hung. J, Prochner. L. (2004). Chinese parenting

۲۶، سال ۷، شماره ۲، صص ۱۷۹-۱۹۷.

- 36-Baneshi. A., Karamdoust. N., Hakimzadeh. R. (2013). Validity & reliability of the Persian of Grasha-Richman student learning styles scale. *Journal of Advances in medical Education & Professionalism*. Vol.1, No .4, pp.119-124.
- ۳۷-احمدی، سعید و احمدی، مجید (۱۳۹۰)، رابطه میان اضطراب ریاضی و سبک‌های یادگیری دانش‌آموزان، پژوهش در برنامه‌ریزی درسی، دوره ۲، سال ۸، شماره ۳۱، صص ۸۹-۱۰۲.
- 38-Fogg L., Carlson – sanbelli. L., Giddens. J. (2013). The perceived benefits of a virtual community: effects of learning styles, race. Ethnicity, and frequency of use on nursing students. *Nursing education perspective*. Vol.34, No.6, pp. 390-4.
- ۳۹-سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۹۱). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، چاپ ۲۴، نشر آگه.
- ۴۰-زرننگ، رمضانعلی (۱۳۹۱)، رابطه سبک‌های یادگیری و درگیری تحصیلی با عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی.
- ۴۱-ایزدی، صمد و محمدزاده ادملایی، رجبعلی (۱۳۸۶)، بررسی رابطه سبک‌های یادگیری، ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، دوماهنامه دانشور رفتار، دوره جدید، سال ۴، شماره ۲۷، صص ۱۵-۲۹.
- ۴۲-بrazدان، زهره (۱۳۹۱)، بررسی رابطه بین سبک‌های تفکر و خودتنظیمی در بین دانش‌آموزان دختر مدارس متوسطه بیله سوار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- ۴۳-محمودی، ز (۱۳۷۷)، بررسی رابطه خودپنداره، یادگیری خودتنظیم و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر پایه دوم راهنمایی شهرستان شهریار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت‌معلم.
- ۴۴-صمدی، معصومه (۱۳۸۳)، بررسی نقش راهبردهای خودتنظیمی در حل مسائل ریاضی دانش‌آموزان، فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، سال ۳، شماره ۷، صص ۷۹-۹۷.
- ۴۵-صمدی، معصومه (۱۳۸۶)، تأثیر روش‌های تربیتی و
- 26-Rani. B. (2014). Impact of parenting styles on career choices of adolescent. *Journal of education & social policy*, vol.1, No.1, pp.19-22.
- ۲۷-کراسکیان، آدیس (۱۳۹۲)، پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری با مریند، فصلنامه رشد آموزش، دوره ۸، شماره ۳، صص ۴۰-۴۱.
- ۲۸-خوئی نژاد، غلامرضا؛ رجایی، علیرضا و محب راد، تکتم (۱۳۸۶)، رابطه سبک‌های فرزندپروری ادراک شده با احساس تنهایی نوجوانان دختر، دانش و پژوهش در روانشناسی، دوره ۹، شماره ۷۵، صص ۳۴-۹۲.
- 29-Maddah. M. E, Javidi. N, Samadzadeh .M, Amini. M. (2012). The study of relationship between parenting styles and personality dimensions in sample of college students, *Indian journal of science and technology*, Vol.5, No.9, pp.3332-3336.
- ۳۰-سندی، فاطمه؛ صالحی، ایرج؛ کافی، موسی و رضایی، سجاد (۱۳۹۱)، رابطه شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده و سبک‌های هویت با حرمت خود در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، سال ۲، شماره ۲، صص ۴۱-۵۶.
- 31-Watabe. A., Hibard. D. (2014). The influence of authorities and authoritarian parenting on children's academic achievement motivation: a comparison between the United States and Japan, *North American Journal of psychology*, Vol.16, No.2, pp.359-382.
- 32-Mahasneh. M. (2014). Investigation the relationship between goal orientation and parenting styles among sample of Jordan university students. *Academic journal*, vol.9, No.11, pp.320-325.
- 33-Markazi. L, badrigargari. R, Vahedi. Sh. (2011). The role of parenting self-efficiency and parenting styles on self-regulation learning in adolescent girls of Tabriz, *Procedia - social and behavioral sciences*, No.30, pp.1758-1760.
- 34-Kafdar. T, Toy. B. (2014). Learning strategies and learning styles used by students in social students. *International journal of academic Reasearch*. vol.6, No.2, pp.259-267.
- ۳۵-همایونی، علیرضا و عبداللهی، محمدحسین (۱۳۸۲)، بررسی رابطه بین سبک‌های یادگیری و سبک‌های شناختی و نقش آن در موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، مجله روان‌شناسی، دوره

- classes. The High School Journal, Vol. 88, No.3, pp. 10-25.
- 54-Tonimehr. A., Holtbrugge. D., Berg. N. (2012). Learning style preferences and the perceived usefulness of e-learning. Teaching in higher education, Vol. 17, No. 3, pp. 309-322.
- 55- Peters. J., Backer. F., Reina. V., Kindekense. A., Buffel. T., Lombaerts. k. (2014). The role of teacher's self-regulatory capacities in the implementation of self-regulated learning practices. Procedia - social behavioral sciences. No. 116, pp. 1963-1970.
- ۵۶- اسعدی، سیدمحمد؛ ذکایی، نیره؛ کاویانی، حسین؛ محمدی، محمدرضا و گوهری، محمدرضا (۱۳۸۳)، رابطه پس‌زمینه اجتماعی - فرهنگی با شیوه تربیتی والدین، موفقیت تحصیلی و سبک یادگیری فرزندان، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۱۲، شماره ۱، (پیاپی ۴۴)، صص ۲۱-۲۸.
- ۵۷- امینی، مرضیه؛ علی پور، احمد؛ زند، بهمن؛ ابراهیم‌زاده، عیسی و فرج الهی، مهران (۱۳۹۱)، رابطه سبک‌های یادگیری با غلبه طرفی مغز دانشجویان به‌منظور استفاده در طراحی‌های آموزشی، فصلنامه علمی - پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، سال ۳، شماره ۳، پیاپی ۱۱، صص ۱۳۷-۱۵۲.
- 58-Pong, S. L., Hao, L., & Gardner, E. (2005). The Roles of Parenting Styles and Social Capital in the School Performance of Immigrant Asian and Hispanic Adolescents. *Social Science Quarterly*, Vol.86, No. 4, pp.928-950.
- ۴۶- هاشم‌آبادی، علی قنبری؛ حاتمی و رزانه، ابوالفضل؛ اسمعیلی، معصومه و فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۰)، رابطه بین سبک‌های فرزندپروری، دلبستگی و تعهد زناشویی در زنان متأهل دانشگاه علامه طباطبایی، فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، سال ۲، شماره ۳، صص ۳۹-۶۰.
- 47-Kindergarten, H. (2003). Chines parenting styles and children's self-regulated learning. *Journal of research in childhood education*, Vol. 18, No. 3, pp. 227-238.
- 48-Estep. H., Olson. J. (2011). Parenting style, academic dishonesty, and infidelity in college students. *College student journal*, Vol.45, No.4, pp.830-838.
- 49-Spear. Ch. (2005). A review of the relationship among parenting practices, parenting styles and adolescent school achievement. *Educational psychology review*, vol.17, No.2, pp.125-146.
- ۵۰- حسینی، میترا و سیامک، سامانی (۱۳۹۱)، ارتباط ابعاد کارکرد خانواده و خودتنظیمی فرزندان، فصلنامه خانواده پژوهی، سال ۵، شماره ۳۱، صص ۳۰۵-۳۱۷.
- 51-Muscat. M., Mollicone. P. (2012). Using Kolb's learning style to enhance the teaching and learning of mechanics of materials. *International journal of mechanical engineering education*, Vol. 40, No. 1, pp.66-77.
- 52-Chen. C., Jones. K., Moreland. K. (2014). Differences in learning styles. *The CPA journal*, Vol.84, No.8, pp .66-51.
- 53- Cooper, J. E., Strahan, D. B., & Horn, S. (2005). "If only they would do their homework:" promoting self-regulation in high school English

رابطه شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر با قلدری (زورگویی) و سرمایه روان‌شناختی

محسن گل‌پرور^{۱*}، بیبا خبازیان^۲

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی الگوی ساختاری رابطه شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر با زورگویی و سرمایه روان‌شناختی اجرا شد.

روش: روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری پژوهش را کارکنان شرکت مخابرات تهران تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۳۴۵ نفر به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی، پرسشنامه محقق ساخته قلدری، پرسشنامه سبک‌های دلبستگی آسیب‌پذیر و پرسشنامه شخصیت خودشیفته بودند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و الگوسازی معادله ساختاری تحلیل گردید.

نتایج: نتایج حاصل از الگوسازی معادله ساختاری نشان داد که دلبستگی آسیب‌پذیر با زورگویی دارای رابطه مستقیم و معنادار و زورگویی همراه با شخصیت خودشیفته با سرمایه روان‌شناختی دارای رابطه مستقیم و معنادار هستند. همچنین نتایج نشان داد که زورگویی متغیر واسطه‌ای کامل در رابطه دلبستگی آسیب‌پذیر با سرمایه روان‌شناختی است.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که دلبستگی آسیب‌پذیر همراه با شخصیت خودشیفته و قلدری، می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم موجب تضعیف سرمایه روان‌شناختی در انسان‌ها شوند.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۱۴۸-۱۳۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۲۰

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 139-148

کلید واژه‌ها: سرمایه روان‌شناختی، زورگویی، شخصیت خودشیفته، دلبستگی آسیب‌پذیر

*Email: drmgolparvar@gmail.com

مقدمه

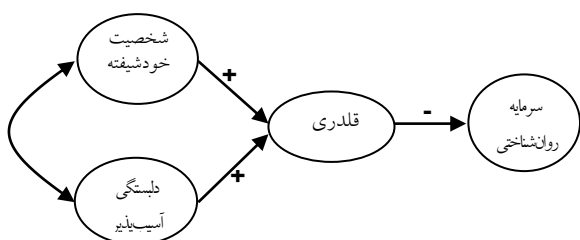
یکی از مشخصه‌های شخصیتی که به‌عنوان یک سبک شخصیتی از سال‌های گذشته تاکنون در پژوهش‌ها و نظریه-پردازی‌ها مورد توجه قرار گرفته، شخصیت خودشیفته^۱ است. از بعد تاریخی خودشیفتگی یکی از مفاهیم و سازه‌های قدیمی در روان‌شناسی است که امروزه در سطح بالینی به‌عنوان نوعی اختلال و در سطح غیربالینی به‌عنوان صفت شخصیتی مطرح است [۱، ۲]. این سازه گسترده‌ی وسیعی از ویژگی‌های شخصیتی شامل احساس اغراق‌آمیز خودستایی، تمایل به داشتن قدرت یا موفقیت نامحدود، نیاز به تحسین، محق‌پنداشتن خود، فقدان همدلی و بهره‌کشی و استثمار دیگران را در برمی‌گیرد [۳]. از لحاظ نظری همه انسان‌ها در مسیر رشد و تکامل شخصیتی خود و شکل‌گیری ارزش خود و اعتمادبه‌نفس از ویژگی‌های خودشیفتگی برخوردار می‌گردند و کم‌وبیش درجاتی از این خصایص را نشان می‌دهند [۴، ۵]. این ویژگی‌ها بسان دیگر ویژگی‌های شخصیتی (نظیر پنج عامل بزرگ شخصیت)، دارای کارکرد نفوذ در تعاملات بین‌فردی هستند و نظام تمرکز، توجه و تفسیر شناختی معینی را بر افراد تحمیل و آن‌ها را به‌سوی نگرش‌های مثبت اغراق‌آمیز درباره خود و در مقابل نگرش‌های سوءاستفاده‌گرانه از دیگر انسان‌ها سوق می‌دهد [۶، ۷ و ۸].

در کنار شخصیت خودشیفته، سبک‌های دلبستگی^۲ نیز به‌عنوان سازه‌های رشدی و تحولی که نموده‌های خود را در سطح رفتار و عملکرد در افراد به‌جای می‌گذارد، مطرح است [۹، ۱۰]. سبک دلبستگی انسان‌ها از مهم‌ترین عوامل مؤثر در تعاملات بین‌فردی آن‌ها است [۱۱، ۱۲]. دلبستگی از دو منظر، یکی میزان ارزشی که فرد برای خود و دیگری میزان ارزشی که فرد برای دیگران قائل است، قابل بررسی می‌باشد. هر چه فرد الگوی ذهنی مثبت‌تری از خود داشته باشد، به همان میزان ارزش بیشتری نیز برای خود قائل است؛ اما در مورد افراد دیگر، ارزشمندی به انتظاری که فرد از در دسترس بودن و حمایتگر بودن دیگران دارد وابسته است [۱۳، ۱۴]. از میان سبک‌های دلبستگی معرفی شده (ایمن، اضطرابی، اجتنابی و دوسوگرا)، گروهی از صاحب‌نظران معتقدند که دو سبک دلبستگی مجاورت‌جو^۳ و نایمن^۴، از زمره سبک‌های دلبستگی با مبنایی آسیب‌شناختی هستند [۱۵]. به همین دلیل نیز در پیشینه نظری پژوهش حاضر، این دو سبک به‌عنوان سبک‌های دلبستگی آسیب‌پذیر^۵ معرفی شده‌اند [۱۶]. افراد دارای دلبستگی نایمن به‌سادگی به دیگران اعتماد نموده و حتی نسبت به توانایی‌های خود برای برقراری ارتباط به نسبت پایدار با دیگران دچار مشکل هستند. از نقطه نظر روان‌شناسی تحولی بارزترین مشخصه افراد دارای دلبستگی نایمن عدم اعتماد است. دومین نوع سبک دلبستگی آسیب‌پذیر، دلبستگی مجاورت‌جو است. از لحاظ نظری مجاورت‌جویی توصیفی است بر

نزدیکی فیزیکی بین فرد با دیگران [۱۵، ۱۶]. در تبیین‌هایی که تاکنون در مورد رفتارهای مطرح در انواع سبک‌های دلبستگی مطرح شده، رفتار مجاورت‌جویی یا حفظ نزدیکی با فرد قابل اعتماد به‌عنوان یکی از مهم‌ترین رفتارها، ملاک داوری نسبت به دیگران در نظر گرفته شده است. بااین‌حال شواهد پژوهشی پس از طرح انواع سبک‌های دلبستگی به این نتیجه انجمیده که رفتارهای مجاورت‌جویانه را به‌طور عمومی می‌توان به‌عنوان یکی از سبک‌های دلبستگی آسیب‌پذیر تلقی کرد [۱۶].

دو متغیر شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر علاوه بر این‌که در تعاملات بین‌فردی نقش اساسی ایفاء می‌کنند [۳، ۵، ۹]، توجه و ادراکات جهت‌داری را در نحوه رفتار افراد پیرامون فرد با وی، به نظام شناختی وی دیکته می‌کنند [۱۷، ۱۸، ۱۹]. همین تحمیل نظام توجه و پردازش جهت‌دار در بسیاری از شرایط باعث تمرکز افراطی افراد بر رفتارهای پرخاشگرانه و در قالبی خاص‌تر، باعث تمرکز بر زورگویی یا قلدری^۶ و پرخاشگری‌های بین‌فردی می‌شود [۲۰]. برای نمونه شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که سبک دلبستگی نایمن (نقطه مقابل دلبستگی ایمن) به‌عنوان یک سبک آسیب‌شناسانه منجر به تمرکز بر محرک‌ها و نگرش‌های بدبینانه و پرخاشگرانه (این نگرش‌های بدبینانه و پرخاشگرانه خود در یک چرخه معیوب منجر به افزایش زورگویی و پرخاشگری می‌شود) می‌شود [۲۱، ۲۲]. همچنین تمایل به مجاورت‌جویی زیاد به‌عنوان یکی دیگر از سبک‌های دلبستگی آسیب‌پذیر، خود می‌تواند باعث بروز قلدری و پرخاشگری در روابط بین‌فردی شود [۲۳، ۲۴]. شواهد پژوهشی در حوزه قلدری حاکی از آن است که مجاورت یک عامل خطر مهم برای وقوع این پدیده است [۲۵، ۲۶]. از طرف دیگر برخی شواهد نشان می‌دهد که تمایلات شخصیتی خودشیفته به‌ویژه میل به تسلط بر دیگران و اثبات شایستگی خود در برتر بودن از دیگران، عاملی بسیار محوری برای بروز قلدری و پرخاشگری در روابط بین‌فردی است [۲۴]. بر اساس آنچه بیان شد در این پژوهش الگویی در خصوص رابطه بین شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر با قلدری و سرمایه روان‌شناختی^۷ در شکل ۱ معرفی شده است. این الگو بر پایه نظریات و یافته‌های پژوهشی که به برخی از آن‌ها در بالا و به برخی دیگر در ادامه اشاره خواهد شد، برای اولین بار در این پژوهش تدوین و معرفی شده است.

شکل ۱. الگوی مفهومی پژوهش



^۶ bullying

^۷ Psychological capital

^۱ Narcissist personality

^۲ Attachment styles

^۳ Proximity seeker

^۴ Insecure

^۵ Vulnerable attachment

می‌تواند حاکی از آن باشد که افراد دارای دلبستگی آسیب‌پذیر چنانکه هم‌زمان با قلدری بیشتری نیز مواجه شوند، از سطح سرمایه روان‌شناختی آن‌ها کاسته خواهد شد. بر اساس پیشینه نظری و پژوهشی ارائه شده، پیش‌بینی می‌شود که در یک الگوی ساختاری سه سطحی، شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر باعث تجربه قلدری از جانب اطرافیان و سپس قلدری تجربه شده (مفعولی) باعث کاهش سطح سرمایه روان‌شناختی شود. این الگو در این پژوهش به محک آزمون گذاشته شده است. از طرف دیگر به واسطه کمبود پژوهش‌هایی که در آن‌ها به بررسی نقش شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر در بروز قلدری و تضعیف سرمایه روان‌شناختی در میان نمونه ایرانی پرداخته باشد، در این پژوهش رابطه شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر را با زورگویی و سرمایه روان‌شناختی در میان یک گروه نمونه ایرانی در قالب یک الگوی مفهومی سه سطحی مورد بررسی قرار داده‌ایم تا دانش نظری و پژوهشی مربوط به پیامدهای شخصیت خودشیفته و دلبستگی‌های آسیب‌پذیر در نمونه‌های ایرانی افزایش یابد. در همین مسیر نیز سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا الگوی ساختاری رابطه شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر با قلدری و سرمایه روان‌شناختی بین نمونه‌ای ایرانی دارای برآزش مطلوبی با داده‌ها است یا خیر؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش همبستگی است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری آن کلیه کارکنان شرکت مخابرات شهر تهران به تعداد هزار نفر در زمستان ۱۳۹۰ بودند. ب) نمونه پژوهش: از جامعه آماری مورد اشاره، بر پایه جدول تناسب حجم نمونه با حجم جامعه آماری [۴۳]، ۳۵۰ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. انتخاب حجم نمونه ۳۵۰ نفر در این پژوهش به این دلیل بوده که بر اساس متون پژوهشی در دسترس برای دستیابی به نتایج قابل اعتماد در مطالعاتی که از الگوسازی معادله ساختاری در آن‌ها استفاده می‌شود، نمونه ۲۰۰ تا ۴۰۰ نفر توصیه شده است. از طرف دیگر بر اساس شواهد در دسترس نمونه‌های بزرگ‌تر از ۲۰۰ نفر عموماً نتایج معتبرتری در الگوسازی معادله ساختاری به دست می‌دهند [۴۴، ۴۵]. نمونه پژوهش از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده بر اساس فهرست اسامی انتخاب شدند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۵ پرسشنامه (معادل ۱/۴ درصد) به دلیل نقص در پاسخگویی از پژوهش کنار رفت و گروه نمونه پژوهش به ۳۴۵ نفر کاهش یافت. ۳۴۵ نفر نمونه پژوهش طیف متنوعی از کارکنان هر دو جنس زن و مرد، رسمی و پیمانی و در دامنه سنی ۲۱ تا ۶۴ سال و دامنه سابقه شغلی ۱۰ تا ۳۰ سال را در بر گرفته است. از ۳۰۸ نفر که جنسیت خود را اعلام نمودند، ۱۷۰ نفر مرد (معادل ۵۵/۲ درصد) و ۱۳۸ نفر زن (معادل ۴۴/۸ درصد) بودند.

قلدری در قالبی کلی شکلی از رفتارهای پرخاشگرانه بین‌فردی است که طی آن به دلیل عدم توازن قدرت در تعاملات اجتماعی، یکی از طرفین با نشان دادن تهدید کلامی و فیزیکی و با اعمال زور سعی در تطمیع و متابعت طرف مقابل می‌کند [۲۷، ۲۸]. عوامل مختلفی در سطح روانی و اجتماعی می‌توانند باعث تمایل افراد به قلدری هم در شکل فاعلی (قلدری کردن) و هم در شکل مفعولی (مورد قلدری واقع شدن) شود. از مهم‌ترین این عوامل ویژگی‌های شخصیتی است [۲۹، ۳۰]. شواهد گسترده و با ثباتی حاکی از پیوند میان ویژگی روان‌رنجورخویی با پرخاشگری و قلدری است [۲۴، ۳۱]. همچنین شواهد گسترده‌ای حاکی از آن است که افراد خودشیفته بیش از آنکه مورد پرخاشگری و قلدری قرار گیرند، به دیگران زورگویی نموده و پرخاشگری می‌کنند [۲۰، ۲۵، ۳۱]. بر اساس آنچه بیان شد، مطابق با آنچه در شکل ۱ ارائه شده، بین شخصیت خودشیفته و دلبستگی آسیب‌پذیر با قلدری تجربه‌شده (مفعولی) دو رابطه فرض و مطرح شده است؛ اما همان‌طور که در شکل ۱ نیز قابل مشاهده است، یک متغیر پیامد نهایی نیز در این پژوهش برای قلدری مد نظر قرار گرفته و آن سرمایه روان‌شناختی است.

در سال‌های اخیر نقش آمایه‌های ذهنی مثبت‌نگر، نظیر سرمایه روان‌شناختی در زندگی انسان‌ها به تدریج با نیرو گرفتن روان‌شناسی مثبت‌گرا در میان جنبش‌ها و رویکردهای نوین روان‌شناختی، در متون علمی و آکادمیک بیش‌ازپیش مورد علاقه اندیشمندان حوزه‌های مختلف روان‌شناسی قرار گرفته است [۳۲]. این علاقه و توجه فزاینده مبتنی بر یافته‌های پژوهشی بوده که نشان داده مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر ظرفیت گسترده‌ای برای تبیین نحوه عمل و رفتار افراد در محیط‌های مختلف دارند [۳۳، ۳۴]. مطرح‌ترین سازه در عرصه روان‌شناسی مثبت‌نگر، سرمایه روان‌شناختی است [۳۵]. صورت‌بندی عوامل روان‌شناختی به‌عنوان یک منبع سرمایه‌ای برای انسان‌ها، با این استدلال همراه بوده که اگر سرمایه‌های اقتصادی، انسانی و اجتماعی و حتی سرمایه مادی می‌توانند عاملی برای دستیابی انسان به اهداف و موفقیت‌هایش باشند، بدون تردید منابع پنهان روان‌شناختی درون انسان نیز چنین ظرفیت بی‌پایانی را دارا هستند [۳۶]. در تائید این ادعا شواهد پژوهشی نشان داده که حس خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری، با گستره وسیعی از نگرش‌ها و رفتارهای مثبت معطوف به موفقیت و همچنین با گستره قابل توجهی از سازه‌های عملکردی در محیط‌های مختلف رابطه دارند [۳۴، ۳۷، ۳۸]. همچنین شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد ویژگی‌های شخصیتی با سرمایه روان‌شناختی دارای رابطه هستند [۳۹]. برای نمونه برنیت و همکاران رابطه ویژگی‌های شخصیتی را با سرمایه روان‌شناختی مورد مطالعه قرار داده و نشان دادند که بین سرمایه روان‌شناختی با برون‌گرایی، ابتکار و متفکرانه رفتار کردن رابطه وجود دارد [۳۹]. در کنار این پژوهش، شواهد پژوهشی قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد دلبستگی ایمن افراد می‌تواند زمینه‌ساز تلاش‌های هدفمند و موفقیت در کار شود [۴۰، ۴۱، ۴۲]. این شواهد

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه به‌دست‌آمده است. در یک مطالعه بین‌شش مؤلفه این پرسشنامه با عواطف منفی و شکایات جسمانی رابطه مثبت و در مقابل با عاطفه مثبت رابطه منفی به‌دست‌آمده است [۴۷]. در مطالعه دیگری نیز در راستای روایی سازه از نوع همگرایی پرسشنامه قلدری و مؤلفه‌های آن بین قلدری با بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی معنوی رابطه منفی به‌دست‌آمده است [۴۸]. در کل نمونه پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۹ به دست آمد.

۳) پرسشنامه دل‌بستگی آسیب‌پذیر^۴: برای سنجش سبک‌های دل‌بستگی آسیب‌پذیر از پرسشنامه بیست‌ودو سؤالی بی‌فالتکو و همکاران استفاده شد [۱۶]. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) می‌باشد. بی‌فالتکو و همکاران روایی این پرسشنامه را بر حسب تحلیل عاملی اکتشافی مستند ساخته و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ و ۰/۶۷ و پایایی بازآزمایی برابر با ۰/۷۳ و ۰/۶۵ ($p < 0.01$) را برای آن گزارش نموده‌اند [۱۶]. از آنجایی که این پرسشنامه در این پژوهش برای اولین بار ترجمه و مورد استفاده قرار می‌گرفت پس از ترجمه اولیه از زبان انگلیسی به زبان فارسی، پرسشنامه توسط یک متخصص از نظر ترجمه مورد بررسی دقیق قرار گرفت و تأیید شد. در یک مطالعه بر روی ۳۰ نفر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. به دنبال آن تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس (بر مبنای پاسخ‌های نمونه نهایی پژوهش، یعنی ۳۴۵ نفر) مبتنی بر مؤلفه‌های اصلی بر روی بیست‌ودو سؤال انجام گردید. شواهد حاصل از این تحلیل نشان داد که این پرسشنامه در قالب بیست‌ودو سؤال دارای شرایط مطلوبی برای سنجش کلیت دل‌بستگی‌های آسیب‌پذیر می‌باشد. تحلیل عاملی تأییدی با شاخص‌های برازش مطلوب ($\chi^2 = 422/19$ ، $df = 166$ ، $GFI = 0/9$ ، $AGFI = 0/85$ ، $RMR = 0/08$ ، $NFI = 0/83$ ، $TLI = 0/84$ ، $CFI = 0/09$ ، $AIC = 19/96$ و $RMSEA = 0/067$) نیز روایی سازه این پرسشنامه را تأیید نمود. در کل نمونه ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

۴) پرسشنامه شخصیت خودشیفته^۵: برای سنجش شخصیت خودشیفته از پرسشنامه شانزده سؤالی ارائه شده توسط آمس و همکاران که هر سؤال آن دارای دو سطح شخصیت خودشیفته و غیر خودشیفته است و فرد پاسخگو لازم است از بین دو سطح، سطحی را که با شخصیت وی سازگاری بالاتری دارد را انتخاب نموده و در پرسشنامه علامت‌گذاری نماید، استفاده شد [۴]. آمس و همکاران روایی این پرسشنامه را به‌صورت روایی همگرا با پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت و پرسشنامه چهل سؤالی شخصیت خودشیفته بررسی و شواهد بسیار مطلوبی از روایی سازه همگرایی این پرسشنامه ارائه نموده‌اند. همچنین این محققان آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۷۲ را گزارش کردند [۴]. در

۱) پرسشنامه سرمایه‌ی روان‌شناختی^۱: سرمایه روان‌شناختی از طریق پرسشنامه سیزده سؤالی گل‌پرور و واثقی که دارای مقیاس پاسخ‌گویی پنج‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) است اندازه‌گیری شد [۴۶]. گل‌پرور و واثقی از طریق تحلیل عاملی اکتشافی روایی سازه این پرسشنامه را در ایران مستند ساخته و پایایی بر حسب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه به‌صورت میانگین برابر با ۰/۷۹ گزارش نموده‌اند [۴۶]. در این پژوهش در یک مطالعه بر روی ۳۰ نفر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین در راستای بررسی این پرسشنامه نیز تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس و تحلیل عاملی تأییدی با شاخص‌های برازش مطلوب ($\chi^2 = 5/99$ ، $df = 4$ ، $RMR = 0/14$ ، $AGFI = 0/97$ ، $GFI = 0/99$ ، $\chi^2/df = 1/5$ ، $NFI = 0/98$ ، $TLI = 0/99$ ، $CFI = 0/99$ ، $AIC = 27/99$ و $RMSEA = 0/038$) روایی سازه این پرسشنامه را قابل قبول نشان داد. در کل نمونه ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

۲) پرسشنامه قلدری^۲: برای سنجش قلدری، از پرسشنامه‌ای سی سؤالی که برای این پژوهش بر اساس پیشینه نظری و پژوهشی در دسترس [۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱] آماده اجرا شد، استفاده شد. سؤالات این پرسشنامه بر اساس منابع مورد اشاره برای این پژوهش تدوین گردید و حوزه‌های مورد پوشش در این پرسشنامه شامل اهانت و تهدید، قلدری انفعالی (نظیر نادیده گرفتن و کم‌توجهی)، کینه‌توزی و آزار، تحقیر و انتقاد و فشار کاری غیرمتعارف عمدی (تحمیل کارهای زیاد برای آزار فرد) بوده است. این پرسشنامه به‌جای ارتکاب زورگویی و قلدری، میزان مواجه‌شدن با قلدری را مورد سنجش قرار می‌دهد، لذا به‌عنوان تجربه مواجه‌شدن با قلدری مطرح شده است. مقیاس مورد استفاده در این پرسشنامه پنج‌درجه‌ای (هرگز = ۱ تا روزی یک‌بار = ۵) و روایی صوری سؤالات مطرح در این پرسشنامه توسط دو تن متخصص مورد تأیید قرار گرفت. در یک مطالعه بر روی ۳۰ نفر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. به دنبال آن برای بررسی روایی سازه پرسشنامه بر مبنای پاسخ‌های نمونه نهایی پژوهش (یعنی ۳۴۵ نفر) سؤالات مورد تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس مبتنی بر مؤلفه‌های اصلی قرار گرفت. بر اساس «کی. ام. ا.»^۳ به‌دست‌آمده برابر با ۰/۸۹، سی سؤال پرسشنامه ۶۶/۲۷ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌نمودند. تحلیل عاملی تأییدی با شاخص‌های برازش مطلوب ($\chi^2 = 4/75$ ، $df = 4$ ، $\chi^2/df = 1/19$ ، $GFI = 0/99$ ، $AGFI = 0/98$ ، $RMR = 0/06$ ، $NFI = 0/99$ ، $TLI = 0/99$ ، $CFI = 0/99$ ، $AIC = 26/75$ و $RMSEA = 0/02$) نیز روایی سازه این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داد. علاوه بر شواهد روایی و پایایی ارائه شده در دو مطالعه مستقل دیگر نیز شواهدی از روایی سازه همگرایی این

¹ PCQ- 13

² EBQ- 30

³ KMO

⁴ VAQ- 22

⁵ NPQ-16

پژوهش حاضر همانند پرسشنامه سبک‌های دل‌بستگی آسیب‌پذیر پرسشنامه شخصیت خودشیفته ابتدا از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه و سپس پرسشنامه ترجمه شده توسط متخصص به‌دقت مورد بررسی تطبیقی قرار گرفت و تأیید گردید. در یک مطالعه بر روی ۳۰ نفر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۷۶ به دست آمد. پس از آن تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس و مبتنی بر مؤلفه‌های اصلی انجام شد. نتایج حاصل از این تحلیل عاملی شانزده سؤال این پرسشنامه را بر یک عامل قرار داد. تحلیل عاملی تأییدی با شاخص‌های برازش مطلوب ($\chi^2=154/06$, $df=84$, $\chi^2/df=1/83$, $GFI=0/95$, $AGFI=0/92$, $RMR=0/009$, $NFI=0/91$, $TLI=0/94$)

شیوه تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و الگوسازی معادله ساختاری انجام گرفت. تحلیل‌های انجام شده با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی و نرم افزار تحلیل ساختارهای گشتاوری انجام شد.

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

ردیف	متغیرهای پژوهش	M	SD	۱	۲	۳
۱	قلدری	۱/۶۱	۰/۶۲	-		
۲	سرمایه روان‌شناختی	۳/۴۲	۰/۶	-۰/۳۵**	-	
۳	دل‌بستگی آسیب‌پذیر	۲/۷۴	۰/۴۸	۰/۳**	-۰/۰۳	-
۴	شخصیت خودشیفته	۰/۳۸	۰/۲۱	۰/۰۵	-۰/۱۳*	-۰/۰۳

**p<0/01 - *p<0/05

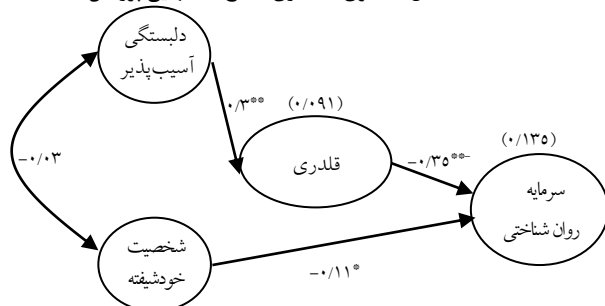
نتایج

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، قلدری با سرمایه روان‌شناختی دارای رابطه منفی و معنادار و با دل‌بستگی آسیب‌پذیر دارای رابطه مثبت و معنادار ($p<0/01$) است. سرمایه روان‌شناختی نیز فقط با شخصیت خودشیفته دارای رابطه منفی و معناداری است ($p<0/01$). در ادامه تحلیل‌ها، الگوی پیشنهادی اولیه (شکل ۱ را نگاه کنید) با استفاده از الگوسازی معادله ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. یک الگوی مناسب از لحاظ شاخص‌های برازش باید دارای χ^2 دو غیر معنادار، نسبت χ^2/df دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش^۱ و شاخص برازش تطبیقی^۲ بیشتر از ۰/۹، شاخص برازش افزایشی^۳ بزرگ‌تر از ۰/۹، ریشه میانگین مجذورات باقیمانده^۴ کوچک‌تر از ۰/۰۵ و تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا^۵ کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد [۴۴، ۴۳]. با توجه به آنچه بیان شد، χ^2 دو مدل پیشنهادی اولیه معنادار ($p<0/01$)، نسبت χ^2/df دو به درجه آزادی بزرگ‌تر از ۳، «جی. اف. آی.»، «سی. اف. آی.» و «آی. اف. آی.» هر سه کمتر از ۰/۹، «آر. ام. اس. آر.» بزرگ‌تر از ۰/۰۸ و «آر. ام. اس. آی.» نیز از ۰/۰۸ بزرگ‌تر بود. معناداری χ^2 دو، نسبت بالای χ^2/df دو به درجه آزادی و «آر. ام. اس. آی.» بزرگ‌تر از نقطه برش مطلوب، حاکی از آن است که الگوی پیشنهادی نیاز به اصلاح و بازنگری دارد [۴۴، ۴۳]. بررسی ضرایب مسیر الگوی اولیه همراه با شاخص‌های اصلاح نشان داد که لازم است بازنگری‌هایی به این شکل در الگو انجام شود: یک مسیر

از شخصیت خودشیفته به سرمایه روان‌شناختی اضافه و مسیر شخصیت خودشیفته به قلدری به دلیل غیر معنادار بودن حذف گردید. این تغییرات در الگوی نهایی و بازنگری شده مبتنی بر پیشینه‌ی پژوهش و شاخص‌های اصلاح انجام شدند [۴، ۵، ۲۳، ۲۴]. در جدول ۲ نتایج الگوسازی معادله ساختاری برای الگوی نهایی و بازنگری شده پژوهش آمده است.

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود دل‌بستگی آسیب‌پذیر، با ضریب بتای استاندارد ۰/۳، ۹/۱ درصد از واریانس قلدری را تبیین نموده است. در مرحله بعدی، قلدری و شخصیت خودشیفته به ترتیب با ضریب بتای استاندارد -۰/۳۵ و -۰/۱۱، ۱۳/۵۸ درصد از واریانس سرمایه روان‌شناختی را تبیین نموده‌اند. همچنین چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، χ^2 دو مدل نهایی برابر با ۳/۳۹ و غیر معنادار ($p>0/05$)، نسبت χ^2/df دو به درجه آزادی برابر با ۱/۷، «جی. اف. آی.» برابر با ۰/۹۹، «سی. اف. آی.» برابر با ۰/۹۸، «آر. ام. اس. آر.» برابر با ۰/۰۷ و «آر. ام. اس. آی.» برابر با ۰/۰۴ است. در شکل ۲ الگوی نهایی و بازنگری شده ارائه شده است.

شکل ۲. الگوی ساختاری اصلاح‌شده نهایی پژوهش



1 Goodness of Fit Index (GFI)

2 Comparative Fit Index (CFI)

3 Incremental Fit Index (IFI)

4 Root Mean Square of Residual (RMSR)

5 Root Mean Square of Error Approximation (RMSEA)

جدول ۲. نتایج حاصل از الگوسازی معادله ساختاری برای الگوی نهایی پژوهش

RMSEA	RMSR	IFI	CFI	GFI	χ^2 df	R ²	β	SE	b	رابطه متغیرها در الگوی نهایی	$\hat{\rho}$
						۰/۰۹۱	۰/۳**	۰/۰۷	۰/۳۹**	قلدری ← دل‌بستگی آسیب‌پذیر	۱
					۳/۳۹ (۲)	۰/۱۳۵	-۰/۳۵**	۰/۰۵	-۰/۳۳**	قلدری ← سرمایه روان‌شناختی	۳
۰/۰۴	۰/۰۰۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۹	۱/۷		-۰/۱۱*	۰/۱۴	-۰/۳۳*	شخصیت خودشیفته ← سرمایه روان‌شناختی	۴
						** $p < ۰/۰۱$					
						* $p < ۰/۰۵$					

طریق قلدری رابطه برقرار می‌کند. در جدول ۳، اثرات غیرمستقیم دل‌بستگی آسیب‌پذیر بر سرمایه روان‌شناختی از طریق قلدری ارائه شده است.

چنانکه در شکل ۲ دیده می‌شود، شخصیت خودشیفته با سرمایه روان‌شناختی دارای رابطه مستقیم، اما دل‌بستگی آسیب‌پذیر با سرمایه روان‌شناختی به‌طور غیرمستقیم از طریق از

جدول ۳. اثرات غیرمستقیم و مستقیم مدل نهایی پژوهش در حالت استاندارد و غیراستاندارد

ردیف	اثرات غیرمستقیم	سرمایه روان‌شناختی غیراستاندارد	استاندارد
۱	اثر غیرمستقیم دل‌بستگی آسیب‌پذیر بر سرمایه روان‌شناختی از طریق قلدری	-۰/۱۳**	-۰/۱۱**

** $p < ۰/۰۵$

بخش دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که قلدری و شخصیت خودشیفته با سرمایه روان‌شناختی دارای رابطه منفی و معنادار هستند. این یافته نیز با مطالعات مربوط به قلدری [۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۱] و شخصیت خودشیفته [۱، ۲، ۴، ۵] که در آن‌ها اشاره شده که افراد هدف قلدری و زورگویی دچار احساس حقارت، خودکم‌بینی و شکایات روانی می‌شوند و همچنین برخلاف مشخصه‌ها و نمودهای ظاهری، افراد خودشیفته در سطح روان‌شناختی و به‌ویژه در سطح عوامل روان‌شناختی نظیر خودکارآمدی، امیدواری و مواردی از این دست فاقد بنیان‌های مستحکم روانی هستند، همسویی نشان می‌دهد. همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که وجود ویژگی‌های شخصیتی خودشیفته تهدیدی جدی برای سرمایه روان‌شناختی افراد محسوب می‌شود. به این معنی که افراد خودشیفته با تمرکز افراطی بر خود و مشخصه‌هایشان، به جای تلاش شخصی برای دستیابی به اهداف خود، بر جلب نظر و تأیید دیگران متمرکز می‌شوند.

از طرف دیگر افراد خودشیفته به دلیل تمرکز افراطی بر خود، از توجه به نیازهای دیگران عاجزند، لذا چندان بازخورد مثبتی از جانب دیگران دریافت نمی‌کنند. همین امور می‌تواند به تضعیف سرمایه روان‌شناختی آن‌ها منتهی شود [۶، ۷، ۸].

بخش دیگر یافته‌ها در سطح همبستگی‌های ساده حاکی از آن بود که بین دل‌بستگی آسیب‌پذیر با سرمایه روان‌شناختی، بین شخصیت خودشیفته با قلدری و بین دل‌بستگی آسیب‌پذیر با شخصیت خودشیفته رابطه معناداری وجود ندارد.

در خصوص این یافته‌ها باید گفت که نمونه مطالعه دیگری از دیگر پژوهشگران در دسترس قرار نگرفت تا بتوان از همسویی و ناهمسویی یافته‌ها با آن‌ها سخن به میان آورد. باین حال در تبیین این بخش از یافته‌ها چند احتمال مطرح است. احتمال اول این است که واقعاً بین دل‌بستگی آسیب‌پذیر با سرمایه روان‌شناختی،

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر غیرمستقیم دل‌بستگی آسیب‌پذیر بر سرمایه روان‌شناختی از طریق قلدری به‌صورت غیراستاندارد برابر با -۰/۱۳ و به‌صورت استاندارد برابر با -۰/۱۱ منفی می‌باشد. این ضریب بر اساس منابع موجود بر مبنای آزمون بوث استراپ [۴۳، ۴۴] در سطح $p < ۰/۰۱$ (اغلب ضرایب بیش از ۰/۰۸ در سطح $p < ۰/۰۱$) معنادار هستند. بررسی اثرات واسطه‌ای نیز حاکی از آن بود که قلدری متغیر واسطه‌ای کامل^۱ در رابطه دل‌بستگی آسیب‌پذیر با سرمایه روان‌شناختی است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش که با هدف بررسی الگوی ساختاری رابطه شخصیت خودشیفته و دل‌بستگی آسیب‌پذیر با قلدری و سرمایه روان‌شناختی اجرا شد، در سطح همبستگی‌های ساده نشان داد که دل‌بستگی آسیب‌پذیر با قلدری دارای رابطه مثبت و معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که دل‌بستگی آسیب‌پذیر می‌تواند به قلدری (در شکل مفعولی) بالاتری در افراد منجر شود. بر اساس نظریات و پژوهش‌های موجود [۱۳، ۱۴] سبک دل‌بستگی افراد از یک طرف تعیین‌کننده نوع تعامل افراد با دیگران و از طرف دیگر عاملی جهت تفسیر شناختی نوع رفتار دیگران با فرد است [۹]؛ بنابراین زمانی که فرد دارای دل‌بستگی آسیب‌پذیر است، با انتخاب تعامل‌های همخوان با سبک دل‌بستگی آسیب‌پذیر خود، زمینه را برای قلدری دیگران با خود فراهم می‌سازد.

از طرف دیگر رابطه بین دل‌بستگی آسیب‌پذیر با قلدری خود حاکی از آن است که علاوه بر آسیب‌های احتمالی روانی ناشی از دل‌بستگی فرد، زمینه رفتارهای آسیب‌زای دیگران با فرد نیز در سطح اجتماعی برای افراد دارای دل‌بستگی آسیب‌پذیر فراهم است.

^۱ Complete mediator

مستقیم اعمال نمود. در تبیین این یافته باید گفت که از یک طرف افراد دارای خودشیفتگی، ممکن است از تعاملات بسیار نزدیک و مجاورت‌جویانه اجتناب کنند، به همین دلیل ممکن است چندان هم مورد زورگویی قرار نگیرند. از طرف دیگر افراد خودشیفته به دلیل ویژگی‌های خود چندان قادر به حفظ روابط نزدیک با دیگران نیستند.

این ناتوانی در حفظ روابط نزدیک، چنانکه به بی‌توجهی دیگران به این افراد منجر شود می‌تواند به‌طور جدی سلامت روانی و سرمایه روان‌شناختی آن‌ها را تضعیف کند. این نکته نیز قابل ذکر است که با احتمال زیاد به‌جای قلدری مفعولی، در افراد خودشیفته قلدری فاعلی متغیر واسطه‌ای در رابطه شخصیت خودشیفته با سرمایه روان‌شناختی است. به این صورت که هر چه ویژگی‌های خودشیفتگی در فرد نیرومندتر باشد، به همان میزان قلدری بیشتری توسط فرد متوجه دیگران می‌شود. این قلدری موجب طرد و انزوای واقعی و ادراک‌شده در افراد خودشیفته می‌شود و از این طریق با عدم تأمین نیاز مورد توجه دیگران بودن، از سطح سرمایه روان‌شناختی آن‌ها کاسته خواهد شد. نتیجه‌گیری حاصل از این پژوهش در این راستا می‌باشد که شخصیت خودشیفته به‌طور مستقیم و دلبستگی آسیب‌پذیر از طریق قلدری مفعولی زمینه‌سازهای تضعیف سرمایه روان‌شناختی هستند. درعین حال بر اساس یافته‌های این پژوهش، لازم است تا به نقش مستقیم خودشیفتگی برای سرمایه روان‌شناختی و نقش غیرمستقیم دلبستگی آسیب‌پذیر برای سرمایه روان‌شناختی از طریق قلدری در قالب رویکردی نظیر "رویکرد کارکردهای نسبی تابع ویژگی" توجه لازم و کافی بشود.

بر پایه یافته‌های این پژوهش، در سطح کاربردی برای پیشگیری از تضعیف سرمایه روان‌شناختی افراد که عاملی بسیار با اهمیت برای موفقیت و بهزیستی است، لازم است مقررات و قوانین رسمی و مدون در خصوص ممنوعیت قلدری و زورگویی، سازوکارهای حمایتی، نظیر حمایتگران گمنام از افراد هدف قلدری و زورگویی، برقراری امکانات مشاوره و راهنمایی در محیط‌های کار برای افراد واجد دلبستگی آسیب‌پذیر و تمایلات و مشخصه‌های خودشیفتگی فراهم شود تا از آن طریق بتوان اثرات مخرب دلبستگی آسیب‌پذیر، زورگویی و خودشیفتگی بر سرمایه روان‌شناختی کاست.

تعمیم و تفسیر یافته‌های این پژوهش باید در سایه توجه به محدودیت‌های آن (شامل محدود بودن گروه نمونه به کارکنان شرکت مخابرات تهران به‌عنوان یک سازمان خدماتی و احتیاط در تفسیر علت و معلولی از نتایج) انجام شود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که این مطالعه در گروه‌های نمونه سازمان‌های غیر خدماتی اجرا شود تا بتوان تصویر جامع‌تری از نقش‌های دلبستگی آسیب‌پذیر و شخصیت خودشیفته به دست آورد. همچنین می‌توان با جایگزین نمودن متغیرهایی نظیر قلدری فاعلی (نه قلدری مفعولی) این پژوهش را تکرار نمود.

بین شخصیت خودشیفته با قلدری و بین دلبستگی آسیب‌پذیر با شخصیت خودشیفته رابطه معناداری وجود ندارد.

این مسئله در پژوهش‌های آینده مشخص خواهد شد. احتمال بعدی (که تا اندازه‌ای مبتنی بر برخی شواهد می‌باشد) این است که دلبستگی آسیب‌پذیر در برقراری رابطه با سازه‌های روان‌شناختی نظیر سرمایه روان‌شناختی نیازمند متغیرهای واسطه‌ای و یا احیاناً تعدیل‌کننده است. این تبیین به‌صورت مفصل‌تر در زیر در بحث مربوط به الگوی نهایی پژوهش ارائه خواهد شد؛ اما منطقی عدم وجود رابطه معنادار بین شخصیت خودشیفته با قلدری نیز به این واقعیت مربوط می‌شود که افراد خودشیفته اغلب خود عاملان زورگویی و پرخاشگری هستند [۱، ۲، ۵]. به همین دلیل نیز دیگران به دلیل تمایلات زورگویانه و پرخاشگرانه آن‌ها، ممکن است این افراد را هدف زورگویی قرار ندهند. از طرف دیگر ممکن است که افراد خودشیفته به دلیل اطمینان کاذب به خود و خودستایی بالا، در صورت مواجهه با قلدری و زورگویی دیگران، چون آن را تهدیدی جدی برای خود تلقی می‌کنند، آن را انکار و یا گزارش نکنند و بر همین پایه در سنجش خودشیفتگی با قلدری رابطه معناداری به دست نیاید. آخرین بخش از یافته‌های این پژوهش به الگوی یکپارچه و نهایی ارائه شده در شکل ۲ مربوط می‌شود.

الگوی نهایی نشان داد که دلبستگی آسیب‌پذیر از طریق قلدری با سرمایه روان‌شناختی و شخصیت خودشیفته به‌طور مستقیم با سرمایه روان‌شناختی رابطه برقرار می‌کنند. همچنین قلدری به‌طور مستقیم با سرمایه روان‌شناختی ارتباط برقرار می‌کند. این روابط بینش قابل توجهی از نحوه ارتباط بین دلبستگی آسیب‌پذیر و شخصیت خودشیفته با قلدری و سرمایه روان‌شناختی به دست می‌دهد. اولین بینش مطرح این است که دلبستگی آسیب‌پذیر عاملی زمینه‌ساز برای هدف قلدری قرار گرفتن است. پس از وقوع زورگویی دیگران با فرد، پیامد نهایی تضعیف سرمایه روان‌شناختی است.

این زنجیره روابط حاکی از وجود متغیرهای واسطه‌ای بین دلبستگی آسیب‌پذیر با سرمایه روان‌شناختی است.

این‌که چرا افراد دارای دلبستگی آسیب‌پذیر وقتی مورد زورگویی قرار می‌گیرند از سطح سرمایه روان‌شناختی آن‌ها کاسته می‌شود، شاید به این مسئله بازمی‌گردد که افراد دارای دلبستگی آسیب‌پذیر از نظر روانی و رفتاری افراد مستعد مورد زورگویی قرار گرفتن هستند. برای نمونه وقتی فرد دارای دلبستگی ناپمن است، نمی‌تواند به‌سادگی به دیگران اعتماد کند. این عدم اعتماد می‌تواند باعث خشم و عصبانیت افراد دیگر شده و باعث به‌کارگیری زورگویی و پرخاشگری با آن‌ها شود.

با افراد مجاورت جو، اغلب برای حفظ امنیت روان‌شناختی خود به دیگران نزدیک شده و در مجاورت آن‌ها باقی می‌مانند.

این مجاورت خود عاملی جهت هدف زورگویی قرار گرفتن می‌شود؛ اما شخصیت خودشیفته با قلدری دارای رابطه نبود و در عوض نقش تضعیف‌کننده خود را بر سرمایه روان‌شناختی به‌طور

و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۳، ش ۵، صص ۲۴-۱۳.

منابع

- 13- Geller, D., & Bamberger, P. (2009). Bringing attachment and anxiety to the job: attachment style and instrumental helping behavior among co-workers. *Human Relations* 62: 1,803-1,827.
- 14- Harms, P. D. (2011). Adult attachment styles in the workplace. *Human Resource Management Review*, 21(4), 285-296.
- 15- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- 16- Bifulco, A., Mahon, J., Kwon, J.-H., Moran, P., & Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): An interview-derived measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychological Medicine*, 33, 1099-1110.
- 17- Popper, M., & Amit, K. (2009). Attachment and leader's development via experiences. *The Leadership Quarterly*, 20, 749-763.
- 18- Little, L. M., Nelson, D.L., Wallace, C., & Johnson, P. D. (2011). Integrating attachment style, vigor at work, and extra-role performance. *Journal of Organizational Behavior*, 32(3), 464-484.
- 19- Van Sloten, J. A. (2011). Attachment orientation and leadership style: From children play to partnerships with the person upstairs. Unpublished Bachelor Thesis in Psychology, University of Michigan.
- 20- Lutgen-Sandvik, P., & Sypher, B. D. (2009). *Destructive organizational communication*. New York: Routledge Press.
- 21- Ashford, C. (2010). Childhood bullying and paranoid thinking. Unpublished Doctoral Dissertation in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Health and Life Sciences, School of Psychology, University of Southampton.
- 22- Deniz, N., & Gulen Ertosun, O. (2010). The relationship between personality and being exposed to workplace bullying or mobbing. *Journal of Global Strategic Management*, 7, 129-142.
- 23- Balducci, C., Alfano, V., & Fraccaroli, F. (2009). Relationships between mobbing at work and MMPI-2 personality profile, post traumatic stress symptoms and suicidal ideation and behaviour. *Violence and Victims*, 24(1), 5267.
- 1- Campbell, W.K., Bosson, J.K., Goheen, T.W., Lakey, C.E., & Kernis, M.H. (2007). Do narcissists dislike themselves "deep down inside"? *Association for Psychological Science*, 18(3), 227-229.
- 2- Atlas, G.D., & Them, M.A. (2008). Narcissism and sensitivity to criticism: A preliminary investigation. *Current Psychology*, 27, 62-76.
- 3- Fields, S. K. (2012). Narcissism and intimate partner violence: An establishment of the link and investigation of multiple potential mediators. Unpublished Master Thesis in Psychology, Department of Psychology East Tennessee State University.
- 4- Ames, D.R., Rose, P., & Anderson, C.P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality*, 40, 440-450.
- 5- King, J. W. (2012). Narcissism in romantic relationships: An analysis of couples' behavior during disagreements. *Kaleidoscope*, 10(11), 1-8.
- 6- Vazire, S., & Funder, D.C. (2006). Impulsivity and the self-defeating behavior of narcissists. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 154-165.
- 7- Kemejgor, B., Sussman, L., Kline, J., & Zurada, J. (2007). Who are the difficult employees? Psychopathological attributions of their co-workers. *Journal of Business & Economics Research*, 5(10), 47-61.
- 8- Twenge, J.M., & Campbell, W.K. (2009). *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. Free Press.
- 9- Carr, S., Colthurst, K., Coyle, M., & Elliott, D. (2013). Attachment dimensions as predictors of mental health and psychosocial well-being in the transition to university. *European Journal of Psychology of Education*, 28 (2), 157-172.
- 10- Fraley, R.C., & Shaver, P. R. (2008). Attachment theory and its place in contemporary personality theory and research. In: O.P. John, R.W. Robins, & L.A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: theory and research* (pp. 518-541). New York, N.Y: Guilford Press.
- ۱۱- امانی، رزیتا، اعتمادی، عذرا، فاتحی‌زاده، مریم و بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۱). رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری اجتماعی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال نوزدهم، ش ۶، صص ۲۶-۱۵.
- ۱۲- امانی، رزیتا و مجذوبی، محمدرضا. (۱۳۹۰). پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی. *روان‌شناسی بالینی*

- 34- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., & Peterson, S. J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly*, 21, 41-67.
- 35- Huang, P., & Lin, Y. (2013). Moderating effect of psychological capital on the relationship between career capital and career success. The 16th Conference on Interdisciplinary and Multifunctional Business Management & High Education Forum on Business Management, Department of Business Administration, Soochow University, Saturday 15 June, 2013.
- 36- Norman, S. M., Avey, J. B., Nimmicht, J. L., & Graber-Pigeon, N. P. (2010). The interactive effects of psychological capital and organizational identity on employee citizenship and deviance behaviors. *Journal of Leadership and Organization Studies*, 17, 380-391.
- 37- Venkatesh, R., & Blaskovich, J. (2012). The mediating effect of psychological capital on the budget participation-job performance relationship. *Journal of Management Accounting Research*, 24(1), 159-175.
- 38- Luthans, F., Norman, S. M., Avolio, B. J., & Avey, J. B. (2008). The mediating role of psychological capital in the supportive organizational climate-employee performance relationship. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 219-238.
- 39- Wright, T. A., & Quick, J. C. (2009). The emerging positive agenda in organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 147-160.
- 40- Brandt, T., Gomes, J. F. S., & Boyanova, D. (2011). Personality and psychological capital as indicators of future job success? *Liiketaloudellinen Aikakauskirja*, 3, 263- 289.
- 41- Dallago, L., Perkins, D.D., Santinello, M., Boyce, W., Molcho, M., & Morgan, A. (2009). Adolescent place attachment, social capital, and perceived safety: A comparison of 13 countries. *American Journal of Community Psychology*, 44, 148-160.
- 42- Young, D. M. (2010). Validation study of the workplace relationships inventory: A workplace self report measure of adult attachment style. Unpublished Doctoral Dissertation, the University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas: Dallas, Texas.
- 24- Balducci, C., Fraccaroli, F., & Schaufeli, W. B. (2011). Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(5), 499-513.
- 25- Bowling, N.A., Beehr, T.A., Bennett, M.M., & Watson, C.P. (2010). Target personality and workplace victimization: A prospective analysis. *Work & Stress*, 24(2), 140-158.
- 26- Walden, L. M., & Beran, T. N. (2010). Attachment quality and bullying behavior in school-aged youth. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(1), 5-18.
- 27- Wang, J., Iannotti, R. J., & Nansel, T. R. (2009). School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, 45(4), 368 - 375.
- 28- Del Villar, C. (2011). Bullying, ethnic discrimination or both? A phenomenological study of the experiences of immigrant adolescents. Unpublished Master Thesis in Social Work, University of Toronto.
- 29 - Zapf, D., Escartín, J., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2011). Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C.L. Cooper (eds). *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice* (pp. 75-106). 2nd edn, Boca Raton, FL: CRC Press.
- 30- Salin, D., & Hoel, H. (2010). Organizational causes of workplace bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C.L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace. Developments in theory, research, and practice* (pp. 227-243). Boca Raton, FL: CRC Press.
- 31- Sagone, E., & De Caroli, M. E. (2012). White bully vs. Black victim or Black bully vs. White victim? Ethnicity and severity of behavior in Italian children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Available Online at: [www. Science-direct.com](http://www.Science-direct.com).
- 32- Zapf, D., & Einarsen, S. (2010). Individual antecedents of bullying: Victims and perpetrators. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C.L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace. Developments in theory, research, and practice* (pp. 177200). Boca Raton, FL: CRC Press.
- 33- Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly*, 22(2), 127-152.

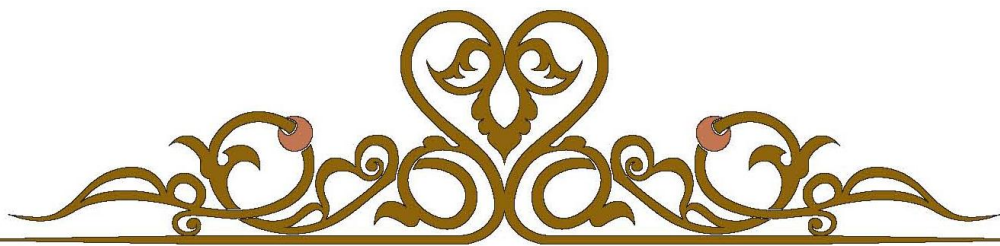
44- Meyers, L.S., Gamst, G., & Guarrino, A.J. (2006). Applied multivariate research: design and interpretation. Thousand Oaks, London: SAGE publications.

۴۵- شوماخر، رندال، ای؛ و لومکس، ریچارد، جی. (۱۳۸۱). مقدمه‌ای بر مدل‌سازی معادله ساختاری. ترجمه وحید قاسمی. چاپ اول، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

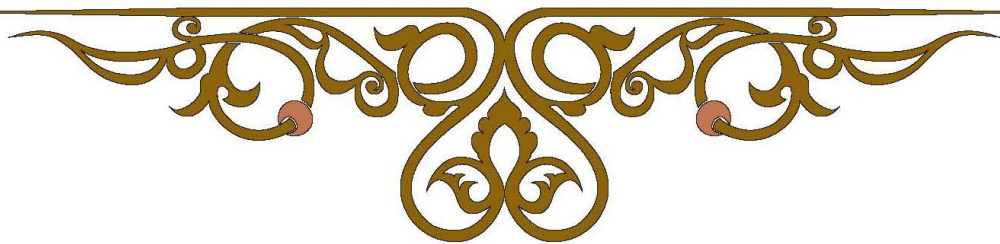
۴۶- گل‌پرور، محسن و واثقی زهرا. (۱۳۸۹). نگاهی نوین به نقش سبک‌های دلبستگی در محیط‌های کار: مطالعه موردی رهبری اخلاقی و ستمگرانه با سرمایه روانی. دومین کنگره دوسالانه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی ایران، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ۲۰ و ۲۱ اسفندماه ۱۳۸۹.

۴۷- گل‌پرور، محسن، رفیع‌زاده، هاله و عارفی، مژگان. (۱۳۹۳). بررسی همبستگی قلدری در بیمارستان با شکایات جسمانی و بهزیستی عاطفی در پرستاران زن. پژوهنده، سال ۱۹، ش ۱۰۲، صص ۳۳۴-۳۲۸.

48- Golparvar, M., & Rafizadeh, H. (2014). The relationship between bullying at workplace with psychological and spiritual well being of nurses. Humanities and Social Sciences Letters, 2(2), 120-128.



ارزیابی بالینی و شخصیت



ساخت، اعتبار و پایایی پرسش‌نامه اضطراب هستی (QFEA)

راحله مسعودی ثانی^۱، بهمن بهمنی^{۲*}، علی عسگری^۳، محمدسعید خانجانی^۴، نسیم پاک‌نیا^۵

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. دکترای مشاوره توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۵. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، طراحی پرسش‌نامه اضطراب هستی (مرگ، آزادی، تنهایی و ناپایداری معنا) و بررسی اعتبار و پایایی آن بود. طرح پژوهشی، مطالعه اکتشافی از نوع ابزارسازی و اعتبارسنجی بود.

روش: این پژوهش دارای سه مرحله بوده است. مرحله اول بررسی مبانی نظری و چهارچوب‌های مفهومی اضطراب هستی؛ مرحله دوم تدوین پرسش‌نامه اضطراب هستی و برآورد اعتبار محتوایی آن؛ و مرحله سوم گسترش اعتباریایی و بررسی پایایی ابزار. به‌منظور برآورد اعتبار و پایایی ابزار ۵۰۵ نفر از کارمندان و دانشجویان ۵ دانشگاه مستقر در شهر تهران با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های نشانگان افت روحیه و اضطراب مرگ به‌عنوان ابزارهای برآورد اعتبار هم‌زمان و همگرا و پرسش‌نامه اضطراب هستی به‌عنوان ابزار اصلی، پاسخ گفتند.

نتایج: یافته‌ها نشان می‌دهد اعتبار محتوایی ابزار بر اساس نظر ۱۰ متخصص، به روش آی. سی. سی. برابر ۰/۹۵ و اعتبار هم‌زمان و همگرا به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۵۵ می‌باشد و تحلیل عاملی اکتشافی و چرخش عامل‌ها به شیوه واریماکس، نشان می‌دهد ساختار نظری پرسشنامه از ۴ عامل تشکیل شده که بر این اساس نام‌گذاری عامل‌ها طبق مبانی نظری صورت گرفت. تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر نیکویی برازش عامل‌هاست. همچنین پایایی ابزار نیز به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر ۰/۸۲ و ۰/۸۶ حاصل گشت.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت پرسش‌نامه‌ای استاندارد با ۲۹ گویه و ۴ خرده‌مقیاس، برای سنجش اضطراب هستی به زبان فارسی، در دست است.

کلید واژه‌ها: اضطراب، اضطراب هستی، اعتبار، پایایی

*Email: bbahmani43@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۱۶۲-۱۵۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۱۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 151-162

مقدمه

مادام‌العمر است و تا پایان عمر ادامه می‌یابد [۱۱]. تعارض وجودی به خاطر این ایجاد می‌شود که باید برای جهانی معنا پیدا کنیم که خودش فاقد هرگونه طرح و معنایی می‌باشد [۱۰].

بر خلاف غالب دیدگاه‌های معاصر روانشناسی، درمانگران وجودی به بسیاری از اضطراب‌های انسان، به عنوان پدیده ارزشمند و قابل تأمل می‌نگرند [۱۲]. در رویکرد وجودی اضطراب ابزاری مفید و ارزشمند برای کمک به فرد است تا بتواند آگاهی خود را از زندگی افزایش دهد [۱۳]. به گفته کوهن: این آگاهی بیش‌تر با مفاهیم انتزاعی همچون مرگ، نامیدی، یأس، بیگانگی از خود و بی‌معنایی زندگی سروکار دارد [۱۴]؛ اما نکته‌ای که باید بدان توجه داشت اینک: دغدغه‌های وجودی الزاماً در همه افراد منجر به پربشان‌خاطری نمی‌گردد [۱۵].

صاحب‌نظران وجودی بین اضطراب طبیعی^۹ یا وجودی [۹]، آزدگی وجودی^{۱۰} [۱۶] و اضطراب روان‌رنجور^{۱۱} [۹]، تمایز قائل می‌شوند. اضطراب طبیعی یا وجودی پاسخی صادقانه به واقعیات ناگزیر هستی است؛ این اضطراب سرکوب نمی‌شود و در آگاهی می‌ماند؛ به ما کمک می‌کند تا با واقعیات روبرو شویم و آن را بپذیریم. از این‌رو موجبات رشد را فراهم می‌نماید [۹].

اما تجربه هیجان‌های منفی ناشی از مضامین وجودی و اضطراب هستی اغراق‌آمیز می‌تواند منجر به آزدگی وجودی گردد [۱۷، ۱۸]. در واقع به نظر می‌رسد هنگامی که یک بحران شدید، ساختار معنی در زندگی فرد را برهم بریزد و در نتیجه آن، فرد بار اضطراب غیرقابل تحملی را به دوش بکشد و نتواند به گونه مؤثر با واقعیات اجتناب‌ناپذیر هستی کنار بیاید، دچار پدیده آزدگی وجودی شده است [۱۹]. یکی از مظاهر آزدگی وجودی نشانگان افت روحیه^{۱۲} است. در صورتی که فرد نتواند معنای مؤثر و کارآمد جدیدی برای خود بیافریند و آزدگی وجودی‌اش استمرار یابد، بروز روان‌رنجوری قابل پیش‌بینی خواهد بود [۲۰].

اضطراب روان‌رنجور محصول تلاش فرد برای فرار و نادیده گرفتن مقتضیات اجتناب‌ناپذیر هستی از طریق استفاده از مکانیزم‌های دفاعی است و موجب خودفریبی، از خودبیگانگی و دور شدن از واقعیات هستی در فرد می‌شود. این نوع اضطراب معمولاً خارج از آگاهی بوده و فرد را از حرکت باز می‌دارد؛ بدین ترتیب بر خلاف اضطراب طبیعی که سازنده^{۱۳} است، اضطراب روان‌رنجور مخرب و ویران‌کننده^{۱۴} است [۹، ۲۱]. از این‌رو شناخت و تشخیص اضطراب هستی و روان‌رنجوری‌های ناشی از مقابله نادرست با آن، روشن می‌گردد. تاکنون اقداماتی چند در این حیطه صورت گرفته است.

گود و گود مقیاس اضطراب هستی^{۱۵} را بر مبنای رویکرد معنای زندگی، ایجاد کردند [۲۲، ۲۳]. این مقیاس، ۵ عامل را

همه ما انسان‌ها تمایل ذاتی برای رشد، پیشرفت و بقا داریم؛ اما در عین حال باید شجاعت^۱ آن را داشته باشیم تا با جنبه‌های دردناک زندگی نیز روبرو شده و واقعیات هستی^۲ را بپذیریم [۱]. هرگاه پرده‌های روزمرگی از جلو چشم آدمی بیفتد و با مسائل غیرقابل اجتناب هستی روبرو شود، بروز اضطراب هستی حتمی خواهد بود [۲]. صاحب‌نظران وجودی معتقدند: اضطراب هستی چیزی نیست که بر ما عارض شود؛ بلکه همان چیزی است که هستیم. اضطراب، پاسخی صادقانه به آگاهی از احتمال نیستی است [۳]. بر اساس دیدگاه وجودی: مرگ، مسئولیت، تنهایی و ناپایداری معنی از ویژگی‌های ذاتی، قطعی و اجتناب‌ناپذیر هستی انسان، در جهان آفرینش به شمار می‌آید. اضطراب هستی پیامد آگاهی از ویژگی‌های ناپایدار موقعیت‌های انسانی است. در واقع از آنجاکه هریک از ما سخت نیازمند جاودانگی، استواری، هم‌زیستی و هدفمندی زندگی بوده و در عین حال، همگی نیز بالاخره با اجتناب‌ناپذیری مرگ، بی‌پایگی هستی، تنهایی و پوچی رویاروی خواهیم شد، لذا این تعارض ما را دچار اضطراب هستی می‌نماید [۴].

به باور کی‌یرکگارد "پدر فلسفه وجودی" هستی پلی بین نبودن قبل از تولد و مرگ است. همه ما آرزو داریم زندگی جاودانه داشته باشیم؛ در عین حال می‌دانیم که خواهیم مرد. این تعارض باعث ایجاد وحشت^۳ و تشویش^۴ می‌شود [۵]. حتمی‌الوقوع بودن، اجتناب‌ناپذیری و کنترل‌ناپذیر بودن مرگ، موجب شده اضطراب مرگ جهانی و همه‌گیر گردد [۶]؛ اما با وجود ناگزیری مرگ، انسان قربانی سرنوشت خود نیست. او در این جهان آزاد است؛ خودش می‌تواند بخواهد و به آنچه انتخاب نموده است دست یابد [۷]؛ اما از سویی پذیرش آزادی به‌طور اجتناب‌ناپذیری با مسئولیت و در نتیجه اضطراب همراه می‌گردد. به اعتقاد سارتر^۵ انسان چیزی نیست جز آنچه خودش می‌سازد و برای تصمیم‌گیری و انتخاب هیچ بنیادی جز وجود خودش وجود ندارد [۸]. این حقیقت بیانگر تنهایی بنیادین انسان است. همه ما تنها وارد این جهان می‌شویم؛ در دنیایی زندگی می‌کنیم که تنها برای خودمان شناخته شده است و تنها آن را ترک می‌گوییم. تنش^۶ به خاطر آگاهی از انزوای مطلق^۷ و آرزو برای تماس^۸ ایجاد می‌شود؛ اما توجه به این مضامین فرد را با موضوع دیگری مواجه می‌نماید: اگر قرار است بمیریم؛ اگر در جهانی زندگی می‌کنیم که هیچ هدف و ماهیتی از خود ندارد و اگر تنهایی^۹؛ پس چرا، چطور و چگونه زندگی کنیم [۴، ۹، ۱۰]. هستی انسان در گرو ساختن معنایی برای زندگی است تا بدان جهت دهد. جستجوی معنا و هدفی مؤثر در زندگی فرایندی

⁹ Normal anxiety

¹⁰ Existential distress

¹¹ Neurotic anxiety

¹² Existential demoralization

¹³ Constructive

¹⁴ Destructive

¹⁵ Existential Anxiety Scale

¹ Courage

² Ontological reality

³ Dread

⁴ Angst

⁵ Sartre

⁶ Tension

⁷ Absolute isolation

⁸ Contact

روش پژوهش

پژوهش حاضر بر پایه طرح پژوهشی اکتشافی و از نوع ابزار سازی و اعتبارسنجی بود تا به کشف مؤلفه‌های اضطراب هستی و تدوین آن در قالب پرسش‌نامه بپردازد و در ضمن اعتبار و پایایی آن را مورد آزمون قرار دهد.

شیوه اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش حاضر و دست‌یابی به اهداف تعیین شده سه مرحله در نظر گرفته شده بود. این سه مرحله از یکدیگر مجزا، ولی باهم مرتبط‌اند.

مرحله نخست بررسی مبانی نظری و تعیین چهارچوب‌های مفهومی اضطراب هستی: در این مرحله ابتدا به مطالعه متون نظری و تجربی مربوط به اضطراب هستی پرداخته شد (۴، ۸، ۹، ۱۰، ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸) و عامل‌ها و مؤلفه‌های آن، استخراج گردید. سپس با ۵ نفر از متخصصان حیطة وجودی (۳ روان‌درمانگر وجودی و ۲ متخصص فلسفه وجودی) مصاحبه باز و بدون ساختار انجام گرفت و مؤلفه‌های استخراج شده، با مؤلفه‌های استخراج شده از متون، تطبیق داده شد. در گام بعدی نیز با ۱۲ نفر از اعضای جامعه تحقیق (کارمندان و دانشجویان ۶۰-۲۰ سال) مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به عمل آمد و مؤلفه‌های تجربه شده توسط آنان بررسی گردید [۳۹]. در این مرحله تلاش شد تا در طراحی این پرسش‌نامه، ضمن برخورداری از مبانی نظری و علمی کافی، از تجربه مشاوران متخصص در حیطة وجودی و روان‌سنجی نیز بهره‌مند گردیم.

مرحله دوم تدوین پرسش‌نامه اضطراب هستی و بررسی اعتبار محتوا^{۱۳}: در این مرحله گامی فراتر نهادیم. مؤلفه‌های استخراج شده از مرحله اول، به صورت‌تبه‌صورت پرسش‌نامه در آمد و به همراه پرسش‌نامه مناسب‌سازی شده به صاحب‌نظران وجودی ارسال گردید تا ضریب توافق سؤالات^{۱۴} جهت تأیید اعتبار محتوا برآورد شود. بعدازآن پرسش‌نامه مزبور توسط یک متخصص زبان و ادب فارسی ویرایش شد تا ابهامی در سؤالات نباشد. سپس جهت بررسی میزان فهم‌پذیری، سؤالات توسط ۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تکمیل گردید. هدف از اجرای این مرحله بررسی دشواری‌های مربوط به درک گزاره‌ها، رفع ابهامات و حذف یا اصلاح سؤالات نامناسب بود. بدین ترتیب فرم نهایی تدوین گردید. درواقع با اجرای این مرحله بررسی اعتبار محتوا (منطقی و صوری) نیز محقق گردید.

مرحله سوم گسترش اعتباریابی و بررسی پایایی پرسش‌نامه اضطراب هستی:

فرم تدوین شده در مرحله دوم، در نمونه مورد نظر اجرا شد و اعتبار هم‌زمان^{۱۵}، اعتبار سازه^{۱۶} (تحلیل عاملی اکتشافی^{۱۷}، تحلیل

می‌سنجد که عبارت‌اند از: (۱) بی‌هدف بودن کارها؛ (۲) بی‌ارزش بودن معنای زندگی؛ (۳) عدم توانایی در متقاعد کردن دیگران؛ (۴) عدم علاقه نسبت به انجام کارها؛ (۵) عدم احساس مسئولیت نسبت به دیگران [۱۴]. همچنین ویمز و همکاران نیز بر اساس نظریه تیلیش پرسش‌نامه اضطراب هستی^۱ را ایجاد کردند که سه عامل را می‌سنجد. این عوامل شامل: (۱) مرگ و سرنوشت؛ (۲) پوچی و بی‌معنایی^۲ و (۳) احساس گناه و محکومیت^۳ می‌باشد [۲۴]. آلان و شیرر هم بر اساس دیدگاه‌های هوش چندگانه گاردنر، هوش معنوی و روان‌درمانی وجودی، مقیاس افکار وجودی^۴ را تدوین نمودند. این مقیاس، تمایل برای بررسی مسائل بنیادین بشریت، هستی و توانایی در ساختن معنای زندگی را می‌سنجد [۲۵]. همچنین برخی مقیاس‌های دیگر یک عامل از اضطراب هستی را مورد سنجش قرار می‌دهند. برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: پرسش‌نامه اضطراب مرگ کالت و لستر [۲۶]، پرسش‌نامه اضطراب مرگ^۵ تمپلر [۲۷]، پرسش‌نامه احساس تنهایی هستی‌گرا^۶ مایرز^۸ و همکاران که در ایران توسط رحیم‌زاده و همکاران بر روی دانشجویان مدل‌یابی شد و اعتبار و پایایی آن تعیین گردید [۲۸]. همچنین پرسش‌نامه معنابخش بودن زندگی که توسط صالحی طراحی گردید [۲۹]، معنا در زندگی^۹ که توسط مورگان و فارسیدر طراحی گشت [۳۰]، مقیاس معنای زندگی^{۱۰} [۳۱]، پرسش‌نامه معنای زندگی^{۱۱} [۳۲] و مقیاس سطوح معنای وجودی برای پوچی و نگرانی وجودی^{۱۲} [۳۳].

چنانکه تصریح شد، طبق جستجوهای صورت گرفته در پژوهش‌های داخلی و خارجی، علی‌رغم اهمیت و فراگیری اضطراب هستی (مرگ، آزادی و به‌تبع آن مسئولیت، تنهایی و ناپایداری معنا) در زمینه سنجش این سازه پیچیده خلاً وجود دارد؛ زیرا همان‌طور که بیان شد، هیچ پرسش‌نامه دیگری به‌طور مستقیم این چهار نگرانی غایی را نمی‌سنجد.

هدف پژوهش حاضر این بود تا بر مبنای رویکرد فلسفی کی‌یرکگارد و دیدگاه روان‌درمانی یالوم، ابزاری معتبر و پایا در جهت سنجش این چهار نگرانی، ایجاد کند. به این امید که خلاً موجود در این زمینه تا حد زیادی پر گردد و نتایج حاصل در زمینه‌های پژوهشی، زمینه‌یابی‌ها و مداخلات بالینی مورد استفاده قرار گیرد.

¹ Existential Anxiety Questionnaire

² Death and fate

³ Emptiness and Meaninglessness

⁴ Guilt and condemnation

⁵ Scale for Existential Thinking

⁶ Death Anxiety scale

⁷ Existential Loneliness Questionnaire.

⁸ Mayers

⁹ Meaning life Measure

¹⁰ Meaning In Life scale

¹¹ Meaning in Life Questionnaire

¹² Emptiness and Existential concern

¹³ Content validity

¹⁴ ICC

¹⁵ Concurrent Validity

¹⁶ Construct Validity

¹⁷ Exploratory Factor Analysis

ابزارهای پژوهش

با توجه به این که پژوهش حاضر در سه مرحله انجام گرفت، ابزار پژوهش نیز در هر مرحله متفاوت بوده است. در مرحله اول از مصاحبه به‌عنوان اصلی‌ترین روش پژوهش کیفی [۴۰]، استفاده شد. نخستین مصاحبه‌ها به‌صورت‌تبع‌صورت تخصصی با مشاوران و متخصصان با رویکرد وجودی انجام گرفت و متن مصاحبه ضبط گردید. زمان مصاحبه در دامنه ۲۵ تا ۹۰ دقیقه و با میانگین ۵۵ دقیقه بود. مصاحبه‌های بعدی به‌صورت‌تبع‌صورت نیمه‌ساختاریافته با کارمندان و دانشجویان دانشگاه، در دامنه سنی ۶۰-۲۰ انجام گرفت. در این مصاحبه‌ها نیز که به‌طور میانگین ۳۵ دقیقه به طول انجامید، متن مصاحبه ضبط گردید.

مرحله دوم پرسش‌نامه مناسب‌سازی شده محقق‌ساخته جهت داوری سؤالات (برآورد اعتبار محتوا): این پرسشنامه دارای ۳ بخش است. در بخش نخست، از مخاطب خواسته شد سؤالات را در دامنه ۱ تا ۱۰ امتیاز دهد و اگر مورد قابل توجهی در ذهن دارد، در ستون ملاحظات، ذکر نماید. بخش دوم شامل ۳ سؤال است و مخاطب کل سؤالات را در ۴ درجه "کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف" درجه‌بندی می‌نماید. در بخش سوم که به‌صورت‌تبع‌صورت بازپاسخ است، از مخاطب خواسته شد تا نکته‌ای را که برای بهبود پرسش‌نامه به ذهنش می‌رسد را یادداشت نماید. مرحله سوم:

۱) مقیاس نشانگان افت روحیه [۲۰، ۴۱]: طبق نتایج حاصل از پژوهش بهمنی و همکاران [۲۰] اضطراب هستی‌بالا پیش‌بینی‌کننده نشانگان افت روحیه می‌باشد؛ از این‌رو این آزمون با هدف برآورد اعتبار هم‌زمان به کار گرفته شد. طبق تعریف کیسان و همکاران این نشانگان می‌تواند در طیفی از دل‌سردی و کم شدن اعتماد تا نامیدی و یأس متغیر باشد. اگرچه نشانگان افسردگی و اضطراب در نشانگان افت روحیه وجود دارد، لیکن این نشانگان چیزی بیش از افسردگی و اضطراب است و خود را به‌صورت ناتوانی در کنار آمدن با مسائل، افسردگی و تسلیم‌شدگی نشان می‌دهد [۴۲]. در راستای سنجش نشانگان افت روحیه، کیسان و همکاران آزمون را ایجاد کردند. این آزمون دارای ۵ خرده‌مقیاس است: فقدان معنا، ملالت، یأس، درماندگی، احساس شکست. پایایی این مقیاس از طریق فرمول آلفای کرونباخ در دامنه (۸۹-۷۱) به دست آمد و اعتبار همگرا و واگرای آن نیز در زبان اصلی تأیید گردید. این آزمون در ایران توسط نقیایی و بهمنی ترجمه و اجرا گردید و آلفای آن ۸۶٪ به دست آمد [۲۰].

۲) آزمون اضطراب مرگ کالت-لستر [۲۶]: مبتنی بر این نکته که اولین منبع اضطراب، روبرو شدن فرد با نیستی خود است و اضطراب هستی در مواجهه با تهدید نیستی در ما ریشه دوانده است [۳] و همچنین با در نظر گرفتن این که یکی از خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه اضطراب هستی^۶، اضطراب مرگ است، برای سنجش اعتبار همگرای آن، از پرسش‌نامه اضطراب مرگ کالت و لستر استفاده گردید.

عاملی تأییدی^۱ و اعتبار همگرا^۲ و پایایی^۳ (به روش بازآزمایی^۴ و آلفای کرونباخ^۵) تعیین گردید. هدف از اجرای این مرحله، بررسی قابلیت کاربرد ابزار ساخته شده برای سنجش اضطراب هستی بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری در پژوهش حاضر، شامل کلیه دانشجویان و کارمندان دارای سن (۶۰-۲۰) سال از دانشگاه‌های مستقر در شهر تهران بود.

ب) نمونه پژوهش: نمونه آماری در این پژوهش، در هر مرحله متفاوت بود.

در مرحله نخست، ۵ نفر از متخصصان آگاه به رویکرد وجودی و ۱۲ نفر از جامعه هدف به‌صورت‌تبع‌صورت غیر تصادفی (داوطلبانه) انتخاب گردیدند. میانگین سنی جامعه هدف ۳۵/۶ و انحراف استاندارد آن ۷/۲۴ بود. ملاک انتخاب متخصصان در این مرحله داشتن تدریس در کارگاه‌های با محوریت اگزستانسیالیسم و انجام پژوهش در این حیطه بود.

در مرحله دوم فرم ماقبل آخر جهت تأیید اعتبار محتوایی در اختیار ۱۰ تن از متخصصان ذی‌ربط قرار گرفت. روش نمونه‌گیری در این گام به‌صورت‌تبع‌صورت در دسترس بود.

در مرحله آخر با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای، ۵۲۰ پرسش‌نامه توزیع گردید که با توجه به ناقص بودن برخی از آن‌ها، ۵۰۵ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نمونه از میان دانشجویان و کارمندان دارای سن (۶۰-۲۰) از دانشگاه‌های تهران، علوم بهزیستی و توانبخشی، علامه طباطبایی، تربیت مدرس و علوم تحقیقات به تفکیک سن و جنس انتخاب شد. چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیش‌تر شرکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی می‌باشند (۵۳/۲۶ درصد) و کم‌ترین فراوانی در مقطع دکترا مشاهده می‌شود (۲/۹ درصد). در مورد سن و جنس نیز بین گروه‌ها اختلاف معناداری وجود ندارد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیر	فراوانی	
	درصد	تعداد
سن	۲۹-۲۰	۱۲۵
	۳۹-۳۰	۱۲۳
	۴۹-۴۰	۱۳۰
	۶۰-۵۰	۱۲۷
جنس	مؤنث	۲۶۱
	مذکر	۲۴۴
وضعیت تأهل	مجرد	۱۵۱
	متاهل	۳۵۴
مقطع تحصیلی	دیپلم و زیر دیپلم	۱۴۷
	کارشناسی	۲۶۹
	کارشناسی ارشد	۷۴
	دکترا	۱۵

^۱ Confirmatory Factor Analysis

^۲ Convergent Validity

^۳ Reliability

^۴ Test- retest

^۵ Cronbach's alpha

^۶ Unable to coping

^۷ QFEA

حجم نمونه از آزمون «کی. ام. ا.»^۳ استفاده شد. مقدار آن باید برابر یا بالاتر از ۰/۶۰ باشد؛
 (۵) آزمون کرویت بارتلت^۴: به منظور حصول اطمینان از اینکه همبستگی بین متغیرها برابر صفر نیست مورد استفاده قرار گرفت؛
 (۶) انتخاب نوع چرخش: با توجه به اینکه بهترین روش برای دستیابی به یک ساختار عاملی ساده متعامد چرخش واریماکس^۵ است، این روش مناسب تشخیص داده شد؛
 (۷) تحلیل عاملی اکتشافی: عامل‌هایی که مقدار ویژه^۶ آن بالاتر از ۱ باشد، انتخاب شدند [۴۶].

پس از اجرای تحلیل عاملی اکتشافی، جهت آزمون برازش عامل‌های به‌دست‌آمده، تحلیل عاملی تأییدی مورد استفاده قرار گرفت، در تحلیل عاملی تأییدی محقق به‌طور آشکار فرضیه‌هایی مطرح می‌کند و آن را به‌بوته آزمایش می‌گذارد. بدین منظور شاخص‌های نیکویی برازش «جی. ای. ای.»^۷، «ای. جی. ای. ای.»^۸، «سی. ای. ای.»^۹، «آر. ام. ای. ای.»^{۱۰} و χ^2 محاسبه گردید. چنانچه میزان «جی. ای. ای.»^۷، «ای. جی. ای. ای.»^۸ و «سی. ای. ای.»^۹ بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد، بیانگر برازندگی مطلوب است. میزان «آر. ام. ای. ای.»^{۱۰} که نشانگر خطای مجذورات میانگین است هرچه کوچک‌تر باشد مطلوب‌تر است. خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ نشانگر برازش مطلوب، کم‌تر از ۰/۰۸ برازش متوسط و بالاتر از ۰/۰۸ برازش ضعیف را نشان می‌دهد. میزان خی دو نیز باید بزرگ‌تر از جدول باشد و بسیار حساس به حجم نمونه است [۴۷].

به‌منظور برآورد اعتبار همگرا و هم‌زمان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید؛ در تقسیم‌بندی‌ها، همبستگی کوچک یا ضعیف ضریب بین ۰-۲۹، ۱۰- همبستگی متوسط ضریب ۰-۳۹ و همبستگی قوی ضریب بالاتر از ۵۰ در نظر گرفته می‌شود. به‌منظور برآورد پایایی ابزار، دو روش همسانی درونی و بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده گردید. آلفای بالاتر از ۰/۷۰ قابل قبول است. برای بررسی پایایی بازآزمایی نیز از همبستگی پیرسون استفاده گردید [۴۶].

نتایج

از آنجاکه پژوهش حاضر دارای سه مرحله بود، نتایج نیز به تفکیک هر مرحله ارائه گردید:

در مرحله نخست منابع سه‌گانه پژوهش (متون نظری و تجربی، مصاحبه با صاحب‌نظران ذی‌ربط و مصاحبه با اعضای جامعه هدف) مورد تحلیل محتوا قرار گرفت و مؤلفه‌های اضطراب

این پرسش‌نامه دارای ۳۲ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس (ترس از مرگ خود، ترس از مردن خود، ترس از مرگ دیگران و ترس از مردن دیگران) می‌باشد. این ابزار میزان اضطراب مرضی مرگ آزمودنی را مورد آزمون قرار می‌دهد [۴۳]. لستر پایایی این مقیاس را به ترتیب برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۷۲ و ۰/۸۷ به دست آورد. در ایران برای اولین بار در پژوهش نادری و اسماعیلی فرم تجدیدنظرشده آن روی نمونه ۲۰۰ نفری از دانشجویان اجرا شد که اعتبار همگرایی آن از طریق همبسته کردن با مقیاس اضطراب مرگ تمپلر ۰/۵۷ به دست آمد. پایایی آن نیز از طریق آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۶۸ گزارش شده است [۴۴].

(۳) پرسش‌نامه اضطراب هستی به‌عنوان ابزار اصلی پژوهش به کار گرفته شد. این پرسش‌نامه از نوع مداد-کاغذی^۱ و عینی^۲ است که با هدف سنجش اضطراب هستی طراحی شده است و دارای ۲۹ گزاره و ۴ خرده‌مقیاس (۱) اضطراب مرگ و نیستی؛ (۲) اضطراب مسئولیت؛ (۳) اضطراب تنهایی و (۴) اضطراب معناست. از آزمودنی خواسته می‌شود میزان نگرانی که با خواندن هر گویه در او ایجاد می‌شود را در یک مقیاس ۴ درجه‌ای، مشخص نماید. نمره آزمودنی می‌تواند بین ۲۹ تا ۱۱۶ متغیر باشد. نمره پایین نشانگر نادیده انگاشتن اضطراب هستی و نمره بالا نشانگر تجربه اضطراب هستی بالا می‌باشد. برآورد اعتبار و پایایی این ابزار نیز از اهداف اجرای این پژوهش بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر داده‌ها به‌صورت کیفی و کمی مورد تحلیل قرار گرفتند؛ در مرحله نخست به‌منظور تدوین مؤلفه‌های مناسب در طراحی پرسش‌نامه، از تحلیل محتوا استفاده گردید. در مرحله دوم برای برآورد اعتبار محتوا از روش آی. سی. سی. استفاده شد و شاخص‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد امتیازاتی که داوران به سؤالات دادند، نیز مورد بررسی قرار گرفت. در بیش‌تر مقالات ضریب قابل قبول برای توافق داوران ۰/۷ ذکر شده است [۴۵].

در مرحله سوم به‌منظور انجام تحلیل عاملی اکتشافی و تعیین عامل‌های مناسب، گام‌های زیر طی گردید:

(۱) بررسی میانگین هر عبارت یا درجه مطلوبیت: عبارتی مناسب تحلیل عاملی می‌باشد که میانگین آن نزدیک به عبارت‌های ممکن باشد؛

(۲) محاسبه ضریب همبستگی هر گویه با نمره کل یا قدرت تشخیص: عبارتی که همبستگی تصحیح‌شده آن کم‌تر از ۰/۲۰ است، باید از تحلیل حذف گردد؛

(۳) بررسی ماتریس همبستگی: اگر هیچ‌یک از ضرایب به ۳۰ نرسیده باشد، نمی‌توان از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده نمود؛

(۴) بررسی کفایت نمونه‌گیری: به‌منظور حصول اطمینان از

³ KMO

⁴ Bartlett

⁵ varimax rotation

⁶ Eigen value

⁷ Goodness Of Fit Index (GFI)

⁸ Adjusted Goodness Of Fit Index (AGFI)

⁹ Comparative Fit Index (CFI)

¹⁰ Root Mean Square Error Of Approximation (RMSEA)

¹ Paper and pencil tests

² Objective tests

هستی استخراج گردید. بر اساس متون نظری ۴ عامل و ۴۲ مؤلفه استخراج شد. عامل‌ها عبارت‌اند از: اضطراب مرگ، اضطراب آزادی و به تبع آن مسئولیت، اضطراب تنهایی و اضطراب معنا. سپس

جدول ۲. تحلیل مؤلفه‌های اصلی پی. سی.

ارزش ویژه	بار عاملی	گویه‌ها		
۲/۰۹	۰/۷۱	عامل اول: اضطراب معنا		
		۱۹- باید به دنبال هدفی باشیم که ارزش دنبال کردن را داشته باشد.		
		۱۲- باید برای یافتن نقش و جایگاهمان در این جهان تلاش کنیم.		
		۷- زندگی به خودی خود پوچ و بی‌معناست.		
		۲۵- ما باید به دنبال چیزی باشیم که به زندگی مان معنا و جهت ببخشد.		
		۲۹- نمی‌دانیم آخر و عاقبتمان چه می‌شود.		
		۱۵- انسان نمی‌تواند دریابد علت رنج‌هایی که در زندگی می‌کشد چیست.		
		۲۳- ما نمی‌دانیم علت خلق شدن و زندگی کردن ما چیست.		
		۳- انسان نمی‌داند در آینده چه بر سرش می‌آید.		
		۰/۳۷	عامل دوم: اضطراب مسئولیت	
۱/۶۳	۰/۶۲	۲۱- انسان خودش مسئول اصلی گرفتاری‌ها و رنج‌های زندگی‌اش است.		
		۲۶- علت اصلی اغلب بیماری‌ها به خودمان برمی‌گردد.		
		۲۷- نقش اصلی درمان بیماری با خود فرد است.		
		۱۳- فرد خودش مسئول عواقب تصمیماتی است که می‌گیرد.		
		۱۷- انسان خودش مسئول تغییر زندگی‌اش است و نه سرنوشت.		
		۱- انسان خودش زندگی را برای خویش تلخ می‌کند.		
		۵- فرد در برابر تمام اتفاقات زندگی‌اش مسئول است.		
		۹- در نهایت مسئولیت ساختن زندگی هر فرد بر عهده خودش است.		
		۰/۳۸	عامل سوم: اضطراب تنهایی	
		۱/۷۶	۰/۶۵	۱۴- افراد نمی‌توانند در هنگامی که تنها هستند شاد باشند.
۱۸- انسان در شناخت نزدیک‌ترین افراد زندگی‌اش هم ناکام می‌ماند				
۱۰- دنیای افراد باهم خیلی فرق دارد.				
۲۲- درد دل کردن با دیگران هم نمی‌تواند ما را آرام کند.				
۶- انسان‌ها نمی‌توانند به‌طور کامل یکدیگر را درک کنند.				
۲- حتی با دیگران بودن هم نمی‌تواند ما را از تنهایی درآورد.				
۰/۴۴	عامل چهارم: اضطراب مرگ			
۱/۵۶	۰/۶۶			۲۰- جسم انسان با مرگ نابود می‌شود.
				۴- روزی عمرمان به پایان می‌رسد.
				۲۴- ممکن است زندگی پس از مرگ وجود نداشته باشد.
		۱۶- پس از مرگ حتی عزیزانمان هم فراموشمان می‌کنند.		
		۲۸- روزی می‌آید که در این دنیا نخواهیم بود.		
		۱۱- مرگ پیر و جوان ندارد و در هر لحظه ممکن است اتفاق بیفتد.		
		۰/۳۵	۸- دنیا بدون ما هم به همان روال قبلیش ادامه می‌یابد.	
		۰/۳۲		

$P < .01$

۳۱ گویه‌ای به همراه پرسش‌نامه مناسب‌سازی شده جهت برآورد اعتبار محتوا، به ۱۰ نفر از صاحب‌نظران وجودی ارسال گردید و از آنان خواسته شد تا ضمن اظهار نظر در رابطه با هر گویه، به آن نمره بین ۱-۱۰ دهند. داده‌های حاصل در نسخه «اس. پی. اس. بیست و یک»^۱ وارد گردید و ضریب توافق داوران (آی. سی. اس. سی.) محاسبه گردید. ضریب توافق بین داوران درباره گویه‌ها برابر ۰/۹۵ است. این نکته بیانگر ضریب توافق بسیار مطلوبی است. در ضمن، در این گام بنا به تحلیل توصیفی نظر داوران یک گویه از ۳۱ گویه حذف گردید.

در مرحله سوم از پژوهش، در راستای تحلیل عاملی اکتشافی پرسش‌نامه اضطراب هستی، ابتدا درجه مطلوبیت سؤالات مورد

در گام بعدی با متخصصان حیطة وجودی مصاحبه‌ای به عمل آمد و ۳۷ مؤلفه بر اساس عامل‌های استخراج شده از متون، استخراج گشت. سرانجام از طریق مصاحبه با ۱۲ تن از اعضای جامعه هدف، ۳۵ مؤلفه از اضطراب هستی تجربه شده منطبق بر متون استخراج شد [۳۹].

در نهایت برخی مؤلفه‌هایی که با اضطراب هستی به‌طور مستقیم ارتباط کم‌تری داشت حذف گردید. مثلاً فقدان، از دست دادن، احساس دل‌تنگی پس از مرگ، همچنین مؤلفه‌هایی که باهم هم‌پوشانی داشتند و به هم نزدیک بودند در هم ادغام شدند و با تأکید بر تجربه اضطراب هستی توسط جامعه هدف، مؤلفه‌هایی استخراج شد.

در مرحله دوم مؤلفه‌های استخراج شده در قالب پرسش‌نامه

^۱ SPSS 21

بیش‌ترین میانگین متعلق به خرده‌مقیاس مسئولیت است $m=20$. میزان چولگی^۲ و کشیدگی^۳ حاکی از این است که جامعه مورد بررسی با توزیع نرمال تفاوت چندانی ندارد. همچنین همبستگی خرده‌مقیاس‌ها نیز بیانگر رابطه متوسط و قوی با یکدیگر و با نمره کل است که در سطح $0/01$ معنادار است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج حاصل از بررسی اعتبار همگرا و هم‌زمان پرسش‌نامه اضطراب هستی

اضطراب هستی	اضطراب معنا	اضطراب نهای	اضطراب مسئولیت	اضطراب مرگ	اضطراب مرگ کالت-لستر
۰/۵۵	۰/۴۸	۰/۳۹	۰/۱۸	۰/۶۵	اضطراب مرگ کالت-لستر
۰/۸۲	۰/۷۱	۰/۵۹	۰/۴۹	۰/۶۷	نشانگان افت روحیه

به منظور برآورد اعتبار همگرا از پرسش‌نامه اضطراب مرگ کالت-لستر استفاده شد چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، همبستگی پرسش‌نامه‌های اضطراب هستی و اضطراب مرگ کالت-لستر برابر $0/55$ است که بیانگر اعتبار همگرای قابل قبول می‌باشد. در خرده‌مقیاس‌ها نیز بیش‌ترین همبستگی بین خرده‌مقیاس مرگ خود (پرسش‌نامه اضطراب مرگ کالت-لستر) با اضطراب مرگ (در پرسش‌نامه اضطراب هستی) $r=0/65$ مشاهده می‌شود. این یافته نشان می‌دهد این دو سازه با هم مرتبط می‌باشد.

همچنین به منظور برآورد اعتبار هم‌زمان از پرسش‌نامه نشانگان افت روحیه استفاده گردید. ضریب همبستگی نمره کل دو آزمون برابر $0/82$ است. این نکته بیانگر مطلوب بودن اعتبار هم‌زمان پرسش‌نامه تدوین شده با پرسش‌نامه نشانگان افت روحیه است. بیش‌ترین میزان همبستگی خرده‌مقیاس‌ها نیز در خرده‌مقیاس اضطراب معنا مشاهده می‌شود. $r=0/7$. بر این اساس می‌توان ادعان داشت بین اضطراب معنا و نشانگان افت روحیه رابطه قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

جهت محاسبه اعتبار آزمون از دو روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی استفاده شد. نتایج آماری حاصل از آلفای کرونباخ پرسش‌نامه اضطراب هستی برابر با $0/82$ بود. این یافته بیانگر این است که پرسش‌نامه تدوین شده از همسانی درونی رضایت‌بخشی برخوردار است. همچنین نتایج حاصل از ضریب همبستگی ناشی از اجرای دو بار آزمون در فاصله زمانی دو هفته برابر $0/86$ است که در سطح $0/01$ معنادار می‌باشد.

بررسی قرار گرفت؛ میانگین گویه‌ها در دامنه $2/22$ (سؤال ۱۹: باید به دنبال هدفی باشیم که ارزش دنبال کردن را داشته باشد) و $2/72$ (سؤال ۱۰: دنیای افراد خیلی باهم فرق دارد) قرار داشت (گام اول)؛ در گام دوم قدرت تشخیص سؤالات مورد ارزیابی قرار گرفت که ضریب همبستگی تمامی گویه‌ها بیش‌تر از $0/20$ بود؛ کمترین همبستگی $0/32$ متعلق به سؤال ۲ (حتی با دیگران بودن هم نمی‌تواند ما را از تنهایی درآورد) و بیش‌ترین همبستگی برابر $0/62$ متعلق به سؤال ۱۹ (باید به دنبال هدفی باشیم که ارزش دنبال کردن را داشته باشد) می‌باشد؛ در گام سوم ماتریس همبستگی (30×30) مورد بررسی قرار گرفت؛ از 900 همبستگی به‌دست‌آمده همبستگی 205 تا آن بالاتر از $0/30$ بود؛ در گام چهارم آزمون «کی. ام. ا.» اجرا گشت و مقدار آن $0/79$ حاصل گردید؛ این نکته بیانگر کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی است؛ در گام پنجم آزمون کرویت بارتلت اجرا گردید. سطح معناداری در این آزمون کم‌تر از $0/01$ می‌باشد. این بدان معناست که ماتریس همبستگی در جامعه صفر نیست. درنهایت تحلیل عاملی حاصل از چرخش واریمکس ۴ عامل را نشان داد که مقدار ویژه عامل‌ها بیش از ۱ بود و $0/32$ از واریانس پرسش‌نامه اضطراب هستی را تبیین می‌کند و دارای شباهت زیادی با تئوری مورد نظر است؛ به جز سؤال ۱ (زندگی کوتاه است) که با هدف سنجش اضطراب مرگ طراحی شده بود؛ اما بر روی عامل معنا قرار گرفت؛ از این رو از لیست سؤالات حذف گردید. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی در جدول ۲ قابل مشاهده است.

نام‌گذاری عامل‌ها با توجه به بررسی متون نظری و تجربی موجود در زمینه اضطراب هستی و همچنین موضوع سؤالات قرار گرفته بر روی عامل‌ها صورت گرفت.

عامل یکم: اضطراب معنا با ۸ سؤال: ۳، ۷، ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۹ و ۲۵

عامل دوم: اضطراب مسئولیت با ۸ سؤال: ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۶ و ۲۷.

عامل سوم اضطراب نهای با ۶ سؤال: ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲. و درنهایت اضطراب مرگ با ۷ سؤال: ۴، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۴ و ۲۸.

جدول ۳. شاخص‌های ارزیابی برازش مدل ۴ عاملی پرسش‌نامه اضطراب هستی

χ^2	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	مدل ۴ عاملی
۱۶۴/۸۳	۰/۰۶۱	۰/۹۳	۰/۸۲	۰/۸۶	

جهت تحلیل عاملی تأییدی از نرم‌افزار لیزرل^۱ استفاده گردید. چنانکه در جدول ۳ انعکاس یافته است، شاخص‌های نیکویی برازش در حد رضایت‌بخشی بوده است. افزون بر این، از آنجاکه تمامی سؤالات روی عامل مورد نظر قرار گرفت، لذا در این گام، هیچ‌یک از سؤالات حذف نگردید.

همچنین بررسی میانگین خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهد

^۲ Skewness

^۳ Kurtosis

^۱ Lisrel

متغیر است. چارک ۷۵ درصدی نیز برای اضطراب تنهایی برابر ۱۸ و در خرده‌مقیاس‌های دیگر در دامنه ۲۳-۲۲ متغیر است. در مورد نمره کل نیز میانگین برابر ۷۲ (نمره گرد شده)، میانه برابر ۷۵ و چارک ۲۵ درصدی و ۷۵ درصدی به ترتیب برابر ۶۹ و ۸۰ می‌باشد.

با توجه به جدول ۶ میانگین امتیازات کسب شده در خرده-مقیاس اضطراب مرگ (۱۷)، آزادی و معنا در دامنه ۲۰-۱۹ است و در خرده‌مقیاس اضطراب تنهایی ۱۵ است. میانه نیز برای اضطراب مرگ (۱۸)، اضطراب تنهایی (۱۵) و دو خرده‌مقیاس دیگر در دامنه ۲۱-۲۰ متغیر می‌باشد. چارک ۲۵ درصدی برای اضطراب تنهایی ۱۳ و برای خرده‌مقیاس‌های دیگر بین ۱۸-۱۷

جدول ۵. ویژگی‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌ها

خرده مقیاس	تعداد سؤالات	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	اضطراب مرگ	اضطراب مسئولیت	اضطراب تنهایی	اضطراب معنا
اضطراب مرگ	۷	۱۹	۳/۸۳	۰/۳۲	-۰/۱۸				
اضطراب مسئولیت	۸	۲۰	۳/۸۳	۰/۷۹	-۰/۳	۴۶			
اضطراب تنهایی	۶	۱۵	۳/۶۴	۰/۱۴	۰/۲۲	۵۲	۴۸		
اضطراب معنا	۸	۱۹	۴/۶	۰/۳۲	۰/۲۸	۶۲	۴۶	۴۸	
اضطراب هستی	۲۹	۷۴	۱۱/۱۴	۰/۱۲	-۰/۵۶	۸۸	۷۴	۶۶	۸۵

جدول ۶. مشخصه‌های آماری نمره‌ها در گروه نمونه

میانگین	میانه	چارک ۲۵ درصدی	چارک ۷۵ درصدی
۱۷	۱۸	۱۷	۲۲
۲۰	۲۱	۱۸	۲۳
۱۵	۱۵	۱۳	۱۸
۱۹	۲۰	۱۷	۲۲
۷۲	۷۳	۶۹	۸۰

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ساخت پرسش‌نامه اضطراب هستی (بر اساس رویکرد وجودی کی‌یرکگارد و دیدگاه روان‌درمانی یالوم)، اعتباریابی و بررسی پایایی آن، صورت گرفته است. طبق نتایج به‌دست آمده از تحلیل عاملی، پرسش‌نامه حاضر از ۴ عامل تشکیل شده که این یافته منطبق بر متون نظری اگزیستانسیالیسم است. بر اساس نتایج حاصل از تحلیل محتوای متون اگزیستانسیالیسم، محور اصلی اضطراب هستی شامل اضطراب مرگ، آزادی، تنهایی و ناپایداری معنا می‌باشد [۴، ۹، ۱۰، ۳۴، ۳۶].

مؤلفه‌های استخراج شده در حیطه اضطراب مرگ عبارت است از: آگاهی از گذرنده و فانی بودن [۳، ۴، ۹]، ترس از نابودی، محدود بودن زمان زندگی [۴، ۴۸]، میل به جاودانگی ضمن آگاهی از مرگ [۲، ۴۹]، تنهایی مطلق مرگ، کنترل‌ناپذیری مرگ [۴، ۵۰]، رویارویی با مرگ خویش، همگانی بودن مرگ [۴، ۴۸، ۵۰]، به پایان رسیدن احتمالات با مرگ [۴۷، ۵۱]، نامعلوم بودن زمان مرگ [۳، ۱۰، ۳۴، ۴۸].

مؤلفه‌های اضطراب آزادی و به تبع آن مسئولیت دربرگیرنده: پذیرفتن مسئولیت سرنوشت خود [۴، ۳۷]، مسئولیت رنج‌ها و شادی‌های زندگی [۴، ۹]، بیمار شدن و درمان آن، مسئولیت انتخاب نحوه زندگی [۴]، مسئولیت تغییر خود [۴، ۵۰]، تصمیم‌گیری و انتخاب [۴، ۴۸، ۵۲]، تحقق بخشیدن به خود [۴، ۱۷] می‌باشد.

مؤلفه‌های مرتبط با اضطراب تنهایی شامل: تعارض ناشی از آگاهی از جدا ماندن هم از دنیا و هم از مخلوقات و آرزو برای برقراری ارتباط. آرزو برای جزئی از یک کل بودن [۴]، آگاهی از منحصر به فرد بودن در جهان، مواجه شدن با همه مسائل به تنهایی [۴، ۴۸]، احساس غربت [۴، ۵۰]، اعتقاد به عدم درک دیگران از تجارب [۲۲، ۴] است.

در نهایت مؤلفه‌های مربوط به اضطراب معنا بدین شرح است: پوچ و بی‌معنا بودن زندگی [۴، ۲۲، ۳۴، ۵۳]، نبودن هیچ چیز مطلق در زندگی [۴]، یافتن پاسخی برای چرایی زندگی [۴، ۹، ۲۲، ۲۵، ۳۲، ۳۳]، جهت‌دادن به زندگی [۹]، یافتن چیزی که فرد بخواهد به خاطرش زندگی کند یا بجنگد [۴، ۲۲]، پیش‌بینی‌ناپذیری آینده [۴، ۲۲، ۳۴]، اعتقاد به داشتن تکلیف مهم در زندگی [۴، ۳۲، ۴۸]، یافتن نقش و جایگاهمان در زندگی و جست‌وجوی چیزی که به زندگی اهمیت ببخشد [۱۱، ۲۲، ۲۵، ۳۳].

بدین ترتیب می‌توان گفت: مؤلفه‌های پرسش‌نامه اضطراب هستی همخوان با مؤلفه‌های ذکر شده در متون نظری و تجربی است؛ همچنین یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از مطلوبیت ویژگی‌های روان‌سنجی (اعتبار و پایایی) پرسش‌نامه اضطراب هستی می‌باشد. جهت محاسبه اعتبار محتوا از ضریب توافق بین داوران در درجه‌بندی سؤالات استفاده گردید. ICC= 0/95.

از آنجاکه نمره پایین و بالا در پرسش‌نامه اضطراب هستی قابل تأمل می‌باشد، با توجه به چارک ۲۵ درصدی و ۷۵ درصدی، نمره پایین‌تر از ۶۹ و بالاتر از ۸۱ باید مورد توجه قرار گیرد. نمره پایین نمایانگر نادیده انگاشتن اضطراب هستی و احتمالاً استفاده نابه‌جا از مکانیزم‌های دفاعی و در نتیجه زندگی محدود و نوروژ است؛ نمره خیلی بالا هم ممکن است با پاسخ نااصیل و در نتیجه آزرده‌گی وجودی توأم گردد.

اما ذکر نکاتی چند در باب دشواری‌های پژوهش نیز لازم به نظر می‌رسد: نکته مهم پیرامون قدرت تبیین ابزار است. عامل‌های تشکیل‌دهنده پرسش‌نامه مزبور روی هم ۳۲ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. در حالی که یک ابزار خوب حداقل ۵۰ درصد واریانس بین متغیرها را تبیین می‌کند. علاوه بر این، پرسش‌نامه حاضر در گروه نمونه دانشگاهی توزیع شد. از این رو تعمیم آن به گروه‌های دیگر نیازمند احتیاط بیشتر و انجام پژوهش‌های بیشتر است. در ضمن ساخت ابزاری برای سنجش سازهای پیچیده چون اضطراب هستی، دشوار و وقت‌گیر بوده و لذا نیازمند پژوهش‌هایی در جهت تکامل بیشتر می‌باشد.

منابع

- 1- Migdal, L. (1995). The structure of existential well-being and its relation to other well-being constructs. Graduate dissertation, Graduated dissertation, University of Detroit, Michigan.
- 2- Popoic, Y. (2003). Existential anxiety and Existential joy. *Journal of Practical philosophy*, pp 32- 39.
- ۳- پروچاسکا، جیمز؛ نورکراس، جانسی (۱۳۸۷). نظام‌های روان‌درمانی (تحلیل فرانظری). ترجمه یحیی سیدمحمدی، ویراست ششم، تهران، نشر روان.
- ۴- یالوم، اروین د، (۱۳۹۱). روان‌درمانی اگزیستانسیال. ترجمه سپیده حبیب، چاپ سوم، تهران، نشر نی.
- 5- Zimberoff, D. Hartman, D. (2001). Existential issues in heart center therapies; a development of approach. *Journal of heart center therapies*, 4 (1), pp 3- 55.
- 6- Niemiec, R. M. Schulenberg, S. E. (2011). Understanding death attitudes; the integration of movies, positive psychology and meaning management. *Death studies*, Vol 35, pp 387- 407.
- 7-Kalantarkoosheh, S. M. (2011). Efficacy of Existential Freedom Training in Marital Satisfaction of Iranian Woman. *Australian Journal of Basic and Applied Science*, 5 Vol 12, pp 872- 876.
- ۸- داوطلب، محسن؛ علوی‌تبار، هدایت؛ نصری، عبدالله (۱۳۸۵).

یافته بیانگر توافق بالای متخصصان در رابطه با ارتباط مؤلفه‌ها با اضطراب هستی می‌باشد. افزون بر این، طی بررسی اعتبار هم‌زمان و همگرا نیز نتایج مطلوبی حاصل گردید. بنابر نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش لیانگ و اسپل [۵۱] و بهمنی و همکاران [۲۰] انتظار می‌رفت رابطه مثبت و معناداری بین اضطراب هستی و نشانگان افت روحیه مشاهده گردد. به گفته لیانگ و اسپلن اضطراب هستی بالا با آزرده‌گی وجودی و از جمله نشانگان افت روحیه رابطه مستقیم دارد. همچنین مطالعه بهمنی و همکاران که در بین مادران کودکان مبتلا به بیماری‌های بالقوه مهلک صورت گرفت نیز نشان می‌دهد: بین اضطراب هستی و نشانگان افت روحیه همبستگی مثبت وجود دارد (در این پژوهش برای سنجش اضطراب هستی از مقیاس اضطراب هستی گود و گود استفاده شده بود). در پژوهش حاضر، ضریب همبستگی آزمون‌های نشانگان افت روحیه [۲۰، ۴۱] و پرسش‌نامه اضطراب هستی به روش پیرسون، با ۹۹٪ اطمینان برابر ۰/۸۲ است. افزون بر این بنا بر نتایج حاصل از پژوهش حاضر، بیش‌ترین همبستگی در خرده مقیاس‌ها، بین اضطراب معنا با نشانگان افت روحیه مشاهده گردید. $r=0/71$. این یافته همسو با نتایج تحقیق لی و همکاران است. آنان اذعان داشتند: زندگی فاقد معنا یا حاوی معنای اندک با آزرده‌گی وجودی ارتباطی مستقیم دارد [۵۳].

افزون بر این، بنا به گفته رولومی تعارضی که اضطراب هستی را ایجاد می‌کند، تعارض میان بودن و نبودن است [۵۴]. از سوی دیگر از آنجاکه یکی از خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه اضطراب هستی، اضطراب مرگ است، انتظار می‌رفت همبستگی مثبتی بین اضطراب مرگ کالت و لستر و پرسش‌نامه اضطراب هستی مشاهده گردد. همبستگی پرسش‌نامه اضطراب هستی با اضطراب مرگ کالت و لستر $r=0/55$ و همبستگی خرده‌مقیاس اضطراب مرگ در پرسش‌نامه اضطراب هستی با پرسش‌نامه اضطراب مرگ کالت و لستر برابر ۰/۶۶ می‌باشد. $P < 0/01$. این نکته مؤید مطلوبیت اعتبار همگرا می‌باشد. همچنین نتایج حاصل از بررسی پایایی آزمون نیز نشان‌دهنده ثبات و تکرارپذیری پاسخ‌دهی و همسانی درونی آزمون است.

علاوه بر این، با توجه به مدت‌زمان اجرای آزمون (کم‌تر از ۱۰ دقیقه)، امکان اجرای آن به‌صورت انفرادی و گروهی و شیوه آسان تحلیل آزمون - امتیازی که از ویژگی‌های ابزار خوب است [۵۵] - و با توجه به برخورداری ابزار از اعتبار و پایایی قابل قبول، پیش‌بینی می‌شود پرسش‌نامه ساخته شده در جهت سنجش اضطراب هستی ابزار مناسبی باشد. از آنجاکه در مطالعات داخل و خارج از کشور ابزاری برای سنجش اضطراب هستی که دربرگیرنده هر چهار مضمون وجودی (مرگ و نیستی، آزادی و مسئولیت، تنهایی و بی‌معنایی) باشد یافت نشد، به نظر می‌رسد، این ابزار می‌تواند راهگشای پژوهش‌های فراوانی در آینده گردد و در ضمن برای درمانگران در حیطه شناخت و تشخیص نگرانی‌های وجودی درمان‌جویان و تمییز آن از آزرده‌گی‌های وجودی، کمک شایانی خواهد بود. این عامل می‌تواند پتانسیل دید کاربردی‌تر و علمی‌تر را برای روان‌درمانگران و پژوهشگران به ارمغان آورد.

- ۱۸- اسکندری، مهدی؛ بهمنی، بهمن؛ حسنی، فریبا؛ دادخواه، علی‌اصغر؛ نقیایی، مانده (۱۳۹۲). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۲۱، شماره ۱۰، صص ۵۱-۴۱.
- ۱۹- دهخدا، آیدا؛ بهمنی، ب؛ دادخواه، علی‌اصغر؛ گودرزی‌پور، کوروش (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت‌درمانی معنویت‌محور بر کاهش علائم افسردگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، گروه آموزشی مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- ۲۰- نقیایی، مانده؛ بهمنی، ب (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر تلفیق رویکرد وجودگرایی با مدل اولسون در رضایت‌مندی زناشویی و کارکرد خانواده زنان ماستکتومی شده و همسرانشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- ۲۱- گری، جرالد، (۱۳۹۰). نظریه و کاربست مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. ویراست هفتم، تهران، نشر ارسباران.
- 22-Good, L. R. Good, K. C. (1974). A preliminary measure of existential anxiety. Psychological Report, Vol 4, pp 72- 74.
- 23-Hullete, M. A. Herritage, J. (1994). A Validation study of the Existential Anxiety Scale. Journal of Tennessee, pp 1-16.
- 24-Weems, C. F. Costa, N. M. Dehon, C. Berman, S. (2004). Existential Anxiety Questionnaire (EAQ). Development and scoring information. Journal of Anxiety, stress and coping, Vol 17, pp 383- 399.
- 25- Allan, B. A. Shearer, C. B. (2012). The scale for Existential Thinking. International journal of Transpersonal studies, Vol 31, pp 21- 37.
- ۲۶- نادری، فرح، روشن، خدیجه، (۱۳۹۰). رابطه هوش معنوی و هوش اجتماعی با اضطراب مرگ زنان سالمند. فصل‌نامه علمی- پژوهشی زن و فرهنگ، سال ۲، شماره ۶، صص ۶۷-۵۵.
- ۲۷- رجیبی، غلام‌رضا، بحرانی، محمد، (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس اضطراب مرگ. مجله روانشناسی، ۲۰، صص ۳۴۵-۳۳۲.
- روانکاو و وجودی از دیدگاه سارتر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- 9-May, R. Yalom, I. (2000). Existential Psychotherapy in Corsini R & Wedding D. Current psychotherapies, Itasca Illinois, F, E, Peacock publisher, Inc.
- 10-Sand, L. (2008). Existential challenge and coping in palliative care; experiences of patients and family members. Published by Karolinska institute.
- 11-Suri, P. (2010). Working with the elderly; An Existential - Humanistic Approach. Journal of Humanistic Psychology, Vol. 57, pp 175- 188.
- ۱۲- اسکندری، مهدی؛ بهمنی، بهمن؛ حسنی، فریبا (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی وجودگرا بر امیدواری و افسردگی والدین فرزندان سرطانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد، واحد علوم تحقیقات.
- ۱۳- بهمنی، بهمن؛ اعتمادی، احمد؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی دو روش "شناخت‌درمانی آموزش‌محور به سبک مایکل فری" و "گروه‌درمانی شناختی/ وجودگرا" بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان غیرمنتشر پستان، علائم افسردگی از خود بروز داده‌اند. رساله دکتری، تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۱۴- هومن، حیدرعلی؛ رضایی، نورمحمد؛ رضایی، علی‌محمد؛ شهریار احمدی، منصوره؛ براتیان اول، مسعود (۱۳۹۰). بررسی پایایی و روایی مقیاس اضطراب هستی در دانشجویان مقطع متوسطه استان ایلام. مجله مطالعات.
- 15-Blinderman, C, Charny, N. I. Mad, P, (2005). Existential issues do not necessarily result in Existential suffering: Lessons from cancer patients. Journal of Palliative medicine, Vol 19, pp 71- 80.
- 16-Strang, P. (1998). Cancer Pain- A provoker of Emotional, Social and Existential Distress. Acta Oncol, 37, pp 641- 644.
- 17-Lehto, R. H. (2011). The challenge of Existential issues in Acute nursing consideration with the patients with diagnosis of Lung Cancer. Online Exclusive CNE article/ Clonplus Podcast/ Journal club.

- عسگری، علی (۱۳۹۴). ساخت، روا سازی و اعتباریابی پرسش‌نامه اضطراب هستی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۴۰- دلاور، علی (۱۳۸۹). روش تحقیق در روان‌شناس و علوم تربیتی. تهران، نشر ویرایش.
- 41- Kissane, D. W. Clark, D. M. Street, A. F. (2004). Demoralization symptom: A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care*, Vol 17, pp 12- 21.
- 42-Briggs, L. (2011). Demoralization and psychological distress in refugees: From research to practice. *Journal of social work in psychological health*, Vol 24, pp 335- 346.
- ۴۳- موزیری، عباس؛ بهمنی، بهمن؛ نظری، علی محمد (۱۳۹۲). اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر اضطراب مرضی مرگ در سالمندان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، گروه آموزشی مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۴۴- نادری، فرح و شکوهی، مینا (۱۳۸۸). رابطه خوش‌بینی، شوخ‌طبعی و بلوغ اجتماعی با اضطراب مرگ در پرستاران بیمارستان گلستان شهر اهواز. یافته‌های نو در روان‌شناسی. سال ۱۰، شماره ۴، ۲۲، صص ۹۴-۸۵.
- ۴۵- میرهادی، ح، معظمی، ف، یوسفی‌پور، ب، گل‌کاری، ع، (۱۳۹۲). طراحی پرسش‌نامه فارسی جهت سنجش آگاهی مریبان بهداشت مدارس در مواجهه با آسیب‌های دندانی. مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان، ۲، صص ۱۴۴-۱۳۵.
- ۴۶- نائیتیان، محمدرضا؛ نیک‌آذین، امیر؛ شجری، محمدرضا (۱۳۹۴). ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی GHQ-28 در نوجوانان ایرانی. دوفصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، سال ۲۱، شماره ۱۰، صص ۱۷۲-۱۵۹.
- ۴۷- روشن چلی، رسول؛ میرزایی، صدیقه؛ نیک‌آذین، امیر (۱۳۹۴). اعتبار و پایایی مقیاس چندبعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه‌ای از زنان ایرانی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۲۱، شماره ۱۰، صص ۱۴۰-۱۲۹.
- 48- Langle, A. Orgler, C. M. Kundi. (2005). the Existential Scale (ES). *European psychotherapy*, 4 (1), pp 157- 173.
- 49- Espinoza V. M, Sunhueza A. O. Barriga, O. ۲۸- رحیم‌زاده، سوسن؛ پور اعتماد؛ حمیدرضا؛ عسگری، علی؛ حجت، محمدرضا (۱۳۹۰). ساختار عاملی و مدلی برای احساس تنهایی در دانشجویان. رساله دکتری، تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- ۲۹- یهادری خسروشاهی، جعفر، محمودعلیلو، مجید، (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین سبک‌های هویت با معنای زندگی دانشجویان. مطالعات روان‌شناختی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهراء، سال ۸، شماره ۲، صص ۱۶۴-۱۴۲.
- ۳۰- نادری، محمدعلی، سجادیان، ایلناز، (۱۳۹۱). مقایسه تحول شناختی در دانشجویان در درک از معناداری در زندگی. نشریه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱۳، صص ۲۷-۱۸.
- ۳۱- ترک مقدم، لادن، (۱۳۸۸). ارزیابی معنای زندگی در بیماران سرطانی. فصل‌نامه اخلاق پزشکی، سال ۳، صص ۹۸-۸۵.
- 32- Steger, M. F. Frazier, P. Oishi, S. & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 53, pp 80- 93.
- 33- Hazeli, C. G. (1984). A scale for Measuring Existential level for Emptiness and Existential concern. *Journal of psychology*, Vol 117, pp 177- 182.
- ۳۴- یالوم، اروین د (۱۳۹۰). خیره به خورشید: غلبه بر هراس از مرگ. ترجمه مهدی غیریایی، چاپ دوم، تهران، نشر مؤسسه نیکونشر.
- ۳۵- کی‌یرکگارد، سورن، (۱۳۸۸). بیماری به سوی مرگ. ترجمه رؤیا منجم، تهران، نشر پرسش.
- 36- Poiman, L. P. (1990). Kierkegard on Faith and Freedom. *Philosophy of religion*, Vol 27, pp 41- 61.
- ۳۷- یالوم، اروین، د، (۱۳۸۹). مامان و معنای زندگی. ترجمه سپیده حبیب، چاپ سوم، تهران، انتشارات قطره.
- ۳۸- سارتر، ژان پل (۱۳۹۱). اگزیستانسیالیسم و اصالت بشر، تهران، چاپ دهم، انتشارات دیبا.
- ۳۹- مسعودی ثانی، راحله؛ بهمنی، بهمن؛ خانجانی، محمدسعید؛

- journal of cancer care, Vol 19, pp 30- 38.
- 52-Spinelli, E. (2007). Practicing Existential Psychotherapy; The relational world, Sage publications Ltd.
- 53-Lee, V. Cohen, R. Edgar, L. Leizner, M. Gagnon, A. (2006). Meaning making intervention during breast or colorected cancer treatment improve self-esteem, optimism and self efficiacy. *Social & Medicine*, Vol 62, pp 3133- 3145.
- (2011). Validation of Collett-Lester's Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Lation AM Enfermagem*, 19 (5), pp 1172- 1181.
- 50- Mayers, A. M. Khoo, S. Svartberg, M (2002). The Existential Loneliness Questionnaire Background, Development and Priliminary Findings. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (9), pp 1183- 1193.
- 51-Leung, D. Splan, M. (2010). Alleviating Existential Distress of cancer patients; can relational ethics guide clinicians? *European*

پیوست

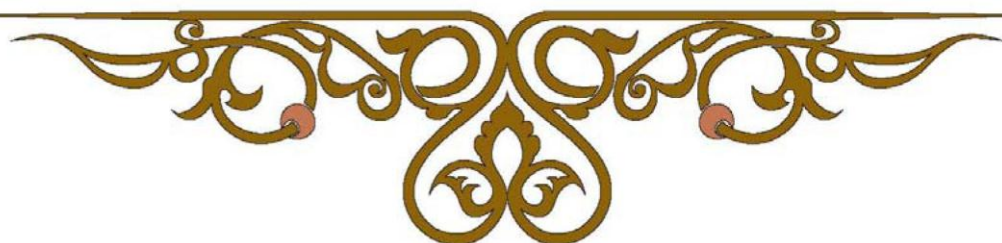
پرسش‌نامه اضطراب هستی QFEA

پاسخ‌دهنده گرامی؛ لطفاً هر یک از ۳۰ عبارت زیر را مطالعه و مشخص کنید که تا چه حد ناراحت و نگران می‌شوید. میزان ناراحتی خود را با علامت زدن در جدول مقابل آن درجه‌بندی فرمایید. پیشاپیش از بذل عنایت شما بسیار متشکرم.

ردیف	گویه	اصلاً	کمی	زیاد	بسیار زیاد
۱	انسان خودش زندگی را برای خویش تلخ می‌کند.	۱	۲	۳	۴
۲	حتی با دیگران بودن هم نمی‌تواند ما را از تنهایی درآورد.	۱	۲	۳	۴
۳	انسان نمی‌داند در آینده چه بر سرش می‌آید.	۱	۲	۳	۴
۴	روزی عمرمان به پایان می‌رسد.	۱	۲	۳	۴
۵	فرد در برابر تمام اتفاقات زندگی‌اش مسئول است.	۱	۲	۳	۴
۶	انسان‌ها نمی‌توانند به‌طور کامل یکدیگر را درک کنند.	۱	۲	۳	۴
۷	زندگی به‌خودی‌خود پوچ و بی‌معناست.	۱	۲	۳	۴
۸	دنیا بدون ما هم به همان روال قبلیش ادامه می‌یابد.	۱	۲	۳	۴
۹	درنهایت مسؤلیت ساختن زندگی هر فرد بر عهده خودش است.	۱	۲	۳	۴
۱۰	دنیای افراد باهم خیلی فرق دارد.	۱	۲	۳	۴
۱۱	مرگ پیر و جوان ندارد و در هر لحظه ممکن است اتفاق بیفتد.	۱	۲	۳	۴
۱۲	باید برای یافتن نقش و جایگاهمان در این جهان تلاش کنیم.	۱	۲	۳	۴
۱۳	فرد خودش مسئول عواقب تصمیماتی است که می‌گیرد.	۱	۲	۳	۴
۱۴	افراد نمی‌توانند در هنگامی که تنها هستند شاد باشند.	۱	۲	۳	۴
۱۵	انسان نمی‌تواند دریابد علت رنج‌هایی که در زندگی می‌کشد چیست.	۱	۲	۳	۴
۱۶	پس از مرگ حتی عزیزانمان هم فراموشمان می‌کنند.	۱	۲	۳	۴
۱۷	انسان خودش مسئول تغییر زندگی‌اش است و نه سرنوشت.	۱	۲	۳	۴
۱۸	انسان در شناخت نزدیک‌ترین افراد زندگی‌اش هم ناکام می‌ماند.	۱	۲	۳	۴
۱۹	باید به‌دنبال هدفی باشیم که ارزش دنبال کردن را داشته باشد.	۱	۲	۳	۴
۲۰	جسم انسان با مرگ نابود می‌شود.	۱	۲	۳	۴
۲۱	انسان خودش مسئول اصلی گرفتاری‌ها و رنج‌های زندگی‌اش است.	۱	۲	۳	۴
۲۲	درد دل کردن با دیگران هم نمی‌تواند ما را آرام کند.	۱	۲	۳	۴
۲۳	ما نمی‌دانیم علت خلق شدن و زندگی کردن ما چیست.	۱	۲	۳	۴
۲۴	ممکن است زندگی پس از مرگ وجود نداشته باشد.	۱	۲	۳	۴
۲۵	ما باید به‌دنبال چیزی باشیم که به زندگی‌مان معنا و جهت ببخشد.	۱	۲	۳	۴
۲۶	علت اصلی اغلب بیماری‌ها به خودمان برمی‌گردد.	۱	۲	۳	۴
۲۷	نقش اصلی درمان بیماری با خود فرد است.	۱	۲	۳	۴
۲۸	روزی می‌آید که در این دنیا نخواهیم بود.	۱	۲	۳	۴
۲۹	نمی‌دانیم آخر و عاقبتمان چه می‌شود.	۱	۲	۳	۴



فرهنگ و دانش گستری
در روان شناسی بالینی و شخصیت



تغییر مفهوم درد طی زمان

محمدعلی اصغری مقدم*

۱. استاد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

چکیده

تا اواسط قرن بیستم میلادی، درد یا دارای منشأ جسمی تلقی می‌شد یا دارای خاستگاه روانی. از این زمان به بعد، حجم وسیعی از پژوهش‌ها، درستی این مفهوم‌سازی از درد را مورد آزمون قرار دادند و به تدریج مفهوم انسان از درد تغییر یافت. امروز هم به لحاظ نظری و هم با استناد به منابع پژوهشی می‌توان گفت درد، صرف‌نظر از نوع، مدت و شدت آن، پدیده‌ای زیستی روانی اجتماعی به شمار می‌آید و حالات هیجانی و انگیزشی، یادگیری، مدارهای مغزی و نیز شکل‌پذیری عصبی به دنبال تجربه درد در فهم درد به‌طور عام و در مزمن دارای به‌طور خاص دارای اهمیت هستند. در سایه این یافته‌ها دیگر جایی برای نگرش قدیمی که درد را یا دارای منشأ جسمی یا روان‌شناختی می‌دانست، باقی نمی‌ماند. نوشته حاضر تلاش دارد تا سیر تاریخی تغییر معنا و مفهوم درد نزد انسان را طی زمان نشان دهد.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۱۶۵-۱۷۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۰۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 165-172

کلید واژه‌ها: درد، درد مزمن، حالات روان‌شناختی

*Email: asghari7a@gmail.com

مقدمه

تغییرات مفهوم درد را بین نیمه دوم قرن بیستم تا به امروز مورد واری و تحلیل قرار دهد.

تغییر مفهوم درد طی زمان - نظرگاه زیستی روانی اجتماعی

تغییرات ایجاد شده در مفهوم درد نمونه‌ای است از تغییر مفهوم بیماری طی زمان. تلاش‌های نخستین انسان برای تبیین درد به شدت از دوالیسم دکارت^۲ متأثر بود. نظریه دکارتی درد^۳ که بر فرض رابطه یک‌به‌یک بین میزان آسیب و تجربه درد استوار بود، سال‌ها بر پژوهش و درمان درد حاکم بود. بر پایه این نظریه، هرچه شدت آسیب بیشتر باشد، شدت درد بیمار بیشتر است و در غیاب آسیب‌دیدگی، دردی وجود نخواهد داشت. اگرچه این فرض با تجربه انسان از درد حاد منطبق است، اما قادر به تبیین همه دردها از جمله درد مزمن نیست.



تصویر ۱. زدن کلید و روشن شدن لامپ قیاسی است از رابطه یک‌به‌یک بین میزان آسیب و شدت درد

تصویر ۱ حاوی چند پیام مهم است: اطلاعات فقط در یک جهت حرکت می‌کنند، هیچ چیز نمی‌تواند محرک دردآور را تعدیل کند، محرک‌های ضعیف نمی‌توانند درد به وجود آورند و محرک‌های شدید همواره درد به وجود می‌آورند؛ شخصی که درد را تجربه می‌کند حتماً دارای آسیب بافتی است و تنها راه از بین بردن درد، حذف آسیب بافتی یا نابهنجاری است (لامپ تنها پس از قطع کلید، خاموشی می‌شود).

فرض اصلی مدل دکارتی درد وجود رابطه‌ای یک‌به‌یک بین شدت آسیب و شدت درد بود؛ بر مبنای این فرض، آسیب‌دیدگی‌های خفیف باید دردهای خفیف و آسیب‌دیدگی‌های شدید باید دردهای شدید به وجود آورند. پژوهش‌ها از این فرض حمایت نکردند بلکه نشان دادند که رابطه بین میزان آسیب و شدت درد بسیار متغیر است و در انواع دردها (حاد، مزمن و سرطانی)، این رابطه در بهترین حالت در حد متوسط است. علاوه بر این، نشان داده شد که کاهش قابل توجه در شدت درد بیمار به از سرگیری زندگی عادی توسط او منجر نمی‌شود؛ پیگیری یک‌ساله نتایج درمانی ۴۷۷ بیمار که با استفاده از روش‌های مختلف و با هدف کاهش در شدت درد درمان شده بودند نشان داد که میانگین شدت درد بیماران در پایان دوره پیگیری به‌طور معناداری در مقایسه با شروع درمان کاهش یافته بود (کاهش شدت درد از ۷ به ۱ در مقیاسی ۱۱ درجه‌ای) اما میزان کاهش در خلق، رفتار درد و سایر متغیرهای روان‌شناختی بسیار کمتر از مقدار کاهش در

آنچه در این دنیا اهمیت دارد این نیست که کجا هستیم، بلکه این است که به کدام سمت و سوی، حرکت می‌کنیم. (اولیور وندل هولمز^۱).

معنا و مفهوم بسیاری از کلمات از جمله بیماری طی زمان تغییر کرده است. همانند سایر مفاهیم، مفهوم بیماری متشکل از یک سلسله افکار مرتبط باهم است که با یکدیگر دارای رابطه‌ای علی هستند. برای هر مفهومی می‌توان شبکه‌ای از افکار یا بازنمودهای ذهنی مرتبط باهم پیدا کرد که روی هم مفهوم "واژه" را در ذهن می‌سازند. مفهوم واژه‌ها، با گسترش دانش انسان و نیز گذشت زمان، تغییر می‌کند [۱]

تغییرات ایجاد شده در مفهوم بیماری ممکن است اندک باشد یا بنیادی و گسترده؛ فرآیند تغییر در مفهوم بیماری‌ها ممکن است در کوتاه مدت روی دهد یا سال‌ها به طول انجامد. از آنجاکه مفاهیم صرفاً مجموعه‌ای از باورها نیستند بلکه سازه‌هایی ذهنی با روابط پیچیده به شمار می‌آیند، تغییر یک مفهوم صرفاً نمی‌تواند به معنای تغییر یک نظر یا تغییر یک باور باشد. برای انطباق با مفهوم جدید، این روابط و سازوکارها هم باید دگرگون شوند. برای آگاهی بیشتر نگاه کنید به [۱] که تغییر تدریجی مفاهیم را طی مراحل ۹ گانه‌ای نشان داده است.

تغییر مفهوم درد طی زمان - نظرگاه فلسفی

مفهوم درد طی زمان تغییر کرده است؛ در دوران باستان، درد به‌عنوان مجازاتی از سوی خدایان تلقی می‌شد و درمان آن دادن قربانی برای خشنودی خدایان و استفاده از روش‌های جادو و جنبل بود. در گام بعدی، درد به‌عنوان مکمل نیروی زندگی پنداشته شد. مدارک تاریخی مربوط به ۵ قرن قبل از میلاد نشان می‌دهند که در آن زمان، درد حاد به‌عنوان بخش اجتناب‌ناپذیری از زندگی انسان پذیرفته شده بود. در قرون وسطی، جوامع مسیحی درد را به‌عنوان ارزشی مذهبی تلقی می‌کردند و به آن به‌عنوان نشانی از پاداشی که قرار است در بهشت دریافت کنند، می‌نگریستند. در قرن‌های ۱۵ تا ۱۷ میلادی درد به‌عنوان عاملی که انسان را به تبعیت از عقل وادار می‌کند و کفاره‌ای است که برای گناهان خود می‌پردازد، پذیرفته شد. در قرون ۱۸ و ۱۹ و اوایل قرن بیستم درد به‌عنوان عاملی تلقی می‌شد که قادر است سستی‌ها را از بین ببرد و نیروهای نهفته بدن را به حرکت درآورد. علاوه بر این، درد برای رشد سلامت و بهداشت انسان ضروری تلقی می‌شد [۲].

امروز دیدگاه جامعه نسبت به درد کاملاً تغییر کرده است؛ درد حاد در بقاء ارگانیسم زنده (انسان و حیوان) نقش با اهمیتی ایفا می‌کند اما همین درد پس از مزمن شدن به‌ندرت برای فرد نفعی در پی دارد. به همین دلیل، تلاش‌های انسان به‌سوی کنترل و مدیریت درد مزمن جهت یافته است. این نوشته می‌کوشد تا

^۱ اولیور وندل هولمز (Oliver Wendell Holmes, Sr) پزشک و شاعر آمریکایی (۱۸۰۹-۱۸۹۴) او در دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد به تحصیل پزشکی پرداخت و بعد در همان دانشگاه استاد شد.

^۲ Cartesian

^۳ Descartes theory of pain

«دی. اس. ام.»^۹ دید که در آن اختلال درد روان‌زاد به اختلال درد^{۱۰} تغییر نام یافته است.

تا اینجا می‌بینیم که پژوهش‌های انجام شده در حوزه درد یا بر نقش عوامل جسمی (تبیین درد بر مبنای ناهنجاری‌های مکانیکی و ساختاری) تأکید داشتند یا بر نقش عوامل روان‌شناختی (تبیین درد با استفاده از فرایندهای ناخودآگاه).

نظریه کنترل دروازه‌ای درد

به دنبال ناکامی‌های پی‌درپی مُدل دکارتی در تبیین درد، مطرح‌شدن نظریه کنترل دروازه‌ای درد^{۱۱} [۱۰، ۱۱] در مفهوم انسان از درد تغییرات شگرفی به وجود آورد. نظریه کنترل دروازه‌ای درد اگرچه از لحاظ تمرکز، نظریه‌ای نوروفیزیولوژیک^{۱۲} است اما نقش راه‌های عصبی پایین‌رو و بالارو در نظام عصبی را به هنگام انتقال درد مورد تأکید قرار می‌دهد و چارچوبی را برای فهم روابط پیچیده بین درد، پریشانی حاصل از درد و رفتار درد فراهم می‌آورد. در این نظریه، دروازه‌ای در نخاع فرض می‌شود که می‌تواند تحت تأثیر محرک‌های قشری (مانند توجه، ترس، اضطراب، فاجعه‌آمیزی، خوشحالی، آرامش، ...)، باز و بسته شود. درون‌داده‌های^{۱۳} حاوی پیام‌های آسیب‌دیدگی که از اعصاب پیرامونی^{۱۴} برمی‌خیزند (برای نمونه، سوزش حاصل از بریدگی یا سوختگی) برای رسیدن به مغز و ادراک شدن باید از دروازه‌ای بگذرند که توسط محرک‌های برخاسته از قشر مغز می‌تواند باز و بسته شود؛ مثلاً توجه، ترس، غم و اندوه باعث باز شدن بیشتر این دروازه و خوشحالی، انحراف توجه و آرامش و مانند این‌ها باعث بسته شدن بیشتر این دروازه می‌شوند. این نظریه تبیینی است از اینکه چرا در فردی مفروض، درد ناشی از یک آسیب‌دیدگی معین و ثابت، هنگامی که وی دارای هیجان‌های منفی مثل ترس و غم و اندوه است، شدیدتر از مواقعی احساس می‌گردد که وی دارای هیجان‌های مثبتی مانند خوشحالی یا آرامش است.

نظریه کنترل دروازه‌ای درد به دلیل مشکلات فیزیولوژیک اجتناب‌ناپذیری که از آن برخوردار است از همان ابتدا مورد انتقاد قرار گرفت [۱۲] و نظریه ماتریس عصبی توسط ملزک [۱۳] در سال ۱۹۹۹ در واکنش به همین محدودیت‌ها مطرح شد. نقشی که نظریه کنترل دروازه‌ای درد در تغییر مفهوم انسان از درد ایفا کرد غیرقابل انکار است. این نظریه توانست پدیده تعدیل درد را که تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی روی می‌دهند [۱۴] برای اول بار تبیین کند. این نظریه همچنین توانست سرآغازی باشد بر مشارکت قابل توجه روان‌شناسان در تبیین پدیده درد. تصویر^۲ نمودار نظریه کنترل دروازه‌ای درد را نشان می‌دهد.

شدت درد بود؛ این در حالی بود که ناتوانی مرتبط با درد کاهش قابل توجهی یافته بود [۴]. این یافته (و بسیاری از یافته‌های مشابه) باوری را که پس از کاهش شدت درد، بیمار می‌تواند کار و فعالیت‌های معمول خود را از سر گیرد، به چالشی جدی فرا می‌خواند.

مُدل دکارتی درد از تبیین این واقعیت که چرا فردی با آسیب‌دیدگی معین و ثابت، گاه درد خود را خفیف‌تر و گاه شدیدتر گزارش می‌کند، ناتوان بود. مُدل دکارتی درد نمی‌توانست توضیح دهد که چرا درد حاد در تعداد معدودی از افراد و نه همه آن‌هایی که چنین دردی را تجربه می‌کنند، درد به درد مزمن تبدیل می‌شود. علاوه بر این، این نظریه در تبیین دردهای عضو خیالی^۱ (احساس درد در عضو قطع شده)، ادراک درد به هنگامی که آسیب مشخص و معینی وجود ندارد یا در مواردی که آسیب‌دیدگی اولیه بهبود یافته است اما بیمار همچنان به گزارش درد ادامه می‌دهد، ناموفق بود. سرانجام آن که مدل دکارتی درد نمی‌توانست توضیح دهد که چرا با گذشت زمان و حتی پس از درمان و بر طرف شده علت اولیه درد، بیمار افزایشی تدریجی را در شدت درد تجربه می‌کند.

در تلاش برای تبیین پرسش‌هایی که مُدل دکارتی درد نمی‌توانست به آن‌ها پاسخ گوید، از دیدگاه‌های روان‌شناختی کمک گرفته می‌شد؛ برای نمونه، برای تبیین دردهایی که یا یافته‌های جسمی مشخصی برای آن‌ها وجود نداشت یا یافته‌های جسمی با شدت و ویژگی‌های آن دردها تناسبی نداشت، مُدل درد روان‌زاد^۲ [۵] مطرح شد. این مُدل می‌کوشید تا دردهایی مانند درد عضو خیالی یا گزارش درد پس از بهبودی آسیب‌دیدگی اولیه را که مُدل زیست-طبی درد از تبیین آن‌ها ناتوان بود، با توسل به فرایندهای ناخودآگاه و تصویرهای نخستین بیمار از روابط شیئی اولیه‌اش تبیین کند.

شخصیت مستعد درد^۳ برای تبیین اینکه چرا برخی از افراد در برابر درد مزمن مستعدتر از دیگران هستند و در آن‌ها درد حاد به درد مزمن تبدیل می‌گردد توسط بلومر^۴ و هیلبرون^۵ [۶] مطرح شد. در هر دو مُدل اختلال درد روان‌زاد و شخصیت مستعد درد، علل روان‌شناختی ایجادکننده یا استمراردهنده درد می‌توانست عوامل ناخودآگاه همراه با آسیب‌شناسی روانی^۶، مشکلات عمیق شخصیتی، شخصیت غیر انطباقی و انگیزه برای دست‌یابی به اهداف شخصی باشند که ممکن است فرد نسبت به آن‌ها آگاهی داشته باشد یا نداشته باشد. پژوهش‌های انجام شده نتوانست حمایت‌های تجربی لازم را برای مُدل‌های اختلال درد روان‌زاد و شخصیت مستعد درد فراهم آورد [۷، ۸]. نقطه‌نهایی ناکامی مُدل‌های مذکور در تبیین درد را می‌توان در چهارمین ویراست

⁷ DSM

⁸ Pain disorder

⁹ Gate control theory (GCT)

¹⁰ Neurophysiologic

¹¹ Input

¹² Peripheral nervous system

¹ Phantom limb pain

² Psychogenic pain

³ Pain-prone personality

⁴ Blumer

⁵ Heilbronn

⁶ Psychopathology

شده‌اند [۱۳]، به راه می‌اندازد. ملزک این فرض را مطرح می‌کند که استرس‌های طولانی و تلاش مستمر ارگانسیم برای اعاده تعادل حیاتی می‌تواند باعث سرکوب سیستم ایمنی و فعال شدن سیستم لیمبیک^۴ که در فرآیندهای مرتبط با هیجان، انگیزش و شناخت، نقش‌های مهمی ایفا می‌کنند، گردد. سیلیه براین باور بود که فعال‌سازی درازمدت سیستم تنظیم استرس می‌تواند به آمادگی برای بروز انواع دردهای مزمن مانند فیبرومیالژی^۵، اختلالات مرتبط با ضربات تجمعی و اختلالات مرتبط با آسیب وارده به گردن در نتیجه تصادف اتومبیل (ویپلش^۶) منجر گردد.

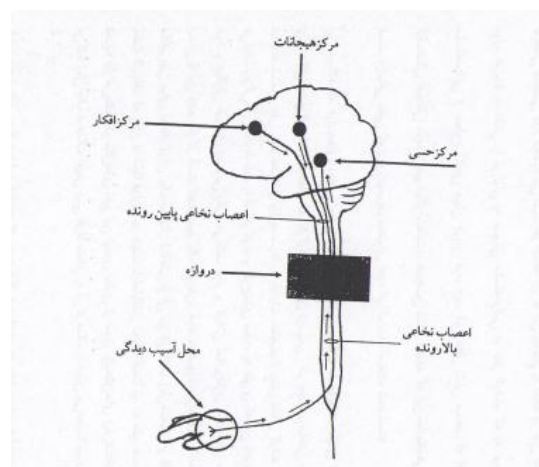
بر اساس نظریه ملزک [۱۳]، ماتریس عصبی یکتای بدن هر انسان نخستین تعیین‌کننده تجربه درد و نیز مبنایی برای تبیین تفاوت‌های بین‌فردی مشاهده شده در تجربه درد است. همان‌گونه که در GCT مطرح بود، در نظریه ماتریس عصبی نیز فرآیندهای حسی و ارزیابی‌کننده^۷ و نیز فعالیت سیستم افیونی درون‌زاد^۸ نقش‌های تعدیل‌کننده مهمی را در ادراک و تجربه درد بر عهده دارند.

اثرات تجمعی فشارهای قبلی یا فشارهای هم‌زمان با آسیب‌دیدگی می‌توانند تبیین‌کننده سطوح مختلف درد و ناتوانی به میزان معینی از آسیب‌دیدگی باشند. در این رابطه، نظریه ماتریس عصبی، تاریخچه یادگیری‌های قبلی بیماران را در شکل‌دهی به ماتریس عصبی از طریق تأثیرگذاری بر فرآیندهای تفسیری^۹ و الگوهای پاسخ فیزیولوژیک و رفتاری مورد تأکید قرار می‌دهد. بروز فشارزایی جدید، می‌تواند تلاش‌های قبلی برای اعاده تعادل حیاتی را تقویت کرده و به موازات تلاش بدن برای برگشت به حالت "به‌هنجار"، فروپاشی نسوج را تسریع کند.

به یک معنا، نظریه ماتریس عصبی الگوی آسیب‌پذیری ارثی نسبت به استرس^{۱۰} را می‌پذیرد که در آن عوامل آماده‌ساز^{۱۱} با استرس‌های حاد تعامل می‌کنند [۱۳، ۱۶]. پس از تبدیل درد حاد به درد مزمن، درد مزمن خود در نقش یک فشارزا عمل می‌کند؛ به موازات تلاش بدن برای بازگشت به حالت تعادل حیاتی، درد به تهدیدی مستمر تبدیل می‌گردد و برای بدن فشارهای زیادی ایجاد می‌کند. ترس، نگرانی از آینده و معنای تحریکات دردناک، به میزان فشاری که فرد با آن دست‌به‌گریبان است، اضافه می‌شود و در نتیجه فاصله ارگانسیم از حد مطلوب تعادل حیاتی افزایش می‌یابد. همان‌گونه که می‌بینیم نظریه ماتریس عصبی در تبیین درد بر ارتباط متقابل فرآیندهای جسمی و روان‌شناختی تأکید می‌کند.

نظریه ماتریس عصبی درد

ملزک [۱۳] در پاسخ به محدودیت‌های «جی. سی. تی»، ضمن گسترش نظریه کنترل دروازه‌ای درد پیوندهایی بین آن و نظریه استرس سیلیه^۲ [۱۵] برقرار کرد. وی نظریه خود را نظریه ماتریس عصبی نامید. این نظریه، ضمن ترکیب دو دیدگاه «جی. سی. تی» و نظریه استرس سیلیه، راه جدیدی را برای فهم مکانیسم‌های دخیل در درد گشود و درد را به‌عنوان تجربه ادراکی پیچیده‌ای که عوامل جسمی و روان‌شناختی در آن نقش‌های قاطعی ایفا می‌کنند و تمام قلمروهای زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، پذیرفت.



تصویر ۲. نظریه کنترل دروازه‌ای درد

در چارچوب نظریه ماتریس عصبی، ملزک [۱۳] فرضیه‌هایی را درباره درد مطرح می‌کند. وی براین باور است که درد تجربه‌ای چندوجهی^۳ (حسی، روان‌شناختی و ارزیابی‌کننده) است که از الگوهای اختصاصی تکانه‌های عصبی (که از شبکه عصبی گسترده‌ای که در سراسر بدن وجود دارد و ماتریس عصبی خاص هر انسانی را به وجود می‌آورد)، ناشی می‌شود. ماتریس عصبی هر انسان تا حد زیادی توسط عوامل ارثی (ژنتیک) تعیین می‌شود، اما تجربیات حسی و یادگیری می‌توانند در آن تغییراتی به وجود آورند. ویژگی مهم دیگر نظریه ماتریس عصبی، فرض این موضوع مهم است که تکانه‌های عصبی برخاسته از درون داده‌های حسی یا مرکزی، مستقل از هرگونه تحریک پیرامونی، می‌توانند به وجود آیند. این بخش از نظریه ماتریس عصبی تبیینی قابل قبول برای دردهای عضو خیالی یا دردهایی که حتی پس از بهبودی آسیب‌دیدگی اولیه استمرار می‌یابند، فراهم می‌آورد.

به دنبال آسیب‌دیدگی ارگانسیم، تغییرات و نابهنجاری‌هایی در تنظیم تعادل حیاتی به وجود می‌آیند. این انحراف از حالت طبیعی بدن، فشارآور است و فرآیند پیچیده‌ای از مکانیسم‌های نورونی، هورمونی و رفتاری را که به‌منظور اعاده تعادل حیاتی طراحی

⁴ Limbic system

⁵ Fibromyalgia

⁶ Whiplash associated disorders

⁷ Sensory and Evaluative

⁸ Activation of endogenous opioid system

⁹ Interpretive

¹⁰ Diathesis-Stress Model

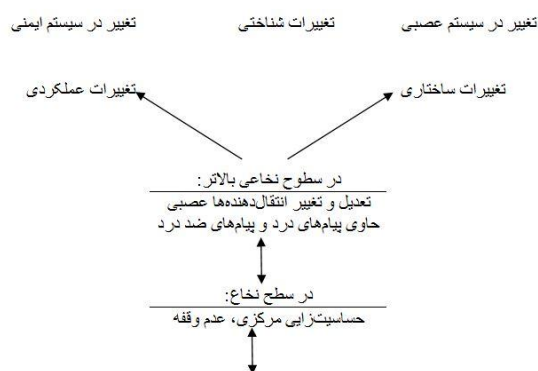
¹¹ Predispositional factors

¹ GCT

² Selye

³ Multidimensional

می‌دهد که درون داده‌های دردآور تکراری یا مستمر می‌توانند به ایجاد تغییرات ساختاری و عملکردی مغز منجر شده و ضمن ایجاد تغییر در فرآیندهای ادراکی، به مزمن شدن درد کمک کنند [۲۱]. این تغییرات ساختاری و عملکردی، شکل‌پذیری سیستم عصبی را نشان می‌دهند؛ این شکل‌پذیری می‌تواند تبیینی برای این پدیده باشد که چرا حتی هنگامی که علت نخستین درد درمان و بر طرف شده است، بیمار با گذشت زمان افزایش تدریجی در شدت درد (که به‌عنوان حساسیت نورونی پیرامونی و مرکزی شناخته می‌شود) را تجربه و گزارش می‌کند.



تصویر ۳. سطوح مختلف شکل‌پذیری عصبی را طی فرآیند مزمن شدن درد نشان می‌دهد. این تغییرات در تمام سطوح سلسله عصبی پیرامونی، نخاعی و قشر مغز روی می‌دهند.

با توجه به آنچه گفته شد، ایجاد تغییرات مغزی و نخاعی (شکل‌پذیری عصبی) در اثر استمرار درد یکی از تبیین‌های ممکن برای گزارش درد در بسیاری از نشانگان‌های درد مزمن (مانند فیبرومیالژی، و کمردرد) و نیز در شرایطی است که هیچ یافته ارگانیکی که بتوان درد را به حساب آن گذاشت وجود ندارد، فراهم می‌آورد. ملزک معتقد است تغییرات به وجود آمده در سیستم عصبی مرکزی علت ایجاد تغییر در ماتریس عصبی هر فرد است.

مطالعات انجام شده با انسان‌ها نیز از دیدگاه فوق حمایت می‌کند. توتج^۶ و همکاران [۲۲] در مطالعه‌ای با استفاده از «ام. آر. آی»^۷ نشان داده‌اند که تحریکات دردناکی که طی ۸ روز متوالی، هرروز به مدت ۲۰ دقیقه به انسان‌های سالم ارائه شود منجر به تغییرات چشم‌گیر ماده خاکستری در مناطقی از مغز شامل کرتکس سینگولیت میانی و کرتکس حسی-جسمی می‌گردد. این تغییرات تا مدت یکسال پس از پایان آزمایش پابرجا می‌ماند. لازم به ذکر است که چنین تغییراتی وابسته به تحریک هستند (یعنی به دنبال توقف درون داده‌های دردناک، برگشت‌پذیرند). از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات مغزی هم درد درهای حاد و هم در دردهای مزمن نقش قابل توجهی را بازی می‌کنند. از آنچه گذشت می‌توان نتیجه گرفت که شکل‌پذیری عصبی

شکل‌پذیری عصبی^۱ (نوروپلاستیسیته)

در سال‌های اخیر، نتایج مطالعاتی که با استفاده از روش‌های تصویربرداری مغز^۲ بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شده است، مفهوم درد را نزد انسان بیشتر تغییر داده است؛ این مطالعات توانسته‌اند برای این پرسش که چرا پس از بهبودی آسیب‌دیدگی اولیه بیماران هنوز به گزارش تجربه درد ادامه می‌دهند، پاسخ‌هایی را فراهم آوردند. دونالد هب^۳ [۱۷] روان‌شناس مشهور کانادایی در کتاب اثرگذار خود به نام "سازمان‌بندی رفتار"، ضمن مطرح کردن این که دستگاه عصبی از طریق تقویت ارتباط‌های نرونی فعال شده، اطلاعات را رمزگردانی می‌کند، نظریه‌ای ارائه داد و آن را شکل‌پذیری عصبی (توانایی نظام عصبی برای ایجاد تغییر در خود و در عملکردهایش) نامید.

توانایی مغز برای تجدید ساختار خود، بسیار جالب توجه است و نمونه‌ای از آن را می‌توان در افراد نابینا که معمولاً از توانایی تمیز حسی بهتری نسبت به افراد سالم برخوردارند، دید. وقتی مغز از محرک‌های برخاسته از یکی از حواس محروم شد، این نقص را با افزایش توانمندی‌های خود در حواس سالم جبران می‌کند. این تغییرات در سطح نورونی به‌صورت تغییرات ساختمانی در دندریتها (تغییر در سطح دندریت، شاخه‌دار شدن آن‌ها، تعداد و تراکم سیناپس‌ها)، تغییر در انتقال‌دهنده‌های عصبی و نیز رشد سلول‌های عصبی (نورون‌ها) مشاهده می‌شود.

شکل‌پذیری عصبی یا تغییر در الگوی محرک-پاسخ که طی زمان روی می‌دهد در فهم دقیق‌تر این موضوع که چرا درد تنها در درصد کوچکی (بین ۵ تا ۷ درصد) از افرادی که درد حاد را تجربه می‌کنند به درد مزمن تبدیل می‌شود، کمک‌کننده است. این را می‌دانیم که مغز افراد بزرگسال با توجه به اقتضانات و انتظارات محیطی تغییر می‌کند [۱۸، ۱۹]. با توجه به این که ماه‌ها و گاه سال‌ها از شروع درد مزمن گذشته است این پرسش مطرح است که آیا تجربه مستمر و درازمدت درد منجر به ایجاد تغییرات ساختاری و عملکردی در نظام عصبی می‌شود؟ پاسخ به این پرسش مثبت است.

همان‌گونه که در تصویر ۲ دیده می‌شود، طی دوره مزمن شدن درد^۴ تغییراتی در سطوح عملکردی، شیمیایی و ساختاری سیستم عصبی روی می‌دهند. این تغییرات هم در سطح اعصاب پیرامونی (گیرنده‌ها، تجدید ساختار کانال‌های یونی و تغییرات مرتبط با انتقال‌دهنده‌های عصبی)، هم در سطح قشر مغز (تغییرات عملکردی مرتبط با بخش‌های گوناگون قشر مغز) و طناب نخاعی (حساس سازی و عدم وقفه) و هم در تعامل فعال تمام این سطوح با سیستم ایمنی و کنش‌های شناختی عالی^۵ قشری^۵ روی می‌دهند [۲۰، ۲۱]. به تصویر ۳ توجه کنید.

نتایج مطالعات بسیاری که با حیوان‌ها انجام شده است نشان

¹ Neuroplasticity

² Neuroimaging

³ Donald Hebb

⁴ Pain cornification

⁵ Higher cognitive functions

⁶ Plasticity

⁷ Teutsch

⁸ MRI

درد با یک محرک شرطی خنثی (برای مثال، صدایی مشخص) منجر به آن می‌گردد که این محرک خنثی همان پاسخ دفاعی را به وجود آورد که اکنون به این پاسخ دفاعی، پاسخ شرطی می‌گویند. این ارتباط‌های جدید که در سطوح مختلف مغز برقرار می‌شوند، منجر به شکل‌پذیری عصبی می‌گردد.

در سطح بالینی، کاربرد یافته‌های مرتبط با شکل‌پذیری عصبی امیدوارکننده‌اند. نخستین دلیل -با آن که ممکن است عجیب به نظر برسد- این است که شکل‌پذیری عصبی، با توجه به ماهیتی که از آن برخوردار است، تغییرپذیر است [۲۴]. این گفته به آن معنا است که در مواجهه با درد ممکن است تغییرات عصبی روی دهند اما این تغییرات الزاماً برگشت‌ناپذیر نیستند. هرچند ممکن است در آسیب‌دیدگی‌های شدید نظام عصبی (مانند آنچه در ضایعات نخاعی دیده می‌شود) تغییرات ساختاری به وجود آیند که به شدت در برابر تغییر مقاومت کنند، خوشبختانه شواهد محکمی مبنی بر این که تغییرات ناشی از شکل‌پذیری عصبی وابسته به فعالیت^{۱۲} برگشت‌ناپذیرند، وجود ندارد. چنین تغییراتی نسبت به تغییر مقاومت چندانی از خود نشان نمی‌دهند.

از آنجاکه تغییرات به وجود آمده در ماده خاکستری مغز بیماران درد مزمن پی‌آمد درون‌داده‌های دردآور هستند [۲۵] بنابراین، هنگامی که درد به نحو مطلوبی درمان شد این تغییرات برگشت‌پذیرند. به لحاظ بالینی، در تعداد زیادی از افرادی که به پوکی استخوان مفصل لگن^{۱۳} مبتلا هستند بعد از تعویض مفصل، صرف‌نظر از این که دردشان چقدر شدید یا به چه مدت استمرار داشته است، درد از بین می‌رود. در افراد دارای دردهای ناشی از پوکی استخوان، تغییرات ناشی از شکل‌پذیری عصبی شامل کاهش در حجم ماده خاکستری در برخی از نواحی مغز مشاهده شده است؛ این تغییرات به دنبال عمل موفقیت‌آمیز تعویض مفصل لگن و کاهش درد از بین می‌روند [۲۶]. چنین یافته‌ای نشان می‌دهد که شکل‌پذیری عصبی پدیده‌ای وابسته به درد است نه این که درد وابسته به شکل‌پذیری عصبی باشد. دلیل امیدوارکننده دیگر این یافته‌ها روشن‌تر شدن بیشتر نقش عوامل روان‌شناختی در ادراک درد، شکل‌پذیری عصبی و درمان درد است.

در همین رابطه، سو^{۱۴} و همکاران [۲۷] تعامل درد را با اختلالات عاطفی در شکل‌پذیری عصبی نشان داده‌اند. این پژوهشگران ۵۸ بیمار مبتلا به فیبرومیالژی (۲۹ نفر دارای اختلالات عاطفی و ۲۹ نفر بدون اختلالات عاطفی) را با ۲۹ فرد سالم با استفاده از «ام. آر. آی.» مقایسه کردند. در این مطالعه، اختلالات عاطفی عبارت بودند از افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی مستمر (دیس تایمیا)^{۱۵} و اختلال اضطراب منتشر. مقایسه این سه گروه نشان داد که تنها در بیماران فیبرومیالژی دارای اختلالات عاطفی کاهش معنادار ماده

حاصل درد مستمری است که بیمار مدت‌ها آن را تجربه کرده است. از آنجاکه همبستگی بین کاهش ماده خاکستری و سابقه درد وجود ندارد این احتمال مطرح است که دست‌کم تا حدی، چنین تغییرات ریخت‌شناختی به علت درد مستمر است. پرسشی که می‌توان مطرح کرد این است که آیا به دنبال توقف درون‌داده‌های درد (به دلایل مختلف از جمله درمان مناسب) این تغییرات ساختاری در جهت طبیعی شدن حرکت می‌کنند؟

مکانیسم‌های ایجادکننده شکل‌پذیری عصبی در نتیجه تجربه طولانی مدت درد کدام‌اند؟ شکل‌پذیری عصبی دست‌کم از دو راه می‌تواند روی دهد: یکی از طریق یادگیری غیر ارتباطی^۱ که در آن پاسخ‌های ارگانیسم نسبت به یک محرک در نتیجه مواجهه مکرر با آن محرک تغییر می‌کند. خوگیری^۲ - که در آن پاسخ به یک محرک به تدریج کاهش می‌یابد - یکی از نمونه‌های شکل‌پذیری عصبی ناشی از یادگیری غیرارتباطی است. حساسیت‌زایی^۳ که در آن طی زمان پاسخ به یک محرک افزایش می‌یابد مثال دیگری از یادگیری غیرارتباطی است. حساسیت‌زایی گیرنده‌های درد^۴ (نوسیسپتورهای) نخاعی به عنوان مکانیسم اصلی برای فهم به وجود آمدن درد مستمر به دنبال آسیب نخاعی مطرح شده‌اند. در این حالت، قرار گرفتن مکرر در معرض تحریک مضر منجر به تغییر الگوی محرک-پاسخ گیرنده‌های درد (نوسیسپتورهای) نخاعی می‌گردد.

دومین حالت شکل‌پذیری عصبی از طریق برقراری ارتباط بین دست‌کم دو محرک صورت می‌گیرد (شرطی‌سازی کلاسیک^۵ یا پاولوفی^۶ یا شرطی‌سازی ارتباطی^۷) [۲۳]. یادگیری ارتباطی به کسب دانش گزاره‌ای^۸ درباره رابطه بین یک محرک با دست‌کم یک محرک دیگر اطلاق می‌گردد. به محرکی که بتواند بدون نیاز به شرایط خاص، پاسخی پدید آورد، محرک غیرشرطی^۹ گفته می‌شود. همراه کردن یک محرک غیرشرطی زیستی (برای نمونه، غذا) با یک محرک شرطی خنثی^{۱۰} (برای نمونه، صدای زنگ) باعث می‌گردد تا محرک شرطی، ویژگی‌های انگیزشی کسب کند و پاسخی شبیه به پاسخی که محرک غیرشرطی به وجود می‌آورد، به وجود آورد. به این پاسخ‌های جدید به محرک شرطی، پاسخ‌های شرطی^{۱۱} گفته می‌شود. در بسیاری از پژوهش‌هایی که در حوزه یادگیری ارتباطی انجام شده‌اند و بر روی درد متمرکز بوده‌اند درد به عنوان محرک غیرشرطی نگریسته شده است که یک پاسخ دفاعی (که در بیشتر مواقع ترس است) را برمی‌انگیزد. در این گونه آزمایش‌ها، ترس یک پاسخ غیرشرطی تلقی می‌گردد. همراه کردن

¹ Non-associative learning

² Habituation

³ Sensitization

⁴ Nociceptors

⁵ Classical conditioning

⁶ Pavlovian

⁷ Associative conditioning

⁸ Propositional knowledge

⁹ Unconditioned stimulus

¹⁰ Neutral conditioned stimulus

¹¹ Conditioned responses

^{۱۲} شکل‌پذیری عصبی وابسته به فعالیت به تغییرات مرکزی اشاره دارد که به سطح علائم آوران به طناب نخاعی و مغز وابسته هستند.

¹³ Osteoarthritis of the hip

¹⁴ Hsu

¹⁵ Persistent depressive disorder (Dysthymia)

عصبی دیدگاه بهتری نسبت به مکانیسم‌های زیربنایی درد به وجود آورده است و به ما این فرصت را داده است که تعامل‌های پیچیده بین ذهن و بدن را بهتر درک کنیم. این پژوهش‌ها پنجره‌هایی رو به آینده گشوده است که جملگی امیدوارکننده به نظر می‌رسند.

نتایج

جدیدترین مفهوم‌سازی انسان از درد تلقی آن به‌منزله پدیده‌ای است که در مغز شکل می‌گیرد تا به ارگانیسم کمک کند تا بتواند با تهدیدهای واقعی یا ادراک شده از طریق تغییری که در رفتارش به وجود می‌آورد، مواجه شود. ادراک درد نه تنها به‌وسیله تکانه‌های دریافت شده توسط گیرنده‌های درد در مغز تعیین می‌شود بلکه مکانیسم‌های پیچیده (جسمی و روان‌شناختی) در سطوح مختلف نخاعی و قشری می‌توانند آن را تعدیل کنند. تغییرات ایجاد شده در مفهوم درد تغییرات شگرفی را در عرصه درمان درد به وجود آورده است که در نوشته‌ای در آینده مورد بحث و بررسی قرار خواهند گرفت.

منابع

۱- تاگارد، پ. تغییر در مفهوم بیماری در ادوار مختلف، بازتاب دانش، سال اول، شماره ۱، ۱۳۸۵ص. ۴۷-۴۳ (ترجمه محسن ارجمند).

2- Williams D, A. (1996). Acute pain management In: R D, Gatchel D.C & Turk (Eds). pp. 55-77. Psychological approaches to PainManagement. Guilford Press, New York.

3-Descartes R (1664), translated by Foster (1901) p. 265.

4-Sator-katzenschlager SM, Schiesser AW, Kozek-Langenecker SA, Benetka G, Langer G, Kress HG. (2003). Does pain relief improve pain behavior and mood in chronic pain patients? Anesthesia Analgesia. 97:791-797.

5-Engel, G L. (1959). Psychogenic Pain and the Pain-Prone Patient. American Journal of Medicine, 26: 899-918.

6-Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 170, 381-406.

7-Roy, R. (1985). Engel's pain-prone disorder patients: 25 years after. Psychotherapy, Psychosomatic, 43, 126-135.

8-Turk DC, & Gatchel, R. (2002). Psychological approaches to pain management, 2nd edition, New York: Guilford Press.

9-American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).

خاکستری^۱ در اینسولای پیشین چپ^۲ دیده می‌شد که دارای همبستگی منفی با اضطراب بود. این یافته، تعامل بین اختلالات روان‌شناختی با شکل‌پذیری عصبی را نشان می‌دهد.

به‌طور خلاصه، هم به لحاظ نظری و هم با استناد به منابع پژوهشی می‌توان گفت که حالات هیجانی و انگیزشی، یادگیری، مدارهای مغزی و نیز شکل‌پذیری عصبی به دنبال تجربه درازمدت درد در فهم درد مزمن دارای اهمیت هستند. در سایه این یافته‌ها دیگر جایی برای نگرش قدیمی به درد که درد را یا دارای منشأ جسمی یا روان‌شناختی می‌دانست، باقی نمی‌ماند. فرآیندهای شناختی و هیجانی که با راه‌های مغزی و طناب نخاعی رابطه نزدیکی دارند به‌طور مستقیم بر واکنش (پاسخ‌دهی) راه‌های مرتبط با درد تأثیر می‌گذارند. این یکی از راه‌هایی است که عوامل روان‌شناختی بر فرآیندهای شکل‌پذیری عصبی اثر گذاشته و از این طریق، به‌طور مستقیم بر تجربه درد مؤثر می‌افتند [۲۸]. نقش خلق و فرآیندهای مرتبط با تفکر در ایجاد تغییر در شکل‌پذیری عصبی شواهد بیشتری را در حمایت از مداخلات روان‌شناختی در درمان درد نه به‌عنوان راهی برای انطباق با درد بلکه به‌عنوان یک گزینه مهم برای کاهش درد فراهم آورده است.

دست‌آوردهای درک صحیح از شکل‌پذیری عصبی نسبت به دست‌آوردهای انسان از مفهوم قدیمی که درد را صرفاً حسی همانند احساس‌های دیگری می‌پنداشت که از طریق راه‌های عصبی انتقال می‌یابند، دارای مزیت‌های بسیاری است. یافته‌ها در مورد پیچیدگی‌های موجود در پردازش درد از جمله شکل‌پذیری عصبی نشان داده است که تجربه درد، کل پاتوفیزیولوژی را در برمی‌گیرد. معنای این سخن آن است که بهترین برآیند درمان درد هنگامی روی می‌دهد که ارزیابی و درمان درد عوامل متعدد درگیر در پردازش درد را شامل گردد. برای نمونه، درمان کم‌درد مستمر به معنای تلاش برای شناسایی این‌که کدام‌یک ساختارهای کمر ممکن است در درد مشارکت داشته باشند، نیست بلکه یک درمان موفق باید همه عوامل روان‌شناختی را که ممکن است در پاسخ به سیستم عصبی و تقویت علائم و نشانه‌های در حال ورود به سیستم عصبی نقش داشته باشند را شامل گردد. بنابراین، برنامه‌هایی در کنترل و درمان درد مؤثرتر هستند که بر استفاده معقول از درمان‌هایی استوار باشند که:

تا آنجا که ممکن است در درون داده‌های دردآوری که از اعصاب محیطی منشأ می‌گیرند، کاهش به وجود آورند.

از داروهایی که در درمان درد به کار می‌روند و برای کارآمدی آن‌ها شواهد تجربی وجود دارد، استفاده کنند.

از رویکردهای روان‌شناختی و جسمی که تاکنون در ایجاد تغییر در پردازش دردهای مرکزی و کاهش درد مؤثر بوده‌اند، استفاده کنند.

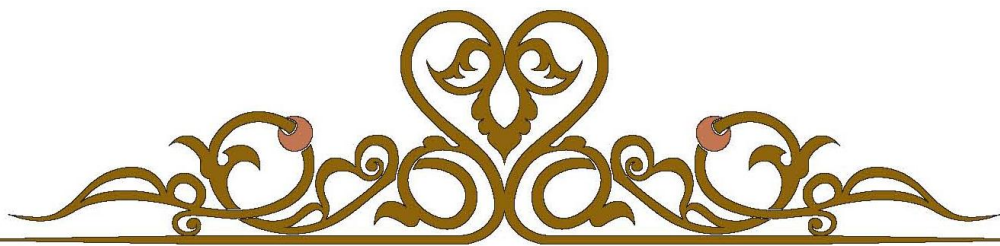
بدیهی است چنین رویکردی تنها در برنامه‌های چند تخصصی درد^۳ به کار گرفته می‌شود. پژوهش‌های مرتبط با شکل‌پذیری

¹ Gray-matter

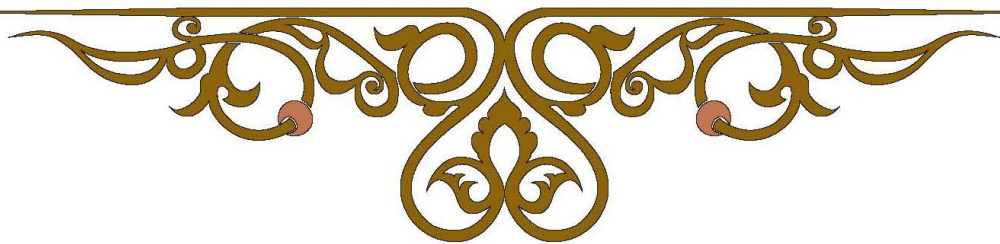
² Left anterior insula

³ Multidisciplinary Pain Management Programs

- 24-Knecht, S, Henningsen, H, Hohling, C, Elbert, T, Flor, H, Pantev, C & Taub E. (1998). Plasticity of plasticity? Changes in the pattern of perceptual correlates of reorganization after amputation. *Brain*, 121, 717-724.
- 25-May, A. (2008). Chronic pain may change the structure of the brain, *Pain*, 137; 7-15
- 26-Gwilym SE, Filippini N, Douaud G, Carr AJ, Tracey I. (2010). thalamic atrophy associated with painful osteoarthritis of the hip is reversible after arthroplasty: a longitudinal voxel-based morphometric study. *Arthritis Rheum*; 62: 2930-2940.
- 27-Hsu, MC, Harris RE, Sundgren PC, Welsh, RC, Fernandes, CR, Clauw DG, Williams, DA. (2009). No consistent difference in gray matter volume between individuals with fibromyalgia and age-matched healthy subjects when controlling for affective disorder, *Pain*, 143; 262-267.
- 28-Price DD, Verne GN, Schwartz JM (2006). Plasticity in brain processing and modulation of pain. *Prog Brain Res*; 157: 333-352.
- (1994). 4th ed. Washington, DC: APA.
- 10-Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- 11-Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Ed.). *The skin senses* (pp. 423-443). Springfield, IL: Thomas.
- 12-Nathan, P, W. (1976). The gate control theory of pain: A critical review. *Brain*, 99, 123-158.
- 13-Melzack, R. (1999). Pain and stress: A new perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 89-106). New York: Guilford Press.
- ۱۴- اصغری، م.ع. عوامل روان‌شناختی و ادراک درد، بازتاب دانش، دوره نهم، شماره‌های ۳۱-۳۲، بهار و تابستان ۱۳۹۳، صص. ۴۷-۵۰.
- 15-Selye, H. (1950). *Stress*. Montreal: Acta Medical.
- 16-Turk DC (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Res Manage*; 7: 9-19.
- 17-Hebb, D, O. *The organization of brain, a neuropsychological theory*. (1949). New York, Wiley.
- 18-Draganski B, Gaser C, Busch V, Schuierer G, Bogdahn U, May A. (2004). Neuroplasticity: changes in grey matter induced by training. *Nature*; 427:311-2.
- 19-May A, Hajak G, Gänssbauer S, Steffens T, Langguth B, Kleinjung T, Eichhammer P. (2007). Structural brain alterations following 5 days of intervention: dynamic aspects of neuroplasticity. *Cereb Cortex*; 17:205-10.
- 20-Flor H, Nikolajsen L, Staehelin Jensen T. (2006). Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? *Nature Review Neuroscience*; 7:873-81.
- 21-Woolf, C. J & Mannion RJ. (1999). Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet*, 5; 353:1959-64.
- 22-Teutsch, S, Herken, W, Bingel, U, Schoell, E, May A. (2008). Changes in brain gray matter due to repetitive painful stimulation. *NeuroImage* 42; 845-849 .
- 23-Pavlov I. (1928). *Lectures on conditioned reflexes*. New York: Liverlight Publishing Company.



نمایه سالیانه ۱۳۹۴



نمایه سالیانه نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) – ۱۳۹۴

تهیه و تنظیم: جواد ریاحی اصل

نمایه حاضر دربرگیرنده سه نمایه مربوط به نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) در سال ۱۳۹۴ و به شرح زیر است.

- نمایه الفبایی عناوین مقاله‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴
- نمایه الفبایی نویسندگان مقاله‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴
- نمایه الفبایی کلیدواژه‌های مقاله‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴

دوفصلنامه علمی – پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴

نمایه سالیانه نشریه

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار) – ۱۳۹۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

نمایه الفبایی عناوین مقاله‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴

شماره صفحه	مشخصات انتشار	عنوان مقاله
۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اثر بخشی گروه درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر اول دبیرستان
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌ای (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اثربخشی ساختارگرایی بر تعارضات زناشویی، سبک‌های اسناد و بهزیستی اجتماعی
۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	ارتباط تیپ‌شناسی شخصیتی مادران با نگرش فرزندان به بزهکاری: ارزیابی نقش پیش بین تیپ شخصیتی D
۸۹	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	آزمون مدل ارتباطی محیط هیجانی خانواده با استرس ادراک‌شده: نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان
۳۷	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی
۷۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی خانواده‌محور، کودک‌محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در زندگی واقعی
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	پرسشنامه هراس اجتماعی در نوجوانان: ساختار عاملی اکتشافی و تأییدی
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان
۹۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی - هیجانی دختران پیش دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	تأثیر برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی بر کیفیت زندگی زنان باردار نخست
۱۳۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	تحلیل عاملی تاییدی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت
۱۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	تغییر مفهوم درد طی زمان
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، تجربه‌ی کودک‌آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی
۱۲۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	رابطه بین سبک یادگیری وسبک فرزندپروری با یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و جهت‌گیری هدف در دانشجویان دانشگاه پیام نور بیرجند

شماره صفحه	مشخصات انتشار	عنوان مقاله
۱۳۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	رابطه شخصیت خودشیفته و دل‌بستگی آسیب‌پذیر با قلدری و سرمایه روان‌شناختی
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	ساخت، اعتبار و پایایی پرسشنامه اضطراب هستی (QFEA)
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	سبک‌های هویت و محیط‌های اولیه تحول: با تأکید بر سبک‌های دل‌بستگی، تمایز یافتگی خود، و حوزه‌های طرح‌واره
۱۴۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	طراحی مقدماتی مدل حیا مبتنی بر برداشت از آیات قران و مقایسه آن با روان‌شناسی شرم
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مقایسه اثر بخشی و ماندگاری سه روش درمان در اختلال اضطراب اجتماعی
۲۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	مقایسه اضطراب صفت-حالت و ابعاد کمال‌گرایی مادران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و کودکان سالم
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	نقش تعدیل‌کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان
۱۰۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	نقش عوامل شخصیتی و انگیزشی در استفاده از فیسبوک
۷۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان

نمایه الفبایی نویسندگان مقاله‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴

شماره صفحه	مشخصات انتشار	نام خانوادگی و نام نویسنده
۸۹	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اسدی مجره، سامره
۱۴۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اسدیان، صدیقه
۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اسکندری، مهدی
۱۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اصغری مقدم، محمدعلی
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اکبری بورنگ، محمد
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اکبری، ابراهیم
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	الهیاری، عباسعلی
۷۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	امانی، رزیتا
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	امیری، شعله
۲۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	امینیایی، محمد
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	ایمانی‌فر، حمیدرضا
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	آقایوسفی، علیرضا
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	بختی، مجتبی
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	بخشی‌پور رودسری، عباس
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	بشرپور، سجاد
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	بگیان کوله مرز، محمدجواد
۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	بهمنی، بهمن
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	بیرامی، منصور
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	پادروند، حافظ
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	پاک‌نیا، نسیم
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	پسندیده، عباس
۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	پسندیده، محمدمهدی
۷۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	پیروز، معصومه
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	جلالی، محمدرضا
۷۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	چوپان زیده، رویا
۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	حسینی، فریبا
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	حقیقت، فرشته
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	حنایی، نازیلا
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	حنظوش‌زاده، صدیقه
۳۷	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	حیدری نسب، لیلا

شماره صفحه	مشخصات انتشار	نام خانوادگی و نام نویسنده
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	خانجانی، محمدسعید
۱۳۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	خبازیان، بیتا
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	خزایی، فاطمه
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	رجبی، مهتاب
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	رحیم‌خانلی، معصومه
۱۰۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	رحیمیان بوگر، اسحق
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	رسول‌زاده طباطبائی، کاظم
۳۷	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	رضیان، شیما
۲۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	روشن چسلی، رسول
۷۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	زیدآبادی، فاطمه
۸۹	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	سپهریان آذر، فیروزه
۱۲۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شاهقلیان، مهناز
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شریفی درآمدی، پرویز
۲۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	شعیری، محمدرضا
۳۷	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	
۱۴۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	
۱۳۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	شکری، امید
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	صوفی، صلاح
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	ضرغام حاجبی، مجید
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	طالبی، هوشنگ
۱۰۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	طالع‌پسند، سیاوش
۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	طاهری، معصومه
۳۷	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	ظهرابی، شیما
۹۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	عابدی، احمد
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	عادل‌پور، زکیه
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	عباسی، زهره
۱۲۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	عبداللهی، محمدحسین
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	عبدالمنافی، عاطفه
۹۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	عدیلی، شهرزاد
۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	عسگری، علی

شماره صفحه	مشخصات انتشار	نام خانوادگی و نام نویسنده
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	عطادخت، اکبر
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	عطری فرد، مهدیه
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	علی اکبری، مهناز
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	علیزاده، گلاویژ
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	علی مهدی، منصور
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	غلامی بورنگ، فاطمه
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	فتحی آشتیانی، علی
۷۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	فرامرزی، سالار
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	فهیمی، صمد
۱۰۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	قاصدی مرکیه، سالومه
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	قره‌گزلو، نادیا
۱۴۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	قطبی، ثریا
۹۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	کلانتری، مهرداد
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مجتبابی، مینا
۲۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	محرری، فاطمه
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	محمودعلیلو، مجید
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مرادی، علیرضا
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مسعودی ثانی، راحله
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مظاهری، محمدعلی
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	نریمانی، محمد
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	نظامی پور، الهام
۱۲۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	ولیزاد بهادر، لیلا
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	ویسی، نصر...
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	یعقوبی، ابوالقاسم

نمایه الفبایی کلیدواژه‌های مقاله‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴

شماره صفحه	مشخصات انتشار	کلیدواژه
۲۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	ابعاد کمال‌گرایی
۳۷	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اختلال اضطراب اجتماعی
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اختلال سلوک
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اختلال شخصیت مرزی
۱۴۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اخلاق
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اس. پی. آی. ان. (SPIN)
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	استرس ادراک شده
۸۹	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	
۷۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اضطراب
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	
۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اضطراب امتحان
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اضطراب جدایی
۲۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	اضطراب صفت-حالت
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اضطراب هستی
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	اعتبار
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	افسردگی
۷۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	
۱۰۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	انگیزش
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	آموزش مادری ذهن آگاهانه
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	آموزش مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	بازداری پاسخ
۹۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	بازی‌درمانی
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	باورهای فراشناختی
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	بزهکاری
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	بهبودی اجتماعی
۸۹	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	بیان هیجانی
۱۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	پایایی
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	پنج عامل بزرگ شخصیت
۱۳۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	تحلیل عاملی تاییدی
۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	تصور از خدا

شماره صفحه	مشخصات انتشار	کلیدواژه
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	تعارضات زناشویی
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	تمایز یافتگی خود
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	جهت‌گیری هدف
۱۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	حالات روان‌شناختی
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	حل مسئله
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	حوزه‌های طرح‌واره
۱۴۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	حیا
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	خانواده‌درمانی ساختاری
۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	خودکارآمدی
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	دانش‌آموزان
۱۲۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	دانشجویان دختر
۳۷	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	دانشگاه پیام نور بیرجند
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	درد
۱۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	درد مزمن
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	درمان شناختی - رفتاری
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	درمان شناختی وجودگرا
۳۷	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی
۸۹	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	دشواری‌های تنظیم هیجان
۱۳۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	دل‌بستگی آسیب‌پذیر
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	ذهن آگاهی
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای
۱۴۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	روانشناسی
۱۳۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	روایی عاملی
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	رویکرد واحد پردازش‌های
۱۳۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	زورگویی
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	ساختار عاملی
۱۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	سبک اسناد
۱۲۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	سبک فرزندپروری
۸۹	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	سبک والدینی
۱۲۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	سبک یادگیری
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	سبک‌های دل‌بستگی

شماره صفحه	مشخصات انتشار	کلیدواژه
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	
۸۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	سبک‌های هویت
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	سرشت
۱۳۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	سرمایه روان‌شناختی
۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	سلامت معنوی
۱۰۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شخصیت
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شخصیت A
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شخصیت B
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شخصیت C
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شخصیت D
۱۳۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شخصیت خودشیفته
۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	شناختی - رفتاری
۱۰۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	فیس‌بوک
۹۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	فیلیال
۱۴۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	قرآن
۷۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	کارکرد خانواده
۲۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	کودک مضطرب
۵۱	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	کودکان
۱۰۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	کودک‌آزاری
۶۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	کیفیت زندگی
۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	گروه‌درمانی
۷۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	مداخلات خانواده‌محور
۷۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	مداخلات کودک‌محور
۱۳۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل‌آفرین از اینترنت
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	مقیاس هراس اجتماعی
۳۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	منش
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مواجهه با خود
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مواجهه با خود - موقعیت
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مواجهه با موقعیت
۹۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	مهارت‌های اجتماعی - هیجانی
۷۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	نشانه‌های اختلال اتیسم
۱۵	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	نشخوار فکری
۴۳	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	نوجوان

شماره صفحه	مشخصات انتشار	کلیدواژه
۷۷	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	
۱۲۱	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	نوجوانان
۳	دوره ۱۳، شماره ۱۲، پیاپی ۲۴، بهار و تابستان ۱۳۹۴	والدین فرزندان مبتلا به سرطان
۱۲۹	دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵، پاییز و زمستان ۱۳۹۴	یادگیری خودتنظیمی

Change in the concept of pain over time

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 26/04/2015

Accept Date: 30/09/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 165-172

Asghari Moghaddam, M. A.^{1}*

1. Professor of Clinical Psychology, Psychology Department of Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

*Email: asghari7a@gmail.com

Abstract

Until the mid-twentieth century, it was thought that complaint of pain has physical or psychological origins. From this time onwards, a large number of researches analyzed the correctness of pain concept and gradually changed the concept of pain. Today, according to theoretical and research resources, regardless of its type, duration and severity, pain is conceptualized as a bio-psychosocial phenomenon that consists of emotional states and motivational, learning, brain circuits and neuroplasticity. The experience of pain in understanding of pain generally and in chronic pain specially is too important. Based on these findings there is no longer place for the old attitude that pain has physical or psychological origins. This article attempts to show the historical development of changing the concept pain over time.

Keywords: pain, chronic pain, psychological states

Construction, validity and reliability of existential anxiety questionnaire (QFEA)

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 14/06/2015

Accept Date: 06/10/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 151-162

Masoudi Sani, R.¹; Bahmani, B.^{2}; Asgari, A.³; Khanjani, M. S.⁴; Pakniya, N.⁵*

1. *M.A. in Rehabilitation Counseling, Welfare and Rehabilitation Science University, Tehran, Iran.*
2. *Assistant Professor of Counseling Department, Welfare and Rehabilitation Science University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*
3. *Assistant Professor of Psychology Department, University of Tehran, Tehran, Iran.*
4. *Ph.D. in Rehabilitation Counseling, Welfare and Rehabilitation Science University, Tehran, Iran.*
5. *M.A. in Rehabilitation Counseling, Welfare and Rehabilitation Science University, Tehran.*

*Email: bbahmani43@yahoo.com

Abstract

Introductoin: The purpose of present research was to design Existential anxiety questionnaire (death, freedom, loneliness and meaninglessness) and investigate its validity and reliability. The research design was exploratory study of instrumentation and validity assessment.

Method: This research consisted of three stages. The first stage was to investigate the theoretical foundations and conceptual frameworks of existential anxiety. The second stage was to construct a Questionnaire for Existential Anxiety and evaluate its content validity and the third stage involved expanding validation and assessing reliability of questionnaire. To evaluate the validity and reliability, 505 employees and students of 5 Tehran universities were selected as sample using multi-stage cluster sampling. Research tools included Demoralization scale (translated by Naghiyayi and Bahmani, 2013) and Collett- Lester Death Anxiety scale (1990) that estimate concurrent and convergent validity and Existential Anxiety Questionnaire. All the subjects replied to two scales.

Results: Findings showed that according to 10 expert opinions, Concurrent validity was 0.95 by ICC and Concurrent validity and convergent validity was obtained 0.82 and 0.95, respectively. Exploratory Factor Analysis and Varimax factor rotation indicated Questionnaire theoretical structure consists of 4 factors that factors nominated according to theoretical base. Confirmatory factor analysis also indicated the goodness of fit for these factors. Furthermore the Cronbach's alpha and test-retest reliability was 0.82 and 0.86, respectively.

Discussion and Conclusion: It can be concluded that a standard Questionnaire with 29 items and 4 subscales is available for evaluating Existential Anxiety in Persian.

Keywords: Anxiety, Existential Anxiety, Validity, Reliability

The Relationship between narcissistic personality and vulnerable attachment with bullying and psychological capital

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 19/09/2013

Accept Date: 16/04/2014

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 139-148

Golparvar, M.^{1}; Khabazian, B.²*

1. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
2. M.A. in I/O Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

*Email: drmgolparvar@gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of this research was to investigate the structural model of the relationship between narcissistic personality and vulnerable attachment with bullying and psychological capital.

Method: The design of the research was correlation and the statistical population was all of telecommunications company employees in Tehran while 345 employees were selected as sample using simple random sampling. Research tools included psychological capital questionnaire (Golparvar & Vaseghi, 2011), researcher made bullying questionnaire, vulnerable attachment styles questionnaire (Bifulco et al, 2006) and narcissistic personality inventory (Ames et al, 2003). Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and structural equation modeling (SEM).

Results: Results of structural equation modeling (SEM) indicated that vulnerable attachment has direct and significant relationship with bullying and bullying along with narcissistic personality has direct and significant relationship with psychological capital. The results also showed that bullying is a complete mediator variable on the relationship between vulnerable attachments with psychological capital.

Discussion and Conclusion: The results of this study showed that vulnerable attachment along with narcissistic personality and bullying can directly and indirectly undermines the psychological capital in humans.

Keywords: psychological capital, bullying, narcissistic personality, vulnerable attachment

The relationship between learning style and parenting style with self-regulated learning in students

Biannual Journal of

**Clinical
Psychology
& Personality**

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 23/12/2014

Accept Date: 07/10/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 129-138

Vlizado Bahador, L.^{1}; Abdollahi, M. H.²; Shahgholian, M.³*

1. M.A. in General Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Associate Professor of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

*Email: valizad.fereshteh@yahoo.com

Abstract

Introductoin: Self-regulated learning is a belief that indicates when and how a person learn. The purpose of present research was to investigate the relationship between self-regulated learning and parenting style as well as learning style in students and determine the role of parenting style and learning style in predicting self-regulated learning.

Method: In this research, 313 female students were selected as sample using multi-stage cluster sampling. The subjects replied to all the items of Kolb's Learning Styles Inventory (KLSI), Parental Authority Questionnaire (PAQ), and Self-Regulated Learning Interview Schedule (SRLIS) (Zimmerman & Martinez-Pons, 1986). Data are analyzed by using Pearson correlation method and Stepwise Regression Model.

Results: The results showed that authoritative parenting style predicts with self-regulated learning variance 0.05 and abstract conceptualization learning style predicts self-regulated learning variance 0.08. Accordingly, among the studied variables, authoritative parenting owns the greatest share in visualizing self-regulation learning.

Discussion and Conclusion: The present research emphasizes learning style and parenting style in self-regulated learning process.

Keywords: self-regulated learning, learning styles, parenting styles, students

The effectiveness of structuralism on marital conflicts, attribution styles and social well-being

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 28/10/2015

Accept Date: 03/02/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 115-128

Aghayousefi, A. R.¹; Fathi Ashtiani, A.²; Aliakbari, M.³; Imanifar, H. R.^{4}*

1. Associate Professor of Psychology, Payame Noor University, Qom, Iran.
2. Professor of Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Associate Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
4. Ph.D. Sudent of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

*E-mail: imanifar@gmail.com

Abstract

Introductoin: The main objective of theories of family therapy is focused on marital conflicts. Nevertheless marital conflicts still remains a complicated subject. Structural Family Therapy is a fundamental approach among family systemic theories that emphasize on creating a healthy organizational hierarchy in the family system. In system theory, conflict is considered as any dispute over the authority sources between the couples. Attribution styles and social well-being has attracted much attention in the family therapy researches.

Method: The design of the research was quasi-experimental. A total of 25 females with severe marital conflict were selected as sample using simple random sampling and these subjects were categorized two experimental and control groups. The independent variable was Minuchin's structural family therapy. Research tools were marital conflict, attribution styles and social well-being which completed by subjects in the pretest-posttest and follow-up.

Results: The results of Friedman test and repeated measures showed that Minuchin's structural family therapy approach effectively and significantly reduced marital conflict. It increased the social coherence which is one of the five subscales of social well-being and also increased significantly stability attribution style and CPCN attribution style (combined positive score minus combined negative score) in females.

Keywords: Attribution style, marital conflicts, social well-being, Structural Family Therapy

The role of personality and motivational factors in using Facebook

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 31/01/2015

Accept Date: 28/09/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 105-114

Ghasedi Markiye, S.¹; Talepasand, S.^{2}; Rahimian Boogar, I.³*

1. M.A. Students in Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
2. Associate Professor of Educational Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
(Corresponding Author)
3. Associate Professor of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

*Email: stalepasand@semnan.ac.ir

Abstract

Introductoin: Nowadays Facebook is known as one of the most prominent social networking sites. Several factors including the personality and individual motivations can be effective in manner and extent of using this social networking site by users.

Method: This study was designed to investigate the role of users' personality and motivational factors in using Facebook. Participants were 540 members of the Facebook users who were selected as sample using voluntary sampling method. All subjects replied to electronic forms of NEO-Five Factor Inventory and motivation measurement questionnaire and performance of Facebook users Semnan. Data were analyzed by Canonical Correlation Method.

Results: Results showed that the higher levels of neuroticism and low levels of conscientiousness more than interchangeable/group and communication functions were used. The higher levels of neuroticism and low levels of agreeableness were related to the higher levels of motivation of escape from reality and habit. The higher levels of self-expression, communicational motivations and escape from reality were related to communicational, interchangeable, group and news functions and getting information.

Discussion and Conclusion: Motivation and personality characteristics of Iranian users can be raised as the predictive factors of their performances on Facebook.

Keywords: Personality, Motivation, Facebook

The effectiveness of Filial play therapy on social- emotional skills in 5 to 6 year old preschool girls of Isfahan

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 16/06/2015

Accept Date: 22/09/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 97-104

Adili, Sh.^{1}; Kalantari, M.²; Abdei, A.³*

1. *M.A. in General Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)*

2. *Professor of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.*

3. *Assistant Professor of Psychology of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran.*

*Email :shahnameh_10@yahoo.com

Abstract

Introductoin: The purpose of this research was to investigate the effectiveness of filial play therapy on social- emotional skills in 5 to 6 year old preschool girls of Isfahan.

Method: The design of the research was semi-experimental, pre-test, and post-test with control group. Statistical population was all of preschool girls of Isfahan in 2014-2015 academic year that 94 children replied to social-emotional questionnaire and 30 children were selected as sample using multi-stage random sampling who obtained lowest score in this questionnaire. Subjects were categorized in two 15-person experimental and control groups. Research tools was social-emotional skills screening questionnaire (translated by Miller, 1977). The mothers of experimental group participated in eight 2-hour sessions of filial play therapy intervention. Data were analyzed for statistical analysis of covariance test by using SPSS-17 software.

Results: Results indicated that Filial play therapy in the post-test significantly increased social- emotional skills in preschool girls ($p < .05$).

Discussion and Conclusion: This research applied mainly for increasing the level of socio-emotional skills of children in training center and generally in the society. This method is proposed to specialists in the field of children because it can be used to reduce behavioral problems in children and enhance proper social behavior and control emotions in children.

Keywords: Filial play therapy, social- emotional skills

Identity styles and early environment of development: with emphasis on attachment atyles, self-differentiation, and schema domains

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 17/06/2014

Accept Date: 15/04/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 85-96

Rahimkhanli, M.^{1}; Alimehdi, M.²; Fahimi, S.³; Bayrami, M.⁴; Mojtabai, M.⁵*

1. *M.A. in Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*
2. *Ph.D. in Psychology, Islamic Azad University, Sciences and Researches Branch of Khouzaestan, Ahvaz, Iran.*
3. *Ph.D. Candidate of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.*
4. *Associate Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.*
5. *Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran.*

*Email: rahimkhani_bj@yahoo.com

Abstract

Introductoin: Obtaining identity is one of the major developmental challenges which prepare the teenager for entering the next stage of development. Therefore, it is important to identify the areas in which teenager Obtain identity or fail to face this challenge. This research was done based on the dimensions of attachment styles, schema domain, and self-differentiation to predict the identity styles.

Method: For this purpose 300 high school boy students who were in third grade selected from high schools of Robat Karim city in 2012 by multi stage random cluster sampling. They were tested by identity styles inventory (ISI), Skowron differentiation of self-inventory (DSI), schema questionnaire and a short form of Young (YSQ-SF), Hazan and Shaver attachment scale Identity questionnaire. Research data were analyzed by multivariate regression and Pearson correlation test with the help of SPSS-17 software.

Results: The results of current study showed that from predictive variables, the domains of disconnection and rejection, safe attachment, impaired autonomy and performance predict the information identity, and domains of directedness domains and fusion with others predict the normative identity style. Moreover, disconnection and rejection domain, safe attachment style and self I- position are the best predictors of diffuse-avoidant identity style. Finally self I- position and safe attachment style predict the Commitment identity.

Discussion and Conclusion: According to results of the present study about successful gaining of identity there should be a special attention to the early environment of the child. Therefore most of the effects of child and parent relationship transfer into adolescence and adulthood.

Keywords: Identity styles, Attachment styles, Differentiation of self, Schema domains

The role of family function in teenagers anxiety and depression

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 05/01/2015

Accept Date: 23/09/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 77-84

Amani, R.^{1}*

1. Assistant Professor of Psychology Department, Bu- Ali Sina University, Hamadan, Iran.

*Email: ramani@basu.ac.ir

Abstract

Introductoin: Adolescence is a critical period during human growth. According to McMaster model, Family functions such as problem solving, communication, roles, emotional involvement, cognitive participation and behavior control play an important role in this critical period. Therefore, the aim of this study was to investigate the role of family function in depression and anxiety of teenagers.

Method: In this correlation descriptive study, Statistical sample was consisted of 180 girl teenagers who were selected through cluster sampling. The girls were studying at first, second and third grade of high school. Demographic Information Form, McMaster Family Assessment Device (FAD), Beck Depression Inventory (BDI-II), and Cattle anxiety scale were used for collecting data.

Results: The finding of the study showed that teenagers with anxiety and depression report dysfunctional family functions in subscales such as problem solving, cognitive response, emotional involvement, and behavior control in comparison with healthy teenagers. The results of multivariate regression analysis indicated that the subscales of emotional involvement and behavior control play the most important role in predicting depression in teenagers ($p<0.01$).

Discussion and conclusion: This study shows that anxiety and depression is related with dysfunctional family functioning of teenagers. Therefore, psychotherapist should be aware of this effect during the treatment teenagers with anxiety and depression, and emphasize on the relationship between the teenagers and their family.

Keywords: family function, anxiety, depression, teenager

The effect of Iranian-Islamic conscious mindful motherhood training on the quality of life of primgravidas women

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 13/11/2014

Accept Date: 15/07/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 65-75

Haghighat, F.^{1}; Moradi, A. R.²; Mazaheri, M. A.³; Hantoushzade, S.⁴; Allahyari, A. A.⁵; Pasandideh, A.⁶*

1. Ph.D. in Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
2. Professor of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
3. Associate Professor of Pschchology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor of Obstetrics and Gyneocology Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Assistant Professor of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
6. Assistant Professor, The University of Quran and Hadith, Tehran, Iran.

*Email: f.haghighat1982@yahoo.com

Abstract

Introductoin: The aim of the current study was Comprson of the effectiveness of two training programs of mindful motherhood and its customized version designed by the researcher on the quality of pregnant women's life.

Method: The sample was consisted of 36 first delivery pregnant women (3 month pregnancy) referring to health centers and gynecologists in the city of Isfahan which participated voluntarily. They were assigned into two experimental groups and one control group randomly. During the test one participant in the first experiment group and one in the second experimental group were excluded due to medical problems and the need for rest. One participant in control group was also excluded due to altered questionnaire, therefore, 33 individuals could terminate the training period. All participants responded to demographic and Healthe Related Quality of Life (SF36) questionnaires before and after the intervention. ANCOVA was used for analyzing the data.

Results: The results showed that post test score of mothers Healthe Related Quality of Life (SF36) questionnaires and its five subscales (including physical performance, limited performance due to physical problems, fatigue or freshness, physical pain and general health) in the group of mindful motherhood which is based on the Islamic Iranian culture improved meaningfully in comparison with the other two groups.

Discussion and Conclusion: As mindful motherhood training programs effect on the qualiy of pregnant women's life, health centers and related experts should pay attention to these types of psychological interventions in addition to general cares of pregnancy.

Keywords: Mindful motherhood training, Mindful motherhood training based on Iraninan -Islamic culture, Quality of Life

The effectiveness of Modular Cognitive-Behavioral Therapy (MCBT) on reducing the symptoms of separation anxiety in 6 and 7 year old children

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 07/01/2015

Accept Date: 27/05/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 51-64

Abbasi, Z.¹; Amiri, Sh.^{2}; Talebi, H.³*

1. Ph.D. Students of General Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. Professor of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

3. Associate professor of Statistics, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

*Email: s.amiri@edu.ui.ac.ir.

Abstract

Introduction: Separation Anxiety in children is a disorder that has a negative impact on social adjustment and peer relations which predicting psychiatric disorders in adolescence. If separation anxiety is not treated in childhood, the person will face a lot of problems in adulthood. Therefore the objective of this study was the effectiveness of Modular cognitive-behavioral therapy (MCBT) on reducing the symptoms of separation anxiety in children which is an effective treatment for separation anxiety.

Method: The design of the study was experimental, pre-test and post-test and follow up (two and three months) test with control group. Statistical population consisted of 388 preschool and first grade of primary school students in Qom that had separation anxiety symptoms while 76 students were selected as sample using multi-stage cluster sampling. Subjects were categorized randomly in two 33-students of 6 and 7 year old experimental and control groups. The experimental group received sessions of MCBT intervention. But no intervention was applied in control group. The Child Symptom Inventory (CSI) was used for data collection.

Results: ANOVA with repeated measure showed a significant difference between experimental and control groups. The results also indicated that the effects of gender and age and interaction of treatment method and gender and age were significant.

Discussion and conclusion: Results of the study showed the effectiveness of Modular cognitive-behavioral therapy (MCBT) on reducing the symptoms of separation anxiety in 6 and 7 year old girls and as this therapy is more effective for the boys, we recommend this protocol for them.

Keywords: Separation anxiety, Children, Cognitive Behavior Therapy, Modular approach, MCBT

The relationship between mothers personality type and children's attitude toward delinquency: assessing the role of predictive D personality type

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 27/01/2015

Accept Date: 05/08/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 43-50

Gharagozlo, N.¹; Atadokht, A.^{2}; Basharpour, S.³; Narimani, M.⁴*

1. M.A. in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Associate Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. (Corresponding Author)
3. Associate Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
4. Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

*Email: Atadokht@uma.ac.ir

Abstract

Introductoin: This research has done with the purpose of analyzing the role of mother's personality type, especially D type in the prediction of teen's positive and negative attitude toward delinquency.

Method: A sample of 100 people with their teenage children was selected with cluster sampling for this descriptive – correlation research from the mothers in Hamedan. Mothers completed Friedman and Rosenman, A and B personality type, Rahe and Soloman C personality type and Denollets type D personality scale questionnaire and their sons received questionnaire about their attitude toward delinquency. Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis were used for analyzing the data.

Results: The results showed that there is a positive relation between mothers D personality type and the positive attitude of teens toward delinquency and negative relation between it and negative attitude of teens toward delinquency and no relation has been found between A,B & C personality type and positive or negative attitude toward delinquency. The results of the regression analyses indicated that D personality type determine 47% ($\beta=0.47$) of positive attitude toward delinquency variance and 23% ($\beta=-0.23$) of negative attitude toward delinquency variance.

Discussion and conclusion: These results showed that sons of those mothers who have D personality type are more vulnerable against delinquency. Therefore, by informing the parents and setting the related actions for adjusting mother's D personality we can prevent and control teen's delinquency.

Keywords: Delinquency, A personality, B personality, C personality, D personality, Teenage

Relation of temperament and character dimension with response inhibition in boy students with conduct disorder symptoms

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 03/09/2015

Accept Date: 09/04/2015

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 33-42

Sharifi Daramadi, P.¹; Begian Koole Marz, M. J.^{2}; Veisi, N.³; Bakhti, M.⁴; Padravand, H.⁵*

1. Faculty member of Allameh Tabataba'i University, Department of Psychology of Children with Special Needs, Tehran, Iran.
2. M.A. in Clinical Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil. Iran. (Corresponding Author)
3. M.A. in Psychology of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
4. M.A. in General Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
5. M.A. in Psychology of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

*Email: Javadbagiyan@yahoo.com

Abstract

Introduction: There is a little information about the relation of temperament and character dimensions with response prohibition in student with conduct disorder symptom. Recent studies suggest that dimensions of temperament and character affect on response inhibition in children with conduct disorder symptoms. The purpose of the study was determining the relation of temperament and character dimensions on response inhibition in boys with conduct disorder symptoms.

Method: The method of the research is correlation. Statistical population of the research was all the first grade middle school students of Kouhdasht city who were studying in the years 2002-2003. The research sample consisted of 90 students of first grade middle school which were selected from (N=1000) school students by the method of convenience sampling. The Temperament and Character Inventory dimensions, color test - Stroop word, structured clinical interview and the check list symptom SCL were used for data collection. The research data were analyzed by Pearson's correlation coefficient and multivariate regressions.

Results: The results showed that the novelty seeking, damage abstain, reward dependence, persistence, collaboration, self-transcendence and self-direction have a significant relationship with response inhibition of students with conduct disorder ($p < 0/05$).

Discussion and Conclusion: The results show that temperament and character dimensions are related with response prohibition. The results also has important implication in the field of prevention, pathology and treatment of conduct disorder

Keywords: Conduct disorder, Response inhibition, Character, Temperament, Students

Comparing the effectiveness and durability of three ways of treatments in social anxiety disorder

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 21/02/2014

Accept Date: 01/09/2014

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 15-31

Atrifard, M.¹; Shairi, M. R.²; Rasoolzadeh Tabatabaei, K.^{3}; Rajabi, M.⁴*

1. Ph.D. in Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

*3. Associate Professor of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)*

4. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

*Email: rasool1340@yahoo.com

Abstract

Introduction: Cognitive behavioral therapy (CBT) as the chosen therapy of social anxiety disorder (SAD) although received increased support, it has some fluctuations. Therefore, the purpose of current study is to determine and compare the effectiveness and durability of three CBT patterns based on "exposure to self", "exposure to situation" and "exposure to self-situation" on treatment of SAD.

Method: In this quasi-experimental research, 24 subjects with SAD were selected based on Social Phobia Inventory (SPIN) and Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (SCID-IV). Eighteen subjects were randomly assigned to three experimental groups (each group consisted of 6 subjects) and six subjects were assigned to control group and four groups were demographically the same. Three experimental groups treated by one of the three CBT models and the control group waited. Subjects completed SPIN, LSAS-SR, BFNE, SIAS, SPS, and NSPS scales in addition to the scale of SPLN, before starting and after finishing in the period of a month and a half, four months and 1 year after ending of treatment/ waiting.

Results: The comparison of four groups based on the difference mean of pre and post test showed that three CBT patterns have a meaningful difference with the control group but they have no meaningful difference with each other. Of course, the difference mean of the "exposure to self" group had a significant difference with control group in all dependent variables (the score of 6 scales of social anxiety), whereas, the difference mean of the "exposure to self-situation" and "exposure to situation" groups had a significant difference with control group in some of the six scales. The results show that all three aforementioned therapeutic models had effectiveness and durability but "exposure to self" group had superiorities over the other two groups.

Discussion and Conclusion: The results show that all three CBT models are useful in Iranian clinical sample but, "exposure to self" group had superiorities than the two other groups in some evidences.

Keywords: Social anxiety disorder, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Exposure to self, Exposure to situation, Exposure to self-situation

The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing test anxiety and increasing self-efficacy in high school female students

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 03/09/2013

Accept Date: 06/04/2014

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 7-14

Pasandideh, M. M.¹; Taheri, M.^{2}*

1. Assistant Professor, Payame Noor University of Astane Ashrafiye, Astane Ashrafiye, Iran.
2. M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sciences and Researches Paradise, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

*Email: m_taheri_fa@yahoo.com

Abstract

Introduction: The purpose of present study was the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing test anxiety and increasing self-efficacy in high school female students.

Method: The design of the study was experimental, pre-test, and post-test with control group. Statistical population includes 60 high school female students of Siahkal city in 2014-2015 academic year. Statistical sample includes the subjects who obtain a least one score above the average in anxiety scale and one score below the average in self-efficacy scale and they were categorized randomly in two 15-person experimental and control groups. The pre-test was administered for both groups. The experimental group received eight sessions of intervention once a week for about 90 minutes. But no intervention was applied in control group. After this stage, post-test was conducted for both groups at the same time and in the same condition. Both groups were evaluated with Spielberger test anxiety scale and general self-efficacy scale of Scherer et al. the statistical method of MANCOVA was used for data analysis, in addition to descriptive statistics and all operations were performed by SPSS-20 software.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy training had no significant effect on reducing test anxiety among high school female students ($f(1/26) = 0/03, p=0/867, \mu_2=0/0001$). But there was a meaningful effect on increasing the self-efficacy of the students ($f(1/26) = 12/13, p= 0/002, \mu_2=0/32$).

Discussion and Conclusion: Cognitive-behavioral group therapy has been effective in increasing self-efficacy in high school female students.

Keywords: Group therapy, Cognitive-behavioral, Test anxiety, Self-efficacy



فهرست کتاب‌های انتشارات دانشگاه شاهد (از ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶)



ردیف	عنوان	نویسنده / مترجم	سال	قطع	نوبت چاپ	موضوع	قیمت (ریال)
۱	مفاهیم آمار و احتمالات	محمدحسین فتوکیان و همکار	۹۶	وزیری	اول	علوم کشاورزی	زیر چاپ
۲	هیستوپاتولوژی بیماری‌های قارچی	رضا صداقت و همکاران	۹۶	وزیری	اول	پزشکی	زیر چاپ
۳	تکنولوژی گلخانه: ساخت و شرایط کنترل محیطی	سید جلال طباطبایی و همکار	۹۶	وزیری	اول	علوم کشاورزی	زیر چاپ
۴	یادگیری انسان رویکردی کل گرا	اکبر رهنما	۹۵	وزیری	اول	علوم انسانی	۱۴۲۰۰۰
۵	رویکردهای نوین در مدیریت سبذ پروژه	سید میثم موسوی و همکاران	۹۵	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۹۶۰۰۰
۶	پروتکل‌های مسیریابی سلسله‌مراتبی امن در شبکه‌های حسگر بی‌سیم	حمیدرضا بخشی	۹۵	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۰۵۰۰۰
۷	روش تحقیق در تربیت بدنی	اسماعیل نصیری و همکاران	۹۵	وزیری	اول	علوم انسانی	۱۷۷۰۰۰
۸	رمزنگاری کوانتومی	ناصر محمدزاده	۹۴	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۲۵۰۰۰
۹	میکروپزشکی نیتروفیکاسیون و دنتریفیکاسیون	پرویز اولیاء و همکاران	۹۴	وزیری	اول	پزشکی	۹۵۰۰۰
۱۰	مدیریت زنجیره تأمین: استراتژی، برنامه‌ریزی و عملیات	راشد صحرائیان و همکار	۹۴	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۹۸۰۰۰
۱۱	نگاهی به تاریخ پزشکی ایران در دوره پس از اسلام	فرهاد جعفری و همکاران	۹۴	وزیری	اول	پزشکی	۱۲۵۰۰۰
۱۲	روش‌های تجزیه و تحلیل آماری چندمتغیره با رویکرد کاربردی	مهدی بشیری و همکار	۹۴	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۸۸۰۰۰
۱۳	کاربرد الگوریتم‌های ابتکاری و فراابتکاری در طراحی سیستم‌های صنعتی	مهدی بشیری و همکار	۹۴	وزیری	سوم (ویرایش جدید)	فنی و مهندسی	۱۳۵۰۰۰
۱۴	آشنایی با GAMS در مقابل سایر نرم‌افزارهای بهینه‌سازی...	مهدی بشیری	۹۴	وزیری	دوم (ویرایش جدید)	فنی و مهندسی	۱۱۵۰۰۰
۱۵	رویکردی نوین در تصمیم‌گیری‌های چندمعیاره	مهدی بشیری و همکاران	۹۴	وزیری	دوم (ویرایش جدید)	فنی و مهندسی	۱۳۸۰۰۰
۱۶	دندانپزشکی ترمیمی در پری کلینیک	مهشید محمدی بصیر و همکاران	۹۴	وزیری	اول	دندانپزشکی	۱۸۵۰۰۰
۱۷	مکانیک آماری به روش ساده	جهانگیر پیام‌آرا	۹۴	وزیری	اول	علوم پایه	۱۴۵۰۰۰
۱۸	درآمدی بر دیدگاه‌های تربیتی ملا احمد نراقی	محسن فرمehنی فراهانی و همکاران	۹۴	وزیری	اول	علوم انسانی	۱۱۵۰۰۰
۱۹	جانورشناسی (جلد ۱) بی‌مهرگان	منیژه کرمی	۹۳	وزیری	نهم	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۲۰	طراحی سیستم‌های صنعتی ۱ (مکان‌یابی و استقرار تسهیلات)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	چهارم	فنی و مهندسی	۱۹۵۰۰۰
۲۱	طراحی سیستم‌های صنعتی ۲ (کاربردها و زمینه‌های تحقیقاتی)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	دوم	فنی و مهندسی	۱۵۸۰۰۰
۲۲	فلوسیتومتری: اساس، کاربرد و رفع خطاهای رایج	طوبی غضنفری و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۱۵۲۰۰۰
۲۳	بیوشیمی مرگ سلولی	طوبی غضنفری و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۹۵۰۰۰
۲۴	طراحی مدارهای مجتمع CMOS	ناصر محمدزاده	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۹۲۰۰۰
۲۵	بذر گیاهان دارویی و زراعی	حشمت امیدی و همکاران	۹۳	وزیری	اول	کشاورزی	۱۷۵۰۰۰
۲۶	میکروپزشکی مولکولی عفونت‌های پوست (باکتریایی و قارچی)	پرویز اولیاء و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۱۶۸۰۰۰
۲۷	ریاضیات و عینیت فیزیکی	محمدرضا سعیدی و همکار	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۵۰۰۰
۲۸	مبانی آنالیز عددی	ابوالفضل تازی مرزآباد	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۵۶۰۰۰
۲۹	مبانی ماتریس‌ها و جبر خطی	محمدعلی نصر آزادانی	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۶۶۰۰۰
۳۰	سیستم‌های دینامیکی و نظریه معادلات دیفرانسیل	بهروز رئیسی	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۳۶۰۰۰
۳۱	درآمدی بر نظریه کدگذاری	حسام‌الدین شریفی	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۳۲	دین و دین‌داری و مردم‌سالاری دینی	ابوالفضل ذوالفقاری	۹۳	وزیری	اول	علوم انسانی	۹۸۰۰۰
۳۳	الگوریتم ژنتیک در فضای تک و چندهدفه (مفاهیم و ابزارها)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۳۹۰۰۰
۳۴	ژنوتایپینگ دانه گرده	علاءالدین کردنانچ	۹۳	وزیری	اول	کشاورزی	۷۰۰۰۰
۳۵	فلسفه تربیتی فارابی	محمدحسن میرزامحمدی	۹۳	وزیری	اول	علوم انسانی	۷۹۰۰۰

نشانی فروشگاه: تهران - بزرگراه خلیج فارس (اتوبان تهران، قم) - روبروی حرم مطهر حضرت امام خمینی (ره) - دانشگاه شاهد - جنب

کتابخانه مرکزی و مرکز اسناد و مدارک علمی. تلفن: ۰۲۱-۵۱۲۱۴۱۲۲؛ ۰۲۱-۵۱۲۱۵۱۲۴؛ دورنگار: ۰۲۱-۵۱۲۱۵۱۲۴

نشانی پست الکترونیکی: ketab@shahed.ac.ir

نشانی وبگاه مرکز چاپ و انتشارات: <http://shahed.ac.ir/po/SitePages/Home.aspx>

Table of Contents

"Some Gueries In Clinical Psychology And Personality"

- ◆ **The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing test anxiety and increasing self-efficacy in high school female students** 1/199
Pasandideh, M. M.; Taheri, M.
- ◆ **Comparing the effectiveness and durability of three ways of treatments in social anxiety disorder**2/198
Atrifard, M.; Shairi, M. R.; Rasoolzadeh Tabatabaei, K.; Rajabi, M.
- ◆ **Relation of temperament and character dimension with response inhibition in boy students with conduct disorder symptoms** 3/197
Sharifi Daramadi, P.; Begian Koole Marz, M. J.; Veisi, N.; Bakhti, M.; Padravand, H.
- ◆ **The relationship between mothers personality type and children's attitude toward delinquency: assessing the role of predictive D personality type** 4/196
Gharagozlo, N.; Atadokht, A.; Basharpour, S.; Narimani, M.
- ◆ **The effectiveness of Modular Cognitive-Behavioral Therapy (MCBT) on reducing the symptoms of separation anxiety in 6 and 7 year old children** 5/195
Abbasi, Z.; Amiri, Sh.; Talebi, H.
- ◆ **The effect of Iranian-Islamic concious mindful motherhood training on the quality of life of primgravidas women** 6/194
Haghighat, F.; Moradi, A. R.; Mazaheri, M. A.; Hantoushzade, S.; Allahyari, A. A.; Pasandideh, A.
- ◆ **The role of family function in teenagers anxiety and depression** 7/193
Amani, R.I
- ◆ **Identity styles and early environment of development: with emphasis on attachment atyles, self-differentiation, and schema domains** 8/192
Rahimkhanli, M.; Alimehdi, M.; Fahimi, S.; Bayrami, M.; Mojtabai, M.
- ◆ **The effectiveness of Filial play therapy on social- emotional skills in 5 to 6 year old preschool girls of Isfahan**..... 9/191
Adili, Sh.; Kalantari, M.; Abdei, A.
- ◆ **The role of personality and motivational factors in using Facebook** 10/190
Ghasedi Markiye, S.; Talepasand, S.; Rahimian Boogar, I.
- ◆ **The effectiveness of structuralism on marital conflicts, attribution styles and social well-being** 11/189
Aghayousefi, A. R.; Fathi Ashtiani, A.; Aliakbari, M.; Imanifar, H. R.
- ◆ **The relationship between learning style and parenting style with self-regulated learning in students** 12/188
Vlizade Bahador, L.; Abdollahi, M. H.; Shahgholian, M.
- ◆ **The Relationship between narcissistic personality and vulnerable attachment with bullying and psychological capital**..... 13/187
Golparvar, M.; Khabazian, B.

"Personality and Clinical Evaluation"

- ◆ **Construction, validity and reliability of existential anxiety questionnaire (QFEA)** 14/186
Masoudi Sani, R.; Bahmani, B.; Asgari, A.; Khanjani, M. S.; Pakniya, N.

"Culture and Knowledge Expanding In Personality And Clinical Psychology"

- ◆ **Change in the concept of pain over time** 15/185
Asghari Moghaddam, M. A.

Biannual Journal of



Shahed University

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25, Autumn & Winter 2015-2016

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:** Rasol Roshan Chesly Ph.D.
- **Editor-in-Chief:** Mohammad Ali Asghari Moghadam Ph.D.
- **Assistant Manager:** Leyla Heidari Nasab Ph.D.
- **Managing Editor:** Javad Riahi Asl
- **Literary Editor:** (English): Tayyebeh Fatemi
- **Pagination:** Farinaz Amini
- **Monitoring of Printing & Lithography:** Nashre Parchin
- **Electronic Publication Date:** January 2017
- **Print Publication Date:** June 2017
- **Pagination:** Farinaz Amini
- **P-ISSN:** 2345-2188
- **E-ISSN:** 2345-4784

Address:

Shahed University, Opposite to Holy Shrine of
Imam Khomeini, Khaliye Fars (Tehran-Qom) Highway, Tehran, Iran
Tel: 021-51215127 - P.O. Box: 18151-159 – Postal Code: 3319118651

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

This journal is indexed in the following Databases:

1. Islamic Science Citation Index (ISC): <http://isc.gov.ir>
2. Scientific Information Database (SID): <http://www.sid.ir>
3. Noormags: <http://www.noormags.ir>
4. Magiran: <http://www.magiran.com>

