



دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶

بهار و تابستان ۱۳۹۵

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 هیئت تحریریه

به ترتیب حروف الفبا

دکتر محمدعلی اصغری مقدم	دانشگاه شاهد
دکتر غلامعلی افروز	دانشگاه تهران
دکتر باقر ثنایی ذاکر	دانشگاه خوارزمی
دکتر محمود دژکام	دانشگاه علوم پزشکی 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 فقیه‌زاده	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: خرداد ۱۳۹۶
- تاریخ انتشار چاپی (کاغذی): مهر ۱۳۹۶
- شماره استاندارد بین‌المللی (شاپا) چاپی: ۲۱۸۸-۲۳۴۵
- شماره استاندارد بین‌المللی (شاپا) الکترونیکی: ۴۷۸۴-۲۳۴۵

نشانی: تهران- ابتدای 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: ۵۱۲۱۵۱۲۷ - ۰۲۱ - کدپستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱ - صندوق پستی: ۱۸۱۵۱/۱۵۹

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 مدل شناختی - رفتاری مارلات بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد
ماندانا نیکنام، محمدابراهیم مداحی، عبدالله شفیع‌آبادی
- ۱۹ اثر بخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد - کودک (CPRT) بر شدت نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه (ADHD)
امین نجاتی، رقیه موسوی، رسول روشن چسلی، جواد محمودی قرانی
- ۳۳ پیش‌بینی خودکارآمدی و حرمت خود بر اساس خوددلسوزی
عباسعلی حسین‌خانزاده، محبوبه طاهر، سیده زینت فلاح مرتضی‌نژاد، سیده زهرا سیدنوری
- ۴۳ مقایسه ابعاد شخصیتی آیزنک در افراد دارای چرخه صبحگاهی - شامگاهی
مه‌دیس مقصودلو، پرویز آزادفلاح، کاظم رسول زاده طباطبائی، روح‌الله منصوری سپهر
- ۵۱ اثر بخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویت و حل مسئله خانواده
نسیبه منصوری، سید علی کیمیایی، علی مشهدی، احمد منصوری
- ۶۱ رابطه تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با مدیریت درد در افراد دچار سردرد مزمن
نازنین گلابی، محمدحسین عبداللهی، مهناز شاهقلیان
- ۷۱ تفاوت ویژگی‌های شخصیتی در بین مددجویان با تکمیل و عدم تکمیل دوره درمان اقامتی
لیلی سیه‌جانی، محمد اورکی، حسین زارع
- ۸۱ اثر بخشی مداخله فراشناختی بر اضطراب، تصویر بدنی و سایر علائم مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن (BDD)
سیده حکیمه موسوی، رضا رستمی، مسعود غلامعلی لواسانی
- ۸۹ نقش پیش‌بینی‌کننده ذهن‌آگاهی و سبک‌های مقابله در اختلالات بالینی دانشجویان
منصوره شفق، اعظم فرح بیجاری
- مقایسه ویژگی‌های تنیدگی، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی و تیپ شخصیتی دی، در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
و افراد عادی
کبری مرادی، علیرضا آقاییوسفی، احمد علیپور، پرویز بهرامی
- ۹۹
مقایسه اثر بخشی دو روش درمان تعامل والد - کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳-۶ ساله
مریم روشن، علیرضا آقاییوسفی، احمد علیپور، اکبر رضایی
- ۱۱۱
کمال‌گرایی و اهمال‌کاری تحصیلی: نقش واسطه‌ای نشخوار فکری
رقیه محمودزاده، شهرام محمدخانی
- ۱۲۵
مقایسه ویژگی‌های تنیدگی، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی و تیپ شخصیتی دی، در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
و افراد عادی
کبری مرادی، علیرضا آقاییوسفی، احمد علیپور، پرویز بهرامی

«ارزیابی بالینی و شخصیت»

- ۱۳۷ بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سه جنبه تاریک شخصیت
نادر حاجلو، محمدعلی قاسمی‌نژاد، سروین انصار حسین، تیمور سیدی اصل
- ۱۴۵ اعتباریابی پرسشنامه نشانه‌های آغازگر میل جنسی (CSDS)
فاطمه‌سادات هاشمی‌نژاد، رسول روشن چسلی، سمیه منتشلو

«فرهنگ و دانش‌گستری در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

- ۱۵۷ اختلالات روان‌پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی
غلامحسین قائدی
- ۱۷۹ - ۱۹۳ چکیده‌های انگلیسی.....

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. مقاله ارسالی نباید در نشریه داخلی و خارجی دیگر و یا همایش، به چاپ رسیده باشد به علاوه مقاله همزمان برای سایر نشریه‌ها نیز، ارسال نشده باشد.
- ۲. مقاله مستخرج از پژوهش نویسنده/ نویسندگان باشد.
- ۳. داوری اولیه برای مقاله‌های دریافتی انجام و سپس در صورت احراز شرایط عمومی اولیه فوق‌الذکر، جهت داوری برای سه داور، ارسال می‌گردد. چنانچه مقاله مورد 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 روان شناسی 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 Nazanin B با اندازه ۱۲ برای تایپ متن فارسی، قلم معمولی B Zār با اندازه ۱۱ برای چکیده فارسی و نیز قلم Time new roman با شماره ۹ برای متن انگلیسی، استفاده کنید.
- ۵. منحنی‌ها، نمودارها و اشکال به صورت سیاه و سفید و به کمک نرم افزار 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، با ذکر مرکز/ موسسه تأمین کننده اعتبار طرح پژوهشی، مراتب زیرنویس شود.

ب) ترتیب عناوین و ساختار مقاله:

- ۱. عنوان (با فونت بولد شده B Traffic با شماره ۲۰).
- ۲. نویسنده و یا فهرست مشخصات نویسندگان به شکل نمونه زیر (رعایت موارد ذیل، جهت درج مشخصات نویسنده/گان، در چکیده فارسی و انگلیسی، ضروری است به علاوه توصیه می‌شود؛ آخرین شماره چاپ شده مجله را برای تنظیم مقاله خود، ملاحظه کنید):
 - نام و نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان (در چکیده فارسی با قلم بولد شده BZār 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 Lotus با شماره ۱۱).
 - ستاره گذاری و تعیین نویسنده مسئول در صورت تعدد نویسندگان به همراه آدرس پست الکترونیک وی (در چکیده فارسی با قلم معمولی BZār 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 کلید واژه)
- ۴. چکیده انگلیسی: شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و کلید واژه)
- ۵. مقدمه.
- ۶. روش: شامل (نوع پژوهش، آزمودنی: جامعه آماری و نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش، شیوه انجام پژوهش و شیوه تحلیل داده‌ها).
- ۷. نتایج.
- ۸. بحث و نتیجه‌گیری.
- ۹. منابع.

ج) شیوه ارجاع دهی در متن

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

قدردانی

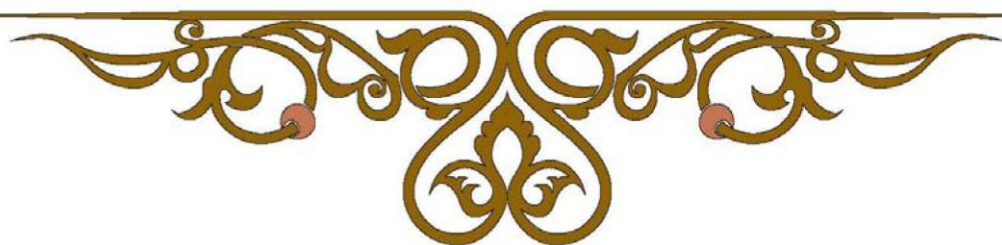
هیئت تحریریه نشریه، وظیفه خود می‌داند از تعدادی از همکاران فاضل و گرامی که زحمت داوری مقالات متعدد، در گستره روان‌شناسی بالینی و شخصیت را بر عهده داشته‌اند و با راهنمایی‌های ارزنده و ابراز نظر خویش بر غنا و اعتلای علمی این نشریه افزوده‌اند، ضمن درج اسامی آن‌ها تجلیل و سپاسگزاری کند.

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 مدل شناختی- رفتاری مارلات بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد

ماندانا نیکنام^۱، محمدابراهیم مداحی^{۲*}، عبدالله شفیع آبادی^۳

۱. دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه روان شناسی بالینی دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری مارلات را بر پیشگیری از بازگشت و کاهش ولع زنان وابسته به مواد، بررسی می کند.

روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی ۳۰ زن مصرف کننده مواد با تشخیص اختلال وابستگی به مواد مخدر که دوره سم زدایی را با موفقیت در مرکز درمان اجتماع مدار بانوان (IC) تهران به پایان رسانده بودند، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت ۱۲ هفته و هر هفته یک جلسه گروهی تحت آموزش قرار گرفتند. گروه گواه در طول این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی ها توسط مقیاس پیشگیری از بازگشت گورسکی (۱۹۸۹) و مقیاس کاهش ولع فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) و نیز آزمایش ادرار پیش از شروع درمان، تصادفی در طی درمان، پس از درمان و پس از اتمام مرحله پیگیری سه ماهه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده ها از آزمون های تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و خی دو استفاده شد.

نتایج: نتایج آزمون های تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در ولع مصرف و بازگشت به مواد در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معناداری بین فراوانی بازگشت وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مارلات در کاهش ولع مصرف و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد مؤثر است.

کلیدواژه ها: آموزش شناختی رفتاری مارلات، پیشگیری از بازگشت، ولع مصرف، وابستگی به مواد.

*Email: memadahi@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۷-۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۱۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 7-17

مقدمه

اعتیاد یک بیماری مزمن و پیش‌رونده با تأثیرات عمیق اجتماعی، روان‌شناختی، جسمی و اقتصادی است که از زمان‌های دور در جوامع مختلف بشری وجود داشته است و در حال حاضر نیز در حال گسترش است و هر ساله بر شمار قربانیان این بیماری افزوده می‌شود [۱]. آثار و نتایج منفی زیان‌بار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوء‌مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا مسئله ترک مواد همواره مورد توجه مسئولین، خود مبتلایان به مصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها قرار گیرد [۲].

اولین مطالعه رسمی اعتیاد در سال ۱۳۸۱ توسط وزارت بهداشت نشان داد که یک میلیون و سیصد هزار نفر معتاد در کشور وجود دارد [۳]. تعداد ۱۶ تا ۳۸ میلیون نفر از مصرف‌کنندگان مواد را در جهان زنان تشکیل می‌دهند و تعداد معتادان زن در ایران ۱۳۰ هزار نفر (۹/۵٪ معتادان کشور) است که روز به روز بر تعداد آن‌ها اضافه می‌شود [۴].

سم‌زدایی و درمان‌های نگهدارنده در سی سال گذشته به‌طور وسیع در درمان وابستگی به مواد مخدر به‌کاررفته است. علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه در این زمینه، یافته‌ها از میزان بالای شکست در درمان‌ها و عود حتی با وجود موفقیت اولیه در سم‌زدایی حکایت می‌کنند [۵]. به‌طور نسبی تعداد بسیار کمی از بیماران وابسته به مواد مخدر بدون دریافت کمک‌های روان‌شناختی و اجتماعی توانسته‌اند به ترک پایدار برسند. ترک جسمانی مواد مخدر چندان دشوار نیست، مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره‌های پاک‌ی طولانی‌مدت، میزان بالای عود^۱ آن‌ها هست [۶] امینی، افشار و آذر [۷] میزان بازگشت به مصرف مواد را ۷۵ درصد و در ایران ۵۰ درصد ذکر کرده‌اند. میزان بالای بازگشت پس از درمان به‌ظاهر موفق، مشکل شایعی است که در بیشتر رویکردهای درمانی وابستگی دارویی رخ می‌نماید. از میان ابعاد گوناگون درگیر در فرایند اعتیاد پدیده ولع^۲ مصرف نقش مهمی در بازگشت مجدد بیمار پس از درمان و حفظ موقعیت سوء‌مصرف و وابستگی به مواد دارد. در فرآیند درمان بیماران، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات مواد دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود. فراوانی و شدت ولع مصرف کم‌کم روبه کاهش می‌رود اما به‌ندرت ناپدید می‌شود؛ بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به‌عنوان یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است [۸]. از آنجاکه برخی افراد نسبت به نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف پاسخ بیشتری می‌دهند این موضوع می‌تواند آن‌ها را در زمینه بازگشت به مصرف دوباره مواد آسیب‌پذیر کند [۹].

پیشگیری از بازگشت (عود) و کاهش تمایل (ولع) مصرف بعد از سم‌زدایی از دغدغه‌های اصلی محققین و فعالان حوزه ترک اعتیاد است (یوبونت، ۱۹۷۹، به نقل از [۲]). این واقعیت به

پدیدآیی انواع راهبردهای روان‌درمانی پیشگیری از بازگشت منجر شده است. هم‌زمان با روش دارودرمانی، روش‌های روان‌درمانی مختلف نیز به‌کاررفته‌اند. یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد رویکرد شناختی رفتاری است. بیشتر مطالعات انجام‌شده پیرامون اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌درمانی در درمان اعتیاد بر رویکرد شناختی رفتاری به‌عنوان رویکردی مؤثر در درمان این بیماری اشاره نموده‌اند [۱۰]. همچنین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ولع مصرف در پژوهش‌های گروهی از محققین [۱۱] تأیید شده است.

مارلات و گوردون^۳ [۱۲] با معرفی یکی از مدل‌های شناختی رفتاری پیشگیری از عود، خدمت مهمی را به پیشینه علمی اعتیاد نمودند. این مدل مبتنی بر دو محور عمده است: تشخیص نشانه‌های هشداردهنده و ایجاد مهارت‌ها ضروری برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر. در حقیقت چگونگی درک مراجع از توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر می‌تواند منجر به عدم لغزش شود. بازگشت تابعی از واکنش درمان‌جو به این لغزش اولیه است.

مارلات به دنبال استفاده از روش‌های رفتاری در درمان اعتیاد، با پی بردن به ناکارآمدی روش‌های محض رفتاری، به طرح مدلی رفتاری شناختی از فرایند بازگشت و به تبع آن، مداخلات رفتاری و شناختی برای پیشگیری از بازگشت پرداخت. او بر اساس پژوهش‌هایی، نشان داد که تعامل عوامل فردی، موقعیتی و فیزیولوژیکی خطر بازگشت را تعیین می‌کند [۱۳].

الگوی پیشگیری از بازگشت مارلات و گوردون به چند دلیل حائز اهمیت است. این روش مهیاکننده مداخله‌ای عملی و انعطاف‌پذیر است که می‌تواند به‌وسیله درمانگران مختلفی به کار رود. این روش می‌تواند با سایر روش‌های درمان تلفیق گردد. این روش مهیاکننده یک الگوی مفهومی ساده برای فهم سوء‌مصرف مواد و همچنین تبیین‌کننده یک الگوی نظری و مداخله‌ای ویژه است. این موارد باعث گردیده تا روش مارلات و گوردون یکی از راهبردهای اصلی درمان سوء‌مصرف مواد باشد. محورهای پیشگیری از بازگشت در روش مارلات و گوردون عبارت‌اند از: شناسایی و اجتناب از موقعیت‌های پرخطر، شناسایی زنجیره تصمیماتی که به مصرف مواد می‌انجامد، اصلاح شیوه زندگی و نهایتاً درس گرفتن از لغزش‌ها به‌منظور پیشگیری از بازگشت‌های آتی. این مدل پیشگیری از بازگشت راهبردهای مداخله‌ای خاص و عمومی را که درمانگر و مراجع در هر قدم از فرایند عود، با آن مواجه می‌شوند، یکپارچه می‌سازد.

مداخلات عمومی و خاص شامل شناسایی موقعیت‌های پرخطر برای هر مراجع و افزایش مهارت‌های آنان برای کنار آمدن با این موقعیت‌ها، افزایش خودکارآمدی مراجع، از بین بردن باورهای غلط درباره اثرات سوء‌مصرف، مدیریت لغزش‌ها و بازسازی ادراکات مراجع از فرایند بازگشت است. راهبردهای عمومی از جمله ایجاد

¹ Relaps² Craving³ Marlatt & Gordon

دسترس انتخاب شده بودند، رویکرد شناختی رفتاری مارلات به کار گرفته شد. نهایتاً این محقق رویکرد را اثربخش یافته و توصیه نموده که از این رویکرد برای درمان مراجعه‌کنندگان به مراکز اجتماع درمان مدار استفاده گردد.

در پژوهشی عاشوری و ملازاده [۱۹] به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در پیشگیری از بازگشت و بهبود سلامت روانی افراد معتاد پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ازلحاظ وضعیت سلامت روانی، تفاوت معناداری دیده می‌شود و درمان شناختی- رفتاری در پیشگیری از عود در افراد معتاد مؤثر بوده است.

مؤمنی، مشتاق بیددختی و پورشهباز [۲۰] به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش تمایل و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگره‌دارنده متادون پرداختند که نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی در کاهش تمایل هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری هست؛ و می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر مورد استفاده قرار گیرد.

کلودی، برجعلی، فلسفی نژاد و سهرابی [۲۱] پژوهشی را با عنوان اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد معتاد وابسته به مواد افیونی انجام دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در انگیزش در مرحله پس‌آزمون وجود دارد و همچنین نتایج بررسی نشان داد که تفاوت معناداری بین فراوانی بازگشت در دو گروه وجود دارد.

با توجه به نقش محوری فرایندهای شناختی غیردقیق در نحوه مقابله با وسوسه و ایجاد بازگشت این انتظار می‌رود که مدل شناختی و رفتاری مارلات بتواند در کاهش وسوسه و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد نقش ایفا نماید. علیرغم وجود ادبیات فراوان و پژوهش‌های گسترده‌ای که در زمینه اعتیاد و همبسته‌های آنان وجود دارد پژوهش‌های بسیار اندکی به نمونه زنان معتاد و پیشگیری از بازگشت آنان پرداخته‌اند. زنان معتاد، از گروه‌های شدیداً آسیب‌پذیر جامعه‌اند، لذا از جنبه‌های گوناگون از جمله خطر قرار گرفتن در معرض فحشا و تولد کودکان معتاد، لازم است مورد توجه قرار گیرند [۲۲]. از آنجاکه تاکنون تحقیقات بسیار اندکی در مورد زنان انجام شده است و با توجه به عوارض اجتماعی، فرهنگی، روان‌شناختی و فیزیکی متعاقب اعتیاد به‌خصوص برای جامعه زنان، محقق انجام پژوهش در این گروه نمونه را ضروری می‌داند و این گروه را به‌عنوان نمونه در پژوهش حاضر انتخاب کرده است.

تعادل در سبک زندگی مراجع و کمک به عدم مصرف مواد و کشف مسیر نقشه‌های عود می‌شود. در این راستا مطالعات چندی، از مدل شناختی رفتاری پیشگیری از بازگشت مارلات حمایت نظری و عملی کرده‌اند [۱۴].

ویتکویتز، داناوان، بون [۱۵] در تحقیق خود احساس منفی^۱ را به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم بازگشت به مصرف مواد مورد بررسی قرار دادند. از آنجایی که این محققان در مرور سایر تحقیقات دریافتند ولع در رابطه احساس منفی و مصرف مواد نقش واسطه دارد، بنابراین باهدف قرار دادن برنامه درمان روی ولع، این فرضیه را مطرح نمودند که به‌صورت بالقوه می‌توان رابطه احساس منفی و مصرف مواد را قطع نمود. این محققان در تحقیق خود از ترکیب دارودرمانی و مداخله شناختی- رفتاری استفاده نموده و مشخص نمودند که افراد تحت درمان به‌صورت معنی‌داری مصرف کمتری در طی دوره درمان داشتند و بسته درمان، ولع، احساس منفی و مصرف را تعدیل کرد.

ویتکویتز و بوئن [۱۶] در تحقیق خود به بررسی اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی (که یک مدل شناختی رفتاری است) در کاهش سوءمصرف مواد پرداختند. هدف اصلی تحقیق آنان بررسی رابطه بین نشانه‌های افسردگی، ولع و سوءمصرف مواد پس از اجرای برنامه پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بود. در این راستا ۱۴۶ نفر افراد بازگشت کرده انتخاب شده و در یک برنامه ۸ هفته‌ای در گروه‌های کنترل و آزمون دسته‌بندی شدند. تقریباً ۷۳ درصد از نمونه پس از بررسی در پیگیری ۴ ماهه بازگشت نکرده بودند. نتایج تحقیق نشان داد ولع در رابطه میان نشانه‌های افسردگی و سوءمصرف مواد نقش واسطه دارد. پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی رابطه میان نشانه‌های افسردگی و ولع را تضعیف نمود. این نقش تعدیل گر در یک برنامه پیگیری ۴ ماهه تأیید شد.

ویتکویتز، بوئن، داگلاس و هسو [۱۷] با تمرکز روی مفهوم ولع به‌عنوان متغیر وابسته، سعی کردند تأثیر روش پیشگیری از بازگشت مبتنی بر خودآگاهی را بر آن بررسی کنند. پژوهش این محققان در امتداد پژوهش بون و همکاران، به نقل از [۱۷] است که در آن بون و همکارانش تأثیر پیشگیری مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کاهش ولع دریافتند. در تحقیق ویتکویتز و همکاران [۱۷] سعی شد که مکانیسم‌های این تأثیر مشخص شود. تحقیقات آن‌ها نشان داد که درواقع یک متغیر نهان که شامل متغیرهای پذیرش، آگاهی و عدم قضاوت است در رابطه درمان پیشگیری از بازگشت با ولع نقش واسطه دارد.

هریس^۲ [۱۸] با انجام یک مطالعه کیفی به بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری مارلات در مراجعه‌کنندگان به یک مرکز اجتماع درمان مدار پرداخت. وی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و روش گروه متمرکز سعی کرد اثربخشی رویکرد را بررسی نماید. مراجعه‌کنندگان دریافت‌کننده متادون در دوره درمان بودند که در گروهی از آنان که به‌صورت داوطلب و در

^۱ Negative mood

^۲ Harris

شیوه اجرا

برای اجرای پژوهش ابتدا به مرکز ملی اعتیاد مراجعه شد و سپس با راهنمایی‌های دریافت شده از مرکز ملی اعتیاد، شرایط برای کسب همکاری با دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد^۲ در ایران فراهم شد و از این دفتر جهت انجام پژوهش و یافتن نمونه موردنظر پژوهش درخواست همکاری شد. به دلیل عدم دسترسی آسان به زنان معتاد، پژوهش در تنها مرکز اختصاصی زنان وابسته به مواد یعنی مرکز درمان اجتماع مدار بانوان در تهران توسط پژوهشگران مقاله حاضر، در زمستان ۱۳۹۳ و بهار ۱۳۹۴ انجام شد؛ بدین صورت که ابتدا آمار کلیه افرادی را که در پاییز و زمستان ۱۳۹۳ و بهار ۱۳۹۴ به این مرکز مراجعه کردند را گرفته و ۳۰ نفر از آن‌ها که تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش را داشتند بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند سپس به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند که در نهایت ۲۴ نفر (۱۱ نفر گروه آزمایش، ۱۳ نفر گروه کنترل) تا اتمام پژوهش باقی ماندند.

به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت کننده در یک جلسه مقدماتی بحث و گفتگو شد. سپس پروتکل ۱۲ جلسه‌ای شناختی- رفتاری مارلات که یک مدل پیشنهادی برای پیشگیری از بازگشت است و توسط مارلات و گوردون [۱۲] ارائه شد که تاکنون به عنوان یک مدل معتبر در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده پژوهشگران قرار گرفته است [۲۶، ۲۵]. محتوی برنامه به صورت جلسات گروهی و به شیوه سخنرانی کوتاه، بحث گروهی، ایفای نقش و انجام تکالیف خانگی به اجرا درآمد. روش اجرای برنامه در قالب جلسات هفتگی بود که به مدت ۲ ساعت در هفته، برگزار شد؛ در این مدت در مورد گروه کنترل درمان روان‌شناختی خاصی ارائه نشد. کلیه شرکت‌کننده‌ها، پرسش‌نامه‌های پژوهشی را در سه نوبت، پیش از آغاز جلسات گروه، پس از پایان جلسات گروهی و سه ماه پس از درمان (در مرحله پیگیری) تکمیل کردند و به همین ترتیب نیز آزمایش ادرار انجام شد.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر عبارت بود از: مراجعان از آزادی عدم مشارکت در پژوهش برخوردار بوده و به آن‌ها درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویتشان اطمینان داده شد. سعی شد تا مراجعان از هرگونه آسیب بدنی-روانی و یا اجتماعی ناشی از اجرای پژوهش مصون باشند. از تمامی مراجعان درباره شرکت در دوره درمان، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و نسبت به محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه‌ها صحبت شد. به لحاظ اخلاقی، نسبت به اقناع گروه کنترل به شرکت پایدار در پژوهش، از امکانات و تسهیلات مرکز مانند برنامه‌های مفرح و آموزش‌های هنری و فروش صنایع دستی آن‌ها استفاده شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از پروتکل درمانی آورده شده است.

بر این اساس در پژوهش حاضر تأثیر آموزش مدل شناختی- رفتاری مارلات بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد مورد بررسی قرار می‌گیرد و دو فرضیه به شرح زیر آزمون می‌شود:

۱. آموزش مدل شناختی رفتاری مارلات بر پیشگیری از بازگشت زنان معتاد تأثیر دارد.
۲. آموزش مدل شناختی رفتاری مارلات بر کاهش ولع به مصرف زنان معتاد تأثیر دارد.
۳. اثربخشی مدل شناختی رفتاری مارلات بر پیشگیری از بازگشت و کاهش ولع مصرف زنان وابسته به مواد در مرحله پیگیری ثابت دارد.

روش

روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه معتادان زن سنین ۱۸ تا ۴۵ سال وابسته به انواع مواد که در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴ به مرکز درمان اجتماع‌مدار^۱ بانوان شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش و بعضاً عدم تمایل و همکاری زنان به دلایل متعدد اجتماعی و فرهنگی، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. بر این اساس تعداد ۳۰ نفر بر اساس مصاحبه اولیه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

مطالعات مشابه نشان می‌دهد که ریزش در این نوع مطالعات تقریباً ۳۰ تا ۵۰ درصد هست [۲۴، ۲۳]. بنابراین با توجه به پیش‌بینی افت و ریزش، برای ۲ گروه جهت انجام این پژوهش، ۳۰ نفر وابسته به مواد بر اساس مصاحبه کوتاه اولیه انتخاب شد. از این تعداد در پایان اجرا و دوره سه‌ماهه پیگیری در نهایت ۲۴ نفر باقی‌مانده (۱۱ نفر گروه آزمایش، ۱۳ نفر گروه کنترل) که از اطلاعات مربوط به آن‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری برای تعمیم یافته‌های جامعه آماری استفاده شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال، جنسیت مؤنث، اتمام دوره سم‌زدایی بیش از یک هفته و آزمایش منفی ادرار برای مواد، ارجاع روان‌پزشک یا پزشک با توجه به تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق معیارهای تشخیصی پنجمین ویراست تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، نداشتن مشکلات جسمی و روان‌شناختی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش و داشتن سابقه حداقل یک‌بار بازگشت.

ملاک‌های خروج از پژوهش: ابتلا به اختلالات روان‌پریشی یا دوقطبی یا اختلال تجزیه‌ای، ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید که مانع شرکت در درمان شوند، وابستگی بلندمدت به چند ماده به طور هم‌زمان، شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر هم‌زمان با شرکت در این برنامه.

^۲ UNODC

^۱ Therapeutic Community (TC)

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمانی

ردیف	موضوع جلسه	محتوی جلسه
۱	معرفی برنامه درمان	آشنایی، ایجاد اتحاد درمانی، توافق درباره اهداف درمان، بالا بردن انگیزه جهت درمان
۲	مدیریت بیماری	شناخت بیماری، شناخت بیمار، اصول بهبودی، نقشه تغییر
۳	تحلیل رفتار مصرف مواد	شناسایی و کنترل پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد
۴	آشنایی با عوامل عود و هشداردهنده‌ها	عوامل عود، لغزش و هشداردهنده
۵	مدیریت فکر	شناسایی و کنترل افکار انتظاری، تسهیل‌کننده، اجازه دهنده و تحریف‌های شناختی و آموزش توقف فکر
۶	مدیریت وسوسه و میل	شناخت ماهیت وسوسه، علت‌های وسوسه و راه‌های مقابله با وسوسه
۷	مدیریت هیجان	آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، مهارت کنترل اضطراب و افسردگی و راه‌های مقابله
۸	مدیریت مشکل و مهارت حل مسئله	آشنایی با مهارت حل مشکل
۹	تصمیمات به‌ظاهر نامربوط	شناخت تصمیمات نامربوط و سالم
۱۰	تغییر سبک زندگی	مقایسه سبک زندگی سالم و اعتیادی، برنامه‌ریزی
۱۱	مدیریت لغزش	آشنایی با عوامل لغزش، تخطی از پرهیز و راه‌های مقابله با آن
۱۲	مرور مطالب و جمع‌بندی	مرور مطالب و برنامه‌ریزی برای تداوم بهبودی، هماهنگی جلسه پیگیری، قدردانی و خداحافظی

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس هشداردهنده عود اعتیاد (گورسکی^۱ [۲۷]): دارای ۳۷ سؤال ۵ گزینه‌ای در ۴ خرده مقیاس (رفتار، نگرش، احساس و افکار) است که به‌منظور ثبت و اندازه‌گیری وضعیت روانی معتاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر چه معتاد طی ترک بیشتر تحت تأثیر عوامل مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و مجدداً به‌سوی مواد کشانده شود علائم بیشتر از خود بروز خواهد داد. تا جایی که در سؤالات انتهایی پرسشنامه علائم به‌گونه‌ای است که بیمار به‌طور کلی از اطرافیان بریده و در اثر استیصال شدید به مواد پناه برده است.

ضریب پایایی آزمون توسط اسعدی [۲۸] با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. برای محاسبه ضریب روایی مقیاس علاوه بر اینکه از نظر محتوایی توسط متخصصان بالینی مورد قضاوت بالینی قرار گرفته است از طریق ضریب همبستگی پیرسون بین داده‌های این مقیاس با داده‌های مربوط به پاک‌ی معتادان مورد مطالعه قرار گرفت و ضریب روایی (r = ۰/۷۲۷) محاسبه گردید که مؤید اعتبار بالای این مقیاس و اندازه‌گیری صفت مورد مطالعه یعنی عود اعتیاد است [۲۸]. در پژوهش حاضر نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس هشداردهنده عود برابر ۰/۸۴ هست.

ب) پرسشنامه سنجش ولع مصرف لحظه‌ای مواد: پرسشنامه ولع مصرف لحظه‌ای مواد^۲ یک پرسشنامه ۱۴ سؤالی است که توسط فرانکن، هندریکز و ون دن برنیک^۳ [۲۹] ساخته شده است. این پرسشنامه، مشتق پرسشنامه ولع مصرف الکلی است که برای وابستگان به هروئین مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما به علت توانایی سنجش کلی مواد بعدها در سنجش ولع سایر مواد به‌کاررفته است. این ابزار دارای ۳ زیرمقیاس، میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت‌تایی لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) هست.

فرانکن و همکاران [۲۹] اعتبار کلی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند در پژوهش محمدی [۳۰] مقدار آلفای کرونباخ کلی را ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های آن را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ولع مصرف برابر ۰/۸۲ هست.

ج) آزمایش ادرار: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است. برای بررسی بازگشت در افراد شرکت‌کننده در پژوهش، از آزمایش ادرار (کیتهای ویژه) که مرفین موجود در

^۲ Desire for drug questionnaire

^۳ Franken, henrick & Van den Brink

^۱ Gorski

ادرار را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده شد.

شاغل به تحصیل بوده، ۲۷ درصد شاغل و ۶/۳ درصد نیز دارای شغل پاره‌وقت بوده‌اند. ۶۸ درصد از شرکت‌کنندگان بین ۱ تا ۵ بار اقدام به ترک نموده‌اند و نزدیک به ۳۲ درصد بین ۶ تا ۱۰ بار اقدام به ترک داشته‌اند. اولین ماده مصرفی بیش از ۵۶ درصد شرکت‌کنندگان شیشه بوده است. ۳۴ درصد با تریاک شروع کرده‌اند و ۱۰ درصد با سایر مواد مثل حشیش و مورفین اعتیاد را تجربه کرده‌اند. اعتیاد به شیشه بیشترین (بیش از ۵۵ درصد) علت مراجعه به درمانگاه‌های ترک اعتیاد بوده است. افراد مصرف‌کننده تریاک ۱۸ درصد و افراد مصرف‌کننده هروئین ۲۶ درصد شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر بوده است. ۸ درصد از افراد حاضر در آزمایش قبلاً توانسته‌اند در اقدام به ترک خود بیش از ۱۲۰ روز پاک‌ی را تجربه کنند، ۶ درصد بین ۹۰ تا ۱۲۰ روز، ۱۷ درصد ۶۰ تا ۹۰ روز، ۳۱ درصد بین ۳۰ تا ۶۰ روز و در نهایت ۳۷ درصد نتوانسته‌اند بیش از ۳۰ روز پاک‌ی خود را حفظ کنند. جدول ذیل میانگین و انحراف معیار متغیرهای هشداردهنده عود و ولع مصرف در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

نتایج

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها استخراج از طریق نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس.» در دو بخش روش‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

توصیف داده‌ها

گروه سنی ۳۴-۳۰ و ۲۹-۲۵ هرکدام با فراوانی ۶ نفر و ۷ نفر (از مجموع ۲۴ نفر) بیشترین مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌دهند. ۷۵ درصد از نمونه در طیف جوان قرار گرفته‌اند. ۶۰ درصد از بیماران مجرد، ۲۵ درصد متأهل و ۱۴ درصد مطلقه بوده‌اند. از بین مراجعه‌کنندگان ۱۶ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۵۶ درصد تحصیلات دیپلم، ۲۸ درصد دارای مدرک کاردانی، کارشناسی و بالاتر بوده‌اند. بیشترین گروهی که به مراکز درمان اعتیاد مراجعه کرده‌اند را افراد بیکار با فراوانی ۴۵ درصد کل مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌دهد و این در حالی است که ۲۰ درصد مراجعین

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای هشداردهنده عود و ولع مصرف در گروه‌ها

مراحل	مقیاس گروه	تعداد	هشداردهنده عود		ولع مصرف
			میانگین	انحراف معیار	
پیش آزمون	کنترل	۱۳	۲/۴۵۰	۰/۵۹۸	۰/۴۶۷
	شناختی رفتاری مارلات	۱۱	۲/۵۶۳	۰/۲۸۲	۰/۲۶۲
	کنترل	۱۳	۲/۲۲۳	۰/۵۷۰	۰/۴۲۵
پس آزمون	کنترل	۱۱	۳/۶۸۱	۰/۳۲۱	۰/۴۷۴
	شناختی رفتاری مارلات	۱۳	۲/۳۳۴	۰/۵۲۴	۰/۴۳۵
	کنترل	۱۱	۳/۶۴۶	۰/۳۹۷	۰/۴۶۸

جدول ۳. نتایج آزمون خی دو بین گروه‌های پژوهش

بازگشت گروه	عدم بازگشت		بازگشت		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
شناختی رفتاری مارلات	۷	۶۴	۴	۳۶	۱۰۰
کنترل	۳	۲۳	۱۰	۷۷	۱۰۰

مقایسه نسبت گروه کنترل و گروه شناختی رفتاری مارلات: $\chi^2 = 34/19$ ، $df = 1$ ، $p < 0/05$ (*)

* $P < 0/01$

جدول ۴- نتایج آزمون کرویت موخلی بین گروه‌های پژوهش

متغیر وابسته	X^2	Df	W (موخلی)
هشداردهنده عود	۰/۹۲۰	۲	۰/۹۰۳
ولع مصرف	۲۱/۵۱۲	۲	۰/۱۸

* $P > 0/05$

نسبت بازگشت در گروه‌ها

نسبت بازگشت در گروه شناختی رفتاری مارلات ۳۶ درصد و در گروه کنترل ۷۳ درصد است.

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

برای تحلیل واریانس با تأکید بر مطالعه‌ی درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری‌های مکرر)، ابتدا یکسانی کوواریانس‌های متغیر

وابسته از طریق آزمون کرویت موخلی مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۴، نتایج آزمون کرویت موخلی ارائه شده است. با توجه به اینکه سطح معناداری مقدار محاسبه شده کرویت موخلی از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، داده‌ها مفروض همگنی کوواریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند و می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد.

معنادار است و این به معنی وجود تفاوت در گروه‌هاست. نتیجه انجام و مقایسه میانگین بین گروه کنترل و گروه شناختی رفتاری مارلات در شکل ۱ و ۲ مشاهده می‌شود.

در جدول ۵، خلاصه‌ای تحلیل واریانس نمرات ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، خلاصه‌ای تحلیل واریانس بیانگر آن است که اثر آموزش شناختی رفتاری مارلات بر نمرات متغیرهای هشداردهنده عود و کاهش تمایل

جدول ۵. خلاصه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر وابسته	Ss	df	Ms	F	Pes(ت)
هشداردهنده عود	۳۵۸/۷۷۶	۱	۳۵۸/۷۷۶	۱۲۳۲/۲۷۷	۰/۹۹۲
	۲/۹۱۱	۱۰	۰/۲۹۱		
ولع مصرف	۴۱۸/۲۲۹	۱	۴۱۸/۲۲۹	۹۱۳/۲۹۶	۰/۱۶۷
	۴/۵۷۹	۱۰	۰/۴۵۸		

* $P < 0/01$

کنترل و گروه شناختی رفتاری مارلات در رابطه با متغیر وابسته ولع مصرف است. همچنین مقایسه میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان‌دهنده عدم تغییر معنی‌دار میانگین و در نتیجه پایداری نتایج آموزش شناختی رفتاری مارلات در رابطه با متغیرهای وابسته هشداردهنده عود است. $(p = 0/547)$ و ولع مصرف $(p = 0/262)$ است.

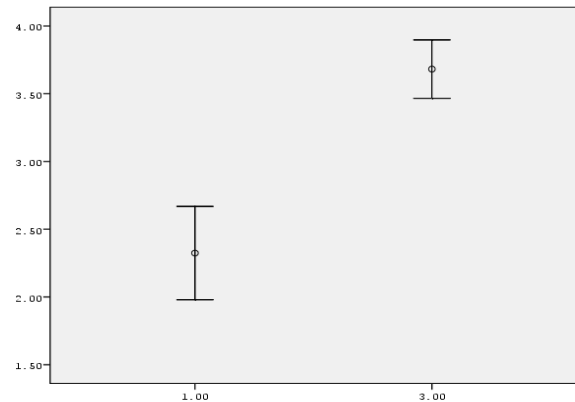
بررسی بیشتر میانگین‌ها که در شکل ۱ نیز قابل مشاهده است، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار $(P < 0/01)$ در میانگین گروه کنترل و گروه شناختی رفتاری مارلات در رابطه با متغیر هشداردهنده عود است.

بحث و نتیجه‌گیری

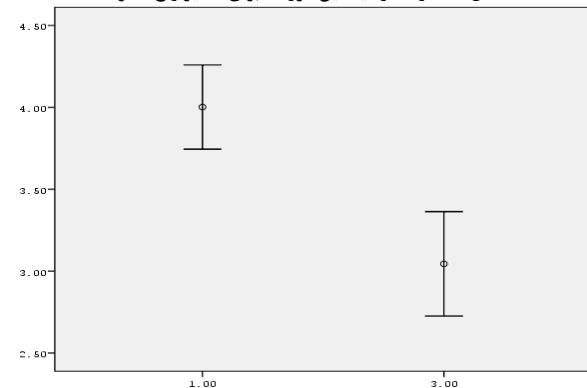
به‌طور خلاصه نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش شناختی-رفتاری مارلات بر کاهش ولع مصرف و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد تأثیر مثبت دارد. گروه آزمایش که مداخله آموزشی را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل که مداخله آموزشی را دریافت نکرده بودند، در متغیرهای وابسته تغییرات معنی‌داری را تجربه کرده بودند، با توجه به نتایج به‌دست آمده به تشریح هر یک از فرضیات پژوهش می‌پردازیم: فرض بر این بود که مداخله آموزش شناختی-رفتاری در کاهش ولع مصرف تأثیر مثبت دارد و نتایج پژوهش صحت این فرضیه را نشان داد. این نتیجه با نتایج تحقیقات [۱۱، ۱۶، ۱۷، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵] همسو هست.

در تبیین تائید احتمالی این فرضیه می‌توان گفت که یکی از دلایل مهم کاهش میزان ولع مصرف در این گروه از بیماران، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله مؤثرتر با این نشانه‌ها هست. رویکرد شناختی رفتاری مارلات با طبقه‌بندی و توجه خاصی که به موقعیت‌ها یا عواملی که می‌توانند در ایجاد فرایند عود دخیل باشند، به پیشگیری یا بروز کمتر عود بعد از کامل شدن درمان کمک می‌کند. یکی از ویژگی‌های مثبت رویکرد درمانی مارلات و گوردون [۱۲] که سایر رویکردها کمتر به آن پرداخته‌اند، تأکید بر مسئله هیجانات به‌ویژه هیجان‌هایی مثل

شکل ۱. تفاوت در میانگین گروه‌ها برای متغیر هشداردهنده عود



شکل ۲. تفاوت در میانگین گروه‌ها برای متغیر ولع مصرف



بررسی بیشتر میانگین‌ها که در شکل ۲ نیز قابل مشاهده است، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار $(P < 0/01)$ در میانگین گروه

را به چالش می‌کشد و فرد را از این باورها آگاه می‌سازد و در نتیجه احتمال عود را کاهش می‌دهد. در واقع این رویکرد با تأکید بر کنترل هیجانات فرد همچون خشم، تکانشگری و اضطراب، همچنین با مدیریت لغزش و اشتیاق مصرف مواد و به‌کارگیری مهارت‌های کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر احتمال بازگشت فرد به مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

یکی دیگر از دلایل اثربخشی این روش مداخله، ایجاد تغییر در سبک زندگی درمان‌جویان هست. تجربه‌های بالینی و پژوهشی نشان داده‌اند که اگر همراه با مداخله درمانی، نتوان سبک زندگی درمان‌جویان را تغییر داد، پس از مرحله سم‌زدایی به دلیل ماهیت بازگشت‌کننده، وابستگی به مواد، دوباره به مصرف مواد بازمی‌گردند، بنابراین تغییر در سبک زندگی می‌تواند دوره پرهیز از مواد را طولانی‌تر کند [۴۲]. به نظر می‌رسد به‌کارگیری مدل شناختی رفتاری مارلات می‌تواند از طریق ایجاد تغییر در سبک زندگی زنان معتاد به آنان کمک کند تا بر موانع اجتماعی مانند نگرش فرهنگی و اجتماعی به اعتیاد زنان و همچنین موانع روانی، غلبه نمایند [۴۳] موانع روانی که از طریق جذب ادراکات و نگرش‌های اجتماعی حاصل می‌شود و باعث می‌شود که زنان، اعتیاد را یک سقوط اخلاقی قلمداد کنند و به علت شر زیاد درباره رفتارهای ناشی از اعتیاد از درمان اجتناب کنند.

به‌طور کلی در این پژوهش نیز نتایج یافته‌های پیشین مبنی بر نقش مدل شناختی رفتاری مارلات در کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت معتادان و از طرف دیگر پایداری و ثبات آن‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به بررسی پیشینه و تجربیات بالینی پژوهش‌های بیشتری لازم است تا از این نتیجه حمایت کند. با در نظر گرفتن لزوم توجه چندوجهی به درمان معتادان بالأخص اعتیاد زنان که مسائل اجتماعی و فرهنگی خاص خودشان را دارند، پیشنهاد می‌گردد که در برنامه‌های درمانی به والدین و همسران آن‌ها جهت تقویت تداوم و استمرار تغییرات، آموزش داده شود. بازگشت افراد وابسته به مواد معمولاً حتی پس از یک سال و گاهی بیشتر اتفاق می‌افتد. در این پژوهش به علت محدودیت زمانی و دیگر مشکلات اجرایی، دوره سه‌ماهه پیگیری به‌عنوان ملاک بازگشت استفاده شد. این مسئله باید در تفسیر نتایج مربوط به اثربخشی روش‌های درمانی بر بازگشت مورد توجه قرار گیرد.

نمونه مورد بررسی در این پژوهش بیماران خودمعرفی بودند که به مرکز درمان اجتماع مدار بانوان مراجعه کرده بودند، لذا این افراد نمی‌توانند معرف کامل جامعه زنان معتاد باشند. با توجه به مداخله عوامل متعدد و تأثیرگذار بر شکل‌گیری و عود و درمان اعتیاد (برای مثال، ویژگی‌های شخصیتی، اختلالات شخصیت، نوع ماده مصرفی، نوع و شدت مشکلات روان‌شناختی هم‌زمان با اعتیاد) که در این پژوهش امکان بررسی آن‌ها فراهم نبود، لازم است در تعمیم نتایج به‌دست‌آمده احتیاط شود.

تکانشگری، اضطراب، افسردگی و همچنین خشم و شناخت و تأثیر این هیجانات بر رفتار جستجوی مواد و در نتیجه کمک به فرد در جلوگیری از وسوسه هست.

بر اساس این رویکرد سبک زندگی نامتعادل افراد منجر به تقاضاهای خارجی ادراک‌شده (مثلاً بایدها) و فعالیت‌های لذت‌بخش یا ارضاکنده درونی (مثلاً خواسته‌ها) می‌شود، بنابراین زندگی فرد مملو از تقاضاهای متنوع می‌شود که در نتیجه این تقاضاها فشار روانی دائمی را تجربه می‌کند و نه تنها می‌تواند حالات هیجانی منفی (همچون خشم و پرخاشگری که به‌موجب آن‌ها موقعیت‌های پرخطر به وجود می‌آید) به وجود آورد، بلکه میل و وسوسه او برای لذت بردن و عقلانی سازی اینکه حق دارد در مصرف زیاده‌روی کند (مدیون مصرف مواد هستم)، افزایش می‌یابد. در غیاب فعالیت‌های لذت‌بخش مربوط به مصرف مواد، فرد مصرف مواد را فقط به‌عنوان کسب لذت یا رهایی از درد انتخاب می‌کند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که مداخله آموزش شناختی-رفتاری مارلات بر پیشگیری از بازگشت معتادان زن مؤثر واقع شد و این نتیجه در مطالعه پیگیری که یک ماه بعد انجام شد نیز ماندگار بود. این نتیجه با نتایج تحقیقات [۳۶، ۳۷، ۳۸، ۴۰] همسو هست.

در تبیین تأیید این فرضیه می‌توان گفت که در واقع مدل شناختی رفتاری مارلات، نقش اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ وابستگی به مواد به این موقعیت را مورد تأیید قرار می‌دهد. تحقیقات موجود نشان داده‌اند که کمبود مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی و انتظارات مثبت درباره مواد به‌طور مستقل مصرف مواد را تشویق می‌کند [۴۱] افراد با دادن پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر کنار آمدن (برای مثال راهبرد رفتاری، مانند ترک موقعیت یا یک راهبرد شناختی مانند گفتگوی مثبت با خود)، مطمئن می‌شوند که می‌توانند با این موقعیت‌ها کنار آیند و بدین ترتیب احتمال عود کاهش می‌یابد. این بدان معنی است که افرادی که دارای مهارت‌های کنار آمدن مؤثر هستند نسبت به افرادی که فاقد این مهارت‌ها هستند، کمتر در خطر عود قرار می‌گیرند. در مقابل افرادی که پاسخ‌های غیر مؤثر کنار آمدن را تجربه می‌کنند، تسلطشان بر موقعیت پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف مواد اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظار)، همراه است که می‌تواند منجر به لغزش اولیه شود.

این لغزش، در جای خود می‌تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر پرهیز از تخلف) منجر شود و در نهایت تأثیر پرهیز از تخلف، تنها با نتایج مثبت انتظارات، می‌تواند احتمال عود را افزایش دهد. افرادی که در موقعیت پرخطر مصرف مواد قرار می‌گیرند، اغلب به انتظارات بالاتری از اثرات مثبت مواد اعتقاد دارند و در نتیجه ممکن است تنها به اثرات فوری مصرف توجه کنند و پیامدهای منفی تأخیری مصرف مواد از جمله پیامدهای فردی، اجتماعی و اقتصادی را نادیده بگیرند و چون تمرکز اولیه فرد در این موقع بر رسیدن فوری به خشنودی خود (مانند کاهش استرس) است به رفتار اعتیادی و مصرف مواد دست می‌زنند که رویکرد مارلات با استفاده از بازسازی شناختی، باورهای فرد راجع به پیامد انتظارات

منابع

11. Weingardt, K. Cucciare, M. Bellotti, C. & Pin Lai, W. (2009). "A randomized trial comparing two models of web-based training in cognitive-behavioral therapy for substance abuse counselors". *Journal of Substance Abuse Treatment* 37: pp. 219-227
12. Marlatt, G. & Gordon, J. (Eds). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
۱۳. نعمتی، فرشاد (۱۳۸۱). پیشگیری از بازگشت: معرفی مدل رفتاری - شناختی مارلات، فصلنامه اعتیادپژوهی. ۱ (۱).
۱۴. قربانی، مجید. (۱۳۹۲). پیشگیری از عود: مروری بر مدل رفتاری شناختی مارلات، فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۲ (۷)، صص. ۹۱-۱۱۴.
15. Witkiewitz KA, Bowen SW, Donovan DM. (2011). Moderating effects of a craving intervention on the relation between negative mood and heavy drinking following treatment for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*, 79(1):pp. 54-63
16. Witkiewitz, K. & Bowen, S. (2010). Depression, Craving and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, pp. 362-374.
17. Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2): pp. 1563-1571
18. Harris A.H. (2015). A qualitative study on the introduction of mindfulness based relapse prevention (MBRP) into a therapeutic community for substance abusers. *Therapeutic Communities: The International, Journal of Therapeutic Communities*, 36(2): pp. 111 - 123.
۱۹. عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد. (1388). اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد، *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*، ۱ (۳۴)، صص. ۱-۱۲.
1. Tarabar A.F, Nelson L.S. (2003). The resurgence and abuse of heroin by children in the United States. *Current, Opinion, in Psychiatry*, 15(5): pp. 210-215.
۲. بهاری، فرشاد. (۱۳۸۸). اعتیاد، مشاوره و درمان. تهران: انتشارات دانژه.
۳. پورجعفر، مزدک. (۱۳۸۶). رهایی از اعتیاد. تهران: انتشارات طرح و نشر هامون.
۴. رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبر پوراحمدی، شهناز؛ امین اسماعیلی، معصومه. (۱۳۹۰). بررسی کیفیتی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۲، صص. ۱۱۶-۱۲۵.
5. Galanter M, Kleber HD. (2008). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment: American Psychiatric Pub.*
6. Yan, Y. & Nabeshima, T. (2009). *Mouse Model of Relapse to the Abuse of Drugs: Procedural Considerations and Characterizations*. *Behavioral Brain Research*, 196(1): pp. 1-10.
۷. امینی، کورش؛ امینی، داریوش؛ افشار مقدم، فاطمه؛ آذر، ماهیار. (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، شماره ۵، صص. ۴۱-۴۷.
8. Abrams, D. B. (2000). Transdisciplinary concept and measures of craving commentary and future direction: *Journal of Addiction*, 25: pp. 237-246.
9. Avantz, K, S. Margolin, A. Kosten, T. R. & Coone, N. L. (1995). Differences between responders and non-responders to cocaine cues in laboratory. *Addictive behaviors*, 20, pp. 215-224.
10. McGovern, M.P. Lambert-Harris, C. Acquilano, S. Xie, H. Alterman, A.I. & Weiss, R.D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders". *Addictive Behaviors*. 34, pp. 892-897.

۲۸. اسعدی، علی (۱۳۸۲)، بررسی تأثیر شرکت در گروه‌های معتادان گمنام بر میزان عود اعتیاد در معتادان خودمعرکز ترک اعتیاد بهیستی اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، واحد خوراسگان.
۲۹. Franken, I. H. Hendricks, V.M. Van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires the Obsessive Compulsives Drug Use Scale and Desires for Drug Questionnaire. *Addiction behaviors*, 27: pp. 675- 685.
۳۰. محمدی، فاطمه. (۱۳۸۹). پتانسیل‌های وابسته به رویداد EPRS در افراد وابسته به کراک هرورین در هنگام مواجهه با تصاویر القاکننده ولع قبل و بعد از درمان آموزش مهارت‌های مقابله‌ای روان‌شناختی. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه تهران.
۳۱. Carroll, K.M. (1998). A Cognitive-Behavioral Approach: treating cocaine addiction. *Therapy manuals for drug addiction*, Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
۳۲. Feeney, G.F.X. Connor, J.P, Young, R.Tucker, J.Mcpherson. (2006). "Improvement in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive-behavioural therapy (CBT). *Addictive behaviours*, 31(1): pp. 1833-1843
۳۳. Soroudi, N. Perez, G.K. Perez, Gonzales, J.S. Greer, J.A. Pollack, M.H. Otto, M.W. & Safren, S.A. (2008) CBT for Medication Adherence and Depression (CBT-AD) in HIV Infected Patients Receiving Methadone Maintenance Therapy, *Cognitive and Behavioral Practice*. 15: pp. 93-106.
۳۴. Hides, L. Carroll, S. Catania, L. Cotton, S.M. Baker, A. Scaffidi, A. & Lubman, D.I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people", *Journal of Affective Disorders*. 121: pp. 169-174.
۳۵. Witkiewitz, K., Greenfield, B., & Bowen, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention with racial and ethnic minority women. *Addictive Behaviors*, 38(12): pp. 2821-2824.
۲۰. مومنی، فرشته؛ مشتاق بیدختی، نهاله؛ پورشهباز، عباس. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگره‌دارنده با متادون. اعتیاد پژوهی، ۲۷، صص. ۷۹-۹۲.
۲۱. کلدوی، علی؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۰). اثربخش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴، صص. ۶۹-۷۹.
۲۲. رئیسیان، اکرم سادات؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود زنان درمان‌جوی وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵ (۱۷)، صص. ۲۱-۴۰.
۲۳. Deck, D. & Carlson, M. (2005). Retention in publicly funded methadone maintenance treatment in two Western States. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(1), pp. 43-60.
۲۴. Walach, H. Nord, E. Dietz-Waschkowski, B. & Kersig, S. (2007). Mindfulness based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, 14(2), pp. 188-198.
۲۵. دوستیان، یونس؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ کلانتر کوشه، سید محمد و مساح، امید. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات برافزایش خودکارآمدی افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله توان‌بخشی*، ویژه‌نامه مطالعات اعتیاد، ۱۴(۵)، صص. ۳۸-۴۸.
۲۶. خدادوست، ساناز. اورکی، محمد. دهستانی، مهدی و بیات شهره. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی مداخله‌ی شناختی-رفتاری مارلات گروه‌درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبودی و پیشگیری از عود در بیماران مرد وابسته به کراک (هروئین فشرده). *اعتیادپژوهی*، ۸(۲۹)، صص. ۱۱۹-۱۳۰.
۲۷. Gorski, T. T. (1989). *Passages through Recovery*. Center City, MN: Hazelden Press.

36. Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*, 59, 4, pp. 224-235.
37. Hyun M. S., Chung H. C., Lee Y. J. (2005). The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Self-Esteem, Depression, and Self-Efficacy of Runaway Adolescents in a Shelter in South Korea. *Applied Nursing Research*.18 (3): pp. 160-166.
38. Denis C, Lavie E, Fatseas M, Auriacombe M. (2006). Psychotherapeutic interventions for Cannabis Abuse and/or Dependence in Outpatient Settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
39. McHugh R.K., Hearon B.A., Otto M.W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 33(3): pp. 511-525.
40. Blodgett, J., Maisel, N., Fuh, I., Wilbourne, P., & Finney, J. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2): pp. 87-97.
۴۱. داوودی، ایران. عشرتی، طیبه. زرگر، یداله و شیخ شبانی، اسماعیل. (۱۳۹۳). بررسی روابط ساختاری برخی از عوامل روان‌شناختی خطرزا و محافظت‌کننده آمادگی اعتیاد. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*، ۱۰، صص. ۹۹-۱۱۶.
۴۲. کارول، کاتلین. (۲۰۰۲). راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوء مصرف مواد. ترجمه محمدخانی، شهرام؛ رودسری، عباس. تهران: نشر اسپند سپهر
۴۳. بابا گل زاده، طیبه. (۱۳۸۶). بررسی علل گرایش زنان به اعتیاد و عوامل مؤثر بر گرایش مجدد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد حوزه علمی جامعه الزهرا بابل.

اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد - کودک (CPRT) بر شدت نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه (ADHD)

امین نجاتی^۱، رقیه موسوی^{۲*}، رسول روشن چسلی^۳، جواد محمودی قرائی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران.
۲. استادیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر، اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر شدت نشانه‌های مرضی کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی را مورد مطالعه قرار داده است.

روش: در این مطالعه تجربی بر اساس طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه مداخله‌نما، از میان جامعه آماری (۶۹ زوج مادر-کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه) ۳۰ زوج به‌صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و مداخله‌نما جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش و مداخله‌نما در ۲ مرحله با استفاده از مقیاس درجه‌بندی کانرز مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی معناداری آماری و همچنین بررسی معناداری بالینی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های تحقیق گویای کاهش معنادار آماری و بالینی مشکلات عمومی و کاهش معنادار آماری شدت نشانه‌های توجه و یادگیری در کودکان مبتلا به این اختلال است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و نیز در نظر گرفتن پژوهش‌های قبلی می‌توان چنین نتیجه گرفت؛ که این مداخلات، در کنار دارودرمانی دارای مزایایی جهت کنترل رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه است و دارای امتیازات و امکانات قابل توجهی جهت بهره‌مندی‌های بعدی در جمعیت ایرانی است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۹-۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 19-31

کلیدواژه‌ها: مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد - کودک، اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، مقیاس درجه‌بندی کانرز - فرم ۴۸ سؤالی والدین.

*Email: mousavi@shahed.ac.ir

مقدمه

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی^۱ از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری و نورویولوژیکال (عصب زیست‌شناختی) است که در دوران کودکی شناخته شده است. این اختلال بیش‌ازحد فراگیر و پایدار است و با ویژگی‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف شده است [۱].

این اختلال با شیوع ۳ تا ۵ درصد در کودکان مدارس ابتدایی در مرحله پیش از بلوغ گزارش شده است و برخی از پژوهشگران شیوع این اختلال را در میان کودکان دبستانی ۳ تا ۶ درصد تخمین زده‌اند و فراوانی این اختلال در پسرها ۳ تا ۹ برابر بیشتر از دخترها گزارش شده است [۲]. در پنجمین ویراست راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی^۲ نرخ شیوع این اختلال ۲/۵ درصد و برای کودکان رقم ۵ درصد گزارش شده است [۳]. بر اساس این راهنمای تشخیصی شش نشانه مرتبط با تکانشگری، کمبود توجه یا بیش‌فعالی می‌بایست پیش از ۱۲ سالگی تظاهر پیدا کرده باشند و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان، مدرسه، خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روان‌شناختی دیده شود و نشانه در تمام دوران بزرگسالی مشاهده گردند. مشابه ویراست چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی، ۱۸ نشانه اصلی برای تشخیص اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در دو حوزه اصلی نشانه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی / تکانشگری مفروض شده است و به همان ترتیب لزوم وجود ۶ نشانه از هر حوزه برای تشخیص در کودکان مورد تأکید قرار گرفته است ولی توصیه کرده در مورد افراد ۱۷ ساله و بالاتر در مورد علائم بی‌توجهی و بیش‌فعالی/تکانشگری به جای لزوم پر کردن ۶ معیار، لازم است که فقط ۴ معیار را داشته باشند [۳]؛ بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیرگروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع کمبود توجه نوع بیش‌فعال / تکانشگر و نوع ترکیبی [۴].

در فرمول‌بندی جدید برخلاف نسخه قبلی^۳ اجازه تشخیص هم‌زمان این اختلال در کنار اختلالات طیف اوتیستیک به‌عنوان اختلال همبود داده شده است [۳]. هرچند تشخیص اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کودکان پسر بیشتر است، اما میزان تشخیص در بزرگسالی در زنان و مردان مساوی است [۵]. در مورد سبب‌شناسی این اختلال، شواهد علمی قویاً بر وجود زیربنای زیست‌شناختی اشاره می‌کند، با این وجود در حال حاضر برای این اختلال، علت ویژه‌ای شناخته نشده است [۶]؛ گستره علل، دربرگیرنده فاکتورهای وراثتی، شخصیت و مزاج، عوامل پیش و پس از تولد و تفاوت در ساختارهای مغزی و احتمالاً تفاوت در وضعیت شیمیایی مغز و در نتیجه متفاوت بودن ساختارهای مغزی از نظر میزان فعالیت است که با عوامل محیطی (مانند فرزندپروری والدین، محیط تقویتی یا تنبیهی و عوامل تربیتی) در تعامل هستند [۷].

اکثریت کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه که به کلینیک ارجاع داده شده‌اند در عملکرد تحصیلی مشکل داشته [۸] و نیز غالباً در آنان مشکلات رفتاری، هیجانی و رشدی گزارش شده است [۹]. ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در مطالعات جمعیت عمومی، احتمال همبودی اختلال سلوک^۴ و نافرمانی مقابله‌ای^۵ را تا ۱۰/۷ برابر افزایش می‌دهد [۱۰] و اختلال‌های خلقی و اضطرابی نیز از دیگر اختلالات شایع همبود با این اختلال است [۹]. بر این اساس به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی - درمانی متمرکز بر راهبردها، برای بهبود کودکان کم سن و سال و مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه مؤثر باشد، زیرا این مداخلات می‌تواند تعاملات والد-کودک را که اغلب منبع تشدید و تداوم رفتارهای مشکل‌ساز است را تلطیف نماید [۱۱]. یافته‌های تحقیقات اهمیت، ضرورت تشخیص و مداخلات زودهنگام در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را نشان می‌دهد [۸].

بررسی تعاملات این کودکان با والدینشان، نشان داده که آن‌ها بیشتر از کودکان غیر مبتلا، از طرف والدین دستورهایی دریافت می‌کردند و همچنین سرزنش و توبیخ می‌شدند و در روابط بین این کودکان و والدینشان، فشار روانی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتر وجود دارد [۱۲، ۱۳]. خطر واقعی در این است که چنین کودکانی در چرخه معیوبی از روابط اسیر شده و به‌طور فزاینده‌ای باعث آزار و اذیت دیگران شده و از طرف آنان نیز مورد آزار واقع شوند و به این شکل این کودکان در سازگاری با اعضای خانواده و دوستان خود مشکل پیدا کرده و عزت‌نفس خود را از دست می‌دهند و متأسفانه در آینده و در نوجوانی ممکن است مشکلات ثانویه دیگری هم برای آن‌ها پیش بیاید به‌طوری‌که بیشتر از سایر نوجوانان مستعد رفتارهای بزهکارانه، افسردگی، مشکلات ارتباطی، مردودی تحصیلی و امثال آن هستند. مشکلات اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه ممکن است تا دوران جوانی هم ادامه یافته و مشکلات ثانویه نیز تشدید شوند [۷]. به دلیل تعداد و تنوع مشکلات کودکان با این اختلال شیوه‌های درمانی متفاوتی برای درمان آن مورداستفاده قرار گرفته شده، دارودرمانی (به‌ویژه با داروهای محرک^۶) که بر انتقال عصبی دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک اثر می‌گذارند، رفتاردرمانی و اصلاح رفتاری، آموزش والدین و درنهایت شیوه‌های ترکیبی از سودمندی بیشتری برخوردار بوده است [۱۴]. گرچه درمان دارویی یکی از مؤثرترین و منحصربه‌فردترین درمان‌ها برای این اختلال شناخته شده است [۱۵] و در مواردی که با آن هیچ اختلال دیگری وجود ندارد روش درمان مطلوبی جهت کاستن از شدت نشانه‌ها است [۱۶]، اما عوارض جانبی داروها و یا ترس خانواده‌ها از عوارض احتمالی، متخصصان و خانواده‌ها را با شک و تردید مواجه کرده است [۱] و درحالی‌که هیچ شکی نیست که محرک‌ها در درمان این اختلال مؤثر هستند، تخمین زده می‌شود

^۴ CD

^۵ ODD

^۶ Stimulants

^۱ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

^۲ DSM-5

^۳ DSM-IV-TR

مدل‌های آموزش والدین ریشه در روابط و رخداد‌های گذشته داشته و بر تصحیح رفتار گذشته کودک تأکید می‌کنند؛ این مدل بر آنچه کودک توانایی تبدیل شدن به آن را دارد تأکید می‌ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است [۲۰].

مطالعات متعدد، اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری به‌ویژه پرخاشگری و نادیده گرفتن قواعد، مشکلات هیجانی- رفتاری و رفتارهای تکانشی و انفجاری در کودکان را گزارش کرده‌اند [۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷].

در مطالعه جدید آقایی و همکاران اثرات مثبت این مداخله هم برای والدین و هم فرزندان با مشکلات بالینی گزارش شده است [۲۸].

در مطالعه‌ای دیگر جنتیان و همکاران [۲۹] با بررسی اثربخشی ۱۶ جلسه بازی‌درمانی بر شدت نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ مبتلا اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، کاهش معنی‌دار شدت علائم بیش‌فعالی، کمبود توجه و خطاهای پاسخ‌دهی و افزایش معنی‌دار زمان پاسخ بلافاصله در پایان مداخلات در مقایسه با قبل از مداخلات با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک^۴ و آزمون همتایابی اشکال آشنا^۵ را گزارش کردند. البته نتایج پیگیری اثربخشی مداخلات نشان داده که اثر بازی‌درمانی بر افزایش زمان پاسخ‌دهی مؤثر ولی در خطاهای پاسخ‌دهی تأثیری نداشته است. پیسترمن و همکاران در یکی از اولین مطالعات ساختاریافته بازی‌درمانی؛ ۴۶ خانواده با فرزند بیش‌دستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را مورد مطالعه قرار دادند، نتایج به‌دست‌آمده از شاخص بیش‌فعالی کانرز کاهش معنادار رفتارهای تکانشی بدون هدف و برنامه‌ریزی نشده کودک، در پایان درمان و در پیگیری سه‌ماهه را نشان داده‌اند [۳۰].

مور در بررسی آموزش دو جلسه‌ای مدل روابط والد - کودک بر روی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه نشان داد که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک موجب کاهش معنی‌دار استرس و افزایش دانش والدین نسبت به اختلال فرزندانشان شده است [۳۱].

لیندو، آکای و سالیوان طی مطالعه‌ای نشان دادند که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان، کاهش استرس فرزندپروری، بهبود تعاملات والد-کودک می‌شود [۳۲].

در مطالعه دیگر ری و همکاران در طی ۱۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای بازی‌درمانی کودک محور با ۱۶ دانش‌آموز دبستان اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، گزارش کردند که با بررسی نتایج این کودکان در مقایسه با گروه کنترل بهبود عملکرد در خرده‌مقیاس‌های یادگیری/توجه و اضطراب/گوشه‌گیری فرم کوتاه تجدیدنظر شده معلم کانرز منتج گردیده است [۳۳].

که حداقل ۳۰ درصد افراد مبتلا به اندازه کافی به این داروها پاسخ نداده و یا نمی‌توانند محرک‌ها را تحمل کنند و یا از میزان بدرفتاری‌شان با دیگران کاسته نمی‌شود [۱۷، ۱۶، ۱۷]. مسئله‌ای که به‌تازگی ذهن درمانگران کودک را به خود مشغول داشته است، چگونگی استفاده از ارتباطات عاطفی طبیعی موجود بین والدین و کودک در جهت درمان است و اینکه چگونه والدین می‌توانند جایگزینی مناسب برای درمانگران باشند و با آموزش برخی مهارت‌های درمانی تبدیل به درمانگر یا عوامل درمانی شوند که در محیط خانه به درمان مشکلات و اختلالات کودکانشان بپردازند. یکی از مهم‌ترین مزایای این روش ایجاد حس خودکارآمدی در کودک و والد است تا بدین طریق رابطه آن‌ها نیز تقویت شده، فرزندپروری کارآمدتر شده و تداوم اثرات درمان در زندگی کودکان بیشتر شود. امروزه، پژوهشگران بازی‌درمانی را به‌عنوان شکلی از درمان متناسب با رشد و تحول کودک می‌دانند. طبق نظر پیازده کودکان تا قبل از سن یازده‌سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند [۱۸].

مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک^۱ متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه از طریق بازی موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند [۱۹].

لندرت روش خاصی از آموزش والدینی^۲ را به نام مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک معرفی کرد که در مطالعه حاضر نیز از این روش استفاده شده است و در سطور آتی به شرح بیشتری از ویژگی‌های خاص آن می‌پردازیم. بر طبق دستورالعمل درمانی که توسط لندرت و براتون مطرح گردید والدین، به‌عنوان عامل درمانی به‌جای مشاور، در طی ۱۰ جلسه بازی با کودک می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه‌ای غیر قضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کرده و از این طریق باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خودگردند. به‌کارگیری این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌گردد [۲۰]. در این مدل درمانی، به والدین اصول و مهارت‌های پایه و اساسی بازی‌درمانی متمرکز بر کودک^۳ آموزش داده می‌شود؛ مهارت‌هایی از قبیل گوش کردن انعکاسی، تشخیص و پاسخ‌دهی به احساس‌های کودکان، ایجاد اعتمادبه‌نفس در کودک و همچنین محدودیت‌های نظام درمانی گوشزد می‌شود. از جنبه‌های خاص این مداخلات این است که به‌جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، ادراک والدین از کودک و رابطه والد-کودک تغییر کند؛ بنابراین، تغییر در ادراک باعث تغییر در رفتار خواهد گردید. از دیگر ویژگی‌های اصلی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک این است که آموزش‌های آن متمرکز بر آینده است. به‌علاوه، درحالی که اغلب

¹ Child Parent Relationship therapy (CPRT)

² Filial Therapy

³ Child-Centered Play Therapy:CCPT

⁴ CSI-4

⁵ MFFT

کرد. با توجه به اینکه محتوای مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک به‌گونه‌ای است که این شیوه مداخلاتی تا حد زیادی به فرهنگ وابسته است و نیز شیوع نسبتاً بالای ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کشور، درنهایت، برای پژوهشگر این مسئله مطرح می‌شود که آیا آموزش و به‌کارگیری مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کنار دارودرمانی، می‌تواند باعث کاهش شدت نشانه‌های مرضی در این کودکان گردد؟

روش تحقیق نوع پژوهش

این مطالعه از نوع کاربردی است. از آنجاکه در این پژوهش تأثیر مداخلات بر نشانه‌های مرضی اختلال موردبررسی قرار گرفته است و جاگذاری نمونه‌ها در گروه‌ها به‌صورت تصادفی انجام‌گرفته است؛ پس طرح کلی این پژوهش تجربی، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه مداخله نما است. در این پژوهش معیارهای ورود به طرح پژوهشی عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه بر اساس معیارهای تشخیصی چهارمین ویراست تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی با تشخیص بالینی فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان و روانشناس بالینی و تأیید توسط چک‌لیست رفتاری کودکان، فرم والدین با روایی و پایایی مناسب چک‌لیست رفتاری کودکان، فرم والدین (کسب نمره بالاتر از نقطه برش $T < 63$ صرفاً در خرده مقیاس بیش‌فعالی - تکانشگری)، محدوده سنی ۸-۱۱ سال برای کودک و ۲۰-۴۵ سال (حداقل تحصیلات مادر دیپلم) برای مادران، تثبیت نوع و دوز دارو (ریتالین، ریتالین/ریسپیریدون و یا آدرال) حداقل به مدت یک ماه قبل از شروع طرح به‌عنوان خط پایه، رتبه فرزند اول، دوم و حداکثر سوم کودک، موافقت کتبی مادران برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در طرح پژوهشی، زندگی مشترک پدر و مادر واقعی در کنار هم و عدم شرکت در یک دوره آموزشی یا درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان به‌منظور رفع مشکلات رفتاری کودک.

آزمودنی

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل ۶۹ زوج مادر و کودک مراجعه‌کننده سرپایی به درمانگاه مرکز طبی کودکان و کلینیک‌های ونک و نیکان (طی بازه زمانی دو ماهه) بوده است. ۳۰ زوج مادر و کودک به‌صورت تصادفی به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب و در دو گروه جایگزین شدند. علت انتخاب این حجم با احتساب افت آزمودنی، دسترسی کم به کودکان و مادران (مطابق معیارهای ورود به طرح) و محدودیت‌های زمانی برای اجرای پژوهش بوده است. بررسی مقدماتی مقایسه دو گروه از همسانی در ویژگی‌های نظیر توزیع جنسیت کودک، میانگین سن مادران و پدران، وضعیت شغلی و تحصیلی پدران و نوع، ترکیب داروی کودکان حکایت داشت و فقط در وضعیت شغلی مادران و درآمد

در پژوهشی مشابه سالیوان با بررسی آموزش مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در طی ۱۰ جلسه به والدین کودکان اوتیسم، نشان داد که این نوع مداخله، می‌تواند به ارتباط صمیمانه‌تر کودک - والد منجر شده و تجارب و دانش والدین را در مواجهه با این کودکان بهبود داده است [۳۴].

مصطفوی در مطالعه‌ای بر روی ۱۳ مادر و کودک پیش‌دبستانی ۶-۷ ساله دارای مشکلات رفتاری با به‌کارگیری و آموزش مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در طی ۱۰ جلسه به مادران کودکان گروه آزمایش، کاهش معنی‌دار مشکلات رفتاری در حیطه‌ی مشکلات درونی سازی شده و برونی‌سازی شده این کودکان در مقایسه با گروه کنترل را گزارش نمود [۳۵]. رجب پور، مکوند حسینی و رفیعی نیا در پژوهشی، اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در کاهش پرخاشگری کلامی و فیزیکی کودکان پیش‌دبستانی گروه آزمایش را گزارش کردند [۱۸].

در پژوهش دیگری آشکار شد که استفاده از این مداخلات توسط والدین کودکان مبتلا به بیماری مزمن در بیمارستان، باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان و کاهش استرس والدینی می‌شود [۳۶]؛ علاوه بر این، پژوهش‌های مختلف اثربخشی این مداخلات را بر کاهش مشکلات رفتاری و رفتارهای برون‌ریزی شده کودکان را در نقاط مختلف جهان از جمله آمریکا، کره، ترکیه و جامائیکا را نشان داده است [۱۸، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰].

تکلیفی نیز در مطالعه دیگر اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با ناتوانی‌های یادگیری را نشان داده است. در این پژوهش‌ها مشخص گردیده که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک موجب تقویت ارتباط والد-کودک شده، روابط فی‌مابین آن‌ها را مستحکم‌تر کرده و موجب کاهش مشکلات رفتاری و افزایش خودکنترلی در میان شرکت‌کنندگان کودک می‌شود [۴۱].

امیری و همکاران در مطالعه اثربخشی آموزش والد-کودک بر روی مشکلات رفتاری کودکان نشان داد که این نوع آموزش موجب کاهش مشکلات برون‌ریزی و درونی در کودکان با مشکلات رفتاری قابل توجه می‌شود [۴۲]. در مطالعه‌ای که به‌تازگی در زمینه تأثیر آموزش ارتباط والد و کودک بر روی کاهش پرخاشگری و تکانشگری و افزایش مهارت کنترل کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی صورت گرفته است، بیانگر آن است که مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک موجب کاهش پرخاشگری و تکانشگری و افزایش مهارت خودکنترلی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه شده است [۱۸]. با توجه به مباحث مطرح‌شده، این پژوهش از چند جهت می‌تواند حائز اهمیت باشد: از لحاظ نظری نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، ضمن پیوند با بدنه علمی، در جهت گسترش و بسط نظریه‌های علمی در این زمینه مفید خواهد بود. علاوه بر این می‌توان از این برنامه آموزشی در سطح جامعه برای رفع ضعف مهارت‌های فرزندپروری والدین و در راستای برنامه‌های پیشگیرانه استفاده

خانواده در دو گروه تفاوت مشاهده شد.

ابزارهای پژوهش

۱- بسته آموزشی ۱۰ جلسه‌ای CPRT: مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک یک برنامه ۱۰ جلسه‌ای خاص والدین است که از طریق استفاده از زمان‌های بازی ۳۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار می‌تواند رابطه والد را با کودک تقویت نماید [۲۰]. این شیوه ترکیبی از بازی درمانی و رویکردهای آموزش والدین است؛ با این تفاوت که متمرکز بر رابطه والد-کودک بوده و عمدتاً از تکنیک‌های بازی درمانی کودک محور استفاده می‌کند. والدین تحت نظارت یک متخصص آموزش دیده، تکنیک‌های بازی درمانی کودک محور توسط مجموعه خاصی از اسباب‌بازی‌ها را در منزل استفاده و اجرا می‌کنند. خلاصه محتوای جلسات آموزشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک عبارت‌اند از: جلسه اول (بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان)، جلسه دوم (معرفی و ارائه مجموعه اسباب‌بازی‌های موردنیاز برای جلسات بازی و شرح منطق استفاده از هر یک از آنها). جلسه سوم (معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی).

جلسه چهارم (اعمال سه‌گام محدودیت‌گذاری)، جلسه پنجم (تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه‌ی بازی است، مطالب جدیدی در این جلسه مطرح نمی‌شود). جلسه ششم تا نهم (هدف اولیه‌ی درمانگر در برخورد با والدین، تقویت و ایجاد احساس کارآمدی آن‌ها، از طرق ایجاد حس عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس است و هدف اولیه‌ی والدین این است که به‌صورتی فعالانه به کودکشان پاسخ دهند تا عزت‌نفس کودک تقویت شود)؛ جلسه دهم (هدایت، ارزیابی و پیگیری جلسات بازی و مهارت‌های والدین در این زمینه).

۲- چک‌لیست رفتاری کودک‌کان، فرم والدین^۱: سنجش مبتنی بر تجربه آنباخ^۲ یک مدل چند محوری است که چهارچوبی برای سازمان‌دهی و یکپارچه‌سازی داده‌های تجربی حاصل از منابع اطلاعاتی مختلف فراهم می‌آورد. در روش نمره‌گذاری بر اساس نظام مبتنی بر دی اس او^۳، اختلالات یا مشکلات زیر مورد سنجش قرار می‌گیرند: مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات روان‌تنی، مشکلات بیش‌فعالی/کمبود توجه، مشکلات رفتار مقابله‌ای و مشکلات سلوک [۴۳]. ضریب پایایی این آزمون، ۰/۷۵ گزارش شده و به‌عنوان یکی از ابزارهای مهم غربالگری برای اختلال‌های روان‌پزشکی گروه ۱۸-۴ سال به کار می‌رود [۴۴].

هنجاریابی درونی این نظام سنجش در تهران، پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که ضرایب آلفای مقیاس،

مبتنی بر اساس دی اس ام در سطح رضایت بخشی قرار دارد. دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ است. همچنین نتایج به‌دست‌آمده در مورد روایی سازه، روایی سؤال و روایی عاملی این نظام نشان از روایی قابل قبول و ضریب همبستگی درونی ($P < 0.01$) این نظام دارد [۴۵].

۳- مقیاس درجه‌بندی کانرز- فرم ۴۸ سؤالی والدین^۴: این پرسشنامه ۴۸ سؤالی فرم بازبینی‌شده و کوتاه‌تری از فرم بلند ۹۳ سؤالی آن است که برحسب لیکرت ۴ درجه از اصلاً تا بسیار زیاد (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شود و با پاسخگویی قبل و بعد از اجرای برنامه درمانی، توسط والدین، برای ارزیابی درمان در زمینه توجه، بیش‌فعالی و اختلال سلوک همراه با اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس، در ارزیابی موفقیت درمان اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه کاربرد بالینی و تحقیقاتی دارد. این مقیاس برای کودکان و نوجوانان ۳ تا ۱۷ ساله قابل استفاده است و درباره مشکلات برون‌گرایانه^۵ کودک به‌ویژه توجه، بیش‌فعالی و اختلال سلوک اطلاعاتی به دست می‌دهد. این مقیاس در کشورهای مختلف و از جمله ایران استفاده شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید بوده است در اکثر مطالعات این مقیاس شامل پنج عامل اصلی (مشکلات سلوک، یادگیری و توجه، روان‌تنی، اضطرابی و تکانشگری/بیش‌فعالی) و یک عامل عمومی (مشکلات عمومی) است [۴۶، ۴۷]. ضریب پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی، برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ برای انفعالی بودن تا ۰/۸۲ برای مشکلات سلوک متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه معادل ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ برای بی‌توجهی - رؤیاپردازی متغیر بود [۴۸].

شیوه انجام پژوهش

پرسشنامه کانرز با کمک فرد روانشناس غیر از محقق و درمانگران این پژوهش؛ توسط مادران گروه‌های آزمایش و مداخله نما پیش از شروع مداخلات و دو هفته پس از پایان مداخلات تکمیل شد تا بدین‌وسیله از سوگیری‌های احتمالی محققین در ارزیابی نتایج درمانی جلوگیری به عمل آید. مادران بعد از ارائه توضیح شفاهی در مورد پژوهش، با اخذ رضایت کتبی به طرح وارد شدند. نام آزمودنی‌ها محفوظ ماند و اطلاعات مندرج در پرسشنامه‌ها از طریق کدگذاری استفاده شد. سپس مادران گروه آزمایش در جلسات آموزشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک در ۱۰ جلسه گروهی ۲ ساعته در مدت ۱۰ هفته در قالب دو گروه ۸ و ۷ شرکت کردند. محتوای جلسات با توجه به کتابچه راهنما اجرا گردید. نمایش و ایفای نقش این مهارت‌ها و انجام بحث گروهی در جلسات آموزشی والدین و انجام جلسات بازی مادران با کودک همراه با رعایت مهارت‌های آموخته‌شده بود. تکالیف خانگی مادران در هر جلسه شامل انجام این مهارت‌ها و گزارش یا ارائه فیلم ضبط‌شده آن‌ها از بازی با کودک در منزل

¹ CBCL

² Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)

³ DSM

⁴ Conner's Parents Rating Scale (CPRS-48)

⁵ Externalizing

معناداری آماری یک تغییر درمانی به این معنی است که احتمال تصادفی بودن تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها، بسیار ضعیف است، از طرف دیگر، معناداری بالینی یک تغییر درمانی به ارزش عملی (کاربردی) یا اهمیت تأثیر مداخله‌ای که انجام شده، اشاره دارد و به عبارت دیگر تغییر، میزان تغییرپذیری پاسخ درمانی تک تک افراد تحت درمان نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. در ادامه معناداری بالینی تغییرات ادعایی در تک تک آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور تعیین معناداری بالینی تغییرات در هر آزمودنی باید به محاسبه نقطه برشی که حدفاصل معناداری بالینی و عدم معناداری بالینی است، اقدام کرد. شاخص تغییر پایدار، بر پایه انحراف معیار^۳ نمره بیمار در متغیر برآیند درمان (که قبل و پس از درمان اندازه‌گیری شده است) و نیز بر مبنای ضریب بازآزمایی^۴ متغیر مذکور، استوار است. اگر تفاوت نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماری برابر یا بالاتر از نقطه برشی قرار گیرد که شاخص تغییر پایدار آن را تعیین کرده است، می‌توان گفت وی به حدی از تغییر که از نظر بالینی می‌توان آن را معنادار تلقی کرد، دست یافته است.

۱- محاسبه خطای استاندارد میانگین متغیر برآیند درمان، قبل از شروع درمان:

$$SEM_1 = SD_1 \sqrt{1 - r_{12}}$$

در فرمول فوق SD_1 انحراف معیار متغیر برآیند درمان قبل از شروع درمان و r_{12} ضریب بازآزمایی متغیر مذکور است. در این مطالعه برای محاسبه معناداری بالینی تغییرات هر آزمودنی از گروهی از ضرایب بازآزمایی (اجرا و اجرای مجدد پرسشنامه کانرز در فاصله ۴ هفته و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شده است (مشکلات عمومی ۰/۵۸، توجه و یادگیری ۰/۶۳ و تکانشگری/بیش‌فعالی ۰/۷).

۲- محاسبه خطای استاندارد میانگین متغیر برآیند درمان، پس از پایان درمان:

$$SEM_2 = SD_2 \sqrt{1 - r_{12}}$$

در فرمول فوق SD_2 انحراف معیار متغیر برآیند درمان در پایان درمان و r_{12} ضریب بازآزمایی متغیر مذکور است.

۳- محاسبه خطای استاندارد تفاوت دو میانگین: جذر مجموع مجذورات خطای استاندارد میانگین متغیر برآیند درمان قبل و بعد از درمان.

$$S_{diff} = \sqrt{SEM_1^2 + SEM_2^2}$$

بازبینی می‌شد تا بدین صورت درمانگر و سایر اعضای گروه بازخوردهای اصلاحی خود را ارائه دادند. ۲ هفته پس از پایان دوره مجدداً پرسشنامه مذکور، در اختیار مادران گروه آزمایش و همچنین گروه مداخله نما که در طی زمان ۱۰ هفته اجرا مداخلات گروه آزمایش، تحت ۴ جلسه آموزش با محتوای غیر مربوط (مباحث تغذیه) قرار گرفته بودند، قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه اقدام به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش شد. از گروه آزمایش ۳ عضو که بیش از یک جلسه غیبت داشتند، حذف شدند. همچنین از گروه مداخله نما نیز ۲ نفر در زمان اجرای پس‌آزمون در انتهای طرح حاضر نشدند در نتیجه از نمونه حذف شدند. در پایان دوره از دو گروه، پس‌آزمون اخذ گردید.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از این پژوهش از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.» نسخه ۱۶ استفاده شد. از میانگین و انحراف معیار در سطح توصیفی و از تحلیل واریانس چند متغیری به منظور مقایسه نمرات گروه‌ها در پس‌آزمون استفاده شد. تفاوت نمرات اکتسابی دو گروه در پیش و پس‌آزمون توسط آزمون آماری پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت. همچنین در بررسی تکمیلی وضعیت گروه‌ها بر اساس شیوه محاسبه اندازه اثر^۲ و درصد تغییر دو گروه در هر یک از متغیرهای مورد پژوهش مورد واکاوی قرار گرفتند. برای محاسبه اندازه اثر مداخلات در هر یک از دو گروه آزمایش و مداخله نما، از شیوه جامبلز و گیلیس، ۱۹۹۳ استفاده گردید که در این فرمول، M_1 میانگین قبل از درمان، M_2 میانگین پس از درمان و SD انحراف معیار قبل از شروع درمان است. کوهن نقاط برش زیر را برای ارزیابی اندازه اثر پیشنهاد کرده است: اندازه‌های اثر ۰/۲۰ تا ۰/۵۰ ضعیف، ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ متوسط و بالاتر از ۰/۸۰ قوی [۴۹]. در این مطالعه از همین نقاط برش استفاده شده است.

$$\text{اندازه اثر} = \frac{M_1 - M_2}{SD}$$

همچنین برای هر یک از متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و مداخله نما، درصد تغییر محاسبه شد [۴۹]. برای محاسبه درصد تغییر مجموع نمرات در پس‌آزمون در هر متغیر از مجموع نمرات در پیش‌آزمون در همان متغیر کسر و نتیجه حاصل شده بر مجموع نمرات در پیش‌آزمون در همان متغیر تقسیم شده و عدد نهایی به منظور تعیین درصد، در ۱۰۰ ضرب می‌گردد. در روش معناداری آماری و نیز روش‌های محاسبه اندازه اثر و درصد تغییر، تغییرات ایجاد شده در بیماران به عنوان یک کل مورد قضاوت قرار می‌گیرد، تفسیر دستاوردهای درمانی در سطح فردی میسر نیست.

³ Standard deviation

⁴ Test-retest coefficient

¹ SPSS

² Treatment effect size

نتایج

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار گروه های آزمایش و مداخله نما را در متغیرها مقایسه ای مربوط به مقیاس درجه بندی کانرز (شامل زیر مؤلفه های مشکلات عمومی، توجه و یادگیری، تکانشگری/بیش فعالی) را نشان می دهد. همان طوری که مشاهده می شود گروه آزمایش و مداخله نما در زیرمقیاس های درجه بندی کانرز دارای تفاوت با یکدیگر هستند. در هر حال استنتاج تفاوت های معنی دار در این متغیر مستلزم به کارگیری آزمون های مناسبی است.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری^۱ احراز شدن پیش فرض های این روش توسط باکس و لوین مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ از متغیرهای معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=1/438, p=0/196$). $F=10/68$ = باکس^۲.

نتایج آزمون لوین حاکی از عدم معناداری آن برای متغیرهای مشکلات عمومی ($F=0/522, P=0/465$) و میانگین یادگیری و توجه ($F=0/91, P=0/765$) و معناداری آن برای متغیر تکانشگری/بیش فعالی ($F=3/655, P=0/068$) بود. به عبارت دیگر از مفروضه یکسانی واریانس تخطی نشده است.

جدول ۱. آماره های توصیفی گروه های نمونه زیر مؤلفه های آزمون کانرز

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات عمومی	آزمایش	۶۵/۴۱	۶/۲۴	۵۴/۱۵	۴/۴۱
	مداخله نما	۶۵/۳۰	۵/۳۱	۵۹/۵۳	۷/۵۶
توجه و یادگیری	آزمایش	۷/۱۶	۲/۸۸	۴/۰۰	۲/۲۵
	مداخله نما	۷/۱۵	۲/۵۳	۵/۶۹	۱/۴۳
تکانشگری/بیش فعالی	آزمایش	۱۰/۸۶	۲/۳۲	۱۰/۰۰	۲/۴۸
	مداخله نما	۱۰/۶۱	۱/۹۳	۱۰/۱۵	۲/۱۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری جهت معنادار اثر متغیر مستقل (گروه) در مدل را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود F به دست آمده در هر چهار آزمون معنادار است (در سطح $P<0/05$). ضریب اتا نیز نشان می دهد متغیرهای وابسته به طور کلی $0/54$ واریانس را تبیین می کنند. به عبارت دیگر گروه آزمایش در ترکیب خطی خرده آزمون های کانرز عملکرد متفاوتی دارند.

از آنجا که نتایج تحلیل واریانس چند متغیری معنادار به دست آمد، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا به پیگیری این نتایج پرداخته شد. بر اساس آزمون تحلیل واریانس تک متغیره جدول (۳)، در متغیرهای مشکلات عمومی ($0/280$ در سطح معناداری $0/04$) و توجه و یادگیری ($11/968$ در سطح معناداری $0/039$) حکایت از معناداری آماری داشته این در حالی است که در متغیر تکانشگری/بیش فعالی، F مشاهده شده برابر $0/366$ (در سطح $0/561$) بوده و نشان از عدم تفاوت آماری دو گروه در این متغیر است و به سخن دیگر مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک، توانسته است به طور معنی داری شدت مشکلات عمومی و نشانه های مرضی توجه و یادگیری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبود توجه را با توجه به گزارش مادرانشان نسبت به پیش از شروع مداخلات در مقایسه با گروه مداخله نما، کاهش دهد. در عین حال از نظر شدت تکانشگری/بیش فعالی نتوانسته تغییرات آماری معناداری ایجاد نماید.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری گروه های نمونه برای آزمون کانرز

متغیر وابسته	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
مشکلات عمومی پس آزمون	۱۵۵/۴۷۶	۱	۱۵۵/۴۷۶	۵/۲۸۰	۰/۰۳۲	۰/۲۰۹
توجه و یادگیری پس آزمون	۱۹/۷۱۲	۱	۱۹/۷۱۲	۱۱/۹۶۸	۰/۰۰۲	۰/۳۷۴
تکانشگری/پس فعالی پس آزمون	۰/۳۶۶	۱	۰/۳۶۶	۰/۳۵۰	۰/۵۶۱	۰/۰۱۷

جدول (۴) اندازه های اثر درمانی را برای متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه، نشان می دهد همان گونه که مشاهده می شود، در گروه آزمایش، همه متغیرها به استثنای تکانشگری/بیش فعالی با اندازه اثر ضعیف، دارای اندازه های اثر قوی هستند.

در مورد اعضا گروه مداخله نما اندازه های اثر محاسبه شده شاخص مشکلات عمومی با اندازه اثر قوی، متغیر توجه و یادگیری با اندازه اثر متوسط، و متغیر تکانشگری/بیش فعالی ضعیف هستند. نگاهی دقیق تر به جدول (۴) نشان می دهد که علی رغم اینکه شدت نشانه های مرضی اعضا گروه مداخله نما نیز در تمام متغیرها در پس آزمون، در مقایسه با پیش آزمون کاهش یافته است، ولی این کاهش ها به اندازه گروه آزمایش نیست.

در خصوص تفاوت یا عدم تفاوت کلی گروه های مورد مطالعه در متغیرهای ترکیبی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. داده های حاصل در جدول (۲) درج شده است:

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری گروه های نمونه در زیر مؤلفه های آزمون کانرز

اثر	ارزش F	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب اتا
اثر بینایی	۷/۱۰۰	۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۲
لامبدای و بکس	۷/۱۰۰	۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۲
اثر هتلینگ	۷/۱۰۰	۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۲
بزرگ ترین ریشه روی	۷/۱۰۰	۱۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۲

^۱ MANOVA

^۲ BAX

جدول ۴. نتایج مربوط به اندازه اثر دو گروه در متغیرهای مطالعه

شاخص متغیر	آزمایش				مداخله نما			
	میزان تأثیر	اندازه اثر	میانگین (انحراف معیار)		میزان تأثیر	اندازه اثر	میانگین (انحراف معیار)	
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون			پیش‌آزمون	پس‌آزمون
مشکلات عمومی	قوی	۱/۷	۵۴/۷۵ (۴/۴۱)	۶۵/۴۱ (۶/۲۴)	قوی	۱/۰۸	۵۹/۵۳ (۷/۵۶)	۶۵/۳ (۵/۳۱)
توجه و یادگیری	قوی	۱/۰۹	۴ (۲/۲۵)	۷/۱۶ (۲/۸۸)	قوی	۰/۵۷	۵/۶۹ (۱/۴۳)	۷/۱۵ (۲/۵۴)
تکانشگری/بیش‌فعالی	ضعیف	۰/۳۷	۱۰ (۲/۴۸)	۱۰/۸۶ (۲/۳۲)	ضعیف	۰/۲۳	۱۰/۱۵ (۲/۱۱)	۱۰/۶۱ (۱/۹۳)

جدول ۵. میزان تغییر هر یک از آزمودنی‌ها در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون (۱۲ عضو گروه آزمایش و ۱۳ عضو گروه مداخله نما)

شماره شناسایی آزمودنی	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			شماره شناسایی آزمودنی	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	نمره کل کلرز	توجه و یادگیری	تکانشگری/بیش‌فعالی	نمره کل کلرز	توجه و یادگیری	تکانشگری/بیش‌فعالی		نمره کل کلرز	توجه و یادگیری	تکانشگری/بیش‌فعالی	نمره کل کلرز	توجه و یادگیری	تکانشگری/بیش‌فعالی
۱	۶۱	۵	۱۲	۶۱	۵	۱۲	۱۶	۰	۱	۹	۸	۴	
۲	۶۲	۷	۴	۶۳	۵	۱۱	۱۷	۱	۱	۶	۳	۶	
۳	۵۸	۵	۱۰	۵۹	۷	۱۲	۱۸	۰	۳	۸	۱۰	۲	
۴	۶۸	۱۱	۱۲	۵۹	۶	۱۰	۲۰	۰	۳	۱۷	۱۲	۸	
۵	۶۵	۱۱	۱۱	۶۳	۵	۵۰	۲۱	۰	۴	۱۳	۱۱	۶	
۷	۷۲	۴	۱۰	۶۴	۱۱	۷	۲۲	-۱	۲	۱۱	۱۱	۲	
۸	۶۸	۸	۱۱	۶۳	۶	۱۲	۲۳	۰	۵	۱۵	۱۱	۳	
۹	۷۹	۷	۱۲	۶۵	۵	۱۱	۲۴	۰	۵	۲۰	۱۲	۲	
۱۰	۵۸	۵	۹	۷۰	۷	۱۱	۲۵	۰	۲	-۶	۹	۳	
۱۲	۶۱	۱۲	۱۲	۶۸	۱۲	۵۹	۲۶	۱	۵	۷	۱۱	۷	
۱۳	۶۳	۳	۱۲	۶۵	۹	۱۰	۲۷	۱	۲	۹	۱۱	۱	
۱۴	۷۰	۹	۱۱	۷۱	۳	۹	۲۹	۰	۵	۱۹	۱۱	۴	
				۷۸	۸	۱۲	۳۰						

مداخلات نسبت به قبل از آن است. درحالی‌که کوچک‌ترین درصد تغییر متعلق به متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی است (۱/۶۳ درصد)، متغیر توجه و یادگیری، بیشترین درصد تغییر (۴۳/۱ درصد) را به خود اختصاص داده است. در نقطه مقابل، در گروه مداخله نما، میزان تغییر ایجاد شده به پای میزان تغییر گروه آزمایش نمی‌رسد (به‌استثنای متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی). با استفاده از فرمول‌های از پیش گفته شده نقاط برش (S_{diff}) در گروه آزمایش در متغیرهای مشکلات عمومی، توجه و یادگیری و

شاخص درصد تغییر در دو گروه مورد مطالعه در متغیرهای پژوهش با توجه به شیوه پیش‌گفته محاسبه گردید که در گروه آزمایش در متغیرهای مشکلات عمومی، توجه و یادگیری و تکانشگری/بیش‌فعالی به ترتیب برابر با ۱۶/۳ درصد، ۴۳/۱ درصد و ۱/۶۳ درصد و در گروه مداخله نما به ترتیب در همین متغیرها برابر با ۸/۸۳ درصد، ۲۰/۴ درصد و ۴/۳۴ درصد شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تمام درصدهای تغییر محاسبه‌شده برای گروه آزمایش حاکی از بهبود وضعیت کودکان در مرحله پس از

مرضی توجه و یادگیری تفاوت بین دو گروه اندک و در شدت نشانه‌های مرضی تکانشگری/بیش‌فعالی عدم تفاوت بالینی رخ داده است جدول (۳). در تباین با این نتایج با نگاهی دقیق‌تر به جدول (۳)، مشاهده می‌شود که علی‌رغم اینکه شدت نشانه‌های مرضی اعضا گروه مداخله نما نیز در تمام متغیرها در پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است، ولی این کاهش‌ها به اندازه گروه آزمایش نیست و همان‌گونه که در نتایج تحلیل واریانس تک متغیری مشاهده شد، مقدار F محاسبه شده برای گروه آزمایش حاکی از بهبود وضعیت کودکان در مرحله پس از مداخلات نسبت به قبل از آن است. درحالی که کوچک‌ترین مقدار F متعلق به متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی است، متغیر توجه و یادگیری، بیشترین اندازه اثر را به خود اختصاص داده است.

در نقطه مقابل، در گروه مداخله نما، میزان تغییر ایجادشده به پای میزان تغییر گروه آزمایش نمی‌رسد (به‌استثنای متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی). نتایج این پژوهش مبین این موضوع است که این مداخلات بر مشکلات عمومی این کودکان بیشتر از نشانه‌های اختصاصی اختلالشان مؤثر بوده است که هم‌راستا با نتایج پژوهش‌هایی است که این مداخلات بازی گونه را در بهبود مشکلات عمومی-رفتاری کودکان مؤثر دانسته‌اند (۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵) و از طرفی با نتایج پژوهش‌هایی (۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۷) که بازی‌درمانی را در کاهش نشانه‌های مرضی اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه به‌ویژه نشانه‌های بیش‌فعالی و تکانشگری مؤثر دانسته‌اند و یا کاهش مشکلات برونی‌سازی شده را مدعی شده‌اند چندان هم‌راستایی ندارد. می‌توان در تبیین نتایج بیان کرد که در این روش مشابه با سایر رویکردهای آموزش والدینی، تأکید بر اصلاح رفتار کودک نیست و والد به کودک اجازه تجربه و حتی اشتباه کردن را می‌دهد و نهایتاً اینکه کودک به همان‌گونه‌ای که هست پذیرفته می‌شود و از او انتظار نمی‌رود که فرد دیگری باشد. از طرف دیگر پیشینه پژوهشی، همان‌طور که ذکر شد، سودمندی این شیوه را در کاهش مشکلات رفتاری ازجمله مشکلات برون‌سازی شده نشان داده است. هرچند به نظر می‌رسد سهم درمان‌های دارویی در بعضی از مسائل، ازجمله تکانشگری و بیش‌فعالی پررنگ‌تر بوده است. می‌توان این‌گونه استنباط کرد، با توجه به محتوای مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک و ماهیت اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و مشابهت دو گروه در دریافت دارو؛ مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک تنها بر نشانه‌های مرضی توجه و یادگیری اثر درمانی قابل قبول گذاشته است که این اثر از دارودرمانی به‌تنهایی نیز بالاتر است.

هنگامی که سازگاری رفتاری کودکان از طریق بروز نشانه‌های اختلال رفتاری مختل می‌شود، به‌شدت تحت تأثیر فشارهای محیطی در خانواده قرار می‌گیرد. این فشار روانی، به‌طور عمده از طریق ایجاد تغییر در مقوله‌های اولیه، یعنی متأثر ساختن روابط والد-کودک اثر می‌گذارد. نمود فوری این موارد، افزایش رفتارهای آشکار نامطلوب مانند تکانشگری و فعالیت بیش‌ازاندازه است که بیش از مشکلات توجه، خانواده و فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بالطبع این موضوع، به‌کارگیری روش‌های آموزشی-

تکانشگری/بیش‌فعالی به ترتیب عبارت‌اند از ۴/۸۸، ۳/۰۰ و ۱/۸۲ و به ترتیب در همین متغیرها برای گروه مداخله نما عبارت بودند از ۵/۹۰، ۲/۰۰ و ۱/۶۸؛ که به کمک آن‌ها می‌توان معنی‌داری بالینی تغییراتی را که در هریک از آزمودنی‌های دو گروه روی داده است، تعیین کرد. میزان تغییر هر یک از آزمودنی‌ها در متغیرهای شاخص مشکلات عمومی، توجه و یادگیری و تکانشگری/بیش‌فعالی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در جدول (۵) نشان داده شده است. مقایسه میزان مذکور با استفاده از نقاط برش مطرح‌شده در سطور پیشین، مورد قضاوت قرار گرفت. نگاهی به ستون میزان تغییر هر آزمودنی نسبت به پیش‌آزمون در جدول (۵) نشان می‌دهد در شاخص مشکلات عمومی، میزان تغییر در ۱۱ نفر (۹۱/۶۶٪) از اعضاء گروه آزمایش و ۷ نفر (۵۳/۸۴٪) در گروه مداخله نما، به حدی بوده است که می‌توان آن را از لحاظ بالینی معنی‌دار تلقی کرد و به همین ترتیب در متغیر توجه و یادگیری میزان تغییر در ۷ نفر (۴۱/۶۶٪) از اعضاء گروه آزمایش در مقایسه با ۷ نفر (۵۳/۸۰٪) گروه مداخله نما به حدی بوده است که می‌توان آن را از لحاظ بالینی معنی‌دار تلقی کرد و در متغیر تکانشگری/بیش‌فعالی درحالی که میزان تغییر در هیچ‌یک (۰٪) از اعضاء گروه آزمایش به حد معناداری بالینی نرسیده است، در گروه مداخله نما، میزان تغییر تنها یک نفر (۱۶/۶۶٪) به حدی بوده است که می‌توان آن را از لحاظ بالینی معنی‌دار تلقی کرد. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت درحالی که شدت مشکلات عمومی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه مداخله نما، از نظر بالینی کاهش محسوس را نشان می‌دهد در شدت نشانه‌های مرضی توجه و یادگیری تفاوت بین دو گروه اندک و در شدت نشانه‌های مرضی تکانشگری/بیش‌فعالی عدم تفاوت بالینی رخ داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک بر شدت نشانه‌های مرضی اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کودکان ۸-۱۱ سال انجام گردید. از آنجاکه هر پژوهشی شرایط مکانی و زمانی خاصی را برای اجرا و کسب نتایج مطلوب دارد، تعمیم نتایج مطالعات مختلف هرچند که مشابه با همدیگر باشند کار بسیار دشواری است؛ اما از آنجاکه تلاش شده است در مطالعه حاضر با هماهنگ‌سازی روش‌های تحقیق و اجرای طرح و کنترل عوامل متعدد بر دقت نتایج افزوده شود تا حدی می‌توان با مقایسه نتایج این مطالعه، با یافته‌های پیشین در باب تأثیر مداخلات مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک بر کاهش شدت نشانه‌های مرضی کودکان اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه با احتیاط سخن به میان آورد.

علی‌رغم مشاهده تفاوت آماری معنادار در متغیرهای مشکلات عمومی و توجه و یادگیری (جدول ۳)، با بررسی دقیق‌تر و بررسی معناداری بالینی تغییرات مشاهده‌شده شدت مشکلات عمومی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه مداخله نما، از نظر آماری کاهش محسوس را نشان می‌دهد؛ در شدت نشانه‌های

نوبت، به کودک اجازه می‌دهد تا ضمن فهم و درونی سازی قواعد یا قوانین، خودش برای اعمال کنترل بر روی رفتارهای نامقبول خودش آماده شود. محققین این پژوهش لازم می‌دانند به نقش تکلیف «تعیین انتخاب‌های جایگزین برای رفتارهای نامتناسب با موقعیت کودک» نیز اشاره کنند. این رهنمود که ابتدا در جلسات چهارم و پنجم جهت استفاده در جلسات بازی و سپس در مرحله بعد در جلسات هفتم و هشتم جهت تعمیم به سایر موقعیت‌ها آموزش داده می‌شود، این فرصت را به کودک می‌دهد تا با تمرین خودکنترلی و تمرکز بر روی اهداف یا گزینه‌های رفتاری با پیامد مقبول به‌عنوان کانالی قابل قبول (هم از نظر کودک و هم از نظر والدین) به‌منظور تخلیه و ابراز احساسات و هیجانات (حتی هیجانات لحظه‌ای) و یا انجام رفتاری خاص، استفاده کند. در این حالت انتظار می‌رود که در کودک ضمن بهبود قدرت تمرکز و توجه، به کاهش رفتارهای تکانشی در او نیز کمک کند؛ که احتمالاً به زمان و تمرین بیشتری برای نائل شدن به این اهداف لازم بوده است. به نظر می‌رسد از آنجاکه این روش آینده‌نگر است و به توانایی بالقوه کودک جهت تغییر، به‌صورتی خود هدایتگر، توجه دارد؛ درحالی‌که اغلب روش‌های آموزش والدین، گذشته‌نگر بوده و بر اصلاح شیوه‌های رفتاری پیشین کودک تمرکز دارند و مدام به تکرار و یادآوری نکات منفی رفتاری وی می‌پردازند؛ درنتیجه محققین پژوهش حاضر عقیده دارند، ممکن است اثرات درمانی این شیوه در میان‌مدت و درازمدت برجسته شود و چون در این پژوهش پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان دوره مداخلات آموزشی اجرا شده است، در صورت اجرای پیگیری در فواصل زمانی طولانی‌تر، می‌توانسته نتایج متفاوتی را گزارش کند؛ و آخرین نکته در زمینه عدم معناداری نشانه‌های مرضی تکانشگری/بیش‌فعالی، باید به مسئله ابزار ارزیابی اشاره کنیم. پژوهشگران در ارزیابی نتایج حاصل از آموزش بر روی کاهش علائم کودکان، از روش‌های گزارش دهی والدینی استفاده می‌کنند و این در حالی است که ممکن است واقعاً در رفتار کودکان تغییرات معناداری حاصل نشده باشد ولی از آنجاکه والدین نسبت به اختلال کودک خودآگاهی یافته و تغییر نگرش داده‌اند، مشکلات رفتاری کمتری را از کودک خود گزارش کرده باشند یا برعکس والدین بر اساس باور ناکارآمد قبلی، همچنان با فاجعه سازی نشانگان مرضی، از مشاهده واقع‌بینانه تغییرات عاجز باشند. در همین زمینه می‌توان در پژوهش حاضر به محدودیت دیگری در ابزار سنجش نشانگان مرضی اشاره کرد و آن تعداد آیتم‌های کم سنجش‌کننده مستقیم خرده مقیاس تکانشگری است (با ۴ آیتم) که می‌تواند به کاهش توان آزمون بیانجامد و درنتیجه در نشان دادن تغییرات در این خرده مقیاس کم‌توان باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

تحقیق حاضر روی مادران (کودکان با گروه سنی ۸-۱۱ سال معادل دوران دبستان) با گستره تحصیلات پراکنده و همچنین با عدم مشارکت فعال پدران صورت گرفته است که درنتیجه تعمیم

درمانی با محوریت روابط مادر-کودک، بیش از هر چیز بر نشانگان بارز بیش‌فعالی و تکانشگری تأثیر می‌گذارد [۵۰]. علاوه بر این، به نظر می‌رسد، آگاه شدن از نیازهای کودک، اولین رهنمودی بوده است که والدین در این دوره آموزشی آموخته‌اند تا از مشکلات ناشی از اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه کودک خود تا حدی پیشگیری کنند. در تبیین نقش بازی با ساختار مشخص در مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک، باید ذکر کنیم که تغییر احساسی که کودک نسبت به خود پیدا می‌کند، تفاوت چشمگیری در رفتار وی به وجود می‌آورد؛ چراکه در طول زمان‌های خاص بازی می‌توان نوع دیگری از رابطه را با کودک ایجاد کرد و او نیز درمی‌یابد همان‌طور که هست، توانا، مهم، قابل درک و مقبول است. درواقع تصور محققین پژوهش حاضر بر این است، زمانی که والدین می‌آموزند که بر خود کودک متمرکز شوند نه بر مشکلاتش، کودک شروع به گونه‌ای دیگر رفتار کردن می‌کند؛ زیرا همان‌طوری رفتار می‌کند که فکر می‌کند و عملکردی که در موقعیت‌های متفاوت دارد مستقیماً با احساسی که در مورد خودش دارد مرتبط است و وقتی احساس بهتری نسبت به خودش داشته باشد به‌جای سرزنش و ملامت خود، روش‌های کارآمدتری برای رشد و بهبود خویش به کار خواهد بست. مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک باعث افزایش همدلی والدین، کاهش استرس والدگری، مستحکم‌تر شدن تعاملات والد-کودک شده و مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد [۳۰]. توجه مثبت والد به کودک و واکنش کارآمد در برابر رفتارها، الگوی مناسبی برای تمرکز و توجه فرد پدید آورده و درنهایت می‌تواند به او در کنترل علائم نقص توجه یاری رساند. در این راستا کالزاد و همکاران معتقدند والدین، به‌ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، اغلب نشانه‌های روشنی از حواس‌پرتی و کم‌توجهی در رفتارها و اعمال روزمره‌ی خود نشان داده و همانند الگویی برای کودکان خود عمل می‌کنند. آن‌ها عموماً بی‌توجه، بی‌نظم و فاقد سازمان‌دهی و برنامه در کار خود بوده و در اعمال رفتارهای والدینی، بی‌ثبات و متناقض عمل می‌کنند. همین امر باعث ایجاد رفتارهای بی‌توجهی در کودکانشان می‌شود. ازاین‌رو، آموزش روش‌های مؤثر برقراری نظم و انضباط به مادران با اصلاح رفتارها مادران، راهبردهای بسنده‌ای جهت کنترل مؤثر و بهبود علائم در اختیار وی قرار می‌دهد [۵۱]. به اعتقاد محققین پژوهش حاضر کلید تبیینی مهم دیگر این دوره که در فهم مکانیسم تغییر به‌ویژه در افزایش تمرکز کودکان مؤثر بوده است، مهارت محدودیت‌گذاری و انتخاب راه‌های جایگزین بوده است که طی جلسات دوم تا هشتم با تکالیف و نقش بازی‌های متنوع، مادران و کودکانشان به مهارت‌آموزی آن‌ها مشغول بوده‌اند. با توجه به فراخانی کوتاه‌تر توجه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، می‌توان به نقش جملات کوتاه چه از نوع انعکاسی و چه از نوع دستوری (ایجاد محدودیت و قوانین) در کمتر از ۱۰ کلمه اشاره کرد که می‌تواند به فهم بیشتر آن‌ها و درنتیجه اثرگذاری بیشتر بر کودک اشاره کنیم. تکرار محدودیت‌ها (قوانین) به‌آرامی و در چندین

بزرگسالان. ترجمه میر محمود میرنسب. تهران: انتشارات ارجمند.

۸. جورج ج. دوپل؛ استرن، گری (۱۳۸۸). اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی در مدرسه. ترجمه پروانه محمدخانی و سیروان اسمائی مجد. تهران: نشر دانش. صص ۲۶.

۹. کاکاوند، علی‌رضا (۱۳۸۵). اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (نظریه و درمان). کرج: نشر سرفراز. صص ۱۴۶.

10. Monastara, V.J. (2005). Electroencephalographic biofeedback as a treatment for attention deficit hyperactivity disorder : rational and empirical fundation. *Child and Adolescent of Clinical Psychiatric*, 14:PP.55-82.

۱۱. بخشایش، علی‌رضا؛ میرحسینی، راضیه سادات (۱۳۹۳). اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه (ADHD) و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره ۲۲، شماره ۶. صص ۱-۱۳.

12. Wells, K. C, Epstein, J. N, Hinshaw, S. P, et al. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6):PP.543-553.

13. Andries, C. Alizadeh, H. (2002). Interaction of parenting styles and family. *Journal of behavior therapy*. 24:PP.32-52.

۱۴. علیزاده، حمید (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه - فزون جنبشی، ویژگی‌ها و ارزیابی و درمان. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد.

15. Less, D.G, Ronan, K.R. (2007). Parent management training for solo mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. An effectiveness and multiple baseline evaluation. *Massey University Journal of Attention Disorder*, 51:PP.25-32.

16. Dopheide, J.A, Pliszka, S.R. (2009). Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update *Pharmacotherapy*. 29(6):PP.656-679.

۱۷. کاظمی، محمدرضا؛ محمدی، محمدرضا و آخوندزاده، شاهین (۱۳۹۰). مقایسه اثر دارویی آمانتادین و متیل فنیدیت در کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی دوسوکور. *فصلنامه پزشکی ابن‌سینا*، سال ۱۴ شماره ۳، مسلسل ۴۱. صص ۱۰-۱۶.

نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. عدم هم‌تاسازی جنسی در طرح پژوهشی، بررسی تأثیر جنسیت و تغییرات احتمالی درمانی را مقذور نساخت. عدم غربالگری سلامت روان شناختی والدین (به‌ویژه از نظر ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه) و عدم پیگیری نتایج درمان در فواصل متفاوت جهت رصد ثبات و یا تغییرات نتایج درمانی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است؛ کنترل این متغیرها در مطالعات آتی مفید فایده خواهد بود. لحاظ کردن ارتباط بین نوع اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و پاسخ به درمان و زمان تشخیص (تمایز بین افراد مبتلا با تشخیص و درمان زود و یا دیر) و سابقه ابتلا در خانواده به‌ویژه در والدین، توجه بیشتر به آموزش و استفاده از جلسات انفرادی در فواصل جلسات هفتگی جهت تقویت و تثبیت آموزش‌های گروهی و فراهم ساختن بهره‌گیری هر چه بهتر والدین، افزایش تعداد جلسات گروهی در مطالعات بعدی واجد دوره‌های پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت نتایج درمان در فواصل متفاوت جهت رصد ثبات نتایج درمانی می‌تواند راهگشا باشد.

منابع

1. Kilic, B. G, Sener A. (2005). Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Turk Psikiyatri Derg*, 16 (1):PP.21-28.
2. Matthew, J, Miller, R.B., Polson, D.M. (2005). Toward a standard of care child ADHD. *Journal of Abnormal Child*, 2:PP.9-11.
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2013). 5th edition. Arlington, VA., American Psychiatric Association.
۴. کنگرلو، مهناز؛ لطفی کاشانی، فرح و وزیر، شهرام (۱۳۹۱). تأثیر آموزش خانواده در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD). *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*، جلد ۲۲، شماره ۳، صص ۲۱۶-۲۲۰.
5. Young, S., Gudjonsson, G.H. 2005 Neuropsychological correlates of the YAQ-S and YAQ-I self-and informant. ADHD symptomatology emotional and social Problems and delinquent behavior. *British Journal of Clinical Psychology*, 44:PP.47-57.
6. Kaplan, H. I., Shaddocks, B. J. (2005). *Comprehensive text book of psychiatry*. 8th ed. Baltimore: William & Wilkins.
۷. کیت کانر، س. ل؛ جت، ج. ا. (۱۳۹۱). راهنمای تشخیص و درمان اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در کودکان و

۱۸. کاظمی، محمدرضا؛ محمدی، محمدرضا و آخوندزاده، شاهین (۱۳۹۰). مقایسه اثر دارویی آمانتادین و متیل فنیدیت در کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی دوسوکور. فصلنامه پزشکی ابن‌سینا، سال ۱۴ شماره ۳، مسلسل ۴۱. صص ۱۰-۱۶.
19. Landreth, G. L. (2002). *Play Therapy: The art of the relationship*, 2nd ed. New York: Routledge.
20. Landreth, G.L., Bratton, S.C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model*. New York: Routledge.
۲۱. دادستان، پریخ؛ بیات، مریم و عسگری، علی (۱۳۸۸). تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان، مجله علوم رفتاری. دوره ۳، شماره ۴. صص ۲۵۷-۲۶۴.
۲۲. بیرامی، منصور (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر بهداشت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها. اصول بهداشت روانی، دوره ۱۱، شماره ۲، پیاپی ۴۲. صص ۱۰۵-۱۱۴.
23. Paone, T. R., Douma, K. B. (2009). Child-centered play therapy with a seven-year-old boy diagnosed with intermittent explosive disorder. *International Journal of Play Therapy*, 18(1):PP.31-44.
24. Paone, T. R., Douma, K. B. (2009). Child-centered play therapy with a seven-year-old boy diagnosed with intermittent explosive disorder. *International Journal of Play Therapy*, 18(1):PP.31-44.
25. Kagan, S., Landreth, G. (2009). Short-term child-centered play therapy training with Israeli school counselors and teachers. *International Journal of Play Therapy*, 18(4):PP.207-216.
26. Baggerly, J., Jenkins, W. (2009). The effectiveness of child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 18(1):PP.45-55.
27. Aghaei, E., Pishghadam, E., Bayat, M., Abedi, A. (2014). Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on Reducing the Children's Physical Complaints and Improving Family Functioning. *The neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2 (S1):PP.43-43.
۲۸. جنتیان، سیما؛ نوری، ابوالقاسم؛ شفتی، سید عباس؛ مولوی، حسین و سماواتیان، حسین. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه در دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۶ شماره ۲. صص ۱۰۹-۱۱۸.
29. Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5):PP.628-635.
30. Moor, S. A. (2014) Impact of two-session model of child parent relationship training on parents of children diagnosed with ADHD. [Dissertation].The university of North Carolina: Charlotte.
31. Lindo, N. A., Akay, S., Sullivan, J. M., Meany-Walen, K. K. (2012). Child Parent Relationship Therapy: Exploring Parents' Perceptions of Intervention, Process, and Effectiveness. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(1):PP.51-61.
32. Ray, C., Schottelkorb, A. (2007). Play therapy with children exhibition symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Play Therapy*, 16(2):PP.95-111.
33. Sullivan, J. M. (2015). Parents of Children with High-Functioning Autism: Experiences in Child-Parent Relationship Therapy (CPRT). Ph.D of counseling [dissertation].University of Denton: Texas.
۳۴. مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قرایی، جواد (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، دوره جدید، جلد ۲، شماره ۷. صص ۳۳-۴۲.
35. Tew, K., Landreth, G., Joiner, K. D., Solt, M. D. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1):PP.79-100.
36. Kagan, S., Landreth, G. (2009). Short-term child - centered play therapy training with Israeli school counselors and teachers. *Journal of Play Therapy*, 18(4):PP.207-216.
37. Green, E. J., Crenshaw, D. A., Kolos, A. C. (2009). Conducting filial therapy with homeless

کانرز-فرم معلم. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره ۳، شماره ۱ و ۲. صص ۱-۲۶.

۴۸. اصغری مقدم، محمدعلی و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۳). روش معنادار بالینی تغییرات درمانی: ویژگی‌ها، شیوه محاسبه، تصمیم‌گیری و محدودیت‌ها. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). دوره جدید، جلد ۷، شماره ۱۰. صص ۱۹۱-۲۰۰.

۴۹. میکائیلی منبع، فرزانه و حقی، راشا (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی برنامه‌ی اصلاح الگوهای تعامل والد - کودک بر بهبود نشانگان کودکان مبتلا به بیش‌فعالی - نقص توجه. پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، جلد ۱۸ شماره ۵. صص ۲۱۳-۲۲۱.

50. Calzada E, Amiry A, Eyberg SM. (2005). Principles of psychotherapy with behavior problem children. In: Koocher GP, Norcross JC, Hill SS, editors. Psychologist's Desk Reference. 2nd Ed. New York: Oxford University Press. PP. 61-97.

parents. American Journal of Orthopsychiatry, 79(3):PP.366-374.

38. Grskovic, J. A, Goetze, H. (2008). Short-term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. International Journal of Play Therapy, 17(1) PP. 39-51.

39. Edwards, N. A., Ladner, J., White, J. A. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. International Journal of Play Therapy, 16(1):PP. 36-53.

۴۰. تکلوی سمیه (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری، مجله ناتوانی‌های یادگیری. دوره ۱، شماره ۱. صص ۴۴-۵۹.

41. Amiri, R., Alizadeh, S., Barkhi, M., DortajSani, S., Parvizian, F., Dehyadegary, E., Divsalar, P., Divsalar, K. (2015). Child parent relationship therapy (CPRT) on children's externalizing behaviour problems. Indian Journal of Fundamental and Applied Life Science, Vol.5 (1), pp. 2877-2882.

42. Achenbach, T.M, Rescolar, L.A. (2003) Manual for the ASEBA school age: Form and profiles. Burlington,VT: University of Vermont, College of psychiatry, PP.20-60.

۴۳. مینایی اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خود سنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، دوره ۶. شماره ۱ پایایی ۱۹. ۵۲۹-۵۵۸.

44. Achenbach, T., Edelbrock, C. (1991). Manual for the child behavior checklist. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

۴۵. شهبان، آمنه؛ شهیم، سیما؛ یوسفی فریده و بشاش، لعیا (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله. مطالعات روان‌شناختی، دوره ۳ شماره ۳. صص ۹۷-۱۲۰.

46. Conners, C. K., Epstein, J. N., March, J. S., et al (2001). Multimodel treatment of ADHD in MTA: An alternative outcome analysis. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40:159-167.

۴۷. شهیم، سیما؛ یوسفی، فریده و شهبان، آمنه (۱۳۸۶). هنجاریابی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی

پیش‌بینی خودکار آمدی و حرمت خود بر اساس خوددلسوزی

عباسعلی حسین خانزاده*^۱، محبوبه طاهر^۲، سیده زینت فلاح مرتضی‌نژاد^۳، سیده زهرا سیدنوری^۴

۱. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران.
۳. کارشناس ارشد روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، گیلان.

چکیده

مقدمه: خوددلسوزی یک مفهوم جدید در روان‌شناسی شخصیت است که بر اساس ایده‌های مورد بحث در عقاید بودایی پایه‌ریزی شده است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودکار آمدی و حرمت خود بر اساس خوددلسوزی انجام شده است.

روش: طرح پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به مقیاس‌های خوددلسوزی (نف، ۲۰۰۳)، خودکار آمدی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲) و حرمت خود (روزنبرگ، ۱۹۶۵) پاسخ دادند.

نتایج: نتیجه تحلیل همبستگی نشان داد خوددلسوزی با خودکار آمدی و حرمت خود، همبستگی مستقیم و معناداری دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد از بین خرده‌مقیاس‌های خوددلسوزی، دو خرده‌مقیاس خودداوری و خودمهربانی قادرند ۲۵ درصد از تغییرات خودکار آمدی را تبیین کنند. همچنین سه خرده‌مقیاس خودداوری، خودمهربانی و ویژگی مشترک انسانی قادرند ۱۳ درصد از تغییرات حرمت خود را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: نشان می‌دهد که خوددلسوزی در پیش‌بینی خودکار آمدی و حرمت خود دانشجویان اهمیت ویژه‌ای دارد.

کلیدواژه‌ها: خوددلسوزی، خودکار آمدی، حرمت خود.

*Email: abbaskhanzade@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۳۳-۴۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۰۲

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 33-42

مقدمه

فرد اجازه می‌دهد که تجربه‌های خود را بدون هیچ‌گونه تحریف مشاهده و درک کند [۷].

خوددلسوزی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد به این درک برسد که رفتارها، احساسات و افکار شخصی تحت تأثیر عوامل خارجی نظیر سابقه خانوادگی، فرهنگ، ژنتیک و سایر شرایط محیطی مثل رفتار و انتظارات دیگران است. درک این موضوع به فرد کمک می‌کند که نسبت به اشتباهاتش کمتر قضاوت منفی و پیش‌داوری داشته باشد. برای درک بهتر این موضوع می‌توان به این نکته فکر کرد که اگر انسان‌ها بر روی تمام اتفاقاتی‌های زندگی خود، کنترل داشتند چه تعداد افراد آگاهانه مشکلات مربوط به خشم و اعتیاد، ناتوانی ناشی از اضطراب اجتماعی، اختلال‌های تغذیه‌ای و نظایر آن را انتخاب می‌کردند. بسیاری از جنبه‌های زندگی نظیر شرایط بیرونی زندگی به انتخاب انسان نیست و ریشه در عوامل بی‌شماری (نظیر ژنتیک و شرایط محیطی) دارد که خود فرد کنترل بسیار کمی بر آن‌ها دارد. با درک وابستگی متقابل و غیرقابل اجتناب به شرایط زندگی متوجه می‌شویم که بسیاری از شکست‌ها و سختی‌های زندگی انسان‌ها بر اثر عوامل فردی اتفاق نمی‌افتد اما فرد می‌تواند نسبت به آن‌ها شناخت پیدا کند و با دلسوزی و قضاوت منصفانه با آن‌ها برخورد نماید [۵].

در واقع خوددلسوزی شکل سالم خودپذیری^۵ است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی‌مان است و با رفتارهای وابسته به سلامت مرتبط است [۸]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند خوددلسوزی با بسیاری از سازه‌های روان‌شناسی مثبت همبستگی مستقیم دارد [۹]. از جمله این سازه‌ها می‌توان به خودکارآمدی^۶ و حرمت خود^۷ اشاره کرد [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳]. خودکارآمدی و حرمت خود هر دو سازه‌های مثبت روان‌شناختی هستند که با سایر سازه‌های روان‌شناسی مثبت و سلامت همبستگی مستقیم دارند [۱۴].

نتایج پژوهشی که ایسکندر در ۲۰۰۹ روی ۳۹۰ نفر از دانشجویان انجام داد نشان داد خودکارآمدی با هر سه مؤلفه خوددلسوزی همبستگی مثبت دارد [۱۲]. واژه کارآمدی اشاره به توانایی تولید یک نتیجه مطلوب دارد و غالباً اصطلاح خودکارآمدی و خودکارآمدی ادراک‌شده به‌جای هم به کار می‌روند و هر دو به اعتقاد فرد به توانایی‌هایش برای موفقیت در یک زمینه اشاره دارد، خودکارآمدی یکی از جنبه‌های اصلی نظریه شناختی-اجتماعی بندورا^۸ است [۱۱]. شرر و مدوکس^۹، بیان می‌کنند که گاهی اوقات خودکارآمدی در حوزه‌ای خاص (از جمله خودکارآمدی تحصیلی، شغلی و سلامتی) درک می‌شود و گاهی اوقات به‌عنوان یک احساس عمومی در نظر گرفته می‌شود [۱۱]. در چهارچوب رویکرد شناختی-اجتماعی، بندورا خودکارآمدی را چنین تعریف کرده است: برداشتهایی که فرد از توانایی‌های خویش در انجام یک تکلیف خاص دارد، به‌گونه‌ای که تکلیف موردنظر به‌صورت مفید و

یکی از سازه‌های روان‌شناختی که اخیراً در روان‌شناسی غربی مفهوم‌پردازی شده است ولی ریشه‌اش به آیین بودا و سنت شرق برمی‌گردد خوددلسوزی^۱ است [۱]. هنگام احساس دلسوزی برای دیگران انسان باید به این نکته توجه کند که آن فرد در حال رنج بردن است، زمانی که ما به افراد آسیب دیده اجتماعی توجه می‌کنیم و به آن‌ها کمک می‌کنیم در واقع برای تجربه رنج ایشان احساس دلسوزی می‌کنیم [۲].

دلسوزی شامل درگیری احساسی با دیگران است به طوری که عاطفه فرد به رنج دیگری پاسخ می‌دهد. زمانی که چنین درگیری احساسی رخ دهد در آدمی احساس ملامت، غمخواری و تمایل به حمایت از فرد آسیب‌دیده ایجاد می‌شود. زمانی که دیگران اشتباه می‌کنند به جای آن‌ها که به قضاوت درباره آن‌ها پرداخته شود و با دیدگاه انتقادی و سخت‌گیرانه مورد بازخواست قرار گیرند نسبت به شرایط خارجی رخداد آن اشتباه بینش وجود داشته و با فرد آسیب‌دیده با ملامت رفتار می‌شود، در واقع زمانی که برای سایرین دلسوزی می‌کنیم در واقع فرآیند آسیب دیدن را می‌شناسیم، آن را درک می‌کنیم و می‌دانیم که کامل نبودن بخشی از تجربه‌های انسانی است [۳] و نباید بیش‌ازحد از یک انسان انتظار کامل بودن داشت [۲]. نف معتقد است خوددلسوزی به معنی رفتار کردن با خود به همین روشی است که هنگام دلسوزی برای دیگران با آن‌ها رفتار می‌کنیم [۴].

خوددلسوزی یعنی زمانی که تجربه بدی داشته‌ایم یا وظیفه مهمی را فراموش کرده‌ایم، به جای آن‌ها که رنج روانی‌مان را فراموش کنیم و با نامهربانی درباره خود قضاوت کنیم، دیدگاه ذهنی‌مان را به سمت این طرز فکر تغییر دهیم که چگونه می‌توان در شرایط سخت فعلی دست از انتقاد نمودن از خود برداشت و با انجام رفتارهای سازش‌یافته در شرایط فعلی از خود مراقبت کرد، در واقع خوددلسوزی به‌عنوان آگاهی از حالت هیجانی و فیزیکی خود، پذیرش این حالت‌ها بدون قضاوت، نگرش به رنج به‌عنوان بخش طبیعی شرایط بشری^۲ و با مهربانی با خود رفتار کردن^۳ است [۵]؛ بنابراین مؤلفه‌های اصلی خوددلسوزی شامل خودمهربانی یا مهربانی با خود، ویژگی مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی^۴ است [۱].

خودمهربانی شامل تغییر فعالانه تجربه رنج و درد از طریق با نرمی و حمایت‌گری با خود برخورد کردن است [۱]. ویژگی مشترک انسانی به این معنی است که فرد به جای آن‌ها که خود را در احساس ناکامی منحصره‌فرد بدانند، درک کند که تمام انسان‌ها آسیب‌پذیرند و شکست خوردن و بی‌کفایتی فردی بخشی از تجربه زندگی همه انسان‌ها است [۵]. ذهن‌آگاهی، شامل آگاهی لحظه‌به‌لحظه از آنچه در ذهن و بدن اتفاق می‌افتد و پذیرش آن‌ها (پذیرش بدون قضاوت) است [۶]. فرد ذهن‌آگاه به افکار و احساس‌های همان‌گونه که هست نگاه می‌کند. خوددلسوزی به

⁵ Self-acceptance

⁶ Self-efficacy

⁷ Self-esteem

⁸ Bandura

⁹ Sherer&Madux

¹ Self-compassion

² Common-humanity

³ Self-kindness

⁴ Mindfulness

[۱۰]، همچنین نف در این زمینه نشان داد که بین حرمت خود با خودشیفتگی ارتباط مثبت وجود دارد در صورتی که این ارتباط با خوددلسوزی وجود نداشت [۱۰]. این یافته از آن جهت مهم است که خودشیفتگی به‌عنوان یکی از پیامدهای خودانتقادی و خودارزیابی است و به‌عنوان نتیجه فرعی حرمت خود بالا محسوب می‌شود. در واقع حرمت خود ارتباط قوی با خودشیفتگی دارد در حالی که خوددلسوزی ارتباط قوی با خودارج‌نهی دارد که در مورد حرمت خود این ارتباط وجود ندارد [۲۲].

به‌طور کلی نف در ۲۰۰۹ و ۲۰۱۱ در آثار خود بیان می‌کند که حرمت خود یعنی احساس خوب بودن و این نیازمند بهتر بودن نسبت به دیگران است و این دردسرساز است زیرا تنها تعداد کمی از افراد می‌توانند به این مهم برسند [۲۳، ۵]. به دلیل کاهش حرمت خود به دلایل ارزیابی افراد، مهار کردن و گاهی انتظارات فرهنگی، نف رویکردی به نام خوددلسوزی را مطرح کرده است که از نظر کیفیتی متفاوت از حرمت خود است. حرمت خود گاهی اوقات تحت تأثیر عواملی چون شرایط اجتماعی - اقتصادی قرار دارد در حالی که خوددلسوزی کمتر تحت تأثیر موارد این چنینی قرار می‌گیرد بنابراین در مقایسه با حرمت خود، خوددلسوزی اندازه با ثبات تری از خودارزشمندی و بهزیستی در طول زمان به دست می‌دهد [۵].

با توجه به این که پژوهش در مورد خوددلسوزی نسبتاً جدید است و به دلیل اهمیت نقش سازه‌های روان‌شناسی مثبت در بهزیستی و ارتقا سلامت افراد و وجود پژوهش‌های محدود داخلی در زمینه خوددلسوزی، انجام پژوهشی در این حیطه ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودکارآمدی و حرمت خود بر اساس خوددلسوزی دانشجویان انجام شده است.

روش

نوع تحقیق، طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است.

آزمودنی

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه گیلان سه دانشکده فنی و مهندسی، دانشکده معماری و دانشکده ادبیات و علوم انسانی به تصادف انتخاب شدند و سپس ۵ کلاس از بین هر یک از این دانشکده‌ها به تصادف انتخاب شدند و تمامی دانشجویان ۱۵ کلاس مقیاس‌های پژوهش را تکمیل کردند. جهت تعیین حجم نمونه از میزان انحراف استاندارد و واریانس متغیرهای پژوهش حاضر در پژوهش‌های مشابه قبلی استفاده شد و تک تک متغیرها با توجه به پیشینه واریانس‌شان در نمونه دانشجویی مشابه و با توجه به سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد در فرمول تعیین حجم نمونه $(n = Z^2 s^2 / d^2)$ جای‌گذاری شدند و در نهایت حداکثر حجم محاسبه شده یعنی ۳۲۰ نفر انتخاب شدند و پس از جلب رضایت

مؤثر انجام شود یا سطح اعتمادی که یک فرد به توانایی خویش در انجام موفقیت‌آمیز برخی از فعالیت‌ها دارد [۱۵]؛ برخوردار از احساس خودکارآمدی موجب ایجاد ارتباط‌های اجتماعی مثبت و سالم می‌گردد، در حالی که عدم خودکارآمدی فرد را به رفتارهای اجتنابی می‌کشاند و این خود باعث محرومیت فرد از تقویت‌کننده‌های مثبت اجتماعی می‌شود [۱۶]. خودکارآمدی در اعمالی که فرد انتخاب می‌کند، میزان تلاشی که انجام می‌دهد، حس توانمندی در مقابل موانع، الگوهای فکری، سطح تنیدگی و پیشرفت نقش مهمی ایفا می‌کند [۱۷]. پژوهش نف نشان داده است که خوددلسوزی با شایستگی و خودمختاری همبستگی مثبت معناداری دارد [۴]. بیماران دارای دردهای عضلانی که خوددلسوزی بیشتری دارند بیشتر از خود مراقبت می‌کنند و معتقدند که از توانایی و کارآمدی مناسبی برای مقابله با بیماری خود برخوردار هستند، این بیماران احساس‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و حرمت خود بالاتری را گزارش می‌کنند [۱۳]. نف بین خوددلسوزی و حرمت خود، همبستگی مثبت قوی (۰/۵۹) به دست آورد [۱۰].

حرمت خود عبارت است از درجه تصویب، تأیید و ارزشی که شخص نسبت به خود احساس می‌کند و یا قضاوتی که فرد در مورد ارزشمندی خود دارد [۱۸]. حرمت خود یکی از عوامل تعیین‌کننده رفتار در انسان‌ها به شمار می‌رود به‌طوری‌که برداشت و قضاوتی که افراد از خود، دارند تعیین‌کننده چگونگی برخورد آن‌ها با مسائل مختلف است. فردی که حرمت خود پایین دارد و برای خود ارزش و احترامی قائل نیست، ممکن است دچار انزوا، گوشه‌گیری و یا پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی شود [۱۹]. از طرفی، طبق نظر مک‌اولی، می‌هالکو و بانه^۱ حرمت خود عاملی قطعی در روند تحول روانی فرد محسوب می‌شود و اثر برجسته‌ای در جریان فکری، احساس‌ها، تمایل‌ها، ارزش‌ها و هدف‌های وی دارد، هراندازه که فرد در کسب حرمت خود دچار شکست شود، دستخوش اضطراب، تزلزل روانی و بدگمانی نسبت به خود، حقیقت‌گریزی و احساس عدم کفایت از زندگی می‌گردد [۱]. فردی که از احساس حرمت خود بالایی برخوردار است به‌راحتی می‌تواند با تهدیدها و وقایع اضطراب‌آور زندگی بدون تجربه برانگیختگی منفی و ازهم‌پاشیدگی روانی مقابله نماید [۲۰]. به نظر کوپر اسمیت، افراد با حرمت خود بالا، رفتارها و افکار را به نحوی سازمان‌دهی می‌کند که هیجانانگیزتر مثبت می‌شود. کسانی که حرمت خود بالایی دارند، وقتی به‌طور تجربی و واقعی تحت فشار یا حال بد قرار می‌گیرند، گرایش به حل مسئله دارند و با تفکرات مثبت، احساس خود را بهتر می‌کنند و برعکس، کسانی که حرمت خود پایینی دارند به حال بد با فکرهای منفی پاسخ می‌دهند [۲۱].

ارتباط بین خوددلسوزی و حرمت خود نشان می‌دهد که افراد با خوددلسوزی بالا دارای احساس خوبی نسبت به خود و افراد با خوددلسوزی پایین دارای احساس بدی نسبت به خود هستند

^۱ Mcauley, Mihalko & Bane

روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۸ به دست آمد [۳۲]. این مقیاس با مقیاس حرمت خود کوپر اسمیت^۳ $r=0/61$ و افسردگی $r=-0/54$ همبستگی معناداری دارد [۳۱]. جوشن‌لو و قائدی (۱۳۸۷) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۳ گزارش کردند [۳۳]. اسپیر، کراور و بریج (۱۹۹۴) روایی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش کردند [۳۴]. گرینبرگر، چن، دمتریو و فراگیا (۲۰۰۳) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را بر روی ۸۷ دانشجو، ۰/۸۴ گزارش کردند [۳۵].

نتایج

از ۳۲۰ پرسشنامه توزیع شده در نهایت داده‌های ۳۰۴ پرسشنامه پس از حذف مقادیر پرت، وارد تحلیل شد. از این تعداد ۱۵۸ نفر، دانشجوی دختر و ۱۴۶ نفر، دانشجوی پسر هستند. میانگین سنی کل گروه نمونه ۲۱/۷۲ سال با انحراف استاندارد ۲/۷۰ است و میانگین سنی دانشجویان دختر و پسر به ترتیب ۲۱/۵۰ و ۲۱/۹۶ با انحراف استانداردهای ۲/۸۹ و ۲/۴۵ است. گروه نمونه پژوهش، از نظر وضعیت تأهل دارای ۲۷۷ نفر مجرد، ۲۵ نفر متأهل، یک نفر مطلقه و یک نفر متارکه است که نشان می‌دهد تقریباً ۹۱ درصد از افراد نمونه، مجرد هستند. از بین دانشجویان شرکت کننده در پژوهش ۸ نفر در رشته معماری، ۲ نفر کشاورزی، ۴ نفر علوم اجتماعی، ۲۷ نفر روانشناسی، ۲۲ نفر ادبیات انگلیسی، ۸ نفر مدیریت، یک نفر جغرافیا، یک نفر جامعه‌شناسی، ۹ نفر حقوق، ۳۳ نفر مشاوره، ۲ نفر علوم سیاسی، ۱۱ نفر ادبیات، ۲۲ نفر مکانیک، ۹۷ نفر در رشته‌های مهندسی تحصیل می‌کنند. ۵۷ نفر باقیمانده، اشاره‌ای به رشته تحصیلی خودشان نکرده‌اند. از کل نمونه، تنها ۴۳ نفر برابر با ۱۴ درصد، شاغل و بقیه در حدود ۸۶ درصد (۲۶۱ نفر) بیکار هستند. در جدول ۱، آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌گردد.

با توجه به جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین خوددلسوزی در دامنه صفر تا چهار؛ ۱/۹۷ با انحراف استاندارد ۰/۳۵ است. همچنین با توجه به میانگین و انحراف استاندارد شش خرده مقیاس خوددلسوزی، مشاهده می‌گردد که بالاترین میانگین مربوط به خرده‌مقیاس‌های انزوا و بیش‌همانندسازی (۲/۰۷) و کمترین میانگین مربوط به خرده‌مقیاس ویژگی مشترک انسانی (۱/۷۲) است. میانگین خودکارآمدی در دامنه ۱ تا ۵؛ برابر با ۲/۳۸ با انحراف استاندارد ۰/۶۵ است. همچنین میانگین حرمت‌خود در دامنه ۱۰ تا ۱۰۰- برابر با ۴/۰۴ با انحراف استاندارد ۵/۹۸ به دست آمد. همچنین همبستگی مشاهده شده بین خوددلسوزی با خود-کارآمدی، مستقیم و معنادار است ($r=0/29$, $p<0/01$). همبستگی مشاهده شده بین خوددلسوزی و حرمت‌خود هم مثبت و معنادار است ($r=0/37$, $p<0/01$). در جدول ۲، همبستگی بین متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه دانشجویان دختر و پسر ارائه شده است.

اساتید برای ورود به کلاس و توضیح هدف پژوهش از شرکت‌کنندگان خواسته شد در صورت تمایل مقیاس‌های پژوهش را کامل کنند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های زیر استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

۱. **مقیاس خوددلسوزی:** این مقیاس ۲۶ گویه‌ای توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شده است و دارای ۶ خرده‌مقیاس خودمهربانی، خودداوری، ویژگی مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و بیش‌همانندسازی است که در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (تقریباً هرگز = ۰ تا تقریباً همیشه = ۴) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد [۴]. پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند که ۶ خرده‌مقیاس آن همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تأییدی نشان داده‌اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌کند. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۹۳ است [۱۰]. در مطالعه نف و همکاران (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در تایلند و تایوان ۰/۸۶ و در آمریکا ۰/۹۵ گزارش شده است [۹]. در مطالعه بشریور و عیسی‌زادگان (۱۳۹۱) خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۶۱ برای بیش‌همانندسازی تا ۰/۸۹ برای ذهن‌آگاهی به دست آمد [۲۴]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ خوددلسوزی ۰/۶۵ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های خودمهربانی، خودداوری و ویژگی مشترک انسانی به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۵۵ و ۰/۵۸ بود.

۲. **پرسشنامه خودکارآمدی عمومی:** این مقیاس توسط شرر و مدوکس^۱ (۱۹۸۲) ساخته شده است و شامل ۱۷ گویه است و در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱=کاملاً موافق، ۵=کاملاً مخالف) و گویه‌های شماره ۱، ۳، ۸، ۱۳، ۹، ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره‌ای که افراد می‌توانند در این مقیاس به دست آورند ۱۷ و حداکثر آن ۸۵ است [۲۵]. علی‌نیکارویی (۱۳۸۲) در پژوهش خود، آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۸ به دست آورد [۲۶]. پایایی این ابزار در پژوهش گنجی‌ارجنگی و فراهانی (۱۳۸۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد و روایی محتوایی آن نیز مناسب گزارش شد [۲۷]. همچنین اصغرنژاد (۱۳۸۵) روایی ملاکی این مقیاس را در سطح بالایی گزارش کرده است [۲۸]. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۶ و وودروف و کاشمن (۱۹۹۳) اعتبار آن را ۰/۸۴ و روایی آن را مناسب گزارش کردند [۲۹، ۳۰].

۳. **مقیاس حرمت خود:** این مقیاس توسط روزنبرگ^۲ (۱۹۷۹) طراحی شده است و شامل ۱۰ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (خیلی موافقم: ۳، تاحدی موافقم: ۲، تاحدی مخالفم: ۱ و خیلی مخالفم: ۰) به ارزیابی نظر پاسخگویان در مورد ارزشمندی خودشان می‌پردازد. گویه‌های شماره ۸، ۶، ۵، ۲، ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود [۳۱]. پایایی این پرسشنامه با دو

¹ Scherer & Maddox

² Rosenberg

³ Cooper Smith

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، ضرایب همبستگی بین متغیرها و ضرایب اعتبار مقیاس‌ها (n=۳۰۴, df=۳۰۳)

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۱,۱	۱,۲	۱,۳	۱,۴	۱,۵	۱,۶	۲	۳
۱. خوددلسوزی	۱/۹۷	۰/۳۵	۰/۶۵								
۱,۱. خودمهربانی	۲/۰۱	۰/۵۷	۰/۶۸**	۰/۶۴							
۱,۲. خودداوری	۱/۹۵	۰/۶۰	۰/۶۱**	۰/۴۰**	۰/۵۵						
۱,۳. ویژگی مشترک انسانی	۱/۷۲	۰/۴۸	۰/۵۸**	۰/۲۳**	۰/۳۳**	۰/۵۸					
۱,۴. انزوا	۲/۰۷	۰/۵۷	۰/۶۰**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۳۱**	۰/۵۱				
۱,۵. ذهن آگاهی	۱/۹۷	۰/۵۹	۰/۵۵**	۰/۲۱**	۰/۱۳*	۰/۲۵**	۰/۱۴*	۰/۴۸			
۱,۶. بیش همانند سازی	۲/۰۷	۰/۶۴	۰/۵۹**	۰/۳۳**	۰/۱۰	۰/۱۵**	۰/۱۹**	۰/۲۵**	۰/۶۲		
۲. خودکارآمدی	۲/۳۸	۰/۶۵	۰/۲۹**	۰/۳۲**	۰/۳۲**	۰/۰۶	۰/۱۳*	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۸۶	
۳. حرمت خود	۴/۰۴	۵/۹۸	۰/۳۷**	۰/۲۵**	۰/۲۶**	۰/۲۹**	۰/۲۳**	۰/۱۲*	۰/۱۹**	۰/۳۱**	۰/۸۰

توجه: ضرایب اعتبار ابزارها روی قطر فرعی قرار گرفته است. *p<0.05, **p<0.01

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرها به تفکیک جنسیت

متغیرها	۱	۱,۱	۲,۱	۳,۱	۴,۱	۵,۱	۶,۱	۲	۳
۱. خوددلسوزی	-	۰/۶۹**	۰/۶۹**	۰/۵۴**	۰/۶۳**	۰/۴۵**	۰/۶۲**	۰/۲۰**	۰/۳۱**
۱,۱. خود مهربانی	۰/۶۷**	-	۰/۴۳**	۰/۱۶	۰/۳۷**	۰/۰۹	۰/۳۹**	۰/۲۴**	۰/۲۱*
۱,۲. خود داوری	۰/۶۶**	۰/۳۸**	-	۰/۲۵**	۰/۲۹**	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۲۶**	۰/۲۷**
۱,۳. ویژگی مشترک انسانی	۰/۶۳**	۰/۳۰**	۰/۳۹**	-	۰/۲۶**	۰/۱۲	۰/۲۳**	۰/۰۱	۰/۲۹**
۱,۴. انزوا	۰/۵۸**	۰/۲۲**	۰/۲۵**	۰/۳۵**	-	۰/۰۷	۰/۲۱*	۰/۱۲	۰/۲۹**
۱,۵. ذهن آگاهی	۰/۶۵**	۰/۳۲**	۰/۱۷*	۰/۳۶**	۰/۲۳**	-	۰/۱۸*	۰/۰۳	۰/۲۱*
۱,۶. بیش همانند سازی	۰/۵۶**	۰/۲۹**	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۱۸*	۰/۳۳**	-	۰/۰۴	۰/۱۶
۲. خود کار آمدی	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۱۱	۰/۱۶*	۰/۱۱	۰/۱۸*	-	۰/۳۲**
۳. حرمت خود	۰/۴۲**	۰/۲۸**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۲۶**	۰/۲۲**	۰/۲۳**	۰/۳۰**	-

توجه: ضرایب همبستگی در گروه دختران (n=۱۵۸) در پایین قطر اصلی و ضرایب همبستگی گروه پسران (n=۱۴۶) در بالا قرار گرفته است. *p<0.05, **p<0.01

جهت تعیین خرده‌مقیاس‌های خوددلسوزی که بیشترین ضریب پیش‌بینی را ارائه می‌دهند از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نرمال بودن توزیع متغیرهای اصلی و خرده‌مقیاسها با استفاده از آزمون کالومگروف اسمیرنف^۱ مورد بررسی قرار گرفت که آماره‌های حاصل در دامنه ۰,۷۰ تا ۱,۰۲ قرار دارند و معنادار نیستند (p>۰,۰۵) در نتیجه توزیع متغیرهای پژوهش، مشابه با توزیع نرمال است. برای بررسی هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای ملاک و پیش‌بین با توجه به ماتریس‌های همبستگی جدول ۲، مشاهده می‌گردد که همبستگی بسیار بالا (R>۰,۷۵) بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک وجود ندارد؛ بنابراین مفروضه عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها برقرار است. همچنین مقدار شاخص وضعیت^۲ (۱,۲۷<CI<۱) کمتر از ۳۰ و عامل تورم واریانس^۳ (۱,۳۱<VIF<۱,۰۲) کمتر از ۲، تأییدی بر عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهاست. روابط خطی بین متغیرها از طریق نمودارهای پراکنش به تفکیک متغیرهای پیش‌بین (خرده‌مقیاس‌های خوددلسوزی) در مقابل متغیرهای وابسته (خودکارآمدی و حرمت خود) به همراه خط رگرسیون ترسیم گردید. واریانس نمودارها نشان داد که روابط بین متغیرها خطی است. برای بررسی مفروضه خطی بودن توزیع پس‌ماندها از نمودار پراکنش احتمال تجمعی مقادیر مورد انتظار در مقابل مقادیر مشاهده شده

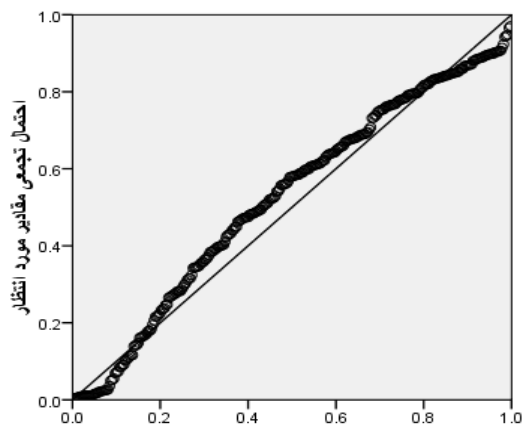
با توجه به نتایج مندرج در جدول ۲ مشاهده می‌گردد که خوددلسوزی در هر دو گروه دانشجویان دختر (I=۰/۳۶, ۰/۰۱) و پسر (I=۰/۲۰, ۰/۰۱) همبستگی مستقیم و معناداری با خودکارآمدی دارد. همچنین بین خوددلسوزی و حرمت خود هم در دو گروه دختران (I=۰/۴۲, ۰/۰۱) و پسران (I=۰/۳۱, ۰/۰۱) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در گروه دانشجویان دختر، از میان ۶ خرده‌مقیاس خوددلسوزی، ۴ خرده‌مقیاس خودمهربانی (I=۰/۳۸, ۰/۰۱)، خودداوری (I=۰/۳۷, ۰/۰۱)، انزوا (I=۰/۱۶, ۰/۰۵) و بیش‌همانندسازی (I=۰/۳۳, ۰/۰۱) همبستگی مثبت و معناداری با خودکارآمدی دارند. در گروه دانشجویان پسر، از میان ۶ خرده‌مقیاس خوددلسوزی، ۲ خرده‌مقیاس خودمهربانی (I=۰/۲۴, ۰/۰۱) و خودداوری (I=۰/۲۶, ۰/۰۱) همبستگی مثبت و معناداری با خودکارآمدی دارند. به علاوه در گروه دانشجویان دختر، حرمت خود با هر ۶ خرده‌مقیاس خوددلسوزی که عبارتند از خودمهربانی (I=۰/۲۸, ۰/۰۱)، خودداوری (I=۰/۲۶, ۰/۰۱)، ویژگی مشترک انسانی (I=۰/۳۰, ۰/۰۱)، انزوا (I=۰/۲۶, ۰/۰۱)، ذهن آگاهی (I=۰/۲۲, ۰/۰۱) و بیش‌همانندسازی (I=۰/۲۳, ۰/۰۱) همبستگی مثبت و معنادار دارد. در گروه دانشجویان پسر، از میان ۶ خرده‌مقیاس خوددلسوزی، ۵ خرده‌مقیاس خودمهربانی (I=۰/۲۱, ۰/۰۱)، خودداوری (I=۰/۲۷, ۰/۰۱)، ویژگی مشترک انسانی (I=۰/۲۹, ۰/۰۱) و انزوا (I=۰/۲۹, ۰/۰۱) و ذهن آگاهی (I=۰/۲۱, ۰/۰۱) همبستگی مثبت و معنادار با حرمت خود دارند.

^۱ Kolmogorov-Smirnov^۲ Condition Index^۳ Variance Inflation Factor

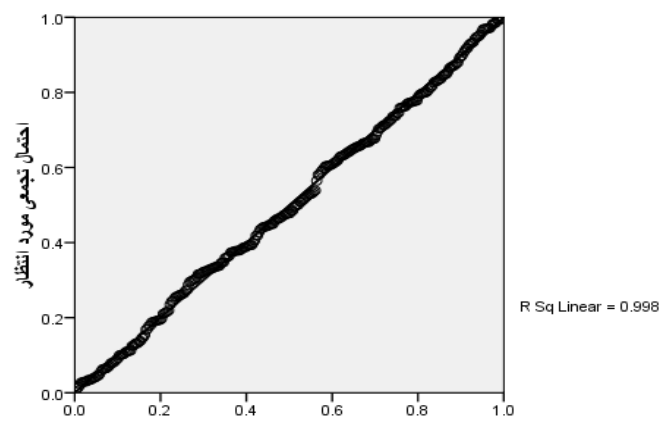
بینی حرمت خود به دست آمد که حاکی از عدم همبستگی بین مقادیر پس‌ماندهاست. در ادامه ابتدا نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام پیش بینی خودکارآمدی و حرمت خود ارائه شده است.

استفاده شد و نمودار ۱، نشان می‌دهد که نمودارهای پراکنش احتمال تجمعی متغیرهای وابسته دارای شیب ۴۵ درجه هستند. با توجه به خطی بودن توزیع پس‌ماندها، برای بررسی عدم همبستگی پس‌ماندها؛ آماره دوربین - واتسون محاسبه شد که معادل با ۱/۶۷ برای پیش بینی خودکارآمدی و ۱،۹۱ برای پیش

حرمت خود



خود کار آمدی



نمودار ۱، نمودارهای احتمال تجمعی مقادیر باقیمانده استاندارد شده برای متغیرهای وابسته

جدول ۳. ضرایب استاندارد در مدل گام‌به‌گام پیش‌بینی خودکارآمدی

مدل	متغیرها	beta	Std.E	R ²	Δ R ²	t	F
۱	خودمهربانی	۰/۳۲	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۱۰	۵/۹۰**	۳۴/۸۱**
۲	خودمهربانی	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۱۵	۰/۰۵	۳/۹۸**	۲۵/۸۱**
	خودداوری	۰/۲۳	۰/۰۶			۳/۸۹**	

**p<0.01

پیش‌بینی دارد که در کنار خودمهربانی (t=۳/۰، ۹۸/۰۱) توانپیش‌بینی خودکارآمدی را ۵ درصد افزایش داده است (R²=۰/۱۵). هر یک انحراف معیار تغییر در خودداوری با ۰/۲۳ انحراف افزایش خودکارآمدی همراه است (p<۰/۰۱، F_(۳,۳۳)=۲۵/۸۱). بنابراین معادله رگرسیون برای پیش‌بینی خودکارآمدی به صورت زیر است:

خود داوری (۰/۲۳) + خود مهربانی (۰/۲۳) = خودکارآمدی
 در جدول زیر ضرایب رگرسیون گام‌به‌گام پیش‌بینی حرمت-خود با کمک خرده‌مقیاس‌های خوددلسوزی ارائه شده است.

با توجه به جدول ۳، خودکارآمدی در مدل گام‌به‌گام به وسیله خرده‌مقیاس‌های خوددلسوزی، پیش‌بینی می‌گردد. در اولین مدل خودمهربانی (t=۵/۰، ۹۰/۰۱) از بین ۶ خرده‌مقیاس خوددلسوزیمی‌تواند، خودکارآمدی را به طور معنادار پیش‌بینی کند (p<۰/۰۱، F_(۱,۳۳)=۳۴/۸۱) به گونه‌ای که با یک انحراف معیار تغییر در متغیر خودمهربانی، متغیر خودکارآمدی ۰/۳۲ انحراف معیار افزایش می‌یابد. توان پیش‌بین خودمهربانی در این مدل در حدود ۱۰ درصد است (R²=۰/۱۰). در مدل دوم، خودداوری (t=۳/۰، ۸۹/۰۱) در مقایسه با سایر متغیرها قدرت

جدول ۴. ضرایب استاندارد در مدل گام‌به‌گام پیش‌بینی حرمت خود

مد	متغیرها	beta	Std.E	R ²	Δ R ²	t	F
۱	ویژگی مشترک انسانی	۰/۲۹	۰/۶۹	۰/۰۹	۰/۰۹	۵/۳۷**	۲۸/۷۹**
۲	ویژگی مشترک انسانی	۰/۲۵	۰/۶۹	۰/۱۲	۰/۰۳	۴/۵۱**	۲۰/۹۹**
	خودمهربانی	۰/۱۹	۰/۵۷			۳/۴۸**	
۳	ویژگی مشترک انسانی	۰/۲۲	۰/۷۲	۰/۱۳	۰/۰۱	۳/۸۲**	۱۵/۷۲**
	خودمهربانی	۰/۱۵	۰/۶۲			۲/۵۲**	
	خودداوری	۰/۱۳	۰/۶۰			۲/۱۶**	

**p<0.01

[۹]. یکی از ویژگی‌های اصلی که در افراد خوددلسوز وجود دارد این است که وقتی این افراد متوجه ویژگی در وجود خودشان می‌شوند که آن را دوست ندارند قضاوت سخت‌گیرانه و منتقدانه نسبت به خود ندارند، اهمیت این نکته در این است که خودانتقادی پیش‌بینی‌کننده قوی تنیدگی‌های روان‌شناختی است [۱۲]. علاوه بر این، افراد خوددلسوز با آگاهی از حالت هیجانی و فیزیکی خود زمانی که شرایط بدی را تجربه می‌کنند یا وظیفه مهمی را فراموش کرده‌اند، به‌جای آن‌که رنج روانی‌شان را فراموش کنند و با نامهربانی درباره خود قضاوت کنند، دیدگاه ذهنی‌شان را به سمت این طرز فکر تغییر می‌دهند که چگونه می‌توان در شرایط سخت فعلی دست از انتقاد نمودن از خود برداشت و با انجام رفتارهای سازش‌یافته، با مهربانی و گرمی از خود مراقبت نمود [۵]؛ بنابراین افراد خوددلسوز هیجان‌های مثبت بیشتر و هیجان‌های منفی کمتری را تجربه می‌کنند و این به افزایش خودکارآمدی کمک می‌کند.

خودمهربانی شامل تغییر فعالانه تجربه رنج و درد از طریق با نرمی و حمایت‌گری با خود برخورد کردن است [۱۱]؛ بنابراین فردی که با مهربانی با خود برخورد می‌کند اعتماد بیشتری به توانایی‌های خود برای انجام موفقیت‌آمیز فعالیت‌ها دارد. داوری افراد خوددلسوز در مورد خودشان در جهت‌گیری است که هنگام ارزیابی خود بیشتر شایستگی‌های خود را تأیید می‌کنند و با وجود آگاهی نسبت به ضعف‌هایشان و پذیرش آن‌ها بر نارسایی‌هایشان تأکید نمی‌کنند. چنین دیدگاهی سبب می‌شود فرد خود را در برابر شکست‌ها، از دست دادن‌ها و جا ماندن از ایده‌آل‌ها سرزنش ننماید و همچنان احساس توانمندی و خودکارآمدی را تجربه کند. چنین دیدگاهی در یک فرد خوددلسوز نشان‌دهنده این است که وی با خود صادق بوده، ماهیت انسانی خود را پذیرفته و اشتباه را ویژگی مشترک تمامی انسان‌ها می‌داند و این خودکارآمدی را ارتقا می‌بخشد. افراد خوددلسوز در مواقع سخت و چالش‌برانگیز زندگی نشخوار فکری و نگرانی کم‌تری دارند، این امر می‌تواند سبب شود که در برخورد با مسائل از سبک‌های کارآمدتر استفاده کنند و این خود به افزایش خودکارآمدی آن‌ها کمک می‌کند.

نتیجه تحلیل همبستگی بین خوددلسوزی با حرمت خود نشان داد بین این دو متغیر نیز همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (از جمله نف، ۲۰۰۳؛ کرک‌پاتریک^۱، ۲۰۰۵؛ نف، ۲۰۱۱) که نشان دادند بین خوددلسوزی و حرمت خود همبستگی مثبت وجود دارد همسو است [۵، ۳۶، ۱۰]. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد از بین خرده‌مقیاس‌های خوددلسوزی سه خرده‌مقیاس خودداوری، خودمهربانی و ویژگی مشترک انسانی قادر به پیش‌بینی حرمت خود هستند.

از آنجایی که فرد خوددلسوز دیدگاه متعادلی نسبت به احساس‌های منفی‌اش پیش می‌گیرد و این احساس‌ها نه به‌طور

با توجه به جدول ۴، حرمت خود در ۳ مدل گام‌به‌گام به وسیله خرده‌مقیاس‌های خوددلسوزی، پیش‌بینی می‌گردد. در اولین مدل ویژگی مشترک انسانی ($t=5/0,37/01$) از بین ۶ خرده‌مقیاس خوددلسوزی می‌تواند، خودکارآمدی را به‌طور معنادار پیش‌بینی کند ($f_{(1,3,3)}=28/79, p<0/01$)، به گونه‌ای که با یک انحراف معیار تغییر در متغیر ویژگی مشترک انسانی، متغیر حرمت خود ۰/۲۹ انحراف معیار افزایش می‌یابد. توان پیش‌بین ویژگی مشترک انسانی در این مدل در حدود ۹ درصد است ($R^2=0/09$).

در مدل دوم، خودمهربانی ($t=3/48, 0/01$) در مقایسه با سایر متغیرها قدرت پیش‌بینی‌بهرتری دارد که در کنار ویژگی مشترک انسانی ($t=4/0, 51/01$) توان پیش‌بینی حرمت خود را ۳ درصد افزایش داده است ($R^2=0,12$). هر یک انحراف معیار تغییر در خودمهربانی با ۰/۱۹ انحراف افزایش حرمت خود همراه است ($f_{(3,3,3)}=20/99, p<0/01$). در مدل سوم، خودداوری ($t=2/0, 16/01$) هم در کنار ویژگی مشترک انسانی ($t=3/0, 82/01$) و خود مهربانی ($t=2/0, 0/01$)، قابلیت پیش‌بینی معنادار حرمت خود را دارد ($f_{(3,3,3)}=15/72, p<0/01$) به گونه‌ای که هر یک انحراف معیار افزایش در خود داوری با ۰/۱۳ انحراف افزایش در حرمت خود همراه است. توان پیش‌بینی این مدل به اندازه یک درصد افزایش داشته است ($R^2=0/13$)؛ بنابراین معادله رگرسیون برای پیش‌بینی حرمت خود به‌صورت زیر است:

خودداوری (۰/۱۳) + خودمهربانی (۰/۱۵) + ویژگی مشترک انسانی (۰/۲۲) = حرمت خود

بحث و نتیجه‌گیری

در روان‌شناسی معاصر بر پژوهش در حوزه روان‌شناسی مثبت و توانمندی‌های انسان تأکید بسیاری می‌شود. یکی از متغیرهای نوظهور در حوزه روان‌شناسی مثبت، مفهوم خوددلسوزی است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش خوددلسوزی در تبیین خودکارآمدی و حرمت خود انجام شد.

نتیجه آزمون همبستگی پیرسون نشان داد رابطه بین خوددلسوزی با خودکارآمدی هم در کل افراد نمونه و هم به تفکیک جنسیت مثبت و معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش اسکندر در ۲۰۰۹ که نشان داد بین خودکارآمدی با هر سه مؤلفه خوددلسوزی (خودمهربانی، خودداوری و ویژگی مشترک انسانی) همبستگی مثبت وجود دارد، نتیجه پژوهش چارلز در ۲۰۱۰ و نتیجه پژوهش نف در ۲۰۰۳ که نشان داد خوددلسوزی با شایستگی و خودمختاری همبستگی مثبت دارد همسو است [۱۲، ۱۱، ۱۰]. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد از بین خرده‌مقیاس‌های خوددلسوزی دو خرده‌مقیاس خودداوری و خودمهربانی قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی هستند.

افراد خوددلسوز توانمندی‌های روان‌شناختی بسیاری مثل احساس خشودگی، خوش‌بینی و عاطفه مثبت نشان می‌دهند

^۱ Kirkpatrick

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز رو به رو بوده است از جمله: نمونه پژوهش، محدود به جامعه دانشجویان دانشگاه گیلان بود. همچنین جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی انجام شده است که این گزارش‌ها به دلیل دفاع-های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش-های آینده از جامعه غیردانشجویی نیز نمونه‌هایی انتخاب شود و مورد بررسی قرار گیرد و از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مثل مصاحبه و مشاهده کمک گرفته شود تا به تعمق یافته‌ها افزوده شود. با توجه به این که متغیر خوددلسوزی متغیری نسبتاً جدید در حیطه پژوهش‌های روان‌شناختی است در مباحث روان-شناختی پیشینه زیادی در مورد این متغیر وجود ندارد بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی به رابطه این متغیر با سایر متغیرهای روان‌شناختی بپردازند تا دید وسیع‌تری درباره این متغیر و متغیرهای همسایه‌اش به دست آوریم.

قدردانی

از تمامی دانشجویان دانشگاه گیلان و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش یاریگر ما بودند سپاسگزاریم.

منابع

1. Newby, K. (2014). The Effects of Yoga with Meditation (YWM) on Self-Criticism, Self-Compassion, and Mindfulness, dissertation for the Degree of Doctor of Psychology, Philadelphia College of Osteopathic Medicine Department of Psychology.
2. Germer, C. K. (2009). The mindful path to self-compassion. *Aerobic exercise and self-esteem in children*, 24, 127-135.
3. Roxas, M. David, A., & Caligner, E. (2014). Examining the relation of compassion forgiveness among Filipino counselors. *Asian Journal of Social Sciences & Humanities*, 3, 53-62.
4. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
5. Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1-12.

اغراق‌آمیز مورد توجه قرار می‌گیرند و نه سرکوب می‌شوند [۹] بنابراین زمانی که به ارزیابی ارزشمندی خود می‌پردازد به جای آن که رنجی را که متحمل شده است نادیده بگیرد یا خود را به باد انتقاد بگیرد، نسبت به خودش مهربان است و خود را درک می‌کند و به این ترتیب کارکردهای خوددلسوزی به‌عنوان ضربه-گیری در برابر تهدید حرمت خود عمل می‌کنند [۲۳] بنابراین در افرادی که خوددلسوزی بیشتری دارند حرمت خود نیز بیشتر است. اگر فرد به جای اینکه در مورد خودش قضاوت منفی کند، با خودش با مهربانی برخورد کند کمتر احتمال دارد که به خودش چیزهایی مثل این جملات را بگوید: تو به اندازه کافی خوب نیستی و موفق نخواهی شد. همچنین شخصی که تنوع را در تجربه‌های بشری می‌بیند می‌تواند درک کند که او همان‌قدر ناتوان است که سایر افراد هم ناتوان هستند و این که مشکلات و دشواری بیانگر فقدان توانایی نیست [۱۱]. فرد خوددلسوز به جای آن که خود را در احساس ناکامی منحصر به فرد بداند، درک می‌کند که تمام انسان‌ها آسیب‌پذیرند و شکست خوردن و بی‌کفایتی فردی بخشی از تجربه زندگی همه انسان‌ها است [۵]. خوددلسوزی به افراد کمک می‌کند بدون این که در هیجان‌های منفی غرق شوند وظیفه خود در وقایع منفی را بدانند [۳۷]؛ و این به تجربه احساس خودارزشمندی و حرمت خود بیشتر در فرد کمک می‌کند. البته در مقایسه با حرمت خود، خوددلسوزی اندازه باثبات‌تری از خودارزشمندی و بهزیستی در طول زمان به دست می‌دهد [۵] و خوددلسوزی صفتی باثبات‌تر از حرمت خود است [۱۱].

انسان‌ها همیشه نمی‌توانند آن طور که به نظرشان ایده‌آل است، باشند یا آن چیزی را که می‌خواهند به دست بیاورند. زمانی که این واقعیت نادیده گرفته می‌شود، رنج ناشی از ناکامی به شکل تنیدگی، ناامیدی، کاهش حرمت خود و خودکارآمدی بروز پیدا می‌کند؛ اما در یک فرد خوددلسوز زمانی که وی آسیب می‌بیند، شکست می‌خورد یا احساس بی‌کفایتی می‌کند به جای آن که رنجی را که متحمل شده است نادیده بگیرد یا خود را به باد انتقاد بگیرد، نسبت به خودش مهربان است و خود را درک می‌نماید و واقعیت را با مهربانی و همدلی می‌پذیرد و چنین فردی آرامش روانی بیشتری را تجربه می‌کند [۵] و همراه با این آرامش روانی هیجان‌های مثبت افزایش می‌یابد و فرد احساس خوبی را نسبت به خود تجربه می‌کند و از خود در برابر تجربیات ناخوشایند محافظت می‌نماید [۱۰].

با توجه به رابطه مثبت بین خوددلسوزی با حرمت خود و خودکارآمدی و با در نظر گرفتن این که خوددلسوزی سیستم تهدید (که با احساس ناامنی و دفاع مرتبط است) را غیرفعال و خنثی می‌کند و سیستم خودآرامش‌بخشی (که با احساس دل‌بستگی امن، سالم و سیستم اوکسی‌توسین تسکین‌دهنده مرتبط است) را فعال می‌کند [۳۸] پیشنهاد می‌شود با بکارگیری آموزش‌هایی مانند آموزش شناختی مبتنی بر ذهن دلسوز در ارتقا خوددلسوزی و به دنبال آن افزایش خودکارآمدی و حرمت خود گام برداشته شود.

16. Bandura, A. (1999). A social cognitive analysis of substance abuse: An agented perspective. *Journal Psychology Science*, 3, 214-217.
17. Baldwin, K. M., Baldwin, J. R., & Ewald, T. (2006). The relationship among shame, guilt, and self-efficacy. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 1-21.
18. Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B., Loftus, G., Athkinson, R & Hilgard's, E. (2002). *Introduction to psychology* 14Th. New York: Wadsworth publ.
19. Mackie, M. D., & Smith, R. E. (2002). *Social psychology*. (2 nd, Ed) U. S. A: psychology press.
20. Robert, W. (2005). Stretching/toning, aerobic exercise increase older adult's self-esteem. *Journal Behavioural Medicine*, 28, 385-394.
۲۱. جان بزرگی، مسعود، نوری، ناهید و مستخدمین حسینی، خیرالنساء (۱۳۸۵). بررسی رابطه ساخت ارزشی خانواده با حرمت خود دانش‌آموزان. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار، ۱۳، ۵۳-۶۴.
22. Wasykiw, L., MacKinnon, A.L., & MacLellan, A.M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9, 236-245.
23. Neff, K. D. (2010). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of differences in social behavior* (pp. 561-573). New York, NY: Guilford individual Press.
۲۴. بشرپور، سجاد و عیسی‌زادگان، علی (۱۳۹۱). بررسی نقش صفات شخصیتی دلسوزی به خود و بخشایش در پیش‌بینی شدت افسردگی دانشجویان. تحقیقات علوم رفتاری، ۶، ۴۵۲-۴۶۱.
25. Sherer, M., & Maddux, J. E. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
6. Neff, K. D., & Germer, C. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 1, 1-17.
7. Skoda, A.M. (2011). The Relation between Self-Compassion, depression, and forgiveness of others. In *Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts in Clinical Psychology*, University of Dayton.
۸. بشرپور، سجاد، عطادخت، اکبر، خسروی‌نیا، دیبا و نریمانی، محمد (۱۳۹۲). نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. مجله سلامت و مراقبت، ۴، ۷۰-۶۰.
9. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
10. Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
11. Charles, L. (2010). *Mindfulness, Self-Compassion, Self-Efficacy, and Locus of Control: Examining Relationships between Four Distinct but Theoretically Related Concepts*, Master's thesis destructive thoughts and emotions. New York: Guilford Press.
12. Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37, 711-720.
13. Anav, A. (2012). Self-Compassion in Patients with Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 4, 759-770.
14. Steptoe, A., & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behavior revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92, 659-673.
15. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercises of control*. N Y: Freeman.

- Scale: Do they matter? *Personality and Individually Differences*, 35, 1241-1254.
36. Kirkpatrick, K. L. (2005). Enhancing self-compassion using a Gestalt two-chair intervention. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin, TX, USA.
37. Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
38. Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A bio psychosocial approach. INP. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp.9-74). Hove: Routledge.
۲۶. علی نیکارویی، رستم (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین خودکارآمدی عمومی و سلامت روان دانش‌آموزان پایه سوم متوسطه شهر بابل در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱. پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
۲۷. گنجی‌ارجنگی، معصومه و فراهانی، محمدتقی (۱۳۸۸). رابطه استرس شغلی و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در امدادگران حوادث گاز استان اصفهان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۳، ۲۴-۱۵.
۲۸. اصغرنژاد، طاهره (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر، مجله روان‌شناسی، ۳، ۲۷۴-۲۶۲.
29. Sherer, M., & Maddux, J. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671
30. Woodruff, S., & Cashman, J. (1993). Task, domain, and general efficacy: A reexamination of the self-efficacy scales. *Psychological Reports*, 72, 423-432.
۳۱. محمدی، نادر (۱۳۸۴). بررسی مقدماتی اتبار و قابلیت اعتماد مقیاس حرمت خود روزنبرگ. مجله روان‌شناسان ایرانی، ۳، ۳۲۰-۳۱۳.
۳۲. برنا، محمدرضا و سواری، کریم (۱۳۸۹). ارتباط ساده و چندگانه عزت نفس، احساس تنهایی و ابراز وجود با کمرویی. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۵، ۶۲-۵۳.
۳۳. جوشن‌لو، محسن و قائدی، غلامحسین (۱۳۸۷). بررسی مجدد پایایی و اعتبار مقیاس حرمت خود روزنبرگ در ایران. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار، ۱۵، ۴۹-۵۶.
34. Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
35. Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). Itemwording and dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem

مقایسه ابعاد شخصیتی آیزنک در افراد دارای چرخه صبحگاهی - شامگاهی

مهديس مقصودلو^{۱*}، پرويز آزاد فلاح^۲، کاظم رسول زاده طباطبائی^۳، روح الله منصوری
سپهر^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی. (نویسنده مسئول)
۲. دکتری روانشناسی، دانشیار روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
۳. دکتری روانشناسی، دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.

چکیده

مقدمه: هدف از تحقیق حاضر، مقایسه‌ی ابعاد شخصیتی برون‌گرایی، نوروز‌گرایی و سایکوز‌گرایی آیزنک در افراد دارای چرخه‌های صبحگاهی - شامگاهی است.

روش: روش پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای است. تعداد ۹۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند (۳۰ نفر افراد دارای چرخه صبحگاهی، ۳۰ نفر دارای چرخه شامگاهی و ۳۰ نفر متعادل). آن‌ها پرسشنامه‌ی شخصیت صبحگاهی - شامگاهی و پرسشنامه شخصیت آیزنک را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس انجام گرفت.

نتایج: نتایج تحلیل نشان داد که بین سه گروه صبحگاهی، شامگاهی و متعادل از نظر ابعاد برون‌گرایی و نوروز‌گرایی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما سایکوز‌گرایی در این سه گروه تفاوت معناداری داشت و گروه شامگاهی نمرات بالاتری در این بعد کسب کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افراد دارای چرخه شامگاهی در مقایسه با افراد دارای چرخه صبحگاهی سایکوز‌گرایی بالاتری دارند، این تفاوت می‌تواند به دلیل وجوه اشتراک بسیار زیاد بین شامگاهی بودن و سایکوز‌گرایی باشد. به‌عنوان مثال، زودانگیختگی که یک ویژگی بارز افراد سایکوز‌گرا هست، رابطه قوی با چرخه شامگاهی دارد. از این نتایج می‌توان در جهت برنامه‌ریزی دقیق‌تر برای استفاده از حداکثر توانایی افراد در ساعات مفید روز، استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: چرخه صبحگاهی - شامگاهی، برون‌گرایی، نوروز‌گرایی، سایکوز‌گرایی.

*Email: m.maghsudloo@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی
بالینی
و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۴۳-۵۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۲۶

Biannual Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 43-50

مقدمه

برانگیختگی بیشتر را در طول روز در بین دانش آموزان صبحگاهی و برانگیختگی بیشتر در شب را در بین دانش آموزان شامگاهی نشان داده‌اند [۸].

راندلر^۵ و سالیگر^۶ [۹] در مطالعه‌ای همبستگی بین ویژگی‌های خلق و خو و چرخه‌های صبحگاهی- شامگاهی را بررسی کردند. نتایج تحلیل آن‌ها نشان داد که صبحگاهی بودن با مشارکت، همکاری، پایداری و ثبات رابطه دارد، در حالی که شامگاهی بودن با جستجوی چیزهای تازه مرتبط است و نمرات بالا در گرایش به جستجوی چیزهای تازه با سطح پایین دوپامین در آن‌ها مرتبط است که می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل نشانگر رفتارهای اعتیادآور مثل سیگار کشیدن باشد. افراد صبحگاهی- شامگاهی از لحاظ ابعاد شخصیتی نیز با یکدیگر تفاوت دارند. در بعد تفاوت‌های شخصیتی بین چرخه‌های شبانه‌روزی، مطالعات پیشین بیان می‌کنند که افراد صبحگاهی سبک زندگی سالم‌تری در مقایسه با افراد شامگاهی دارند و اختلالات روانی و روان‌تنی را کمتر تجربه می‌کنند. افراد شامگاهی اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و زودانگیختگی^۷ بیشتری در آن‌ها مشاهده می‌شود [۱۰]. جهت‌گیری بیشتر به سمت صبحگاهی بودن، با وجدان بالاتر و عزت‌نفس بیشتر [۱۱، ۱۲] مرتبط است که یک سبک شخصیتی واقع‌گرا، تحلیل‌گر، وظیفه‌شناس، قابل‌اعتماد و هم‌نوا را نشان می‌دهد [۱۳]. در حالی که افراد شامگاهی از لحاظ شناختی شهودتری و خلاق‌تر هستند و ریسک‌پذیری بیشتری در کارها دارند. آن‌ها از لحاظ رفتاری در مقابل استانداردهای سنتی جامعه مقاومت می‌کنند و به شیوه رفتاری مستقل و با هم‌رنگی کمتر با جامعه، عمل می‌کنند [۱۴، ۱۵].

با توجه به این نکته که زیربنای تفاوت‌های فردی در زمینه چرخه‌های صبحگاهی- شامگاهی مسائل عصبی- هورمونی است. جستجوی تفاوت‌های شخصیتی مرتبط با این سازه نیز بیشتر در قلمرو ابعاد شخصیتی خاصی امکان‌پذیر است که از پایه‌های زیستی برخوردارند. یکی از نظریه‌های شخصیتی که در تبیین تفاوت‌های فردی در نهایت به تفاوت‌های زیست‌شناختی فرود می‌آید، نظریه شخصیتی آیزنک است. آیزنک در دسته‌بندی صفات در نظریه خود به بعد زیستی بودن این صفات توجه داشته و بیان می‌کند که دوسوم تغییرپذیری شخصیت می‌تواند به‌وسیله عوامل زیستی ایجاد شود. البته این بدین معنا نیست که عوامل محیطی نقشی ندارند، بلکه آن‌ها در شکل دادن به اینکه جهت‌گیری کلی شخصیت چگونه ابراز شود، نقش دارند [۱۶].

این نظریه پیچیدگی‌های شخصیت را در قالب ۳ بعد برون‌گرایی، نوروزگرایی و سایکوزگرایی خلاصه می‌کند. آیزنک به‌خصوص در مورد ۲ بعد برون‌گرایی و نوروزگرایی ارتباط این صفات شخصیتی را به ترتیب با فعالیت سیستم شبکه‌ای- قشری و سیستم شبکه‌ای- لیمبیک مورد مشاهده قرار می‌دهد [۱۷].

چرخه‌های شبانه‌روزی بیانگر چرخه فیزیولوژیک تقریباً ۲۴ ساعته‌ای است که تحت شرایط فاقد محدودیت مشاهده می‌شود و در هر سطحی از گونه‌های گیاهی و جانوری، تحت شرایط محیطی نسبتاً ثابت، قابل ردیابی است [۱]. در انسان این چرخه کمی بیشتر از ۲۴ ساعت به طول می‌انجامد از این‌رو آن را «سیرکادین^۱» می‌نامند که «سیرکا^۲» به معنی در حدود و «دین^۳» به معنی شبانه‌روز است. چرخه‌های شبانه‌روزی می‌تواند به‌وسیله عوامل بیرونی محیطی مانند چرخه روشنایی- تاریکی تعدیل شوند، اما جالب است که حتی در فقدان نشانه‌های محیطی، چرخه‌های شبانه‌روزی در افراد باقی می‌ماند [۲]. چرخه‌های شبانه‌روزی بسیاری از فرایندهای فیزیولوژیک و روانی مثل چرخه خواب و بیداری، چرخه دمای بدن، چرخه خون، چرخه هورمون‌ها و ... را در برمی‌گیرند [۳].

یکی از ویژگی‌های مهم این چرخه‌های شبانه‌روزی، تنظیم چرخه خواب و بیداری است. با توجه به تغییرات فیزیولوژیک که در شبانه‌روز در بدن اتفاق می‌افتد، می‌توان نتیجه گرفت که افراد ممکن است از لحاظ نقاط اوج فعالیت‌های فیزیولوژیک باهم تفاوت داشته باشند و در نتیجه این تفاوت، دو چرخه شبانه‌روزی یعنی چرخه صبحگاهی و شامگاهی مطرح می‌شوند. پیوستار صبحگاهی- شامگاهی، تفاوت‌های فردی را در الگوی رفتاری، فیزیولوژیک و روان‌شناختی چرخه‌های شبانه‌روزی خواب و بیداری نشان می‌دهد و نشانگر تمایل شخص به سازگاری در گستره‌ای از سیستم‌های شبانه‌روزی است [۴].

عوامل زیستی و محیطی وجود دارند که فرد را مستعد شخصیت صبحگاهی یا شبانه‌گاهی می‌کنند. تحقیق هور^۴ [۵] نشان داده است که تقریباً ۵۴٪ تغییرپذیری در چرخه‌ها قابل استناد به عوامل ژنتیکی و ۳٪ مرتبط با سن است. باقیمانده تغییرپذیری‌ها مربوط به عوامل محیطی و خطای اندازه‌گیری است. افراد صبحگاهی به‌طور خودکار صبح زود بیدار می‌شوند و احساس هوشیاری و انرژی بیشتری در نیمه اول روز دارند. آن‌ها در اوایل صبح اجتماعی‌تر و شادتر هستند و خلق مثبت‌تری دارند. اشخاص صبحگاهی زودتر می‌خوابند و زودتر از خواب بیدار می‌شوند و در مقایسه با افراد شامگاهی در اوایل روز، کارایی بیشتری دارند. افراد شامگاهی به‌سختی بیدار می‌شوند و وقتی بیدار می‌شوند، خسته‌اند و تا دیروقت در شب بیدار می‌مانند [۶].

تحقیقات متعددی بین دو گروه صبحگاهی و شامگاهی از لحاظ مقایسه ویژگی‌های روان‌شناختی انجام شده است. به‌عنوان نمونه افراد صبحگاهی بالاترین سطح برانگیختگی را در ساعت ۹ تا ۱۱ صبح و پایین‌ترین میزان را در ۵ بعدازظهر داشتند، در حالی که افراد شامگاهی سطح پایین‌تر برانگیختگی را در ۹ صبح و سطح بالاتری را در بقیه روز تجربه کردند [۷]. دیگر مطالعات نیز

⁵ Randler, D

⁶ Saliger, L.

⁷ Impulsivity

¹ Circadian

² Circa

³ Dian

⁴ Hur, Y

خواسته شد آدرس ایمیل خود را یادداشت کنند تا نتایج پرسشنامه‌ها را دریافت کنند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه چرخه صبحگاهی - شامگاهی^۱: به‌وسیله هورن^۲ و استبرگ^۳ (۱۹۷۶) ایجاد شد که به میزان گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفت. آزمون دارای ۱۹ سؤال است که در حدود ۱۵ دقیقه تکمیل می‌شود. پرسشنامه شامل سوالاتی درباره زمان خواب و بیداری، زمان‌های مرجح برای فعالیت‌های جسمی و روانی و هوشیاری قبل و بعد از خواب می‌شود. نمرات کلی در آزمون مشخص می‌کند که هر شرکت‌کننده نوع کاملاً صبحگاهی (۸۶-۷۰)، نوع نسبتاً صبحگاهی (۶۹-۵۹)، نوع خنثی (۵۸-۴۲)، نوع نسبتاً شامگاهی (۴۱-۳۱) و نوع شامگاهی (۳۰-۱۶) می‌شود [۲۰].

لارسن^۴ (۱۹۸۵) برای این مقیاس ضریب همبستگی آلفا را که اعتبار درونی را اندازه می‌گیرد می‌گیرد ۰/۸۰ و همبستگی بین کل ماده‌ها را ۰/۱۶ تا ۰/۶۳ می‌داند [۲۱]. ضریب همبستگی بین آیتم‌ها را از ۰/۲ تا ۰/۶۱ گزارش شده است. همچنین اعتبار پرسشنامه با تحلیل گزینه‌های پرسشنامه با روش ضریب همبستگی آلفا سنجیده شده است که اعتبار درونی آن ۰/۸۹ بود [۲۲، ۲۳]. هورن و استبرگ اعتبار بیرونی پرسشنامه را با استفاده از اندازه‌گیری دمای دهان آزمودنی‌ها اندازه گرفتند که زمان‌های بالاتر باید با دمای بدن بالاتر منطبق باشند. آن‌ها دریافتند که دمای دهان افرادی که صبحگاهی بودند با افراد شامگاهی کاملاً متفاوت بود. همچنین آزمون باز آزمون داتچ نیز اعتبار بالایی را در این آزمون (یعنی همبستگی = ۰/۹۱) را نشان داد [۲۰]. آندرسون^۵ و همکاران از این پرسشنامه به‌منظور بررسی اثر زمان روز بر حافظه بلندمدت استفاده کردند و اعتبار درونی آزمون را ۰/۸۳ محاسبه کردند. ۰/۲۰ آزمودنی‌های این تحقیق ۸ هفته بعد دوباره مورد آزمون قرار گرفتند و پرسشنامه را مجدد تکمیل کردند که ضریب اعتبار اندازه‌گیری‌های مکرر ۰/۷۷ به دست آمد [۲۴]. رهافر، صادقی جوجیلی، صادق پور و میرزایی [۲۵] در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه، آلفای کل آزمون را ۰/۷۹ محاسبه کرد که نشانگر اعتبار بالای آزمون است.

۲. پرسشنامه شخصیت آیزنک: پرسشنامه شخصیت آیزنک (ای. پی. کیو) دارای ۹۰ سؤال است و سه بعد برون‌گرایی، نوروزگرایی و سایکوز گرایی را می‌سنجد. برای هر یک از سوالات پرسشنامه دو گزینه‌ی بلی و خیر وجود دارد. این پرسشنامه به‌عنوان وسیله‌ای برای سنجش تفاوت‌های فردی ساخته شده است. با مشاهده‌ی همبستگی مقادیر متوسط ملی برای صفات شخصیتی این پرسشنامه با آمار دیگر، نظیر میزان خودکشی و اعتیاد به الکل،

افراد در تیپ برون‌گرا اجتماعی هستند، دوستان زیادی دارند و نیاز دارند افرادی در اطراف آن‌ها باشند که با آن‌ها صحبت کنند. در فعالیت‌های اجتماعی بیشتر از فعالیت‌های فردی شرکت می‌کنند [۱۸]. برون‌گراها احتیاج به محرک دارند تا سطح برانگیختگی آن‌ها را بالا ببرد و به‌خوبی فعالیت کنند. از آنجاکه سطح برانگیختگی برون‌گراها پایین‌تر است، آن‌ها کمتر نسبت به درد و مجازات حساس هستند و اضطراب و ترس کمتری را تجربه می‌کنند [۱۷]. مهم‌ترین ویژگی نوروزگرایی، اضطراب است. در واقع اغلب نوروزگرایی و اضطراب یک‌چیز در نظر گرفته می‌شوند. افراد نوروزگرا نه‌تنها از لحاظ هیجانی بیش‌از حد پاسخ نشان می‌دهند بلکه بعد از پاسخ نیز در بازگشت به سطح نرمال مشکل دارند. آن‌ها دائماً اضطراب و نگرانی زیادی را تجربه می‌کنند [۱۸]. افرادی که در بعد سایکوزگرایی نمره بالایی می‌گیرند، افرادی پرخاشگر، خودمحور، سرد، فاقد حس همدردی و بی‌توجه به قانون یا آرامش دیگران هستند. افراد دارای نمره بالا در این بعد برای روان‌درمانی مناسب هستند [۱۹].

به‌این ترتیب مسئله پژوهش حاضر این است که آیا تفاوتی بین افراد دارای چرخه صبحگاهی و شامگاهی در ابعاد شخصیتی برون‌گرایی، نوروزگرایی و سایکوزگرایی وجود دارد؟

روش

نوع پژوهش

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است.

آزمودنی

جامعه آماری مورد بررسی، همه دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه دانشگاه تربیت مدرس در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ می‌باشند که تعداد آن‌ها ۱۱۳۵ نفر برآورد شد. حجم نمونه ۹۰ نفر در نظر گرفته شد تا امکان مقایسه آماری بین گروه‌ها فراهم باشد (حداقل افراد لازم در گروه‌ها برای مقایسه آماری ۱۵ نفر است که در این پژوهش برای پیشگیری از اثرات افت احتمالی آزمودنی‌ها بر نتایج، تعداد ۳۰ نفر در هر گروه تعیین شد). روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود چراکه پاسخ به سؤال پژوهش حاضر مستلزم انتخاب سه گروه بود که دارای ویژگی معینی باشند (گروه دارای چرخه صبحگاهی، گروه دارای چرخه متعادل و گروه دارای چرخه شامگاهی). برای انتخاب افراد گروه‌ها، ۳۰۰ نفر از اعضای جامعه آماری پرسشنامه صبحی- غروبی را تکمیل کردند و بر اساس نمره‌های کسب‌شده و دستورالعمل آزمون، تعداد ۳۰ نفر دارای چرخه صبحگاهی، ۳۰ نفر دارای چرخه متعادل و ۳۰ نفر دارای چرخه غروبی انتخاب شدند.

پرسشنامه‌ها در بین ساکنین خوابگاه‌ها توزیع شد. قبل از شروع به پر کردن پرسشنامه‌ها توسط هر آزمودنی توضیحات مقدماتی به آن‌ها ارائه شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد به همه سوالات پاسخ بدهند. از آنجاکه سوالات در رابطه با ابعاد شخصیتی بود از آن‌ها خواسته شد اولین پاسخی که به ذهنشان می‌آید را انتخاب کنند. همچنین برای ترغیب آزمودنی‌ها به همکاری از آن‌ها

¹ Morningness- Eveningness Questionnaire (MEQ)

² Horn, J

³ Ostberg, O

⁴ Larsen, C

⁵ Anderson, M

⁶ EPQ

نتایج

در ابتدا شاخص‌های توصیفی همه ۳۰۰ شرکت‌کننده اولیه در پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی محاسبه شد که منجر به میانگین برابر با ۵۲/۹ و انحراف معیار ۸/۶۵ شد. حداقل و حداکثر نمرات نیز به ترتیب برابر بود با ۱۹/۵ و ۷۲/۵ که نشان‌دهنده شامگاهی‌ترین فرد و صبحگاهی‌ترین فرد است. طبق دستورالعمل پرسشنامه ۳۰ نفر دارای چرخه صبحگاهی، ۳۰ نفر دارای چرخه متعادل و ۳۰ نفر دارای چرخه شامگاهی انتخاب شدند و مابقی کنار گذاشته شدند. میانگین و انحراف معیار این سه گروه در میزان صبحگاهی - شامگاهی بودن و سه بعد شخصیتی آیزنک در جدول ۱ ارائه شده است.

شواهدی برای روایی پیش‌بینی این پرسشنامه به دست آورده‌اند. آیزنک ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های برون‌گرایی و نوروزگرایی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۵، و برای مؤلفه‌های سایکوزگرایی از ۰/۶۸ تا ۰/۷۴ می‌داند. اعتبار پرسشنامه از طریق آزمون - باز آزمون در فاصله‌ی یک ماه برای افراد عادی در مؤلفه‌های برون‌گرایی و نوروزگرایی از ۰/۸ تا ۰/۹ و برای مؤلفه‌های سایکوزگرایی از ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ محاسبه شده است [۲۶]. اعتبار این پرسشنامه با روش بازآزمایی در نمونه ایرانی با فاصله زمانی دو ماه برای روان‌پیشی $r = 0.72$ ، برون‌گرایی $r = 0.92$ و روان‌رنجوری $r = 0.89$ به‌دست آمده است [۲۷].

جدول ۱. مقادیر توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

گروه	شاخص	صبحگاهی - شامگاهی	برونگرایی	نوروز گرایی	سایکوز گرایی
شامگاهی	میانگین	۳۶/۴۵	۱۳/۶	۱۲/۳	۶
	انحراف معیار	۴/۹	۳/۹	۵	۳/۱
	حداقل	۱۹/۵	۵	۲	۱
	حداکثر	۴۱/۵	۱۹	۲۲	۱۳
متعادل	میانگین	۵۰/۲	۱۲/۸	۱۲/۶	۴/۴
	انحراف معیار	۰/۵۴	۴	۴/۴	۲/۵
	حداقل	۴۹	۴	۱	۰
	حداکثر	۵۱	۲۰	۲۱	۱۰
صبحگاهی	میانگین	۶۷/۴	۱۲/۹	۱۲/۲	۳/۶
	انحراف معیار	۲/۸	۳/۲	۵	۱/۵
	حداقل	۶۳/۵	۵	۴	۱
	حداکثر	۷۲/۵	۱۹	۲۰	۸
کل	میانگین	۵۱/۳	۱۳/۱	۱۲/۴	۴/۷
	انحراف معیار	۱۳/۱	۳/۷	۴/۷	۲/۶
	حداقل	۱۹/۵	۴	۱	۰
	حداکثر	۷۲/۵	۲۰	۲۲	۱۳

جدول ۱ جمع‌بندی کلی از نتایج توصیفی به‌دست آمده برای همه گروه‌ها و نیز کل آن‌ها را ارائه داده است به‌طوری‌که در همین جدول میانگین‌های گروه‌ها در ابعاد شخصیتی قابل‌مقایسه است. به‌منظور پاسخگویی به مسئله پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد تا تفاوت بین گروه‌ها در سه بعد شخصیتی تعیین شود. پیش از انجام تحلیل، با استفاده از آزمون لون برابری واریانس‌های خطا برای هر سه متغیر وابسته بررسی شد که مشخص شد هیچ‌یک از مقادیر F معنادار نیستند و این مفروضه برای هر سه متغیر برقرار است. نتایج تحلیل واریانس در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس برای بررسی اثر گروه بر ابعاد شخصیت آیزنک

منبع	اندازه وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	Sig.	مجدور اتا
گروه	برونگرایی	۱۰/۳۴	۲	۵/۱۷	۰/۳۶	۰/۷	۰/۰۰۸
	نوروزگرایی	۲/۶	۲	۱/۳۳	۰/۰۶	۰/۹۴	۰/۰۰۱
	سایکوزگرایی	۸۳/۲۴	۲	۴۱/۶۲	۶/۷۷	۰/۰۰۵	۰/۱۳
خطا	برونگرایی	۱۲۶۳	۸۷	۱۴			
	نوروزگرایی	۲۰۶۹	۸۷	۲۳			
	سایکوزگرایی	۵۵۲	۸۷	۶/۱۴			
کل	برونگرایی	۱۷۲۷۸	۹۰				
	نوروزگرایی	۱۶۳۹۲	۹۰				
	سایکوزگرایی	۲۶۸۰	۹۰				

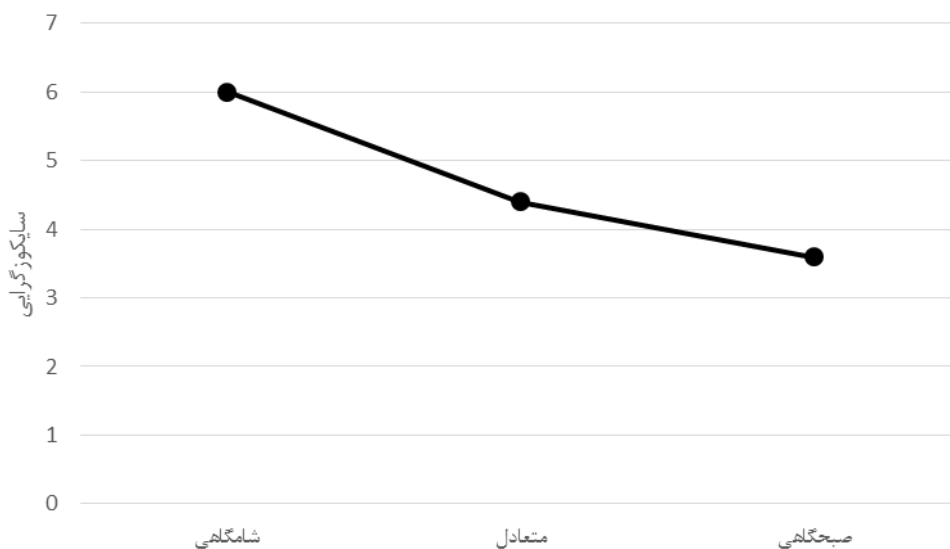
با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۲، مشخص می‌شود که اثر گروه بر ابعاد شخصیتی برون‌گرایی و نوروزگرایی معنادار نیست که حاکی از عدم تفاوت سه گروه در این ابعاد است؛ اما مقدار F

به‌دست‌آمده برای اثر گروه بر بعد سایکوزگرایی در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است که نشان می‌دهد سه گروه شامگاهی، متعادل و صبحگاهی در میزان سایکوزگرایی با یکدیگر تفاوت دارند. انجام

را دارند و افراد شامگاهی در این بعد شخصیتی بالاترین نمره را دارا هستند. افراد دارای چرخه متعادل نیز در بین این دو گروه هستند.

آزمون تعقیبی توکی نشان داد که میزان سایکوزگرایی در گروه صبحگاهی به طور معناداری پایین تر از دو گروه دیگر است. نمودار ۱ این تفاوت را نشان می دهد.

با توجه به نمودار ۱ و نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس، مشخص می شود که افراد صبحگاهی کمترین میزان سایکوزگرایی



نمودار ۱. میزان سایکوزگرایی بر حسب گروه‌ها

کارشناسی ارشد می باشند، باید در هریک از ابعاد شخصیتی سطح متوسطی از فعالیت را نشان دهند تا از عهده دروس تحصیلی و تکالیف مرتبط با آن‌ها برآیند، لذا این عدم تفاوت در بعد برونگرایی می تواند نتیجه همین اصل باشد.

همچنین لوزادا^۴ و همکاران [۳۰] نیز در تحقیق خود تأثیر سن و عوامل اجتماعی را بر صبحگاهی یا شامگاهی بودن افراد نشان دادند. بدین معنا که افراد با وجود اینکه دارای سطوح ثابتی از برونگرایی و نوروزگرایی هستند، نوع چرخه‌های شبانه‌روزی آن‌ها ممکن است در اثر عوامل محیطی تغییر یابد.

از سوی دیگر هرویتز، لونگ و چارلز [۳۱] به بررسی نقش عوامل ژنتیکی و محیطی در نوروزگرایی و برونگرایی پرداختند. آن‌ها بیان می کنند که برونگرایی و نوروزگرایی گرچه ریشه در ژنتیک دارند و از ابعاد زیستی شخصیت می باشند اما تأثیرات محیطی خاص مثل تجربیات خاص هر فرد می تواند بر نحوه بروز این عوامل تأثیر بگذارد. برای مثال یک دانش آموز برونگرا برای قبول شدن در امتحان باید رفتارهای برونگرایانه خود را تعدیل کند. به عبارت دیگر تعدیل‌های اجتماعی فرهنگی نه تنها در چرخه‌های زیستی بلکه در ابعاد شخصیتی نیز قابل ردیابی است. همچنین عدم تفاوت بین چرخه‌های صبحگاهی - شامگاهی در نوروزگرایی نیز مشاهده شد.

نتایج در رابطه با تفاوت افراد صبحگاهی شامگاهی در این بعد شخصیت خیلی متناقض است [۲۸]. جزء اصلی تشکیل دهنده

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد شخصیت آیزنک در افراد دارای چرخه‌های صبحگاهی شامگاهی است. نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین افراد در چرخه‌های صبحگاهی - شامگاهی از لحاظ برونگرایی تفاوت معناداری وجود ندارد که این یافته همسو با تحقیق آدان^۱ و همکاران است [۲۸]. یکی از دلایل آن را می توان در بررسی‌های دی یونگ و همکاران [۸] مشاهده کرد. دی یونگ^۲ و همکاران [۸] در تحقیق خود نشان دادند که برونگرایی با صبحگاهی یا شامگاهی بودن رابطه ندارد. آن‌ها بیان می کنند که در بسیاری از تحقیقات گذشته که رابطه بین برونگرایی و شامگاهی بودن تأیید شده بود، از مقیاس «ای. پی. آی.»^۳ استفاده کرده بودند که در این پرسشنامه آیزنک هنوز خصیصه زودانگیختگی را از برونگرایی مجزا نکرده بود. آیزنک در تجدیدنظر خود در پرسشنامه شخصیت آیزنک خصیصه زودانگیختگی را در زیرمجموعه سایکوزگرایی قرار داد. در تحقیقی که ارتباط بین برونگرایی و پیشرفت تحصیلی را می سنجد، بیان می کند که افراد برونگرا به موفقیت تحصیلی کمتری دست پیدا می کنند، چون بیشتر احتمال دارد آن‌ها به جای تحصیل کردن، درگیر فعالیت‌های اجتماعی یا سایر فعالیت‌های گروهی شوند و سطح عملکرد تحصیلی پایین تری داشته باشند [۲۹]. مطابق با تحقیقات بالا، در پژوهش حاضر که دانشجویان در مقطع

¹ Adan

² DeYoung, C

³ EPI

⁴ Luzada, S

پژوهش حاضر به جهت تأثیرات محیطی و اجتماعی در تعدیل الگوهای برگرفته از خصوصیات زیستی باشد. تحقیقات بیشتر می‌تواند با در نظر گرفتن افراد نمونه از هر دو جنس و همچنین مقایسه بین مکان‌های جغرافیایی مختلف در کشور انجام شود.

منابع

1. Natale, V., Ballardini, D., Schumann, R., Mencarelli, C., Magelli, V. (2008). Morningness-eveningness preference and eating disorders. *Journal of Personality and Individual Differences*, 45, 549-553.
2. Hofstra WA, de Weerd AW (2008) How to assess circadian rhythm in humans: a review of literature. *Epilepsy Behav* 13:438-444.
3. Roser, K., Obergefell, F., Meule, A., Vgele, C., Scharlab, A., Kubler, A. (2012). OF larks and hearts- morningness eveningness, heart rate variability and cardiovascular stress response at different times of day. *Physiology of behavior*, 106, 151-157.
4. Taillard J., Philip P., Chastang J. F. and Bioulac B. (2004). Validation of Horne and Ostberg morningness-eveningness questionnaire in a middle-aged population of French workers. *J. Biol. Rhythms*. 19, 76-86.
5. Hur, Y. M. (2007). Stability of genetic influence on morningness-eveningness: A cross-sectional examination of South Korean twins from preadolescence to young adulthood. *Journal of Sleep Research*, 16, 17-23.
6. Cavallera, G. M., Gudici, S., (2007). Morningness and eveningness personality: A survey in literature from 1995 up till 2006. *Personality and individual differences* 44(2008) 3- 21.
7. Muro, A., Goma-i-freixanet, M., Adan, (2009). Morningness eveningness, sex, the alternative five factor model of personality. *Chronobiology international*, 26, 1235-1248.
8. DeYoung, C. G., Hasher, L., Djikic, M., Criger, B., & Peterson, J. B. (2007). Morning people are stable people: Circadian rhythm and the higher-order factors of the big five. *Personality and Individual Differences*, 43, 267-276.

نوروزگرایی، اضطراب است. درواقع نوروزگرایی و اضطراب اغلب یکی در نظر گرفته می‌شوند [۳۲].

دیاز مورالز [۱۲] به بررسی رابطه بین اضطراب و شامگاهی بودن پرداخت و همبستگی بین این دو را با توجه به اطلاعات دموگرافیک نشان داد. او در تحقیق خود بیان می‌کند که اضطراب در زنان با تحصیلات پایین و در مردان با مجرد بودن، بچه داشتن و بیکار بودن رابطه دارد. از آنجاکه گروه نمونه تحقیق حاضر سطح تحصیلات بالایی داشتند، عدم تفاوت در نوروزگرایی با توجه به نتایج تحقیق پیشین، می‌تواند قابل انتظار باشد. همچنین بائور^۱ [۳۳] در تحقیق خود نشان داد در افرادی که عملکرد تحصیلی بالاتری دارند، میزان نوروزگرایی پایین‌تر است. در پژوهش حاضر نیز می‌توان دلیل عدم رابطه بین دو متغیر و قرار گرفتن نمرات نوروزگرایی در حد میانگین را، با تحصیلات گروه نمونه مرتبط دانست. اما در بعد سایکوزگرایی تفاوت معناداری بین چرخه‌های صبحگاهی- شامگاهی مشاهده شد. این تفاوت می‌تواند به دلیل وجوه اشتراک بسیار زیاد بین شامگاهی بودن و سایکوزگرایی باشد. زودانگیختگی که یک ویژگی بارز افراد سایکوزگرا هست، رابطه قوی با چرخه شامگاهی دارد [۹].

جیامپیترو^۲ [۳۴] و دیاز مورالز^۳ و اسکریبانو^۴ [۳۵] در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که افراد شامگاهی کمتر قادرند با نیازهای اجتماعی و محیطی به‌طور مؤثر کنار بیایند، از قواعد مرسوم پیروی نمی‌کنند و به‌احتمال بیشتری در رفتارهای پرخطر، درگیر می‌شوند. همان‌طور که در تعریف ویژگی‌های افراد سایکوزگرا، وجود رفتارهای پرخطر از جمله ویژگی‌های افراد سایکوزگرا است، این ویژگی تأییدی بر رابطه بین این دو متغیر است.

فابری^۵ و همکاران [۳۵] در تحقیقات خود نشان دادند که هم افراد شامگاهی و هم افراد سایکوزگرا بیشتر از نیمکره راست خود استفاده می‌کنند، لذا شهودی‌تر و خلاق‌ترند. افراد در هر دودسته سبک تفکر نا هم‌نوا با موقعیت دارند و به‌سختی چرخه‌های زندگی اجتماعی را می‌پذیرند که این می‌تواند دلیلی بر ارتباط قوی بین شامگاهی بودن با سایکوزگرایی باشد.

همان‌طور که پیش‌ازاین نیز ذکر شد، عوامل محیطی مانند بافت فرهنگی و اجتماعی در صبحگاهی یا شامگاهی بودن افراد تأثیرگذار است و این عوامل منجر به شکل‌گیری ویژگی‌های شخصیتی مختلف در افراد صبحگاهی یا شامگاهی می‌شود. دلیل تفاوت در نتایج رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی مختلف و ابعاد صبحگاهی- شامگاهی، می‌تواند این باشد که در بررسی این ابعاد باید شخصیت به همراه عوامل اجتماعی و محیطی در فرد موردبررسی قرار بگیرد [۳۶]؛ زیرا کنار آمدن یا نیامدن آن‌ها با خواسته‌های محیطی بر تغییرات در ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها تأثیرگذار خواهد بود و شاید فقدان رابطه بین این متغیرها در

¹ Boeere, G

² Giampietro, M

³ Di'az-Morales, J

⁴ Escribano, C

⁵ Fabbri, M

20. Horn, J. A., & Ostburg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythm. *International Journal of Chronobiology*, 4, 97-110.
21. Larsen, R.J. (1985) Individual differences in circadian activity rhythm and personality. *Personality and Individual Differences*, 6(3), 305-311.
22. Smith, C. Folkard, S. Schmieder, R. Parra, L. Spelten, E. Almiral, H. Sen, R. Sahu, S., Perez, L., Tisak, J. (2002). Investigation of morning-evening orientation in six countries using the preferences scale. *Journal of personality and individual differences*, 32, 949- 968.
23. Posey, T. B., Fod, J.A. (1981) the morningness-eveningness preferences of college student as measured by Horne and ostberg questionnaire. *International Journal of Chronobiology*, 7(3), 141-4.
24. Anderson, M. J., Petros, T. V., Beckwith, B. E., Mitchell, W. W., & Fritz, S. (1991). Individual differences in the effect of time of day on long-term memory access. *The American Journal of Psychology*, 104, 241-255.
۲۵. رهافر، آرش، صادقی جوجیلی، میثم، صادق پور، آتوسا، میرزائی، شهاب.(۱۳۹۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه صبحگاهی- شامگاهی. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰(۸)، ۱۰۹-۱۲۲.
26. Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. London: Hodder & Stoughton
۲۷. کاویانی، حسین. (۱۳۸۲). نظریه زیستی شخصیت. تهران، نشر رسا.
28. Adan, A., Archer, S., Hidalgo, M.P.D., Milia, L., Natale, V., Randler, C. (2012). Circadian typology: a comprehensive review. *Chronobiology international*, 29, 1153- 1175.
9. Randler, C. Saliger, L. (2010). Relationship between morningness-eveningness and temperament and character dimensions in adolescents. *Personality and individual differences*.
10. Caci, H., Robert. P., Boyer. P., (2004). Novelty seekers and impulsive subjects are low in morningness. *European psychiatry* 19 (4) 79- 84
11. Di'az-Morales, J. F. (2007). Morning and evening-types: Exploring their personality styles. *Personality and Individual Differences*, 43, 769-778.
12. Besoluk, S. (2010). Morningness-eveningness preferences and university entrance examination scores of high school students. *Personality and individual differences*.
13. Vollmer, C., & Randler, C. (2012). Circadian preferences and personality values: Morning types prefer social values, evening types prefer individual values. *Personality and Individual Differences*, 52, 738-743.
14. Caci, H., Mattei, V., Bayle, F., Nadalet, L., Dossios, C., Robert, P., Boyer, P., (2004). Impulsivity but not venturesomeness related to morningness. *Psychiatry research*, 134(5) 259-265.
15. Prat, G., & Adan, A. (2013). Relationships among circadian typology, psychological symptoms, and sensation seeking. *Chronobiology International*, 30, 942-949.
16. Eysenck, S. B. G., & Chan, J. (1982). A comparative study of personality in adults and children: Hong Kong and England. *Personality and Individual Differences*, 3(2), 153-160.
17. Eysenck, H., Eysenck, S.G.B (1967). On the unitary of extraversion. *Acta psychological*, 26, 383-390.
۱۸. صداقت، معصومه، بهرامی، هادی، کیامنش، علیرضا، لک، زهرا. (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی‌های شخصیت در دانش آموزان دختر محبوب و منزوی دبیرستانی. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰(۹)، ۱۳-۲۲.
19. Adan, A., Natale, V., Caci, H, Part, G.(2010). Relationship between circadian typology and functional and dysfunctional impulsivity. *Chronobiology international*, 27, 616-619.

29. Bhagat, V. (2013). Invention Extroversion and Academic Performance of Medical Students. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2319 – 7722.
30. Louzada, F. Korczak, A. Lemos, N. (2004). Inter individual differences in morningness-eveningness orientation: influence of gender and social habits, *Hypnos*, 1: 81-84.
31. Horwitz BN, Luong G, Charles ST. (2008). Neuroticism and Extraversion Share Genetic and Environmental Effects with Negative and Positive Mood Spillover in a Nationally Representative Sample. *Personality and Individual Differences*. 2008; 45:636–642.
32. Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1987). *Cuestionario de personalidad EPI. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
33. Boeere, G. (2006). Hans's eysenck and other temperament theories. shippensburg university.
34. Giampietro, M., Cavallera, G. M., (2006). Morning and evening types and creative thinking. *Personality and Individual Differences* 42 453–463.
35. Diaz-morales, J., Escribano, C. (2013). Circadian preference and thinking styles: implication for school achievement. *Chronobiology international*, 30, 1231-1239.
36. Fabbri, M., Antonietti, A., Giorgetti, M., Tonetti, L., & Natale, V. (2007). Circadian typology and style of thinking. *Learning and Individual Differences*, 17, 175–180.

اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویت و حل مسئله خانواده

نسبیه منصوری^۱، سید علی کیمیایی^{۲*}، علی مشهدی^۳ و احمد منصوری^۴

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۴. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی و حل مسئله خانواده انجام شد.

روش: در این پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل تعداد ۱۰ زوج مراجعه‌کننده به روان‌پزشکان، متخصصان مغز و اعصاب و مراکز مشاوره شهر کاشمر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. زوج‌های گروه آزمایش در معرض مداخله ۸ جلسه‌ای زوج‌درمانی خودتنظیمی (هالفورد، ۱۳۸۴) قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. مقیاس زوجی اینریچ، پرسشنامه هویت بنیون و آدامز و حل مسئله خانواده در مورد شرکت‌کنندگان اجرا گردید. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس. ۲۲» و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث افزایش میزان رضایت زناشویی و مهارت‌های حل مسئله زوج‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود. علاوه، زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث کاهش میانگین نمره زوج‌ها در سبک‌های هویت سردرگم، پیش‌رس و دیررس و در مقابل افزایش میانگین نمره هویت موفق زوج‌ها می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع، زوج‌درمانی خودتنظیمی تأثیر بسزایی در افزایش میزان رضایت زناشویی، تعدیل سبک‌های هویت و افزایش مهارت حل مسئله زوج‌ها دارد و زوج‌درمانگران می‌توانند زوج‌درمانی خودتنظیمی را جهت بهبود رضایت زناشویی، سبک هویت و حل مسئله بکار گیرند.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی خودتنظیمی، رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی، حل مسئله خانواده.

*Email: Kimiaee@um.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۵۱-۶۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۱۶

Biannual Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 51-60

مقدمه

آزمایشی عمل می‌کند. افراد با هویت پیش‌رس، دارای تعهد قوی ثابتی هستند هرچند معمولاً آن‌ها را از والدینشان بدون هیچ آزمایشی می‌گیرند. افراد با هویت دیررس و سردرگم تعهدی ندارند. ولی تفاوت آن‌ها در این است که هویت دیررس به دنبال عناصر هویت معنی‌دار است که در نهایت به تعهد تبدیل می‌شود، اما شخصیت سردرگم این‌گونه نیست [۱۴]. حالت‌های هویت از مسیری که افراد با هویت سردرگم شروع می‌کنند پیروی می‌کنند، سپس از طریق هویت دیررس به سمت هویت موفق پیش می‌روند. بعضی افراد به سمت مسیر انحرافی می‌روند و به‌وسیله تعهد پیش‌رس حالت‌های هویت زودرس را پیدا می‌کنند [۱۵].

از عوامل مؤثر دیگر بر رضایت زناشویی، می‌توان به حل مسئله اشاره کرد. مهارت حل مسئله شامل، تلاش برای شناسایی مشکل، تعریف مشکل، تلاش برای درک مشکل، تعیین اهداف مربوط به مشکل، تولید راه‌حل‌های جایگزین، انتخاب بهترین جایگزین، انتخاب یک نانوگرام در گزینه‌های انتخاب‌شده و ارزیابی اثربخشی تلاش برای حل مشکل است [۱۶]. مهارت‌های حل مسئله به‌طور مستقیم با مسئله رضایت ارتباط دارند و نقص در فرآیندهای حل مسئله منجر به اختلال‌های گوناگونی از جمله افسردگی، ناسامانی، مشکلات مربوط به ازدواج، تربیت فرزند و روابط نادرست بین فردی می‌گردد. از این‌رو، حل مسئله یک راهبرد مقابله‌ای مهم است که توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و مشکلات روان‌شناختی را کاهش می‌دهد [۱۷]. همه زوج‌ها سطحی از تعارض را تجربه می‌کنند و همچنین نباید فراموش کرد که پدید آمدن اختلاف و تعارض بین زوج‌ها امری غیرطبیعی نیست [۱۸]. باوجود این، عدم آگاهی یا عدم توانایی زوج‌ها برای حل تعارض موجب کاهش ثبات روابط و افزایش احتمال پایان رابطه می‌شود [۱۹].

روش‌های درمانی متعددی برای درمان ناراضی‌های زناشویی طراحی شده است. باوجود این، یکی از روش‌هایی که باعث کاهش ناراضی‌های زوج‌ها می‌شود و بر مهارت‌های خودآگاهی، بهبود رفتار و احساس و مهارت‌های حل مسئله تأثیر مثبتی می‌گذارد، زوج‌درمانی خودتنظیمی است. رویکرد خودتنظیمی چارچوبی را در نظریه زوجی به‌وجود می‌آورد که می‌تواند باعث تغییرات شخصی در فرد شود [۲۰] و در درون بافت رابطه، به این موضوع اشاره می‌کند که زوج‌ها به فرآیندهای خودتغییری می‌پردازند تا رضایتمندی رابطه را افزایش دهند [۲۱].

کارولی [۲۲] خودتنظیمی را این‌گونه تعریف می‌کند: «خودتنظیمی به فرآیندهای درونی یا محاوره‌ای اشاره می‌کند که افراد را قادر می‌سازد فعالیت‌های هدفمند خودشان را در طی زمان و در شرایط متغیر، هدایت کنند. خودتنظیمی تلفیقی از افکار، احساسات و رفتار با استفاده از مکانیزم‌های خاص و مهارت‌های حمایتی است. خودتنظیمی هنگامی که فعالیت‌های عادی زندگی بازداشته می‌شوند یا هنگامی که هدایت اهداف به‌صورت دیگری آشکار می‌شود، بکار می‌رود». این تعریف تأکید می‌کند که فرآیندهای خودنظم‌بخشی در یک بافت اجتماعی قرار می‌گیرند. از دیدگاه درمانی، خودتنظیمی فرآیندی است که به‌وسیله آن شخص

خانواده یکی از عناصر اصلی جامعه است. زیرا که داشتن یک جامعه سالم نیازمند خانواده سالم و خانواده عامل اصلی سلامت روان و روابط مطلوب میان اعضا است. از این‌رو، روابط خوب بین اعضای خانواده اثرات مثبتی بر کل جامعه می‌گذارد [۱]. خانواده دوام و پایداری خود را به‌واسطه ازدواج حفظ می‌کند. باوجود این، در درجه اول یک محیط خانوادگی سالم نیاز است تا زوج‌ها به یکدیگر اعتماد کنند. خودشان را به عشق و احترام مجهز سازند. مهارت‌های حل مسئله خود را گسترش دهند و ارتباط سالم با یکدیگر را ادامه دهند [۲]. همچنین، ازدواج خوب سبب احساس معنی و هویت در زندگی آن‌ها می‌شود [۳، ۴]. از سوی دیگر، رضایت زناشویی مهم‌ترین مسئله در ازدواج و خانواده و همچنین مهم‌ترین پیش‌بین ثبات در ازدواج است [۵]. رضایت زناشویی به‌عنوان ارزیابی کلی افراد از وضعیت ازدواجشان، انعکاس شادکامی و کارکرد زناشویی تعریف شده است [۶]. این رضایت نوعی توافق نسبی بین زن و مرد در مورد مسائل مهم و به اشتراک گذاشتن وظایف و فعالیت‌های مشابه و نشان دادن محبت برای موفقیت زوج دیگر تصور می‌شود [۷]. عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی متعددی از جمله باورهای غیرمنطقی، اسنادهای ناسازگار، حمایت اجتماعی، ساختار قدرت در خانواده، خشونت، تاریخچه زندگی و ویژگی‌های فردی، استرس‌زها و انتقال‌های زندگی، مسائل اعتقادی، مذهب، نوع رابطه زوج‌ها، آداب و سنن اجتماعی - فرهنگی، زبان، هنجارها، تفاهم فکری و توافق مذهبی، ملاک‌ها و شیوه‌های همسرگزینی و راهبردهای حل تعارض رضایت زناشویی زوج‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۸، ۹، ۱۰]. یکی دیگر از عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی است. اریکسون بر این باور است که شکل‌گیری و پذیرش هویت فرد، تکلیفی به‌طور کامل دشوار و اضطراب‌زا است. افرادی که به هویتی قوی دست می‌یابند، برای روبرویی با مسائل بزرگ‌سالی آماده می‌شوند و افرادی که نمی‌توانند به چنین هویتی دست یابند، بحران هویت را تجربه می‌کنند. چنین افرادی نمی‌دانند کیست‌اند یا چه هستند، به کجا تعلق دارند یا می‌خواهند به کجا بروند؛ در نتیجه ممکن است از مسیر بهنجار زندگی، تحصیل، شغل و ازدواج کناره‌گیری کنند [۱۱]. وی کارکرد هویت را ایجاد هماهنگی بین پندار فرد از خود و تصور دیگران از خود می‌داند. به عبارت دیگر، هویت ایجاد تعادل بین خود و دیگران است [۱۲].

مارسیا هویت را به‌عنوان یک سازمان درونی، خودساخته و پویای ناشی از سائق‌ها، توانایی‌ها، باورها و تاریخچه فردی است [۱۳]. وی چهار سبک هویت (موفق، پیش‌رس، دیررس و سردرگم) را مشخص می‌کند و تفاوت شکل‌گیری هویت را با اشاره به دو بعد کاوشگری و تعهد توضیح می‌دهد. کاوشگری اشاره به تصمیم‌گیری یا ایجاد رفتارهایی در جهت حل مسائل و جمع‌آوری اطلاعات مربوط به خود دارد و تعهد به معنی پایبندی به مجموعه‌ای از عقاید، باورها و ارزش‌ها است.

هویت موفق تعهد استواری دارد و همچنین در اعتقادات و ارزش‌ها مطابق با جنبه‌ای از اکتشافات و عناصر پیشنهادی

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به روان‌پزشکان، متخصصان مغز و اعصاب و مراکز مشاوره شهر کاشمر (از جمله زنان و مردانی که به روان‌پزشکان و متخصصان مغز و اعصاب مراجعه می‌کنند و به دنبال درمان‌های روان‌پزشکی هستند، درحالی‌که مشکل آن‌ها به روابط زناشویی مربوط است). بود. نمونه مورد بررسی شامل ۱۰ زوج (۲۰ نفر) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از پیش‌آزمون به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیار ورود زوج‌ها به نمونه مورد بررسی داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، فقدان تصمیم به طلاق، عدم دریافت داروی روان‌پزشکی، فقدان خشونت خانگی، داشتن ازدواج قانونی، فقدان خیانت زناشویی، فقدان مشکل بدکاری جنسی، فقدان مصرف الکل و مواد، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و رضایت آگاهانه آن‌ها بود. گروه‌های پژوهش تا حد ممکن به لحاظ سن، سطح تحصیلات و مدت ازدواج همتا شدند. پس از آن برنامه خودتنظیمی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، زوج‌های گروه کنترل نیز، پس از پایان پژوهش به مدت ۸ جلسه تحت زوج‌درمانی به شیوه خودتنظیمی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

(۱) مقیاس زوجی اینریچ^۱: ابزاری است که توسط السون تدوین شده است. این ابزار مقیاسی ۳۵ ماده‌ای از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم، ۵=کاملاً موافقم) و متشکل از چهار مؤلفه رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی است. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده-مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر یک از خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۹]. در ایران ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) هر یک از خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۶۸،

مهارت‌هایی را در جهت اصلاح رفتار می‌آموزد [۲۲]. با این تعریف، خودتنظیمی به‌عنوان عاملی ثابت برای هدایت رفتار در یک مسیر خاص و برای رسیدن به هدف درست ظاهر می‌شود [۲۳]. خودتنظیمی شامل موضوعاتی مانند مدیریت منابع کنترل خود، تلاش برای نظارت بر رفتار، شروع و نگهداری رفتار جدید و اختلافات مفهومی و فردی در حالت‌های خودتنظیمی است [۲۴]. تأکید این رویکرد بر این است که به زوج‌های آشفته کمک کند تا صلاحیت‌های بیشتری را برای تغییر الگوهای مشکل‌ساز رفتاری، شناختی و عاطفی به دست آورند و با این کار رابطه خود را تقویت کنند [۲۰]. این رویکرد بر این نکته تأکید می‌کند که به زوج‌ها کمک کنیم تا بر جنبه‌هایی از رابطه که به‌آسانی قابل تغییرند، متمرکز شوند؛ مانند رفتار، افکار و احساسات شخصی خود [۲۵]. خودتنظیمی شامل سه مرحله، خودتنظیمی، خودارزیابی و تقویت خود است. آموزش اثربخش نیست، مگر اینکه مراجع هدف‌های رفتاری را بپذیرد، به‌گونه‌ای که انگیزه تقویت برای موفقیت‌هایش خوشایند باشد [۲۳].

هالفورد و همکاران [۲۶] در تحقیقی با عنوان «مزایای آموزش روابط قابل انعطاف» برنامه آموزشی مراقبت از زوج‌ها را ارزیابی کردند. آن‌ها به ۵۹ زوج که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند، برنامه مراقبت از زوج‌ها را که شامل خودتنظیمی روابط بود، آموزش دادند. سپس به ارزیابی خودتنظیمی روابط زوجین، رضایت و استحکام روابط و دوام آن‌ها پرداختند. نتایج نشان داد استحکام روابط و رضایت و مشارکت زوجین در این برنامه بالا بود و گزارش زنان نشان داد که آن‌ها قادر به خودتنظیمی روابطشان بودند. چارکر [۲۷] نشان داد که خودتنظیمی در درون بافت رابطه به‌طور معناداری بر رفتار مؤثر بوده و منجر به رشد مهارت‌های خودتنظیمی و رضایت زناشویی می‌شود. همچنین، مهارت‌یافتن زوج‌ها در متعهد شدن منجر به رضایتمندی زناشویی می‌شود. در پژوهش دیگری [۲۸] که باهدف تعیین میزان تأثیر زوج‌درمانی خودتنظیمی بر سلامت روان و افسردگی انجام شده است، نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث افزایش سلامت روان و کاهش میزان افسردگی زوج‌ها می‌شود.

از سوی دیگر، مارسیا [۱۳] معتقد است که افراد با هویت موفق یک خودتنظیمی درونی شده دارند و خودشان می‌توانند فرآیند خودارزیابی را انجام دهند. به‌خصوص، زوج‌ها می‌توانند از طریق تنظیم رفتار خود در حالت کنترل رفتار بر رابطه بین خود تأثیر بگذارند. همچنین، خودتنظیمی به سمت توسعه توانایی‌های هویت موفق حتی در شرایط نامناسب خانواده گرایش دارد. با توجه به افزایش شمار زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز کلینیکی، بهداشتی و درمانی، تأثیر عدم رضایت زناشویی و پیامدهای متعاقب آن بر کارکردهای مختلف و همچنین سلامت جسمی و روانی زوج‌ها، نقش و اهمیت سبک‌های هویتی در رضایت زناشویی آن‌ها و پژوهش‌های اندک انجام‌شده در این زمینه، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی و حل مسئله خانواده انجام گردید.

^۱ ENRICH Couple Scales (ECS)

۰/۷۸، ۰/۶۲، ۰/۷۸ گزارش شده است [۳۰].

۲) پرسشنامه حالات هویت بنیون و آدامز^۱: ابزاری ۶۴ ماده‌ای از نوع لیکرت شش درجه‌ای (۱= بسیار زیاد مخالفم، ۶= بسیار زیاد موافقم) و متشکل از چهار خرده مقیاس هویت موفق، دیررس، زودرس و سردرگم است. هر خرده مقیاس شامل ۱۶ سؤال است و دامنه هر یک از چهار خرده مقیاس بین ۱۶ تا ۹۶ است.

بنیون و آدامز اعتبار آزمون و خرده مقیاس‌های آن را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین، گزارش کردند که این ابزار از روایی همگرا، واگرا، هم‌زمان و پیش‌بین قابل قبولی برخوردار است [۳۱].

اعتبار نسخه فارسی این مقیاس و هر یک از خرده مقیاس‌های آن ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش شده است [۳۲].

۳) پرسشنامه حل مسئله خانواده^۲: ابزاری است که توسط احمدی و همکاران [۳۳] و با توجه به پرسشنامه فورگاچ (۱۹۸۹)، دینا و توماس (۱۹۹۶)، برگر و هنا (۱۹۹۱)، چمپیون و پاور (۲۰۰۰)، دی‌زوریلا و نزو (۱۹۹۰) تدوین شده است. مواد این پرسشنامه درباره روش‌های مواجهه با مشکلات فعلی، میزان شناخت فرایند و گام‌های حل مسئله و چگونگی به‌کارگیری روش‌های حل مسئله در بین زوجها است. این پرسشنامه از ۳۰ ماده تشکیل شده و بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ = هیچ‌وقت، ۵ = همیشه) نمره‌گذاری می‌شود.

اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی به فاصله ۲ هفته به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۶۴ گزارش شده است.

۴) زوج‌درمانی خودتنظیمی: جلسات زوج‌درمانی خودتنظیمی بر اساس نظریه هالفورد و بر اساس کتاب زوج‌درمانی کوتاه‌مدت وی (هالفورد، ۱۳۸۴) به شرح زیر تدوین شده است.

جلسه اول: ارتباط اولیه با زوجها برقرار شده و مشخص می‌شود که آیا این درمان برای مشکلات آن‌ها مناسب هست یا خیر؟ میزان تعهد زوجها بررسی و هدف از برگزاری جلسات مطرح می‌شود. درنهایت پرسشنامه رضایت زناشویی، سبک‌های هویت و مهارت‌های حل مسئله خانواده در مورد آن‌ها اجرا می‌گردد.

جلسه دوم: در جلسه دوم و سوم زوجها کمک می‌کنند تا مشخص شود که زوج‌درمانی مناسب هست یا خیر؟ همچنین فهرستی از نقاط قوت مهم رابطه، فهرستی از زمینه‌های مشکل‌ساز رابطه و درنهایت فهرستی از عوامل اصلی تأثیرگذار بر رشد و حفظ زمینه‌های مشکل‌ساز رابطه تهیه می‌شود. عواملی که بهتر است در جلسه دو و سه بررسی شوند شامل چگونگی گذراندن اوقات فراغت، حمایت‌ها، رابطه جنسی، باورها و انتظارات رابطه، استرس-های بیرونی و... است. در جلسه مشترک نیز باید نگرانی‌های عمده و ایجاد زمینه‌های مشترک از طریق بیان مجدد اظهارات خود مراجعه‌کننده‌ها در مورد نگرانی‌هایشان و تأکید بیشتر بر رابطه و قالب‌بندی جدید نگرانی‌ها جمع‌بندی شود. در جلسه دوم و سوم باید زوجها را وادار کرد تا به جنبه‌های مثبت رابطه توجه کنند.

جلسه سوم: ادامه جلسه ارزیابی اولیه؛ آنچه در جلسه اول مطرح شده است خلاصه می‌شود و مذاکره بر سر موضوع موردبحث در جلسه فعلی شروع می‌شود. معمولاً درمانگر به جمع‌آوری اطلاعات بیشتر در مورد زوجها و رابطه بین آن‌ها می‌پردازد. در جلسه دوم و سوم زوجها معمولاً وظایف منظم خاصی از جمله حل مسئله یا بحث‌های مورد قبول از نظر اجتماعی را بر عهده می‌گیرد. جلسه با خلاصه‌کردن و مذاکره پیرامون وظایف ارزیابی که باید بین جلسات انجام شود، پایان می‌یابد.

جلسه چهارم: بازخورد و مذاکره؛ درمانگر در مورد نتایج ارزیابی به زوجها بازخورد می‌دهد و در مورد اهداف رابطه مذاکره می‌کند. ابتدا مذاکره صورت می‌گیرد و دستور کار جلسه توسط درمانگر برای زوجها بیان می‌شود. دو زوج تصمیم می‌گیرند چه کاری را انجام دهند. سپس، نتایج ارزیابی ارائه می‌شود و خلاصه‌ای از نقاط قوت و ضعف رابطه، نکات اصلی روابط فعلی و مشکلات آن که زوجها و درمانگر در مورد آن توافق دارند، تهیه می‌شود و در پایان جلسه درباره مدل کاربردی رابطه مذاکره می‌شود.

جلسه پنجم: بازنگری؛ این جلسه یک تا سه جلسه طول می‌کشد و اغلب این جلسه بعد از مذاکره و بازخورد است. در جلسه بازنگری، درمانگر با زوجها درباره انجام اهداف خودتغییری بحث می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا تأثیر خودتغییری را بر رابطه خود ارزیابی کنند. اگر تغییرات به‌طور موفقیت‌آمیز انجام شده باشد، درمانگر آن‌ها را تقویت می‌کند و اگر خودتغییری با موفقیت انجام نشده باشد، درمانگر از آن‌ها می‌خواهد که به تلاش‌های خود تغییراتی ادامه دهند تا موانع خودتغییری را بشناسند و بر آن غلبه کنند.

جلسه ششم: جنبه روانی تربیتی رابطه؛ به معنای رشد مهارت‌های خودتنظیمی است. در این مرحله درحالی‌که همسران درک خود را از مراحل سازگاری و عوامل مؤثر بر آن فرایند افزایش می‌دهند، توانایی بهتری برای ارزیابی ارتباط فعلی و تنظیم اهداف خودتغییری پیدا می‌کنند.

ارزیابی که امکان هدف‌گذاری مناسب‌تر برای تغییر معطوف به خود را فراهم می‌کند. این مرحله زمانی استفاده می‌شود که زوجها نتوانند اهداف خودتغییری را به‌طور موفقیت‌آمیز شناسایی کنند. کشف هدایت‌شده: درمانگران از اطلاعاتی که در بررسی زوجها به‌دست آمده، استفاده می‌کنند تا آن‌ها را با سؤالاتی که باعث شناسایی مشکلات و عوامل مؤثر بر آن می‌شوند، راهنمایی کنند. بازسازی عاطفی-شناختی: بازسازی عاطفی-شناختی به همسران کمک می‌کند که موضوعات زیربنایی تعارض‌های مخرب را شناسایی کنند و به عوامل مؤثر در آن موضوعات پی ببرند. یک هدف مهم در بازسازی عاطفی-شناختی ترسیم هیجانات مثبت‌تر است. در این مرحله از مواد آموزشی، کتاب‌ها و نوارهای آموزشی نیز استفاده می‌شود.

جلسه هفتم: در این مرحله از انواع مداخله‌ها ز جمله افزایش مثبت‌بودن در تعاملات روزانه، روزهای عشق، افزایش فعالیت‌های پاداش‌دهنده، افزایش حمایت از همسر، خودنظم بخشی ارتباط

¹ Objective Measure of Ego Identity Status (OMEIS-II)

² Family Problem-Solving Questionnaire (FPS)

احتمال وقوع مشاجره‌ها و سایر رویدادهای منفی رابطه متمرکز می‌کنیم و از آن‌ها می‌پرسیم که چگونه این شرایط را کنترل می‌کنند.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس. ۲۲» و با استفاده از آزمون t ، χ^2 و تحلیل کوواریانس یک متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

به‌منظور ارائه تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی و میانگین و انحراف معیار مربوط به نمره‌های شرکت‌کنندگان در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

خوب، ساختار آموزش ارتباط، انتخاب اهداف توسط افراد، اجرا و ارزیابی، بیان غیر کلامی، تمرین‌های ساختاریافته (تمرین اجازه صحبت، مشخص کردن، تقویت ابراز هیجان، حل تعارض، حل مسئله، اجرای خودنظم بخشی حل مسئله، اداره امور منفی قبل و بعد از تعارض، تغییر اندیشه‌ها و احساسات منفی) استفاده می‌شود. جلسه هشتم: پیگیری؛ در این جلسه از هرکدام از زوجها خواسته می‌شود تغییراتی را که تصمیم داشتند انجام دهند، تعریف کنند. بعد از هر فرد پرسیده می‌شود که آیا خود تغییری را انجام داده است و تغییرات چه تأثیری بر او داشته است. اگر زوجها خود تغییری را انجام نداده باشند، می‌توان از آن‌ها پرسید «برای من مهم است که بدانم شما راجع به این تغییر پیشنهادی، چه نظری دارید؟». برای بررسی رابطه بهتر از زوجها خواسته می‌شود که هر هفته یا دو هفته یکبار زمانی را به بحث درباره نکات مثبت رابطه خود در چند هفته اخیر بپردازند. همچنین، توجه آن‌ها را بر

جدول ۱. داده‌های جمعیت‌شناختی مربوط به افراد گروه آزمایش و کنترل

مدت ازدواج	تحصیلات				سن		فراوانی	گروه
	کارشناسی ارشد	کارشناسی	فوق دیپلم	دیپلم	انحراف معیار	میانگین		
۳/۷۵	۲	۱	۱	۶	۲۶/۵۰	۲۶/۵۰	۱۰	آزمایش
۵/۲۵	۲	۲	۲	۴	۲۸/۱۳	۲۸/۱۳	۱۰	کنترل
۴/۵۰	۴	۳	۳	۱۰	۲۷/۳۱	۲۷/۳۱	۲۰	کل

تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$ ، $\chi^2 = 0.69$). درنهایت، بین مدت زمان ازدواج دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد ($t = -1.67$ ، $df = 18$ ، $P > 0.05$).

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین سنی دو گروه آزمایش (۲۶/۵۰) و کنترل (۲۸/۱۳) تفاوت معنادار وجود ندارد ($t = 0.55$ ، $df = 18$ ، $P > 0.05$). بین دو گروه در سطح تحصیلات

جدول ۲. یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمره‌های رضایت زناشویی، هویت و حل مسئله خانواده

انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر
۹/۹۲	۵۰/۶۳	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۷۷	۲۵/۳۸	آزمایش	رضایت
۶/۶۷	۴۷/۶۳	کنترل		۴/۴۴	۲۷	کنترل	
۵/۴۴	۴۴/۷۵	آزمایش	پس‌آزمون	۳/۶۸	۳۷/۸۸	آزمایش	زناشویی
۶/۷۱	۵۱/۳۸	کنترل		۳/۸۵	۲۶/۳۸	کنترل	
۱۱/۹۷	۴۹/۳۸	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۴۵	۲۲	آزمایش	ارتباطات
۳/۸۸	۴۸/۳۸	کنترل		۳/۶۶	۲۳/۶۳	کنترل	
۱۱/۱۲	۴۴/۱۳	آزمایش	پس‌آزمون	۵/۶۸	۳۶	آزمایش	حل تعارض
۴/۱۳	۵۱/۶۳	کنترل		۴/۷۶	۲۲/۸۸	کنترل	
۱۲/۳۸	۵۷/۳۸	آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۸۵	۲۶	آزمایش	تحریف
۶/۹۰	۵۶/۲۵	کنترل		۳/۶۰	۲۸/۱۳	کنترل	
۶/۴۱	۵۶/۳۸	آزمایش	پس‌آزمون	۲/۰۵	۳۴/۷۵	آزمایش	آرامانی
۹/۱۹	۶۳	کنترل		۳/۱۵	۲۷/۲۵	کنترل	
۶/۹۷	۶۱/۱۳	آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۲۸	۱۳/۷۵	آزمایش	کل رضایت
۴/۶۲	۵۹/۶۳	کنترل		۲/۴۴	۱۴/۶۳	کنترل	
۶/۱۷	۶۷/۸۸	آزمایش	پس‌آزمون	۳/۱۱	۱۹	آزمایش	زناشویی
۴/۰۶	۵۸/۳۸	کنترل		۳/۴۵	۱۴/۲۵	کنترل	
۱۰/۸۳	۷۱	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۸۲	۸۷/۱۳	آزمایش	حل مسئله خانواده
۹/۳۱	۷۹/۶۳	کنترل		۶/۹۶	۹۳/۳۸	کنترل	
۹/۵۷	۱۱۲	آزمایش	پس‌آزمون	۱۱/۲۶	۱۲۷/۶۳	آزمایش	
۸/۱۳	۷۸/۷۵	کنترل		۴/۶۲	۹۰/۷۵	کنترل	

نتایج آزمون لون نیز نشان می‌دهد که واریانس همه متغیرهای پژوهش به‌جز هویت زودرس در بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ($P > 0.05$). بعلاوه، آزمون یکسانی شیب‌خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است ($P > 0.05$). از این‌رو، استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع است (جدول ۴).

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس برای تعیین معناداری تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. با وجود این، ابتدا برای بررسی پیش‌فرض‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون استفاده گردید (جدول ۳). نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که متغیرهای پژوهش دارای توزیع طبیعی می‌باشند ($P > 0.01$).

جدول ۳. بررسی مفروضه‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

همگنی واریانس		طبیعی بودن		متغیر	همگنی واریانس		طبیعی بودن		متغیر
		پس‌آزمون	پیش‌آزمون		P	F	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
P	F	P	P		P	F	P	P	
۰/۵۰	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۷۴	هویت سردرگم	۰/۶۸	۰/۱۷	۰/۳۸	۰/۳۳	رضایت زناشویی
۰/۰۴	۴/۶۲	۰/۰۲	۰/۵۳	هویت زودرس	۰/۳۷	۰/۸۴	۰/۴۲	۰/۲۲	ارتباطات
۰/۲۳	۱/۵۳	۰/۷۱	۰/۶۱	هویت دیررس	۰/۴۰	۰/۷۳	۰/۰۷	۰/۰۶	حل تعارض
۰/۱۷	۲/۰۳	۰/۳۲	۰/۴۵	هویت موفق	۰/۷۹	۰/۰۶	۰/۸۴	۰/۲۴	تحریف آرمانی
۰/۱۱	۲/۷۸	۰/۴۴	۰/۲۶	حل مسئله خانواده	۰/۰۵۹	۴/۲۳	۰/۰۷	۰/۷۱	نمره کل رضایت زناشویی

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی، هویت و حل مسئله خانواده

مجذور اتا	P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منبع تغییرات		
						گروه	خطا	
۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۴۰/۵۸	۵۵۱/۰۸	۱	۵۵۱/۰۸	گروه	خطا	رضایت زناشویی
					۱۷۶/۵۲			
۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۳۳/۷۲	۷۵۹/۸۷	۱	۷۵۹/۸۷	گروه	خطا	ارتباطات
					۲۹۲/۹۰			
۰/۷۴	۰/۰۰۰۱	۳۶/۹۶	۲۳۲/۳۵	۱	۲۳۲/۳۵	گروه	خطا	حل تعارض
					۸۴/۱۷			
۰/۳۶	۰/۰۱	۷/۳۰	۸۴/۳۳	۱	۸۴/۳۳	گروه	خطا	تحریف آرمانی
					۱۵۰			
۰/۸۳	۰/۰۰۰۱	۶۳/۸۲	۵۰۶۸/۵۱	۱	۵۰۶۸/۵۱	گروه	خطا	کل رضایت زناشویی
					۱۰۳۲/۳۱			
۰/۳۷	۰/۰۱	۷/۹۱	۲۳۲/۲۲	۱	۲۳۲/۲۲	گروه	خطا	هویت سردرگم
					۳۸۱/۲۱			
۰/۲۶	۰/۰۴	۴/۷۹	۲۵۵/۹۳	۱	۲۵۵/۹۳	گروه	خطا	هویت زودرس
					۶۹۴/۲۳			
۰/۲۶	۰/۰۴	۴/۷۹	۲۰۴/۶۲	۱	۲۰۴/۶۲	گروه	خطا	هویت دیررس
					۵۵۵/۲۹			
۰/۵۳	۰/۰۰۲	۱۴/۸۸	۳۰۱/۳۹	۱	۳۰۱/۳۹	گروه	خطا	هویت موفق
					۲۶۳/۱۶			
۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	۵۴/۶۶	۴۱۹۸/۵۵	۱	۴۱۹۸/۵۵	گروه	خطا	حل مسئله خانواده
					۷۶/۸۰			
				۱۷	۹۹۸/۴۴			

مهارت‌های ارتباطی متعدد خود را ارزیابی کرده و روش‌های تعامل جدیدی را که خود مایل‌اند، انتخاب کنند [۲۰]. از این‌رو، خودتنظیمی استحکام روابط و رضایت و مشارکت زوجها را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد [۲۶]. به‌عبارت‌دیگر، درمان خودتنظیمی با تکیه بر ارزیابی، مذاکره، تعیین هدف و خودتغییری، زوجها را توانا می‌سازد تا رفتار خود را تغییر دهند. همچنین، باعث می‌شود که زوجها با نیازهای همدیگر بیشتر آشنا شوند و همدیگر را بیشتر درک کنند، با عواطف مثبت یکدیگر مواجهه شوند، خواست درونی خود را از همسرشان بخواهند، پایبند به زندگی زناشویی خود شوند، اختلاف سلیقه‌ها و تفاوت‌های بین یکدیگر را بیشتر درک کنند، مسئولیت‌پذیری و نحوه تصمیم‌گیری در مورد مسائل مهم زندگی‌شان را یاد بگیرند، نحوه تعامل، صحبت و گوش‌دادن به یکدیگر را بهبود بخشند، از نقش خود در تعارضات آگاهی یابند و به‌دنبال حل آن باشند. در نتیجه، درمان خودتنظیمی باعث افزایش استحکام روابط، افزایش رضایت زناشویی و مشارکت زوجها شود.

نتایج نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر میانگین نمره‌های مربوط به سبک‌های هویت زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث کاهش میانگین نمره‌های سبک‌های هویت سردرگم، پیش‌رس و دیررس و در مقابل افزایش میانگین نمره‌های سبک هویت موفق زوجها گروه آزمایش می‌شود. هرچند پژوهشی هم‌سو یا ناهم‌سو با یافته‌های پژوهش مشاهده نشد. با این وجود، مارسیا [۱۳] معتقد است که افراد با هویت موفق یک خودتنظیمی درونی شده دارند و خودشان می‌توانند فرآیند خودارزیابی را انجام دهند. به‌خصوص در حالت کنترل رفتار که زوجها دارای هویت موفق می‌توانند با تنظیم رفتار خود بر رابطه‌شان تأثیر بگذارند. همچنین، مشابه مطالعات قبلی نشان داد که هویت فرایند پویا و مادام‌العمری است که با تغییرات مستمر در میزان کاوش و قدرت تعهدات افراد مشخص می‌شود [۳۷] و وضعیت‌های هویتی، ثابت و غیر قابل تغییر نیستند [۳۸]. بعلاوه، هویت فرایند مستمری است که طی آن، مرزهای بین خود و دیگری (شخص - موضوع) شکل می‌گیرد، از بین می‌رود و دوباره بازسازی می‌شود [۳۹]. از این‌رو، در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که درمان خودتنظیمی به زوجها کمک می‌کند به یک خودتنظیمی درونی شده برسند. همچنین به آن‌ها کمک می‌کند به رشد احساس صمیمیت نایل شوند و به دنبال فاصله گرفتن از مردم و همسر خود نباشند. علاوه بر آنچه ذکر شد، یکی از مواردی که خودتنظیمی تأکید زیادی بر آن دارد، مدیریت منابع کنترل و خودتغییری است افرادی که دارای هویت موفق هستند منبع کنترل بیرونی دارند در صورتی که افراد با هویت سردرگم، پیش‌رس و دیررس دارای منبع کنترل درونی هستند. استفاده از رویکرد خودتنظیمی باعث می‌شود افراد از منبع کنترل درونی به سمت منبع کنترل بیرونی پیش روند. یکی دیگر از اهداف مهم در زوج‌درمانی خودتنظیمی توسعه مهارت‌های حل مسئله زوجها است [۲۰]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر افزایش مهارت حل مسئله

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه برای متغیر رضایت زناشویی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر رضایت زناشویی نیز به‌طور معناداری بیش از گروه کنترل است. بررسی مؤلفه‌های رضایت زناشویی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی (۰/۷۵=مجذور اتا، $F=40/58$, $P<0/05$)، ارتباطات (۰/۷۲=مجذور اتا، $F=33/72$, $P<0/05$)، حل تعارض (۰/۷۴=مجذور اتا، $P<0/05$) و خرده‌مقیاس تحریف آرمانی (۰/۳۶=مجذور اتا، $F=7/30$, $P<0/05$) وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد نمره‌های گروه آزمایش در متغیر سبک‌های هویتی به‌طور معناداری بیش از گروه کنترل است. همچنین، نتایج ابعاد سبک‌های هویتی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در خرده مقیاس‌های سبک هویت سردرگم (۰/۳۷=مجذور اتا، $F=7/91$, $P<0/05$)، سبک هویت پیش‌رس (۰/۲۶=مجذور اتا، $F=4/79$, $P<0/05$)، سبک هویت دیررس (۰/۲۶=مجذور اتا، $F=4/79$, $P<0/05$) و سبک هویت موفق (۰/۵۳=مجذور اتا، $F=14/88$, $P<0/05$) وجود دارد. در نهایت، نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان نمرات دو گروه در پرسشنامه حل مسئله خانواده وجود دارد (۰/۸۰=مجذور اتا، $F=54/66$, $P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی و حل مسئله خانواده انجام گردید. نتایج حاصل همسو با یافته‌های قبلی [۲۶، ۲۷، ۳۴، ۳۵، ۳۶] نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر افزایش رضایت زناشویی زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد. بررسی خرده مقیاس‌های مقیاس زوجی اتریچ نیز نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر افزایش رضایت زناشویی، ارتباطات و مهارت‌های حل تعارض زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد. از این‌رو، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های قبلی [۲۲، ۲۷، ۳۵] نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث بهبود رابطه زوجها می‌شود. همچنین، همسو با یافته‌های قبلی [۳۴] نشان داد که این رویکرد می‌تواند در حل تعارضات بین زوجها مؤثر باشد. در نهایت، یافته‌های مربوط به خرده‌مقیاس تحریف آرمانی نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر افزایش تحریف آرمانی زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد.

افزایشی که بیانگر گرایش زوجها گروه آزمایش در پاسخ به سؤال‌ها بر اساس رفتارهای پسندیده اجتماعی است. همچنین، نشان‌دهنده نگاه غیرواقع‌بینانه آن‌ها درباره رابطه زناشویی است. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت درمان خودتنظیمی از طریق بهبود کیفیت ارتباط، مواجهه با عواطف مثبت زوجین و همچنین کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات، موجب ارتقاء کیفیت روابط میان زوجها و افزایش میزان رضایت زناشویی آن‌ها می‌شود [۲۱]. بعلاوه، زوج‌درمانی خودتنظیمی به زوجها کمک می‌کند تا

- mehsana (GUJARAT). Shodh, Samiksha aur Mulyankan (International Research Journal), 2, pp. 11-12.
8. Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 62, pp. 964-980.
9. Gottman, J. M. (1994). *Why Marriages Succeed or Fail*. New York: Simon and Schuster.
۱۰. منصوری‌نیا، آذردهخت، اعتمادی، عذرا، فاتحی‌زاده، مریم-السادات و حسن‌پور، افسانه. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش پیش از ازدواج بر میزان رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان. یافته‌های نو در روانشناسی، ۶، صص. ۷۸-۶۵.
۱۱. امانی، رزیتا و مجذوبی، محمدرضا. (۱۳۹۰). پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۳، صص. ۲۴-۱۳.
۱۲. هاشمی، زهرا و جوکار، بهرام. (۱۳۸۹). بررسی رابطه جهت‌گیری‌های مذهبی اسلامی با ابعاد هویت. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۷، صص. ۷۴-۵۹.
13. Hofer, J., Busch, H., & Kartner, J. (2011). Self regulation and well-being: The influence of identity and motives. *European Journal of Personality*, 25, pp. 211-224.
۱۴. حجازی، الهه و نگهبان‌سلامی، محمود. (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های دلبستگی به والدین و همسالان با سبک‌های هویت در نوجوانان. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۹، صص. ۱۳۱-۱۰۷.
15. Wiley, R. E., & Berman, S. L. (2012). The relationship among caregiver and adolescent identity status, identity distress and psychological adjustment. *Journal of Adolescence*, 35, pp. 1203-1213.
16. Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2007). Efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problem: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 27, pp. 46-57.
- زوج‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد. ازاین‌رو، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های قبلی [۲۰] نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث افزایش مهارت حل مسئله در بین زوج‌ها شده است. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که درمان خودتنظیمی از طریق آموزش مهارت‌های حل مسئله، به زوج‌ها کمک می‌کند تا بر قابلیت‌ها و نکات مثبت خود تمرکز کنند، نگرش خود را در مورد مسائل زندگی تغییر دهند و در نهایت مهارت‌های حل مسئله خود را افزایش دهند. همچنین به آن‌ها کمک می‌کند یاد بگیرند که چگونه با به‌کارگیری مهارت حل مسئله، تعارضات و مشکلات بین فردی خود را حل کنند و رابطه بهتری با یکدیگر داشته باشند. زیرا که مهارت حل مسئله به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مهم توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و مشکلات روانی را کاهش می‌دهد [۱۷].
- در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی تأثیر بسزایی در افزایش میزان رضایت زناشویی، تعدیل سبک‌های هویت و افزایش مهارت حل مسئله زوج‌ها دارد و زوج درمانگران می‌توانند نقش و اثر زوج‌درمانی خودتنظیمی را در مورد رضایت زناشویی، سبک هویت و حل مسئله در نظر بگیرند.

منابع

1. Shaker, A., Heshmati, R., & Poor Rahimi, M. (2010). Investigation of marital adjustment in people with secure. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, pp. 1823-1826.
2. Canel, A. N. (2013). The development of the Marital Satisfaction Scale (MSS). *Educational Sciences: Theory & Practice*, 13, pp. 97-117.
3. Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 82, pp. 58-68.
4. Loue, S., & Sajatovic, M. (2008). *Encyclopedia of Aging and Public Health*. New York: Springer.
5. Selcuk, E., Zayas, V., & Hazan, C. (2010). Beyond satisfaction: the role of attachment in marital functioning. *Journal of Family Theory and Review*, 2, pp. 258-79.
6. Schoen, R., Astone, N. M., Rotherth, K., Standish, N. J., & Kim, Y. J. (2002). Women employment, marital happiness and divorce. *Social Forces*, 81, pp. 643-662.
7. Chaudhari, N. P., Patel, H. J. (2009). A study marital adjustment among female of urban & rural

- evaluation of the Couple CARE program. *Family Relations*, 53, pp. 469-476.
27. Charker, J. H. (2003). *Self-regulation and wisdom in relationship satisfaction*. Griffith University: Brisbane.
28. میراحمدی، لیلا، احمدی، احمد و بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۰). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی بر سلامت روان و افسردگی زوجین. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۵، صص. ۹۹-۱۱۱.
29. Olson, D. H., Olson, A. K. (2000). *Empowering Couples: Building on Your Strengths*. Minneapolis, MN: Life Innovations, Inc.
30. Asoodeh, M. H., Daneshpour, M., Khalili, S. H., Gholamali Lavasani, M., Abuali Shabani, M., & Dadras, I. (2011). Iranian successful family functioning: communication. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, pp. 367-371.
31. Bennion, L. D., & Adams, G. R. (1986). A revision of the extended version of the objective measure of ego identity status: An identity instrument for use with late adolescents. *Journal Adolescent Research*, 1, pp. 183-198.
۳۲. پاشا، غلامرضا و گودرزیان، مه‌ری. (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های هویت و رشد اخلاقی با مسئولیت‌پذیری در دانشجویان. یافته‌های نو در روانشناسی، ۲، صص. ۸۷-۹۹.
33. Ahmadi, K., Ashrafi, S. M. N., Kimiaee, S. A., Afzali, M. H. (2010). Effect of family problem-solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Sciences*, 10, pp. 682-87.
۳۴. جانباز فریدونی، کبرا، تبریزی، مصطفی و نوایی‌نژاد، شکوه. (۱۳۸۷). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودنظم بخشی بر افزایش رضایت زناشویی مراجعان درمانگاه فرهنگیان شهرستان بابلسر. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۴، ۱۵، صص: ۲۲۹-۲۱۳.
۳۵. علوی‌زاده، سید محمدرضا. (۱۳۸۹). زوج‌درمانی مبتنی بر خودگردانی کوتاه‌مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان. مجله اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، ۴، صص: ۳۶-۲۷.
۱۷. برغندان، میترا، عنایتی، صلاح‌الدین و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله به شیوه گروهی بر سلامت عمومی و رضایت زناشویی همسران کارمندان مرد طرح اقماری. مجله یافته‌های نو در روانشناسی، ۲، ۷، صص. ۹۵-۱۰۷.
۱۸. امرالهی، ریحانه، روشن چسلی، رسول، شعیری، محمدرضا و نیک‌آذین، امیر. (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۲۰، صص. ۲۲-۱۱.
۱۹. اعتمادی، احمد و ابراهیمی، لقمان. (۱۳۹۲). تعیین اثربخشی آموزش گروهی خودارزشمندی بر اساس الگوی مبتنی بر اعتباریابی انسان بر افزایش میزان رضایت زناشویی. مجله روانشناسی، ۱۷، صص. ۴۳۵-۴۵۰.
20. Halford, W. K. (2003). *Brief Therapy for Couples Helping Partners Help Themselves*. New York: Guilford Press.
۲۱. هالفورد، کیم. (۲۰۰۴). زوج‌درمانی کوتاه‌مدت. ترجمه مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات فراروان.
22. Halford, W. K., Sander, M. R., & Behrens, B. C. (1994). Self-regulation in behavioral couple's therapy. *Behaviour Therapy*, 25, pp. 431- 452.
23. Eniola, M. S. (2007). The influence of emotional intelligence and self-regulation strategies on remediation of aggressive behaviours in adolescent visual impairment. *EthnoMed*, 1, pp. 71-77.
24. Shepperd, J. A., Rothman, A. J., Klein, W. M. P. (2011). Self regulation, identity-regulation and health. *Self and Identity*, 10, pp. 281-83.
۲۵. فاتحی‌زاده، مریم، ملکیها، مرضیه و طغیانی، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی به شیوه آموزش خودتنظیمی بر سلامت روان زوجین شاهد و ایثارگر اصفهان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲، صص. ۷۲-۶۱.
26. Halford, W. K., Moore, E. M., Wilson, K. L., Dyer, C., & Farrugia, C. (2004). Benefits of a flexible delivery relationship education: An

36. Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (2001). Can skills training revert relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology*, 15, pp. 750-768.
37. Marisa, Á. Cabral, J., & Matos, P. M. (2011). Identity in university students: The role of parental and romantic attachment. *Journal of Adolescence*, 35, pp. 133-142.
۳۸. غرایبی، بنفشه، عاطف‌وحید، محمدکاظم، دژکام، محمود و محمدیان، مهرداد. (۱۳۸۴). وضعیت هویتی نوجوانان تهرانی. *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱، صص. ۱۶۴-۱۷۵.
39. Kroger, J. (1996). *Identity in Adolescence, the Blance between Self and Others*. New Yourk: Routledg.

رابطه تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با مدیریت درد در افراد دچار سردرد مزمن

نازنین گلابی^{۱*}، محمدحسین عبداللهی^۲، مهناز شاهقلیان^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با مدیریت درد در افراد دچار سردرد مزمن و تعیین سهم هر کدام از این متغیرها در کاهش درد انجام شد.

روش: ۱۰۰ نفر از افرادی که در شهر تهران توسط یکی از پزشکان متخصص تشخیص سردرد مزمن دریافت کرده بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه باورهای فراشناختی و پرسشنامه درد مک‌گیل را تکمیل کنند.

نتایج: نتایج نشان داد که تمامی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان با مدیریت درد ارتباط معنادار دارند. مؤلفه‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه، ارتباط منفی معنادار و مؤلفه‌های منفی تنظیم شناختی هیجان شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران، ارتباط مثبت معنادار با افزایش درد داشتند. مؤلفه‌های باور فراشناختی منفی (کنترل ناپذیری و خطر و نیاز به کنترل افکار) با متغیر درد ارتباط مثبت و از میان مؤلفه‌های باور فراشناختی مثبت، مؤلفه خودآگاهی شناختی با متغیر درد ارتباط منفی نشان داد. رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد از میان مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و باور فراشناختی، نشخوار فکری قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش از این دیدگاه حمایت می‌کند که تنظیم شناختی هیجان و برخی از مؤلفه‌های باور فراشناختی در مدیریت درد مؤثرند.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۶۱-۷۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۲۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 61-70

کلیدواژه‌ها: مدیریت درد، تنظیم هیجان، باور فراشناختی، سردرد مزمن.

*Email: golabnazanin@yahoo.com

مقدمه

درد^۱ تجربه‌ی حسی و روحی از ناراحتی است که معمولاً با آسیب واقعی یا تهدیدکننده بافت‌ها ارتباط دارد [۱]. در سال ۱۹۹۴ درد توسط انجمن بین‌المللی مطالعه درد^۲ این‌گونه تعریف شد؛ تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند همراه با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه [۲]. درد را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد، حاد^۳ و مزمن^۴. درد حاد معمولاً سازگارانه است و به شخص آگاهی می‌دهد که از آسیب بیشتر اجتناب کند [۳]. ولی درد مزمن به درد مقاوم به درمانی اطلاق می‌شود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبود آن انتظار می‌رود، طول کشیده است. بر اساس توصیه‌های انجمن بین‌المللی مطالعه درد، در فعالیت‌های بالینی و در دردهای غیر سرطانی، انتخاب مقطع ۳ ماه برای تفکیک بین درد حاد و مزمن مناسب است، ولی برای مقاصد پژوهشی بهتر است مقطع زمانی ۶ ماه به‌عنوان ملاک تشخیص درد در نظر گرفته شود [۴].

عوامل گوناگون روان‌شناختی و محیطی نقش بارزی در درد مزمن ایفا می‌کنند و نقش این عوامل در درد حاد کمتر است. درد حاد معمولاً مفید است، زیرا این درد به شخص هشدار می‌دهد که کدام یک از اعمالش اشتباه است و او را به جستجوی مراقبت بهداشتی هدایت می‌کند. درحالی‌که درد مزمن مزیت زیستی ندارد و اغلب فشار شدید هیجانی، فیزیکی، اقتصادی و اجتماعی را به بیمار و خانواده او تحمیل می‌کند و ناشی از یک تجربه ذهنی منحصر به فرد است که به تعامل پیچیده شناخت‌های فرد، هیجانات و عوامل فردی و فرهنگی او وابسته است [۵]. در تجربه‌ی درد عوامل روان‌شناختی دارای نقشی مرکزی هستند [۶]؛ بنابراین برای درمان درد مزمن و مدیریت درد^۵ احتیاج به رویکردی چندجانبه می‌باشد که تمامی عوامل مؤثر در درد از جمله عوامل فیزیکی، هیجانی، شناختی و غیره را در برگیرد. مدیریت درد یک رویکرد چند رشته‌ای است که در سال‌های اخیر بسیار به آن توجه شده است [۷]. این رویکرد شامل پرداختن به قسمت‌های مختلف درد است و به‌عنوان یک مدل یکپارچه با هدف تشویق مشارکت فعال و افزایش ظرفیت مقابله برای کنترل درد ایجاد شده است [۷]. مدیریت درد مزمن نیاز به یک رابطه درازمدت و سرمایه‌گذاری فراتر از آنچه در درد حاد انجام می‌شود، دارد [۸]. مدیریت درد معمولاً شامل درمان با دارو، فعالیت‌های اصلاحی و یا ترکیبی از این دو می‌باشد. این امر که درد به طور کامل قطع بشود امکان‌پذیر نمی‌باشد ولی برنامه مدیریت درد مؤثر می‌تواند شدت درد را کاهش دهد. مدیریت درد فرایندی بسیار دشوار است [۹]. هدف از برنامه‌های مدیریت درد بهبودی ابعاد جسمی، روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی فرد است که باعث بهبود کیفیت زندگی فرد، دستیابی به عملکرد بهینه در شغل و اعتماد به نفس در مدیریت درد می‌شود. تسکین درد هدف

اصلی این برنامه‌ها نیست، اگرچه بهبود درد گزارش شده است [۶]. از سوی دیگر شواهد تجربی برای این نظریه موجود است که شناخت‌ها و رفتارهای مرتبط با درد نقش مهمی در انطباق بیماران با درد مزمن دارند. [۱۰]. فراشناخت^۶ مفهوم چندوجهی است که دربرگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و کنترل می‌کنند. بر اساس نظریه فراشناخت، دو نوع دانش فراشناختی، آشکار و ضمنی و همچنین دو نوع باور فراشناختی^۷، مثبت و منفی وجود دارد. دانش آشکار به‌صورت کلامی ابراز می‌شود، اما دانش ضمنی یا پنهان، به طور مستقیم به‌صورت کلامی قابل بیان نیست. نمونه‌هایی از باور فراشناختی مثبت مانند "متمرکز شدن بر تهدید مفید است"، "نگرانی درباره آینده به من کمک می‌کند تا از خطر اجتناب کنم" می‌باشند و باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری، معنا، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. نمونه‌هایی از این نوع باورها عبارت‌اند از "اگر افکار خصمانه‌ای داشته باشم، ممکن است برخلاف میل به آن‌ها عمل کنم"، "ناتوانی در به خاطر سپردن اسامی، نشانه تومور مغزی است" [۱۱].

باورها راجع به درد، اهمیت آن، مفهوم‌سازی در مورد علل آن، ارزیابی توانایی‌های هر فرد برای مدیریت درد و خطاها در پردازش اطلاعات (سبک‌های تفکر غلط)، همگی می‌توانند در تجربه درد فرد اثرگذار باشند. می‌توان گفت که باورها از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل می‌شوند که کنش‌وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کنند و نیز از آن تأثیر می‌پذیرند. فراشناخت بر پردازش هیجانی، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها اثر می‌گذارد [۱۲]. با این همه در زمینه ارتباط باورهای فراشناختی با مدیریت درد تحقیقات اندکی صورت گرفته است. تورنر^۸ و همکاران نشان دادند که باورهای مرتبط با درد نقش کلیدی در عملکرد فیزیکی و روان‌شناختی دارند. در پژوهش دیگری گزارش شده است که هیچ ارتباطی بین باورهای مرتبط با درد و ابعاد درد جسمی وجود ندارد ولی باورها می‌توانند در سلامت روان مؤثر باشند [۱۳]. البته پژوهش‌های متعددی به ارتباط باورهای فراشناختی با اختلالات هیجانی و سلامت روان اشاره کرده‌اند [۱۴، ۱۵].

عوامل هیجانی نیز نقش مؤثری در مدیریت درد دارند. به نظر می‌رسد یکی از عوامل اثرگذار بر درد، تنظیم هیجان^۹ باشد. بیشترین تعاریفی که از واژه تنظیم هیجان صورت گرفته است بر روش‌های اثرگذاری بر تجارب و بیان هیجانات فرد در این تجارب تأکید داشته‌اند [۱۶]. تنظیم هیجان به‌عنوان فرایندهای بیرونی و درونی مسئول نظارت و ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی به‌ویژه خصوصیات زمانی و فشرده برای به هدف رساندن فرد تعریف شده است [۱۷]. تحقیقات به رابطه درد و هیجان اشاره

1 Pain

2 International Association For the Study of Pain (IASP)

3 Acute

4 Chronic

5 Pain Management

6 Meta- Cognition

7 Meta-Cognitive beliefs

8 Turner

9 Emotion Regulation

۶۴ نفر (۶۳/۴٪) از آزمودنی‌ها در زمان پژوهش به خاطر سردرد خود دارو مصرف می‌کردند و ۳۶ نفر (۳۵/۶٪) دارویی مصرف نمی‌کردند. در آزمودنی‌هایی که دارو مصرف می‌کردند میانگین زمان مصرف دارو ۳/۶۲ سال (انحراف استاندارد ۳/۱۵) بود. همچنین میانگین سن کل آزمودنی‌ها ۳۳/۱۳ (انحراف استاندارد ۸/۶۸) بود.

ابزارهای پژوهش

۱) مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۱: این مقیاس توسط کارنفسکی، کراج و اسپینهاوان^۲ در ۲۰۰۱ به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخدادها، تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه شده است و دارای ۳۶ ماده که به شیوه لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس ۹ خرده مقیاس شامل راهبرد شناختی سرزنش خود^۳، سرزنش دیگران^۴، نشخوار فکری^۵، فاجعه‌آمیز پنداری^۶، اتخاذ دیدگاه^۷، تمرکز مجدد مثبت^۸، ارزیابی مجدد مثبت^۹، پذیرش^{۱۰} و تمرکز بر برنامه‌ریزی^{۱۱} را در برمی‌گیرد [۱۶].

روایی پرسشنامه در مطالعه یوسفی در ۱۳۸۲ از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه «جی. اچ. کیو»^{۱۲} به ترتیب برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو معنادار بودند. همچنین ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان منفی، ۰/۸۷ و خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان مثبت، ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۵]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۷۲ به دست آمد.

۲) پرسشنامه باورهای فراشناختی^{۱۳}: این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد که به شیوه لیکرت ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. مقیاس ۵ خرده مقیاس شامل باورهای مثبت درباره نگرانی^{۱۴}، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر^{۱۵}، کارآمدی (کفایت) شناختی^{۱۶}، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار^{۱۷} و خودآگاهی شناختی^{۱۸} دارد. خانی‌پور و همکاران روایی سازه آن را با استفاده

کرده‌اند [۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲]. اخیراً در پژوهشی نشان داده شد که نوسانات روزانه در متغیرهای مرتبط با هیجان مانند خشم، غم و استرس ارتباط مثبت با نوسانات درد در همان روز در میان بیماران مبتلا به درد مزمن دارد [۲۳]. به اعتقاد برخی پژوهشگران در مدیریت درد تنظیم هیجان ممکن است نقش مهمی ایفا کند و شناخت چگونگی این فرآیند متمرکز است [۱۸، ۱۹، ۲۴]. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از: استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت (توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر تفکر، باز ارزیابی مثبت و پذیرش) رابطه‌ی مثبت با مدیریت درد و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی (مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز پنداری) رابطه‌ی منفی با مدیریت درد دارد. باورهای فراشناختی منفی (شامل کنترل ناپذیری و خطر، باورهای فراشناختی عمومی منفی در ارتباط با نیاز به کنترل) رابطه‌ی منفی با مدیریت درد دارند و باورهای فراشناختی مثبت (شامل باور مثبت درباره نگرانی، کفایت شناختی و خودآگاهی شناختی) رابطه‌ی مثبت با مدیریت درد دارند. همچنین سؤال پژوهش حاضر این است که سهم هرکدام از متغیرهای (و مؤلفه‌هایشان) تنظیم شناختی هیجان و باورهای فراشناختی در مدیریت درد در افراد مبتلا به سردرد مزمن چقدر است؟

با توجه به آنچه گفته شد و نیز با در نظر گرفتن مطالعات اندک و گاه همراه با نتایج متناقض، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن‌ها با مدیریت درد در افراد دچار سردرد مزمن شکل گرفت.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است که به منظور بررسی رابطه بین تنظیم هیجان و باور فراشناختی با مدیریت درد انجام شده است.

آزمودنی

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی است که در سطح شهر تهران و در سال ۹۴-۹۳ از سوی پزشک متخصص تشخیص سردرد مزمن دریافت کرده و دارای پرونده پزشکی مبنی بر تشخیص سردرد مزمن بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ نفر از افراد با تشخیص سردرد مزمن و دارای پرونده پزشکی مراجعه‌کننده به کلینیک درد یکی از بیمارستان‌های شهر تهران می‌باشد که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از میان آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش، ۴۲ نفر (۴۱/۷٪) مرد و ۵۸ نفر (۵۷/۳٪) زن بودند که ۵۳ نفر (۵۲/۵٪) متأهل و ۴۷ نفر (۴۶/۵٪) مجرد بودند. همچنین ۴۵ نفر (۴۴/۶٪) در زمان پژوهش شاغل و ۵۵ نفر (۴۵/۵٪) در زمان پژوهش غیر شاغل بودند.

¹ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

² Garnefski, Kraaij, Spinhoven

³ Self blame

⁴ Other blame

⁵ Rumination

⁶ Catastrophizing

⁷ Putting into perspective

⁸ Positive refocusing

⁹ Positive reappraisal

¹⁰ Acceptance

¹¹ Planning

¹² GHQ

¹³ Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire

¹⁴ Positive beliefs about worry

¹⁵ Negative beliefs about uncontrollability of thoughts and danger

¹⁶ Cognitive confidence

¹⁷ Beliefs about need to thoughts control

¹⁸ Cognitive self-consciousness

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	متغیرها	ردیف
۹/۰۱	۶۰/۴۵	درد	۱
۲/۷۲	۱۱/۷۴	سرزنش خود	۲
۳/۶۴	۱۲/۴۶	پذیرش	۳
۳/۶۷	۱۲/۲۱	نشخوار فکری	۴
۳/۰۳	۱۲/۳۳	تمرکز مجدد مثبت	۵
۳/۳۱	۱۴/۱۰	تمرکز بر برنامه‌ریزی	۶
۳/۸۳	۱۲/۸۷	ارزیابی مجدد مثبت	۷
۳/۲۷	۱۲/۸۹	اتخاذ دیدگاه	۸
۳/۷۴	۱۱/۶۸	فاجعه‌آمیز پنداری	۹
۳/۳۶	۱۰/۵۸	سرزنش دیگران	۱۰
۳/۷۶	۱۲/۱۶	باور مثبت درباره نگرانی	۱۱
۳/۵۷	۱۴/۹۷	باور منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر	۱۲
۴/۰۰	۱۲/۱۰	کارآمدی شناختی	۱۳
۳/۳۶	۱۴/۷۲	باورهای در ارتباط با نیاز به کنترل افکار	۱۴
۳/۸۲	۴۲/۱۷	خودآگاهی شناختی	۱۵

ضرایب همبستگی میان متغیرها و مؤلفه‌های آن‌ها در جدول ۲ گزارش شده است. همان‌طور که در جدول ۲ نیز دیده می‌شود بین نمره درد و مؤلفه‌های تنظیم هیجان همبستگی معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر مؤلفه‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان که شامل پذیرش ($r = -0/21$)، تمرکز مجدد مثبت ($r = -0/19$)، تمرکز بر برنامه‌ریزی ($r = -0/17$)، ارزیابی مجدد مثبت ($r = -0/19$) و اتخاذ دیدگاه ($r = -0/20$) هستند، ارتباط منفی معنادار با نمره درد دارند و مؤلفه‌های منفی تنظیم شناختی هیجان که شامل سرزنش خود ($r = 0/22$)، نشخوار فکری ($r = 0/51$)، فاجعه‌آمیز پنداری ($r = 0/29$) و سرزنش دیگران ($r = 0/22$) می‌باشند، با درد ارتباط مثبت معنادار دارند. پژوهش حاضر نشان داده است که مؤلفه‌های باور فراشناختی منفی شامل کنترل ناپذیری و خطر ($r = 0/27$) و نیاز به کنترل ($r = 0/24$) با متغیر درد ارتباط مثبت و معنادار دارند و از میان مؤلفه‌های باور فراشناختی مثبت، مؤلفه خودآگاهی شناختی ($r = -0/22$) با متغیر درد ارتباط منفی معنادار دارد. ولی مؤلفه‌های باور مثبت درباره نگرانی و کارآمدی شناختی ارتباط معنادار با درد ندارند. برای بررسی سهم هر کدام از مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی درد، از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

از تحلیل عاملی تأیید کردند و پایایی آن را با آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها مابین ۰/۷۶ الی ۰/۹۳ گزارش دادند [۲۶]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۹۰ به دست آمد.

۳) پرسشنامه درد مک‌گیل^۱: به اعتقاد پژوهشگران یکی از بهترین مقیاس‌های اندازه‌گیری درد پرسشنامه درد مک‌گیل است. این پرسشنامه اولین بار توسط ملزاک^۲ (۱۹۷۳) بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف درد رنج می‌بردند، به کار رفت [۱]. پرسشنامه شامل سه قسمت اصلی و دارای مجموعه عباراتی برای سنجش تجربه ذهنی بیمار از درد (از نظر ادراک حسی، عاطفی و ارزیابی) می‌باشد. پرسشنامه شامل ۱۱ مورد مربوط به اجزای حسی درد (درد ضربان دار، تیرکشنده، خنجری، تیز، پیچشی، کنده شدن یا ساییدگی، احساس داغ شدن و سوختگی، درد داشتن، سنگینی، حساس بودن، جداسدگی) و ۴ مورد مربوط به اجزای عاطفی درد (خستگی مفرط، ناخوشی، ترسناک بودن و بی‌رحمانه بودن) و انتخاب یکی از ۶ معیار شدت درد است [۲۷]. پرسشنامه همچنین شدت و سایر ویژگی‌های تجربی درد را مشخص کرده و توانایی سنجش کیفیت بالینی درد به صورت داده‌های آماری را دارا می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیم نژاد هنجاریابی شد و برای ارزیابی درد در بیماران قبل و بعد از جراحی مغز و اعصاب به کار رفت که نتایج نشان داد پرسشنامه داده‌های آماری سودمندی در مورد تجربه درد و مطالعه بر روی بیمارانی که از درد رنج می‌برند جمع‌آوری می‌کند و ویژگی‌های روان‌سنجی معتبری دارد [۲۷، ۲۸].

روش اجرا

پس از مشخص کردن آزمودنی‌ها، اهداف پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و به آنان اطمینان داده شد که پاسخ‌های آن‌ها صرفاً جنبه پژوهشی دارد و محرمانه خواهد ماند. بعد از توجیه آزمودنی‌ها و کسب رضایت آن‌ها، از آنان خواسته شد پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند و تا جای ممکن به سؤالات با دقت پاسخ دهند. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و کنار گذاشتن موارد مخدوش، سایر موارد وارد تحلیل شدند.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

نتایج

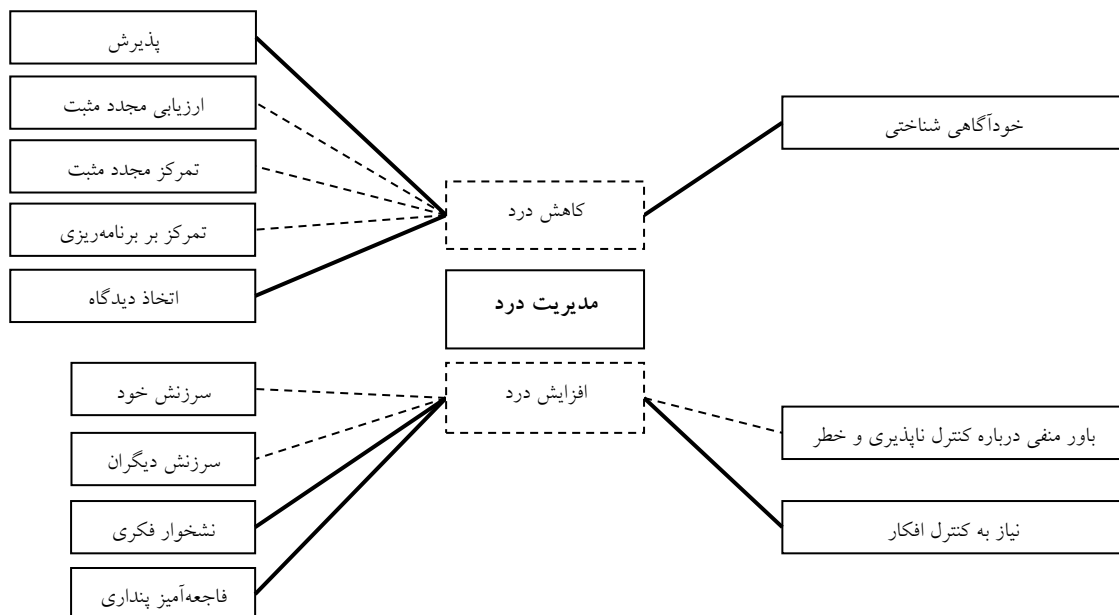
اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

¹ Mc Gill Pain Questionnaire

² Melzack

جدول ۳. نتایج رگرسیون پیش‌بینی درد با توجه به متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و باورهای فراشناختی

مدل	متغیر	B	Beta	T	R	R ²	R تعدیل‌شده	خطای استاندارد برآورد	معناداری
۱	نشخوار فکری	۲۵/۰۶۹	۰/۵۱۸	۴/۰۹۷	۰/۵۱۸	۰/۲۶۹	۰/۲۶۱	۱۶/۳۴	۰/۰۰۰۱
		۲/۶۷۸		۶/۰۰۰					۰/۰۰۰۱
۲	نشخوار فکری	۴۷/۶۷۷	۰/۵۵۲	۵/۴۹۱	۰/۵۹۲	۰/۳۵۱	۰/۳۳۷	۱۵/۴۸	۰/۰۰۰۱
	خودآگاهی شناختی	۲/۱۸۵۴	-۰/۲۸۸	۶/۷۰۳					۰/۰۰۰۱
		-۱/۴۳۳		-۳/۴۹۷					۰/۰۰۱
۳	نشخوار فکری	۶۵/۵۷۵	۰/۵۸۱	۶/۸۸۳	۰/۶۵۶	۰/۴۳۰	۰/۴۱۲	۱۴/۵۷	۰/۰۰۰۱
	خودآگاهی شناختی	۳/۰۰۳	-۰/۳۰۵	۷/۴۵۰					۰/۰۰۰۱
		-۱/۵۱۵		-۳/۹۲۱					۰/۰۰۰۱
	پذیرش	-۱/۴۷۸	-۰/۲۸۴	-۳/۶۶۰					۰/۰۰۰۱
۴	نشخوار فکری	۵۹/۵۴۰	۰/۵۲۵	۶/۳۱۵	۰/۶۸۹	۰/۴۷۵	۰/۴۵۳	۱۴/۰۶	۰/۰۰۰۱
	خودآگاهی شناختی	۲/۷۱۰	-۰/۳۳۹	۶/۷۷۴					۰/۰۰۰۱
		-۱/۶۸۳		-۴/۴۶۱					۰/۰۰۰۱
	پذیرش	-۱/۵۱۶	-۰/۲۹۱	-۳/۸۹۰					۰/۰۰۰۱
	فاجعه‌آمیز پنداری	-۱/۱۳۸	۰/۲۲۴	۲/۸۶۱					۰/۰۰۰۵
۵	نشخوار فکری	۶۸/۶۸۶	۰/۵۴۳	۷/۰۵۰	۰/۷۱۶	۰/۵۱۳	۰/۴۸۷	۱۳/۶۲	۰/۰۰۰۱
	خودآگاهی شناختی	۲/۸۰۶	-۰/۲۸۰	۷/۱۷۸					۰/۰۰۰۱
		-۱/۳۹۰		-۳/۶۴۵					۰/۰۰۰۱
	پذیرش	-۱/۵۲۴	-۰/۲۹۲	-۴/۰۳۶					۰/۰۰۰۱
	فاجعه‌آمیز پنداری	۱/۱۲۷	۰/۲۲۲	۲/۹۲۵					۰/۰۰۰۱
	اتخاذ دیدگاه	-۱/۱۸۶	-۰/۲۰۴	-۲/۶۹۴					۰/۰۰۰۴
۶	نشخوار فکری	۶۲/۱۵۵	۰/۵۱۴	۶/۱۵۰	۰/۷۳۱	۰/۵۳۴	۰/۵۰۴	۱۳/۳۹	۰/۰۰۰۱
	خودآگاهی شناختی	۲/۶۵۵	-۰/۳۰۵	۶/۷۷۸					۰/۰۰۰۱
		-۱/۵۱۶		-۳/۹۸۷					۰/۰۰۰۱
	پذیرش	-۱/۴۹۶	-۰/۲۸۷	-۴/۰۲۳					۰/۰۰۰۱
	فاجعه‌آمیز پنداری	۰/۹۶۹	۰/۱۹۱	۲/۵۰۴					۰/۰۰۱۴
	اتخاذ دیدگاه	-۱/۵۲۵	۰/۲۱۵	-۲/۸۸۴					۰/۰۰۰۵
	نیاز به کنترل افکار	۰/۸۸۸	۰/۱۵۷	۲/۰۳۵					۰/۰۰۴۵



شکل ۱. روابط میان متغیرها. تمام متغیرهای حاضر در شکل با نمره درد همبستگی معنادار داشتند. مسیرهای نقطه‌چین در معادله رگرسیون نهایی پیش‌بینی کننده درد نبودند.

شناختی-رفتاری می توان اثرات آن را افزایش داد. همچنین این پژوهش نشان داد که مهارت‌های تنظیم هیجان، سلامت روان در آینده را پیش‌بینی می‌کنند. محققان نتیجه گرفتند که توجه به این مهارت‌ها در درمان و بهبود درد مزمن، امری ضروری محسوب می‌شود.

در پژوهش حاضر باورهای فراشناختی منفی (شامل کنترل ناپذیری و خطر و باورهایی در ارتباط با نیاز به کنترل افکار) با افزایش درد ارتباط دارند و باورهای فراشناختی مثبت (خودآگاهی شناختی) رابطه مثبت در کاهش درد دارند. مطابق با نتایج به دست آمده، باور مثبت درباره نگرانی و کارآمدی شناختی با درد ارتباط معنادار ندارند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های تورنر^۵ و همکاران [۱۰] و گاودا^۶ و همکاران [۱۴]، همسو و با یافته‌های دیسویک^۷ و همکاران [۱۳] نا همسو می‌باشد. تورنر و همکاران [۱۰] نشان دادند که باورهای مرتبط با درد نقش کلیدی در عملکرد فیزیکی و روان‌شناختی دارند.

در مطالعات مختلف، ارتباط مناسبی بین باورهای مرتبط با درد و عملکرد دیده شده است. باورهای مرتبط با درد در ثبات و پایداری درد نقش مؤثری دارند [۱۳].

طبق تحقیقات برخی از پژوهشگران، درد با انتظارات و باورها همراه است [۳۱]. باورهای مرتبط با درد می‌توانند نقش مؤثری در راه‌های مقابله با درد، پایبندی به برنامه‌های درمان و پاسخ‌های بیمار به برنامه‌های مداخله داشته باشند. ویلیامز^۸ و تورنر^۹ [۳۲] سه بعد از باورهای افراد با درد مزمن را شناسایی کردند. اول بعد زمانی است یعنی درد در زندگی فرد وجود دارد و ممکن است ادامه دار باشد؛ دوم درد پدیده‌ای مرموز و کمتر درک شده می‌باشد؛ و سوم حس مقصر دانستن خود است که بدین معناست که خود فرد باعث ایجاد این درد شده است. باورها راجع به درد، اهمیت آن، مفهوم‌سازی در مورد علل آن، ارزیابی توانایی‌های هر فرد برای مدیریت درد و خطا در پردازش اطلاعات، می‌توانند در تجربه درد اثرگذار باشند. در کل می‌توان گفت که باورها از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل می‌شوند که کنش‌وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کنند و نیز از آن تأثیر می‌پذیرند. علاوه بر این، فراشناخت بر پردازش هیجانی، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها اثر می‌گذارد [۱۲]. با توجه به پژوهش حاضر و تحقیقات گذشته می‌توان نتیجه گرفت که برای درمان مؤثر در درد مزمن، باید باورهای فراشناختی را نیز لحاظ کرد و کسانی که در درمان باورها را نادیده می‌گیرند درمان مؤثر را تضعیف می‌کنند [۱۳].

همچنین باور فراشناختی ارتباط قوی با علت‌شناسی روان‌شناختی اختلالات دارد. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل دچار آشفتگی می‌شوند که فراشناخت‌های آنان به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌-

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های مورد بررسی، مؤلفه نشخوار فکری، خودآگاهی شناختی، پذیرش، فاجعه‌آمیز پنداری، اتخاذ دیدگاه و نیاز به کنترل افکار وارد معادله رگرسیون می‌شوند. به عبارت دیگر از میان مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، مؤلفه‌های نشخوار فکری، پذیرش، فاجعه‌آمیز پنداری و اتخاذ دیدگاه و از میان مؤلفه‌های باورهای فراشناختی، مؤلفه خودآگاهی شناختی و نیاز به کنترل افکار پیش‌بینی کننده درد می‌باشند که از میان این مؤلفه‌ها، نشخوار فکری قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری دارد. در این جدول سهم هر یک از مدل‌ها در پیش‌بینی درد مشخص شده است. نشخوار فکری (مدل ۱) ۲۶٪ واریانس درد را پیش‌بینی می‌کند ($F=۳۵/۹۹$). نشخوار فکری و خودآگاهی شناختی (مدل ۲) ۳۵٪ تغییرات واریانس درد را پیش‌بینی می‌کند ($F=۲۶/۱۷$). مدل ۳، ۴۳٪ واریانس درد را پیش‌بینی می‌کند ($F=۲۴/۱۴$). مدل ۴، ۴۷٪ واریانس درد را پیش‌بینی می‌کند ($F=۲۱/۵۱$). مدل ۵، ۵۱٪ واریانس درد را پیش‌بینی می‌کند ($F=۱۹/۷۹$) و در آخر مدل ۶، ۵۳٪ تغییرات واریانس درد را پیش‌بینی می‌کند ($F=۱۷/۷۳$).

بحث و نتیجه‌گیری

استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه و پذیرش) رابطه مثبت با کاهش درد دارد و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز پنداری) رابطه منفی با کاهش درد دارد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، تمامی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان با مدیریت درد ارتباط معنادار دارند. نتایج این پژوهش با یافته‌های آراندا^۱ و همکاران [۲۹]، برکینگ^۲ و همکاران [۱۷]، پاکوت^۳ و همکاران [۱۸]، سجادیان و همکاران [۳۰] همسو و با یافته‌های میدن‌دورپ^۴ و همکاران [۲۲] ناهمسو می‌باشد. شکل ۱ ساختاری از روابط به دست آمده میان متغیرها را در پژوهش حاضر نشان می‌دهد.

آراندا و همکاران [۲۹] رابطه تنظیم هیجان، شدت هیجان و پاسخ‌های مؤثر در درد را در نمونه‌ای از زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بررسی کردند. نتایج بر اثر ترکیبی تنظیم هیجان و شدت هیجان تأکید داشت، به عبارتی میزان پاسخ به درد به‌عنوان تابعی از دو متغیر متفاوت بود، بنابراین در مورد شدت درد، زنان با شدت عاطفی بالا و توانایی کم در تنظیم هیجان، پاسخ‌های غلطی به درد دادند. پژوهش برکینگ و همکاران [۱۷] با موضوع مهارت‌های تنظیم هیجان به‌عنوان هدف روان‌درمانی، نشان داد که مهارت‌های پذیرش، تحمل و اصلاح فعال احساسات منفی برای سلامت روان و نتایج مثبت درمانی مهم است به طوری که با جایگزینی مهارت‌های تنظیم هیجان در درمان

⁵ Turner

⁶ Gawda

⁷ Dysvik

⁸ Williams

⁹ Turn

¹ Aranda

² Berking

³ Paquete

⁴ Van middendrop

متغیرهای اثرگذار نیز از جمله محدودیت‌های اصلی این پژوهش محسوب می‌شود. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خودسنجی در پژوهش حاضر است. پژوهش‌های آتی می‌توانند با بررسی نقش تنظیم شناختی هیجان و باورهای فراشناختی در مدیریت درد مزمن با استفاده از آموزش‌های لازم در این زمینه به روشن شدن نقش علی این متغیرها کمک کنند.

منابع

۱. تنهایی، زهرا. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی و ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد سالم و اعتباریابی پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک گیل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه پیام نور.

2. Australian Physiotherapy Association. (2012). Manual of Pain management.

۳. پولادی، علی. (۱۳۸۷). روانشناسی درد. تهران: انتشارات نسل نو اندیش.

۴. اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۸۳). بررسی میزان شیوع درد مزمن مستمر و عودکننده و تأثیر آن بر عملکرد اجتماعی و زندگی کارکنان یکی از واحدهای بزرگ صنعتی تهران. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، دوره اول، شماره ۴، صص ۱۴-۱.

۵. رجبی، غلامرضا و عطار، یوسفعلی. (۱۳۸۱). روانشناسی درد سبب‌شناسی، ارزیابی و درمان. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال هفتم، صص ۲۷-۲۵.

6. British Pain Society. (2014). Manual of Cancer Pain Management.

7. Yee, M.M., Vong, S.K.S. (2012). The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes. Archives of Gerontology and Geriatrics; 54:203-212.

8. Hansen, G.R. (2005). Management of Chronic Pain in the Acute Care Setting. Emergency Medical Clinical Nursing American; 27:307-338.

9. Department of Physical Medicine & Rehabilitation. (2001). Pain Management following Spinal Cord Injury. Spinal cord injury info sheet.

شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود [۳۳]. باورهای فراشناختی با افسردگی و اضطراب رابطه معنادار دارند [۱۲، ۱۴]. در تحقیق دیگری مشخص شده است که باور فراشناختی با نشخوار فکری در افسردگی نیز ارتباط دارد [۳۳]. نتایج پژوهش‌های کارترایت-هاتون و ولز حاکی از آن است که باور فراشناختی مثبت و منفی، ارتباط مثبتی با استعداد فرد در برابر آسیب‌شناختی دارد [۱۲]. باورهای فراشناختی منفی به اهمیت و معنای منفی وقایع شناختی درونی ربط دارد. این باورهای فراشناختی در دو دسته عمده جای می‌گیرند: ۱- کنترل ناپذیری افکار و ۲- معنا، اهمیت و خطر افکار. این باورهای فراشناختی منفی زمینه شکست در کنترل افکار را فراهم می‌آورد [۳۴].

در نهایت اینکه نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که از بین مؤلفه‌های مورد بررسی، مؤلفه نشخوار فکری، خودآگاهی شناختی، پذیرش، فاجعه‌آمیز پنداری، اتخاذ دیدگاه و نیاز به کنترل افکار با مدیریت درد ارتباط معنادار دارند. به عبارت دیگر از میان مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، مؤلفه‌های نشخوار فکری، پذیرش، فاجعه‌آمیز پنداری و اتخاذ دیدگاه و از میان مؤلفه‌های باور فراشناختی، مؤلفه خودآگاهی شناختی و نیاز به کنترل افکار پیش‌بینی کننده درد می‌باشند که از میان این مؤلفه‌ها، نشخوار فکری قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری دارد. در یک فراتحلیل انجام شده [۳۵]، نشان داده شده است که از میان همه راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، نشخوار فکری به معنی تمایل به تجربه هیجان منفی است. نشخوار فکری، خلق متناسب با آن تفکر را افزایش می‌دهد و با حل مسئله و رفتار ابزاری تداخل ایجاد می‌کند و ممکن است حتی فرد، حمایت اجتماعی را نیز از دست بدهد، همچنین مشخص شد که از میان ۵ راهبرد سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، راهبرد ارزیابی مجدد مثبت در بسیاری از تحقیقات به‌عنوان راهبرد سازگارانه مثرتر در نظر گرفته شده است. نتایج پژوهش حاضر در بخش راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، همسو با نتایج پژوهش آلدو و همکاران می‌باشد. قابل ذکر است که در پژوهشی که توسط محمدخانی و مظلوم [۱۱] با موضوع ارتباط اضطراب صفت، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر انجام شد، نشان داده شد که از میان مؤلفه‌های باور فراشناختی، فقط باورهای مربوط به کنترل ناپذیری و نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی با اضطراب صفت ارتباط معنادار داشتند که پژوهش حاضر با این یافته‌ها نیز ارتباط همسویی دارد. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص ارتباط تنظیم شناختی هیجان و باور فراشناختی با مدیریت درد کاربرد بالینی دارد. با توجه به نقش تنظیم هیجان و باور فراشناختی در مدیریت درد، برای درمان مؤثر درد مزمن این عوامل و آموزش در جهت تغییر آن‌ها باید در جلسات درمان لحاظ شوند.

یافته‌های این پژوهش بایستی با توجه به محدودیت آن مورد توجه قرار گیرند. ماهیت همبستگی مطالعه حاضر نتیجه‌گیری علی در مورد یافته‌های آن را دشوار می‌سازد. عدم کنترل سایر

- Insights from a prospective within-day assessment. *Pain*; 115: 355-365.
19. Connelly, M., Keefe, F., Affleck, G., Lumley, M., Anderson, A., Waters, S. (2007). Effect of day-to-day affect regulation on pain experience of patients with rheumatoid arthritis. *Pain*; 131: 162-170.
20. Zangi, H A., Andrew, G., Hagen, K., Stanton, A.L., Mowinckel, P., Finset, A. (2009). Emotion regulation in patients with rheumatic diseases: validity and responsiveness of the Emotional Approach Coping Scale (EAC). *BMC Musculoskeletal Disorder*; 10: 107-117.
21. Burns, J.W., Moric, M. (2011). Psychosocial factors appear to predict postoperative pain: Interesting, but how can such information be used to reduce risk. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*: 15: 90-99.
22. Middendorpa, V.H., Lumley, M., Jacobsc, J., Lorenz, J.P., Van Doornena, V., Johannes W.J., Bijlsmac, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*; 64: 159-167.
23. Naylor, M.R., Krauthamer, G.M., Naud, S., Keefe, F.J., Helzera, J.E. (2011). Predictive relationships between chronic pain and negative emotions: 4-month daily process study using Therapeutic Interactive Voice Response (TIVR). *Comprehensive Psychiatry*; 52: 731-736.
24. Affleck, G., Tennen, H., Keefe, F., Lefebvre, J.C., Zuck, S., Wright, K., Starr, K., Caldwell, D.S. (1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *International Association for the Study of Pain*; 83: 601-609.
25. یوسفی، فریده. (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ششم، شماره ۴، صص ۸۹۲-۸۷۱.
10. Turner, J.A. Dworkin S.F. Mancel L. Huggins, K.H., Truelove, E.L. (2000). The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *International Association for the Study of Pain*; 92: 41-51.
۱۱. محمدخانی، شهرام و مظلوم، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با اضطراب صفت. روانشناسی معاصر، سال پنجم، شماره ۲، صص ۳۲-۲۳.
۱۲. سالاری فر، محمدحسین و پوراعتماد، حمیدرضا. (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره ۱۳، شماره ۴، صص ۳۴-۵۰.
13. Dysvik, E.L., Torill, C.E., Ole-Johan, A., Natvig, G. (2004). Health-related Quality of Life and Pain Beliefs among People Suffering from Chronic Pain. *Pain Management Nursing*; 5(2): 74-76.
14. Gaweda, L., Holas, P., Kokoszka, A. (2013). Do depression and anxiety mediate the relationship between meta-cognitive beliefs and psychological dimensions of auditory hallucinations and delusions in schizophrenia? *Psychiatry research*; 210: 1316-1319.
15. Thampson, D.P., Oldham, J.A., Urmston, M., Woby, S.R. (2010). Cognitive determinants of pain and disability in patients with chronic whiplash-associated disorder: A cross-sectional observational study. *Physiotherapy*; 96: 151-159.
۱۶. سامانی، سیامک و صادقی، لادن. (۱۳۸۹). کفایت شاخص-های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، دوره ۱، شماره ۱، صص ۱۱-۲۰.
17. Berking, M., Wupperman, P., Alexander, R.P., Tanja, D., Alexandra, H.Z. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*; 46: 1230-1237.
18. Paqueta, C.B., Kergoata, C., Marie-Jeanne Dube, L. (2005). The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly:

بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). سال بیست و یکم، شماره ۱۱

35. Aldao, A. (2013). The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. *Perspectives on Psychological Science*; 8(2): 155-172.

۲۶. خانی پور، حمید؛ سهرابی، فرامرز و طباطبایی، سعید. (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، دوره ۱، شماره ۱، صص ۸۲-۷۱.

۲۷. کشاورز، مریم؛ دادگری، علی و میری، فرشته. (۱۳۸۶). ارزیابی فرم کوتاه شده پرسشنامه درد مک گیل در زنان باردار نخست زای مراجعه‌کننده به زایشگاه فاطمیه شاهرود. مجله دانش و تندرستی، دوره ۲، شماره ۲، صص ۴۰-۳۴.

۲۸. ابراهیمی نژاد، غلامرضا؛ کهن، سیمین و بهرام پور، عباس. (۱۳۸۳). استفاده از پرسشنامه مگ گیل در ارزیابی درد در بیماران قبل و بعد از جراحی مغز و اعصاب (ضایعات ضربه مغزی) در بیمارستان شهید باهنر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی، صص ۱۲۵-۱۱۹.

29. Aranda, S.R, Jose, M. Fernandez-Berrocal, P. (2010). Emotional Regulation and Acute Pain Perception in Women. *The Journal of Pain*; 11 (6): 546-569

۳۰. سجادیان، ایلناز؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین و باقریان سراروردی، رضا. (۱۳۹۰). عوامل شناختی و هیجانی مؤثر بر کمردرد مزمن زنان: تبیین نقش باورهای ترس، اجتناب، فاجعه‌آفرینی درد و اضطراب. فصلنامه علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۵، ویژه‌نامه اختلالات روان‌تنی.

31. Atlas, L.Y., Wager, T.D. (2012). How expectations shape pain. *Neuroscience letters*; 520: 140-148.

32. Roger M., Bhugra, D. (2005). Relationship between filial piety, meta-cognitive beliefs about rumination and response style theory in depressed Chinese patients. *Asian Journal of Psychiatry*; 1: 28-32.

33. Bostick, G.P., Carroll J.L., Brown, C. A, Harley, D, Gross, D. (2013). Predictive capacity of pain beliefs and catastrophizing in Whiplash Associated Disorder. *Injury international Journal Care Injured*; 44: 1465-1471.

۳۴. طوبائی، مصطفی، شعیری، محمدرضا، فائدی، غلامحسین، شمس، گیتی (۱۳۹۳). مقایسه باورهای فراشناختی در

تفاوت ویژگی‌های شخصیتی در بین مددجویان با تکمیل و عدم تکمیل دوره درمان اقامتی

لیلی سیه جانی^{۱*}، محمد اورکی^۲، حسین زارع^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.
۳. استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: ترک روند درمان در درمان سوءمصرف مواد همواره یکی از مشکلات عمده بوده است و دستیابی به روش‌های مؤثر برای نگهداری مددجویان تا پایان روند درمان یکی از اهداف درمانی مهم در این حوزه می‌باشد. هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های شخصیتی سوءمصرف کنندگان مواد به‌عنوان عاملی مؤثر در پیروی از اصول درمان و تکمیل دوره درمان و یا ترک روند درمان است.

روش: گروه نمونه در این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر زن و ۱۰۰ نفر مرد) بوده که به روش دسترس از میان سوءمصرف کنندگان شیشه ۲۰ تا ۴۰ ساله که در کمپ‌های درمانی تحت درمان اقامتی بودند، انتخاب شدند. طول درمان اقامتی به مدت ۲۸ روز (۴ هفته) بود و ماندگاری در درمان به معنی به پایان رساندن دوره درمان محسوب شده است. ویژگی‌های شخصیتی توسط پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر در ابعاد سرشتی و منشی سنجیده شد. برای تجزیه تحلیل داده از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید.

نتایج: یافته‌ها نشان دادند، افرادی که دوره درمان خود را به پایان رساندند در ابعاد آسیب پرهیزی و پشتکار نمرات بالا و افرادی که درمان را به اتمام نرساندند در بُعد نوجویی نمرات بالا کسب کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان دادند، افرادی که دوره درمان خود را به پایان رساندند در ابعاد آسیب پرهیزی و پشتکار نمرات بالا و افرادی که درمان را به اتمام نرساندند در بُعد نوجویی نمرات بالا کسب کرده‌اند.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی، سوءمصرف مواد، متامفتمین، ماندگاری در درمان.

*Email: l.siahjani@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۷۹-۷۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۲۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 71-79

مقدمه

برآوردها در سال ۲۰۱۱ نشان می‌دهند بین ۱۶۷ تا ۳۱۵ میلیون نفر بین سنین ۶۴-۱۵ سال از مواد غیرمجاز استفاده کرده‌اند که تقریباً ۶/۹٪-۳/۶٪ این افراد را بزرگسالان تشکیل می‌دهند. در سال ۲۰۱۱، بین ۱۰۲ تا ۲۴۷ هزار مرگ، ناشی از مصرف مواد بوده که ۱/۳٪-۰/۴۵٪ کل مرگ‌ومیر در دنیا در بین افراد ۶۴-۱۵ سال را تشکیل می‌دهد [۱].

تعریف اعتیاد در دهه‌های اخیر دچار تغییرات اساسی از دید علمی و جامعه شده است. مصرف‌کنندگان مواد در طیفی از چگونگی مصرف قرار می‌گیرند که با توجه به شرایط و تقسیم‌بندی‌های مختلف، اسامی گوناگون ولی با مضامین کم‌وبیش مشابه دارند [۲]. در سال ۱۹۶۴ سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد دیگر اصطلاحی علمی نیست و سوءمصرف مواد^۱ و وابستگی مواد^۲ را به جای آن توصیه نمود که شامل دو بعد وابستگی رفتاری و وابستگی جسمانی می‌باشد [۳].

اختلال وابستگی به مواد مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روان‌شناختی همراه با الگویی از تکرار مصرف است که منجر به بروز تحمل^۳، ترک^۴ و اعمال اجباری^۵ می‌شود. در این دسته از اختلالات، محور اصلی مشکلات، ولع^۶ اجتناب‌ناپذیر بیمار به ادامه مصرف مواد است که به‌عنوان عامل اصلی عود و شکست‌های درمانی شناخته شده است [۴]. سوءمصرف مواد شامل مواردی است که فرد معیارهای وابستگی را ندارد اما حداقل یکی از علائم محل نسبتاً شدید وابسته به سوءمصرف مواد را نشان می‌دهد که این می‌تواند فرد را برای پیشرفت به‌سوی وابستگی کامل مستعد می‌کند [۵].

سوءمصرف متامفتامین^۷ (شیشه) که یک ماده محرک^۸ صنعتی می‌باشد در کشور ما حدود یک دهه است که آغاز شده و در سال‌های اخیر رشد فزاینده‌ای در میان سوءمصرف‌کنندگان مواد داشته است [۶]. علی‌رغم باورهای غلط رایج راجع به اعتیادآور نبودن مواد محرک، گاهی مشاهده شده حتی با یک بار مصرف شیشه مغز نسبت به آن تحمل پیدا می‌کند و این مسئله از متامفتامین مخدری بسیار اعتیادآور ساخته است. آسیبی که است که اثرات زیان‌بار ناشی از مصرف آن به‌کندی قابل برگشت یا برگشت‌ناپذیر است [۷].

تقریباً در تمام نوشته‌های مربوط به وابستگی به مواد مخدر از ویژگی‌های شخصیت به‌عنوان عاملی برای کشیده شدن به سمت آن ذکری به میان آمده است. بسیاری از محققان در دهه‌های گذشته حتی فراتر از این رفته و طبقه‌ای شخصیتی بنام

«شخصیت معتاد» را مطرح کرده‌اند. هرچند پژوهش‌های اخیر وجود این طبقه را که بتوان صفات و مؤلفه‌هایی را از شخصیت مختص سوءمصرف‌کنندگان مواد باشد را مورد تأیید قرار نداده است، اما این از اهمیت مسئله نمی‌کاهد و هنوز محققان در پژوهش‌های خود در پی این هستند که یک فرد سوءمصرف‌کننده چه نیمی از مؤلفه‌های شخصیتی را می‌تواند داشته باشد [۸].

تیموری و پورنقاش تهرانی در تحقیقی بر روی افراد تحت درمان نگره‌دارنده با متادون نشان دادند، گرایش به مصرف مواد با وضعیت خانوادگی و ویژگی‌های شخصیتی افراد رابطه دارد [۹]. اسدی و همکارانش در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای اعتیاد در برون‌گرایی و افکار غیرمنطقی و همچنین در خطر ابتلا به روان‌پریشی و روان‌رنجوخویی نمرات بیشتری نسبت به افراد عادی کسب کردند [۱۰].

بنی اسدی به مطالعه نقش ویژگی‌های شخصیتی و خودکنترلی در وابستگی افراد به نیکوتین پرداخت و عنوان کرد که ویژگی‌های شخصیتی در وابستگی به نیکوتین نقش دارد و تمرین افزایش خودکنترلی موجب کاهش مصرف سیگار می‌شود [۱۱].

نظریه شخصیت کلونینجر^۹ حاصل ادغام رویکردهای زیستی، شناختی و انسان‌گرایی در باب شخصیت است و به نظر می‌رسد که در فرهنگ‌ها و نژادهای مختلف صادق است. کلونینجر شخصیت را بر ساخته از دو بخش «سرشت»^{۱۰} و «منش»^{۱۱} می‌داند. سرشت بخش نسبتاً ثابت شخصیت، دارای ابعاد نوجویی^{۱۲}، آسیب‌پرهیزی^{۱۳}، پاداش‌وابستگی^{۱۴} و پشتکار^{۱۵} بوده و منش بخشی که در تعامل با محیط ساخته می‌شود، دارای ابعاد خودراهبری^{۱۶}، همکاری^{۱۷} و خودفراروی^{۱۸} می‌باشد [۱۲]. به گرایش بدن در تنظیم پاسخ‌های رفتاری شرطی نسبت به تحریکات فیزیکی معین را سرشت گویند که بخش وراثتی و هسته هیجانی شخصیت است و در طول زمان و شرایط مختلف به میزان زیادی پایدار می‌ماند، می‌توان گفت معادل نهاد در روان تحلیل‌گرایی است [۱۳].

چهار ویژگی سرشتی با چهار احساس اصلی ارتباط نزدیکی دارند مثلاً نوجویی با خشم، آسیب‌پرهیزی با ترس، پاداش‌وابستگی با دلبستگی و پشتکار با جاه‌طلبی مرتبط هستند. هر یک از چهار بعد اصلی سرشت، یک ویژگی کمی با توزیع نرمال است تا حدودی ارثی است، از دوران کودکی آشکار می‌شود، نسبتاً بدون تغییر باقی می‌ماند و تا حدودی پیش‌بینی‌کننده رفتار

⁹ Cloninger

¹⁰ Temperament

¹¹ Character

¹² Novelty Seeking

¹³ Harm Avoidance

¹⁴ Reward Avoidance

¹⁵ Persistence

¹⁶ Self-directedness

¹⁷ Cooperativeness

¹⁸ Self-transcendence

¹ Drug abuse

² Drug dependency

³ Tolerance

⁴ Withdrawal

⁵ Compulsive behavior

⁶ Craving

⁷ Methamphetamine

⁸ Stimulant

ارزشیابی پیامد، به بررسی کارآمدی درمان می‌پردازد. مهم‌ترین شاخص‌های پیامد، قطع یا کاهش مصرف مواد، بهبود عملکرد شخصی و اجتماعی و بهبود سلامت بیمار می‌باشد [۱۸].

روش درمانی بستری در مراکز اقامتی توان بخشی^۳ به افراد امکان را می‌دهد که درحالی‌که تحت درمان هستند با دیگران معاشرت کنند و در یک محیطی باشند که مشاوره و حمایت فوری و برنامه‌های درمانی فردی و گروهی عرضه می‌شود و در ضمن مراجعین را قادر به یادگیری مهارت‌های ضروری اجتماعی و مدارا کردن برای برگشت به زندگی طبیعی می‌کند [۱۹].

روش

نوع پژوهش

تحقیق حاضر تابع طرحی از نوع علی مقابسه ای است.

آزمودنی

جامعه آماری در این پژوهش شامل سوءمصرف کنندگان متامفتامین تحت درمان بوده است. گروه نمونه شامل ۱۰۰ نفر زن و ۱۰۰ نفر مرد بین ۲۰ تا ۴۰ سال از میان سوءمصرف کنندگان شیشه که طول مدت مصرف آن‌ها بیشتر از ۶ ماه بوده و در (اقامتگاه) کمپ‌های درمانی تحت درمان اقامتی بودند، به روش در دسترس انتخاب شدند.

ماندگاری در درمان دین صورت محاسبه گردید، کسانی که پس از اتمام دوره ۲۸ روزه درمان اقامتی (چهار هفته) در کمپ درمانی، تحت نظر پزشک یا روانشناس بالینی از کمپ مرخص شده‌اند ماندگاری در درمان داشته‌اند و افرادی که تعداد روزهای کمتری در درمان مانده‌اند و مرکز درمانی را قبل از ۲۸ روز ترک کرده‌اند، پیروی از برنامه درمانی نداشته و درمان را ناتمام گذاشته‌اند.

ابزار پژوهش

در این تحقیق برای ارزیابی ابعاد شخصیتی از پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر^۴ استفاده شده است که بر پایه مدل عصبی-زیستی تهیه شده است. پرسشنامه کلونینجر به سنجش ابعاد سرشتی و منشی شخصیت می‌پردازد. فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۱۲۵ سؤال می‌باشد، مقیاس‌های سنجش سرشت شامل نوجویی (۲۰ سؤال)، آسیب پرهیزی (۲۰ سؤال)، پاداش وابستگی (۱۵ سؤال) و پشتکار (۵ سؤال) هستند و مقیاس‌های سنجش منش شامل خود راهبری (۲۵ سؤال)، همکاری (۲۵ سؤال) و خود فراروی (۱۵ سؤال) هستند. اگر فرد با عبارت پرسشنامه موافق باشد واژه صحیح و اگر با عبارت مخالف باشد واژه غلط را در پاسخنامه علامت خواهد زد.

این پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شده است که بتوان به عنوان یک پرسشنامه شخصیتی جامع برای جمعیت هنجار و بهنجار کاربرد داشته باشد. با استفاده از مقیاس‌های منش می‌توان

فرد در نوجوانی و بزرگسالی است. مطالعات گسترده در امریکا، ژاپن و استرالیا نشان می‌دهد که این چهار بعد از نظر ژنتیکی به طور مستقل از یکدیگر به ارث می‌رسند و به نظر می‌رسد ابعاد چهارگانه سرشت در تمامی فرهنگ‌ها، اقلیت‌های نژادی و سیستم‌های سیاسی و تمامی قاره‌ها یکسان است. ابعاد چهارگانه سرشت به آنچه در سایر پستانداران مشاهده می‌شود، شباهت دارد. اساس این مدل چهار سیستم مغزی قابل جداسازی برای کنترل رفتاری (آسیب پرهیزی)، فعال سازی رفتاری (نوجویی)، وابستگی اجتماعی (پاداش وابستگی) و تقویت نسبی (پشتکار) در نظر گرفته شده است [۱۳].

منش، بخش محیط ساخته شخصیت است که اشاره به ذهن داشته و هسته مفهومی شخصیت می‌باشد. منش جایگاه عقل، منطق و فرایندهای عالی ذهنی همچون انتزاع، استدلال و تفسیر نمادهای کلامی و غیرکلامی است. بنابراین اعمال عالی شناختی همچون حافظه و زبان مربوط به منش است. منش با تعدیل پیام‌های حسی و هیجانی برخاسته از سیستم سرشتی و در تعامل با آن‌ها مفهومی از خود و جهان خارج برای فرد می‌سازد. درحالی‌که یادگیری‌های سرشتی به صورت یادگیری تداومی و شرطی سازی است. منش را می‌توان معادل خود و فرا خود در نظریات روان تحلیلی دانست. هم نمرات بالا و هم نمرات پایین در عوامل سرشتی بسته به شرایط می‌توانند مفید و یا مضر باشند درحالی‌که در عوامل منش معمولاً نمرات بالا مفید و نمرات پایین غیرمفید هستند [۱۴].

پریتوجیونیس^۱ مطالعه‌ای در مورد بعد نوجویی در افراد سایکوتیک دارد. نتیجه مطالعات وی نشان داد افراد سایکوتیک با نمرات بالای نوجویی اکثر مصرف مواد و الکل نیز دارند [۱۵].

هارتمن^۲ در پژوهش خود با به کارگیری مقیاس سرشت کلونینجر به شناسایی رفتارهای پیش بین مرتبط با مصرف مواد در نوجوانان پرداخت و عنوان کرد که نمرات بالا در نوجویی و نمرات پایین در پشتکار، آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی پیش‌بینی کننده تجربه و مصرف مواد در سنین پایین می‌باشد [۱۶].

در پژوهش دیگری امیرآبادی به مقایسه ویژگی‌های شخصیتی در سه گروه، افراد مصرف کننده تریاک، افراد سیگاری و افراد عادی پرداخت. یافته‌های تحقیق نشان داد افراد مصرف کننده تریاک نمرات بالایی در نوجویی و نمرات پایینی در بعد همکاری کسب کرده‌اند [۱۷].

اثر بخشی درمان بر اساس ارزشیابی شاخص‌های درمان، تعریف می‌شود. مهم‌ترین شاخص‌های ارزشیابی درمان در ارزشیابی درمان سوءمصرف مواد شامل ارزشیابی فرایند و ارزشیابی پیامد می‌باشد. در ارزشیابی فرایند، وسعت و دامنه خدمات ارائه شده و نحوه اجرای برنامه و ارائه خدمات مورد بررسی و ارزشیابی قرار می‌گیرد. مهم‌ترین شاخص ارزشیابی فرایند، طول اقامت بیماران در درمان و نسبت بیمارانی است که درمان را تکمیل می‌کنند.

³ Residential Rehabilitation

⁴ Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI)

¹ Peritogiannis

² Hartman

جدول ۱. جدول مقایسه میانگین گروه‌ها

خطای استاندارد	میانگین	متغیر
۰/۲۸۶ ۰/۶۳۲	۱۰/۴۲۲ ۱۲/۲۰۶	نوجویی ماندگاری در درمان ترک روند درمان
۰/۲۵۶ ۰/۵۶۶	۸/۷۷۷ ۷/۰۰۰	آسیب پرهیزی ماندگاری در درمان ترک روند درمان
۰/۱۷۷ ۰/۳۹۲	۷/۹۰۴ ۸/۲۳۵	پاداش وابستگی ماندگاری در درمان ترک روند درمان
۰/۰۹۴ ۰/۲۰۷	۳/۳۱۹ ۲/۶۱۸	پشتکار ماندگاری در درمان ترک روند درمان
۰/۳۴۴ ۰/۷۵۹	۱۰/۱۸۱ ۱۱/۰۵۹	خودراهبری ماندگاری در درمان ترک روند درمان
۰/۲۶۹ ۰/۵۹۵	۱۶/۲۵۹ ۱۵/۷۳۵	همکاری ماندگاری در درمان ترک روند درمان
۰/۲۰۵ ۰/۴۵۴	۱۱/۲۳۵ ۱۰/۸۸۲	خودفراری ماندگاری در درمان ترک روند درمان

جدول ۲. جدول تحلیل واریانس چندگانه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نوجویی	۸۹/۸۳۴	۱	۸۹/۸۳۴	۶/۶۱۲	۰/۰۱۱
آسیب پرهیزی	۸۹/۱۲۲	۱	۸۹/۱۲۲	۸/۱۸۲	۰/۰۰۵
پاداش وابستگی	۳/۱۰۵	۱	۳/۱۰۵	۰/۵۹۵	۰/۴۴۱
پشتکار	۱۳/۸۹۲	۱	۱۳/۸۹۲	۹/۵۴۷	۰/۰۰۲
خود راهبری	۲۱/۷۵۹	۱	۲۱/۷۵۹	۱/۱۱۱	۰/۲۹۳
همکاری	۷/۷۴۱	۱	۷/۷۴۱	۰/۶۴۳	۰/۴۲۴
خود فراروی	۳/۵۰۸	۱	۳/۵۰۸	۰/۵۰۱	۰/۰۴۸

* $p < 0.05$

جدول ۳. جدول آزمون تعقیبی LSD

متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
نوجویی			
ماندگاری در درمان	۱/۷۸۴	۰/۶۹۴	۰/۰۱۱*
ترک درمان	۱/۷۸۴	۰/۶۹۴	۰/۰۱۱*
آسیب پرهیزی			
ماندگاری در درمان	۱/۷۷۷	۰/۶۲۱	۰/۰۰۵*
ترک درمان	۱/۷۷۷	۰/۶۲۱	۰/۰۰۵*
پاداش وابستگی			
ماندگاری در درمان	-۰/۳۳۲	۰/۴۳۰	۰/۴۴۱
ترک درمان	۰/۳۳۲	۰/۴۳۰	۰/۴۴۱
پشتکار			
ماندگاری در درمان	۰/۷۰۲	۰/۲۲۷	۰/۰۰۲*
ترک درمان	-۰/۷۰۲	۰/۲۲۷	۰/۰۰۲*
خودراهبری			
ماندگاری در درمان	-۰/۸۷۸	۰/۸۳۳	۰/۲۹۳
ترک درمان	۰/۸۷۸	۰/۸۳۳	۰/۲۹۳
همکاری			
ماندگاری در درمان	۰/۵۲۴	۰/۶۵۳	۰/۴۲۴
ترک درمان	-۰/۵۲۴	۰/۶۵۳	۰/۴۲۴
خودفراروی			
ماندگاری در درمان	۰/۳۵۳	۰/۴۹۸	۰/۴۸۰
ترک درمان	-۰/۳۵۳	۰/۴۹۸	۰/۴۸۰

* $p < 0.05$

اختلال‌های شخصیتی را تعیین نمود و از مقیاس‌های سرشت برای تشخیص افتراقی انواع این اختلال‌ها می‌توان استفاده کرد [۲۰]. همچنین با پرسشنامه سرشت و منش می‌توان تفاوت‌های بالینی در نشانگان مرضی مثل مانند اختلال‌های اضطرابی، اختلالات خلقی و اختلالات مرتبط با خوردن و سوءمصرف دارویی را بررسی کرد [۲۰]. اعتباریابی و هنجاریابی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر در جمعیت ایرانی در سال ۱۳۸۴ انجام شده است و ضریب پایایی فرم کوتاه پرسشنامه به روش باز-آزمون برای مؤلفه‌های نوجویی ۰/۸۶، آسیب پرهیزی ۰/۸۸، پاداش وابستگی ۰/۷۳، پشتکار ۰/۷۶، همکاری ۰/۸۶، خودراهبری ۰/۹۰ و خود فراروی ۰/۸۶ می‌باشد [۲۱]. ضریب روایی برای مؤلفه‌های نوجویی ۰/۷۵، آسیب پرهیزی ۰/۷۲، پاداش وابستگی ۰/۸۷، پشتکار ۰/۹۰، همکاری ۰/۷۶، خودراهبری ۰/۶۶ و خودفراروی ۰/۸۶ می‌باشد. همبستگی درونی مقیاس‌ها برای مؤلفه‌های نوجویی ۰/۷۲، آسیب پرهیزی ۰/۸۰، پاداش وابستگی ۰/۷۳، پشتکار ۰/۵۵، همکاری ۰/۷۷، خودراهبری ۰/۸۴ و خودفراروی ۰/۷۲ می‌باشد. نمونه مورد مطالعه از طبقات سنی مختلف و از هر دو جنس می‌باشد و به لحاظ آماری امکان تعمیم داده‌ها را می‌تواند فراهم سازد [۱۸].

شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی مثل دامنه تغییرات، میانگین و انحراف استاندارد برای تحلیل داده‌های توصیفی استفاده گردید و تجزیه و تحلیل آمار استنباطی با استفاده تحلیل واریانس چند متغیره^۱ و روش کمترین تفاوت معنادار^۲ انجام گردید.

نتایج

در این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی مثل دامنه تغییرات، میانگین و انحراف استاندارد برای تحلیل داده‌های توصیفی استفاده گردید و تجزیه و تحلیل آمار استنباطی با استفاده تحلیل واریانس چند متغیره^۳ و روش کمترین تفاوت معنادار^۴ انجام گردید.

در جداول ۲ و ۳ مراحل تحلیل استنباطی داده‌ها در سطح معناداری ($P < 0.05$) قابل مشاهده است.

آزمون لوین انجام شد و نشان داد با توجه به سطح معناداری که در هیچ یک از متغیرها کمتر از ۰/۰۵ نیست فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است.

اطلاعات جدول تحلیل واریانس چند متغیره یعنی جدول ۲ نشان می‌دهد، در بین ویژگی‌های شخصیتی نوجویی، آسیب پرهیزی، پشتکار و خودفراروی در بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. در سایر ویژگی‌های شخصیتی بین دو گروه تفاوت معناداری گزارش نشده است.

¹ Multivariate Analysis of Variance

² Least Significant Difference (LSD)

³ Multivariate Analysis of Variance

⁴ Least Significant Difference (LSD)

مخصوصاً خودراهبری در کسانی که دوره درمان خود را تکمیل کرده بودند افزایش پیدا کرده بود. آن‌ها همچنین نشان دادند، نمرات بالا در بعد پشتکار و نمرات پایین در بعد نوجویی پایه اصلی برای پیش‌بینی‌کنندگی اتمام دوره درمان است [۲۴].

آرنائو^۶ و همکارانش در تحقیقی پیش‌بینی‌کننده بودن ویژگی‌های شخصیتی در ماندگاری در درمان سوءمصرف الکل و مصرف مجدد پس از درمان با استفاده از پرسشنامه کلونینجر مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد، از افراد با نمره پایین پشتکار ۳۴/۸٪ درمان را رها کردند و ۳۱/۵٪ پس از ترک عود داشتند و افرادی که در مؤلفه پشتکار بالاتری کسب کرده بودند بیشتر در پرهیز باقی ماندند. افرادی که قبلاً سابقه بستری داشتند در ابعاد نوجویی و پاداش وابستگی نمره کمتری گرفتند [۲۵].

مولر^۷ و همکارانش نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی نتایج درمان را در بیماران وابسته به الکل پیش‌بینی می‌کند. آن‌ها افراد درمان یافته از وابستگی به الکل را تا یک سال پس از درمان، از نظر عود پیگیری کرده و جهت بررسی ویژگی‌های شخصیتی از پرسشنامه پنج عاملی «نئو»^۸ و پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر^۹ استفاده کردند. نتایج حاصل نشان داد که نمرات بالا در روان‌پریشی و نمرات پایین در پشتکار بیشترین همبستگی را با عود دارد [۲۶].

افرادی که دارای آسیب‌پرهیزی بالا هستند تمایل به محافظه‌کاری، احتیاط، ترس، تنش‌نگرانی و اضطراب دارند. آن‌ها بیش از سایر مردم نیاز به اطمینان بخشی دارند و معمولاً نسبت به انتقاد و تنبیه حساس هستند. مزیت آسیب‌پرهیزی بالا، دقت و احتیاط بیشتر در شرایطی است که احتمال خطر در آن وجود دارد [۲۷].

با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت، افراد با نمرات بالا در آسیب‌پرهیزی به علت محتاط بودن و با انگیزه دوری‌جستن از هرگونه اضطراب ناشی از ترک‌درمان، به علت لزوم مقابله با قوانین سخت‌گیرانه مراکز درمانی اقامتی و یا سرزنش و طرد اطرافیان در صورت نیمه‌کاره رها کردن درمان، در درمان باقی‌مانده و دوره درمان را به پایان رسانده‌اند که این نتیجه با یافته‌های تحقیقاتی که ذکر می‌گردد همسو می‌باشد.

آندو^{۱۰} و همکارانش به بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری جبرانی در دو گروه با دوران پاک ماندن و دوران پاک‌کوتاه‌مدت پرداختند. طولانی از مصرف الکل پرداختند. نتایج نشان دادند که تفاوت معناداری بین دو گروه در مورد تصمیم‌گیری وجود نداشت ولی در گروه با پاک‌بلندمدت نمرات خودراهبری و همکاری و در گروه با پاک‌کوتاه‌مدت آسیب‌پرهیزی و سازگاری هیجان‌مدار به طور چشمگیری بالا بوده

جدول ۳ یعنی جدول آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار^۱، یافته‌های قبلی را به جز در مورد بعد خودفراروی تأیید می‌کند. یافته‌های این آزمون نشان می‌دهد که در بین این دو گروه سه ویژگی نوجویی، آسیب‌پرهیزی و پشتکار تفاوت معنادار وجود دارد ولی در بعد خودفراروی و سایر ویژگی‌ها، دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. در نتیجه‌گیری نهایی می‌توان گفت، افرادی که ماندگاری در درمان داشته و دوره درمان را کامل کرده‌اند نمرات بیشتری در ابعاد آسیب‌پرهیزی و پشتکار کسب کرده و افرادی که دوره درمان را تکمیل نکرده‌اند و درمان را نیمه‌کاره رها کرده‌اند نمرات بیشتری در بُعد نوجویی داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش ویژگی‌های شخصیتی و تفاوت‌های فردی به‌عنوان عاملی مؤثر و پیش‌بینی‌کننده در ماندگاری در درمان سوءمصرف مواد مورد مطالعه قرار گرفته است. هینکین^۲ در مطالعه‌ای بر روی افراد مبتلا به «اچ. آی. وی. - وان»^۳ به بررسی پیروی از درمان در افراد تحت درمان پرداخت، نتایج نشان داد افراد مبتلا به «اچ. آی. وی. - وان» با اختلال سوءمصرف مواد پیروی کمتری از درمان نسبت به افراد بدون سوءمصرف داشتند [۲۲].

افرادی که نمرات بالایی در پشتکار دارند علی‌رغم وجود ناکامی و خستگی، افرادی ساعی و مصمم هستند. معمولاً در پاسخ به محرک‌هایی که پاداش را پیش‌بینی می‌کنند، تلاش خود را شدت می‌بخشند و حتی بدون تقسیم کار تمام مسئولیت انجام آن را به عهده گیرند [۱۴].

با در نظر گرفتن مطالب فوق می‌توان گفت که افراد با پشتکار بالا به علت سخت‌کوشی و مصمم بودن در اتمام امور، علی‌رغم سختی‌های درمان و مشکلات جسمی مثل نشانه‌های دردآور ترک و مشکلات عاطفی مثل جدایی از محیط خانه و خانواده، دوره درمان خود را کامل کرده‌اند. یافته فوق با یافته‌های تحقیقات ذیل همسو می‌باشد.

لوپز-توره سیلاس^۴ در یک پژوهش به مطالعه نقش ویژگی‌های شخصیتی در پاک ماندن پس از ترک سیگار با پیگیری یک‌ساله پرداخت. نتیجه تحقیقات وی نشان داد پشتکار نقش مهمی در حفظ عدم مصرف دارد، به طوری که افراد با نمرات پشتکار پایین بیشتر عود داشته و پس از درمان مجدداً شروع به مصرف سیگار کردند [۲۳].

آنگرس^۵ تأثیر ابعاد سرشت و منش در درمان اعتیاد را مورد مطالعه قرار داد. او و همکارانش به بررسی ویژگی‌های شخصیتی روی گروهی از زنان تحت درمان اقامتی، در شروع درمان و پس از ترک اعتیاد پرداختند. نتایج نشان داد هر سه بعد منشی

⁶ Arnau

⁷ Muller

⁸ NEO

⁹ TCI

¹⁰ Ando

¹ LSD

² Hinkin

³ HIV-1

⁴ Lopez-Torrecillas

⁵ Angres

است [۲۸].

جوهانسون^۱ در یک کار آزمایشگاهی روی موش‌ها مشاهده کرد پس از دادن الکل بعد نوجویی افزایش و بعد آسیب پرهیزی در آن‌ها کاهش می‌یابد [۲۹].

لونتال^۲ و همکارانش رابطه ابعاد سرشتی پرسشنامه کلونینجر را با ولع مصرف و عود پس از ترک روی افراد سیگاری در حال ترک بررسی کردند. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد، ابعاد نوجویی و آسیب پرهیزی با میل شدید به مصرف در دوران ترک که عاملی برای عود است همبستگی دارد، اما بین پاداش وابستگی و عود هیچ ارتباطی یافت نشد [۳۰].

افراد با نوجویی بالا معمولاً کم حوصله، علاقه‌مند به تحریکات تازه و ناآشنا، تکانشی و دارای فوران خشم و تحریک‌پذیر هستند [۳۱]. با توجه به مطلب فوق می‌توان نتیجه‌گیری کرد، افرادی در روابط بین فردی برای اقامت در محیط‌های درمانی ناموفق بوده و همچنین با گذشت زمان محیط محل اقامت برایشان کسالت‌آور و غیر قابل تحمل می‌شود و می‌تواند منجر به ترک اقامتگاه درمانی و رها کردن درمان در آن‌ها شود. این یافته با نتایج تحقیقات زیر در مورد نوجویی همسو می‌باشد.

کاسلی^۳ نشان داد که بین وسوسه مصرف مواد با نوجویی و افکار لذت‌طلبانه رابطه مستقیم وجود دارد [۳۲].

ارون^۴ ۱۰۲ نفر از وابستگان الکل را به مدت یک سال پس درمان مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیق وی نشان داد که ۶۳ نفر مصرف مجدد الکل پس از درمان را داشتند که نمرات بالایی در نوجویی کسب کردند [۳۳].

ارون در تحقیق دیگری نشان داد پرخاشگری و نوجویی در مردان وابسته به هروئین بیشتر از افراد عادی است، همچنین پرخاشگری با نوجویی رابطه مستقیم ولی با ابعاد پشتکار و پاداش وابستگی رابطه عکس دارد [۳۴].

پریسیاندارو^۵ و همکارانش در تحقیقی به بررسی ارتباط بین عدم مهار رفتاری و سابقه مصرف کوکائین در افراد وابسته به کوکائین پرداختند. نتایج حاصل نشان داد بالا بودن تکانشگری فیزیکی و نوجویی با سن کم شروع مصرف ارتباط دارد و افراد با پشتکار کمتر در یک ماه قبل از آزمون مصرف کوکائین بیشتری داشته‌اند [۳۵].

سلیمان جان^۶ پژوهشی در ترکیه روی ابعاد شخصیتی مردان ارتشی انجام داد و یافته‌های پژوهشش نشان داد، افرادی که سوءمصرف مواد دارند در ابعاد نوجویی و آسیب پرهیزی نمرات بالا و در ابعاد پشتکار، همکاری و خودراهبری نمرات پایین کسب کردند [۳۶].

هلموس^۷ و همکارانش مطالعه‌ای روی رابطه نوجویی و ماندن

در روی گروهی از سوءمصرف‌کنندگان هروئین و کوکائین انجام دادند. نتایج نشان داد، اگرچه افراد با نمرات بالای نوجویی در مقایسه با افراد با نمرات پایین نوجویی در اوایل درمان نگاه‌دارنده با بوپرنورفین نتایج بهتری کسب کردند اما در اواخر درمان بیشتر ریزش داشتند و مطرح کردند که این امر می‌تواند به این علت باشد که با گذشت زمان درمان جذابیتش را برای این افراد از دست داده است [۳۷].

مزاروس^۸ و همکارانش با استفاده از پرسشنامه سه‌بعدی «تی. پی. کیو. ۹» به مطالعه ابعاد شخصیتی پیش‌بینی‌کننده عود در بیماران وابسته به الکل که سم‌زدایی شده بودند، با یک پیگیری یک‌ساله پرداختند. نتایج نشان داد، نوجویی یک پیش‌بینی‌کننده قوی عود در مردان است (ولی نه در زنان) و در هر دو جنس، آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی اگرچه در طولانی‌مدت عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای عود محسوب نمی‌شوند، ولی با عود زود هنگام (۴ هفته اول ترک) رابطه دارند [۳۸].

ارون رابطه ابعاد شخصیتی کلونینجر با وسوسه نوشیدن الکل را در مردان وابسته به الکل در گروهی از افراد بستری تحت درمان مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد، بعد نوجویی بیشترین همبستگی را با وسوسه نوشیدن الکل دارد [۳۹].

اصغری در پژوهشی را جهت بررسی ابعاد شخصیتی اثرگذار در عود سوءمصرف مواد در وابستگان به مواد افیونی تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون انجام داده است. یافته‌های این پژوهش نشان داده است که بیمارانی که عود داشتند در مقایسه با گروهی که عود نداشته‌اند، در ابعاد نوجویی و آسیب پرهیزی نمره بالاتری کسب کردند [۴۰].

اشنایدر^{۱۰} مطالعه‌ای دارد که ویژگی‌های شخصیتی مصرف‌کنندگان مواد مختلف را نشان می‌دهد. نتایج مطالعه وی نشان داد، در مصرف‌کنندگان الکل، حشیش و کوکائین نمره نوجویی بالا، در مصرف‌کنندگان بنزو دیازپین‌ها نمره آسیب پرهیزی بالا، در اکثر مواد نمره پشتکار پایین و در همه نمره خودراهبری پایین است [۴۱].

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد با انتخاب روش‌های درمانی متناسب با ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌توان درمانی کارآمدتر داشت. این امر نه تنها نتایج مفیدی در درمان می‌تواند داشته باشد بلکه در پیشگیری نیز می‌تواند سودمند باشد، چنانچه در پژوهشی که بر روی عوامل روان‌شناختی خطرزا و محافظت‌کننده در آمادگی اعتیاد انجام شده است، نشان داده شده است که شیوه‌های فرزندپروری می‌تواند روی بعد نوجویی تأثیر بگذارد. والدین با شیوه فرزند پروری مقتدرانه و اعمال کنترل مناسب موجب ایجاد خودگردانی و همچنین توانایی کنترل در مقابل تکانه‌های پرخاشگری و هیجان‌طلبی نوجویی، در فرزندان می‌شوند که عاملی مؤثر در پیشگیری از اعتیاد است [۴۲]. با توجه به یافته‌های حاصل از تحقیقات فوق می‌توان

⁸ Meszaros

⁹ Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)

¹⁰ Schneider

¹ Johansson

² Leventhal

³ Caselli

⁴ Erven

⁵ Prisciandaro

⁶ Suleyman Can

⁷ Helmus

10. Asadi, S. Mahmood Allilo, M. Bahadorikhosroahhi, J. Khorsand, M. (2015). Personality Patterns, Irrational Beliefs and Impulsivity among the Male Sufferers of Drug Abuse Disorder under treatment. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*. Presidency of the I. R. of Iran, Drug Control Headquarters, Department for Research and Education. Vol. 8, No. 32, PP. 95-106.
11. Baniassadi, T. Javanmard, Z. Zivari-Rahman, M. Shokouhi-Moqhaddam, S. & Adhami, M. (2015). Investigating the Relationship between Personality Traits and Self-Control and Nicotine Dependence Symptoms in Male Prisoners in Kerman, Iran. *Addict Health, Winter & Spring 2015; Vol 7, No 1-2, PP. 82-86.*
۱۲. کاویانی، حسین (۱۳۸۸). هنجاریابی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI) در طبقات سنی-جنسی: یافته‌های تکمیلی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۷، شماره ۴.*
13. Cloninger, C.R. & Svrakic, D.M. (2005). Personality disorders. In B.J. Sadock and V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of Psychiatry, 8th Edition*. Lippincott, Williams & Wilkins.
14. Cloninger, C.R. Svrakic, D.M. & Przybeck, T. (1993). A psychological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry, 50(12):975.*
15. Peritogiannis, V. (2015). Sensation/novelty seeking in psychotic disorders: A review of the literature. *World J Psychiatry, 22; 5(1): 79-87.*
16. Hartman, C. Hopfer, C. Corley, R. Hewitt, J. & Stallings, M. (2013). Using Cloninger's Temperament Scales to Predict Substance-Related Behaviors in Adolescents: A Prospective Longitudinal Study. *Am J Addict. 2013 May-Jun; 22(3).*
17. Amirabadi, B. Alibeigi, N. Nikbakht, M. Massah, O. Farhoudian, A. & Doostian, Y. (2015). Personality Traits and Psychopathology in Nicotine and Opiate Dependents Using the Gateway Drug Theory. *Iranian Rehabilitation Journal, spring 2015, Vol. 13, Issue 1, PP. 56-60.*
- نتیجه‌گیری کرد، با توجه به نقش ویژگی‌های شخصیتی در نتایج درمانی مددجویان، به کارگیری راهکارهای درمانی متناسب با این ویژگی‌ها می‌تواند به این افراد در به پایان رساندن با موفقیت دوره درمانیشان کمک کرده و در نهایت نتایج درمانی بهتری حاصل گردد.
- منابع**
1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report (2013)*. United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6. PP. 1-58.
۲. رادفرد، سیدرامین (۱۳۸۸). مروری علمی بر تعاریف اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد، سال سوم، شماره نهم، صفحه ۸۷.*
۳. کاپلان و سادوک (۱۳۸۹). خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
۴. دهقانی آرانی، فاطمه. رستمی، رضا (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش پس‌خوراند عصبی بر ولع مصرف بیماران وابسته به مواد افیونی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، دوره ۱، شماره ۴، صفحه ۷۵.*
۵. نعمتی مقدم، محمدرضا (۱۳۸۷). *درمان اعتیاد به‌عنوان یک بیماری مزمن*. فصلنامه اعتیاد، شماره چهارم و پنجم، صفحه ۶۴.
۶. اختیاری، حامد (۱۳۸۸). افق‌های آینده پژوهش در درمان زیست‌شناختی وابستگی به مت‌آفتامین (شیشه) در ایران. *فصلنامه اعتیاد، شماره نهم، صفحه ۴۹.*
۷. مهلینگ، رندی (۱۳۹۰). *مت‌آفتامین (شیشه)*، ترجمه مهرزاد مظفر، نازیلا رستمی. انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.
۸. بروژه، ژان (۱۳۶۸). *اعتیاد و شخصیت*، ترجمه توفان گرگانی. تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.
۹. تیموری، زهره. پورنقاش، تهرانی، سعید (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد تحت درمان متادون و عادی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۱)، ۱۴۶-۱۲۹.*

26. Muller, S.E. Weijers, H.G. Boning, J. & Wiesbeck, G.A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology*, 57(4):159-164.
27. Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of general psychiatry*, 44: 573-588.
28. Ando, B. Must, A. Kurgiyis, E. Szkaliczki, A. Drotos, G. Rozsas, S. Szikszay, P. Horvath, S. Janka, Z. & Almos, P. (2011). Personality traits and coping compensate for Disadvantageous decision making in long alcohol abstinence. Published by oxford university press on behalf of the medical council on alcohol.
29. Johansson, A. & Hansen, S. (2001). Increased Novelty seeking and decreased Harm avoidance in rats showing type 2-like behavior following basal forebrain neuronal loss. *Alcohol & Alcoholism*, Vol. 36, No. 6, PP. 520-524.
30. Leventhal, A.M. Waters, A.j. Boyd, S. Moolchan, E.T. Heishman, S.J. Lerman, C. and Pickworth, W.B. (2007). Associations between cloningers temperament dimensions and acute tobacco with drawal. *Addictive Behaviors*, 32(12):2976-2989.
31. Cloninger, C.R. Svrakic, D.M. (2009). Personality Disorder. In B.J. Sadick and V.A. Sadock (Eds.). *Kaplan & Sodack's comprehensive textbook of Psychiatry*, 9th edition. Lippincott Williams & Wilkins.
32. Caselli, G. Manfredi, C. Ferraris, A. Vinciullo, F. & Spada, M.M. (2015). Desire thinking as a mediator of the relationship between novelty seeking and craving. *Addictive Behaviors Reports*, Vol. 1, June 2015, PP 2-6.
33. Erven, C. Durkaya, M. Kose, S. Cetin, R. Dalbudak, E. & Celik, S. (2010). Novelty seeking among relapsed and non-relapsed male alcohol dependents during 12 month follow-up. *Düşünen Adam*. 2010; 23(4): 249-255.
۱۸. مطبوعی، لیلا (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت بر روی بهبود و پیشگیری از بازگشت در گروهی از سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران.
19. Davey, Graham (2008). *Psychopathology: research, assessment and treatment in clinical psychology*, PP. 259-308.
۲۰. کاویانی، حسین. حقیقت‌شناس، حسن (۱۳۷۹). مطالعه مقدماتی برای انطباق و هنجاریابی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال دوم، شماره ۳-۴ (پیاپی ۸)، صفحه ۱۸.
۲۱. کاویانی، حسین. پورناصح، مهرانگیز. موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۴). هنجاریابی و اعتبار سنجی فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنگ در جمعیت ایرانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۴۲.
22. Hinkin, C.H. Barclay, T.R. Castellon, S.A. Levine, A.J. Durvasula, R.S. Marion, S.D. Myers, H.F. & Longshore, D. (2007). Drug Use and Medication Adherence among HIV-1 Infected Individuals. *AIDS Behav.* 2007 Mar; 11(2): 185-194.
23. López-Torrecillas, F. Mar Rueda, M. Pino, C.H. & Fernández-García, M. (2015). Influence of Persistence or Cognitive (In) flexibility in Treatment to Quit Smoking. *Addict Neuropharmacol* 2015, 2: 006.
24. Angres, Daniel H. (2010). The temperament and character inventory in addiction treatment. *American Psychiatric Association*, 8:187-198.
25. Arnau, Miquel, Monras, Mondon, Silvia & Jou Santacreu, Joan (2008). Using the Temperament and Character inventory (TC1) to predict outcome after Inpatient Detoxification during 100 days of outpatient treatment. Published by Oxford University, *Alcohol and Alcoholism journal*, 43 (5): 583-588.

41. Schneider, R. Jr. Ottoni, G.L. Carvalho, H.W. Elisabetsky, E. & Lara, D.R. (2015). Temperament and character traits associated with the use of alcohol, cannabis, cocaine, benzodiazepines, and hallucinogens: evidence from a large Brazilian web survey. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015 Jan-Mar; 37(1):31-9.
۴۲. داودی، ایران. عشرتی، طیبه. زرگر، بدالله. هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل (۱۳۹۳). بررسی رابط ساختاری برخی از عوامل روان‌شناختی خطرزا و محافظت‌کننده آمادگی اعتیاد. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، دوره ۲، شماره ۱۰، صفحات ۱۱۰-۱۱۱.
34. Evren, C. Bozkurt, M. Evren, B. Can, Y. Yiğiter, S. & Yılmaz, A. (2014). Relationships of personality dimensions with impulsivity in heroin dependent inpatient men. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2014; 15(1): 9-14.
35. Prisciandaro, J.J. & Korte, J.K.T. (2012). Associations between behavioral dishibition and cocaine use history in individual with cocaine dependence. *Addictive Behaviors*, volume 37, issue 10, P: 1185-1188.
36. Süleyman Can, S. & Ünlütürk, S. (2014). Personality traits of substance abusers in Turkish military population. *Journal of Substance Use*, Vol. 19, Issue 6, PP.440-443.
37. Helmus, T. Downey, K. Arfken, C. Henderson, M. & Schuster, C. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent and cocain users. *Drug and alcohol dependence*, 61(3):287-295.
38. Meszaros, K. Lenzinger, E. Hornik, K. Fureder, T. Willinger, U. Fischer, G. & et al (1999). The Tridimensional Personality Questionnaire as predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 23(2): 483-486.
39. Erven, C. Çetin, R. Dalbudak, E. Durkaya, M. Çakmak, D. & Flannery, B. (2009). Relationship of Cloningers? Personality dimensions with alcohol craving in male alcohol dependent inpatients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 2009; 19(4): 373-381.
۴۰. اصغری، اکرم. پورشهباز، عباس. فرهودیان، علی (۱۳۹۰). ابعاد شخصیتی اثرگذار در عود سوء‌مصرف مواد در وابستگان به مواد افیونی تحت درمان نگره‌دارنده با متادون. فصلنامه اعتیادپژوهی، سال پنجم، شماره ۱۹، صفحات ۲۰-۲۰.

اثربخشی مداخله فراشناختی بر اضطراب، تصویر بدنی و سایر علائم مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن (BDD)

سیده حکیمه موسوی^{۱*}، رضا رستمی^۲، مسعود غلامعلی لواسانی^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله فراشناختی بر اضطراب، تصویر بدنی و سایر علائم در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

روش: این مطالعه نیمه آزمایشی که یک مداخله بالینی تصادفی می‌باشد، با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، بر روی مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن از بین مراجعین مراجعه کننده به متخصصین جراحی زیبایی و مراکز درمان بیماری‌های پوست، انجام شد. ۳۰ بیمار در دو گروه گواه و آزمایش به روش تصادفی جایگزین شدند. پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی یل-براون برای اختلال بدشکلی بدن، پرسشنامه تصویر بدنی تن فشر و پرسشنامه اضطراب بک انجام شد. گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی تحت مداخله فراشناختی قرار گرفت. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج آن به کمک آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. علائم بیماران در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به طور معناداری کاهش یافته بود.

نتایج: مطالعه نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش اضطراب، بهبود تصویر بدنی، و بهبود سایر علائم مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، این بیماران تأثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: مداخله فراشناختی بر روی بهبود علائم بیماران بدشکلی بدن، کاهش اضطراب و بهبود تصویر بدنی این بیماران موثر بوده است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۸۸-۸۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۱۶

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 81-88

کلیدواژه‌ها: اختلال بدشکلی بدن، فراشناخت، اضطراب، تصویر بدنی، مداخله فراشناخت.

*Email: hakimehmousavi@yahoo.com

مقدمه

که بسیاری از بیماران پوستی که اقدام به خودکشی شده نموده‌اند، مبتلا به اختلال بدشکلی بدن یا آکنه بوده‌اند [۶]. بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نسبت به افراد فاقد این اختلال به طور معناداری تاریخچه بیشتری از جراحی زیبایی، خودکشی و تلاش‌های خودکشی ناشی از نگرانی درباره ظاهر گزارش کردند [۷]. به طوری که بر اساس آمار احتمال خودکشی در بین اشخاصی که خود را برای زیبایی به دست تیغ جراحی سپرده‌اند، نسبت به دیگران ۴۵ برابر بیشتر است.

خصیصه‌های مشابهی در آسیب‌شناختی اختلال بدشکلی بدن با اختلال وسواسی - اجباری^۳ و اضطراب وجود دارد. حتی بر اساس شباهت زیاد بین این دو اختلال، گاهی اوقات اختلال بدشکلی بدن به‌عنوان طیفی از اختلال وسواسی - اجباری مفهوم‌سازی می‌شود [۸]. از آنجایی که اثربخشی درمان فراشناختی برای درمان اختلال وسواسی جبری موفق بوده است [۹] و با توجه به شباهت زیاد بین اختلال وسواسی - اجباری و اختلال بدشکلی بدن، محقق پژوهش حاضر بر آن شد تا برای کاهش رنج بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، درمان فراشناختی را در کاهش میزان اضطراب و سایر علائم بیماری و همچنین بهبود تصویر بدنی‌شان مورد مطالعه قرار دهد.

فراشناختی^۴ عبارت است از هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد [۱۰، ۱۱]. از یک نظر آن را می‌توان به‌عنوان یک جنبه‌ی عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. نخستین بار آدرین ولز، درمان فراشناختی را معرفی کرد. علت پدید آمدن درمان فراشناختی بر نمودن نقص‌های درمان شناختی بود. این روش درمانی از رفتاردرمانی شناختی^۵ متفاوت است؛ زیرا به جای این که درمان شامل چالش با افکار و باورها در مورد تروما و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی‌مدت با خاطرات مربوط به تروما باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و می‌تواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیر قابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. نظریه‌های شناختی در مورد آنچه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیرمفید تفکر می‌شوند توضیحات مختصری ارائه کرده‌اند. وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌توانند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل کرده و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. این عوامل اساس نظریه‌ی فراشناختی است [۱۲]. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه وجود دارد [۱۳]. تحقیقاتی که در مورد درمان فراشناختی بر روی اختلالات هیجانی انجام شده‌اند عبارت‌اند از مطالعه‌ی ولز و فیشر^۶ که با

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن^۱ در اثر عیوب ادراک شده خود دچار پریشانی در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شوند و اغلب تصاویر و افکار مزاحم یا ناخوانده‌ای درباره ظاهر جسمانی بر آن‌ها هجوم می‌آورد و در نتیجه کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آن‌ها کاهش می‌یابد. ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن که در گذشته بدشکلی هراسی^۲ نامیده می‌شد بر اساس چاپ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانشناسی آمریکا، نوعی اشتغال ذهنی یا نقص تخیلی در ظاهر توصیف می‌شود که اگر نابهنجاری‌های جسمی مختصری هم در بیمار وجود داشته باشد، نگرانی افراطی نسبت به ظاهر خود دارد، این اشتغال ذهنی از لحاظ بالینی ناراحتی یا اختلال چشمگیری در کارکرد شغلی و اجتماعی بیمار ایجاد می‌کند. در این اختلال افراد نگرانی دائمی از یک نقص اغراق‌آمیز یا تخیلی در ظاهر خویش دارند و رفتارهای جبری مثل واریس ظاهر جسمانی در آینه، پنهان کردن نقص ظاهری و رفتار تکراری آرایش صورت را تجربه می‌کنند. [۱]

نارضایتی از ظاهر جسمانی باعث می‌شود که آنان برای رفع نازیبایی خود، با روش‌های نادرستی همچون جراحی زیبایی یا استفاده از انواع داروهای ناشناخته سلامتی خود را مورد تهدید قرار می‌دهند. میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن، در عموم مردم حدود ۷ درصد گزارش شده است که با توجه به شیوع بالای انواع جراحی‌های ترمیمی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و تلاش‌های آن‌ها برای انجام جراحی‌های پلاستیک و زیبایی‌بیانگر نارضایتی آن‌ها از ظاهر جسمانی‌شان است. شیوع اختلال بدشکلی بدن در جمعیت‌های انتخابی مانند کلینیک‌های پوست، متخصص داخلی و جراحی زیبایی بالاتر از جمعیت عمومی است [۲]. در ایران ۹۵ درصد متقاضیان جراحی بینی را زنان و دختران گروه سنی ۱۴ تا ۴۵ سال تشکیل می‌دهند که میزان شیوع جراحی پلاستیک در کشور ما هفت برابر کشورهای غربی بوده و در اغلب موارد نیازی به انجام جراحی نبوده است. همچنین پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که اختلال بدشکلی بدن در بیماران پوستی شایع است. نرخ شیوع در بیماران پوستی بین ۸/۵ تا ۱۵ درصد بوده و در میان افرادی که به دنبال درمان‌های زیبایی هستند ۲/۹ تا ۵۳/۶٪ است [۳].

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که ترس از ظاهر جسمانی و نگرانی از بدشکلی بدن پیش‌بینی‌کننده تمایل به جراحی پلاستیک در زنان ارجاعی به جراحان زیبایی می‌باشد [۴]. این اختلال در زنان، به‌ویژه در اواخر نوجوانی، شایع‌تر است و اغلب با افسردگی و اضطراب همراه است [۵]. از نتایج تحقیقات بعد از عمل در زمینه حالات روانی بیماران، مشخص شده است که آن‌ها حس ناخوشایندتری نسبت به تصویر بدنشان دارند. نکته دیگر این است که ۲۰ درصد از اشخاصی که تحت عمل قرار گرفته‌اند، برای حفظ سلامت روانی از دارو استفاده می‌کنند که معمول‌ترین دارویشان، داروهای ضدافسردگی است. تحقیقات نشان داده است

^۳ Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

^۴ Metacognitive

^۵ Cognitive Behavioral therapy (CBT)

^۶ Wells and Fisher

^۱ Body dimorphic disorder (BDD)

^۲ Dysmorphic Phobia

فرایند می توان در مطالعات بعدی به بررسی پایایی این تأثیر پرداخت.

روش

نوع پژوهش

طرح این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی می باشد.

آزمودنی

جامعه آماری شامل کلیه بیماران سرپایی مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مراجعه کننده به سه مرکز خدمات پوست و زیبایی و همچنین دو بیمارستان دارای متخصص جراحی زیبایی در تهران در سال ۱۳۹۳ می باشد. این افراد با روش نمونه گیری داوطلبانه و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. کفایت حجم نمونه با روش مقدماتی آماری بررسی شد. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از (تشخیص اصلی بدشکلی بدن در محور I بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، ۲-عدم همبودی در اختلال های محور دو شامل: اختلالات شخصیت، اختلالات دوقطبی و افسردگی اساسی و... (۳) عدم مصرف داروهای روان پزشکی (۴) عدم ابتلا به سوءمصرف مواد (۵) عدم ابتلا به اختلال سایکوتیک (۶) تحصیلات حداقل سیکل (۷) جنسیت زن (۸) رضایت به ورود به مطالعه و همکاری. ملاک های خروج از مطالعه عبارت بودند از: (۱) ابتلا جدید به هر یک از بیماری های ذکر شده در ملاک های ورود (۲) مصرف دارو یا هر مداخله دیگر در حین جلسات آموزشی (۳) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله.

ابزارهای پژوهش

۱) **مقیاس اصلاح شده اختلال وسواسی - اجباری یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن**^۱: ابزار خودسنجی ۱۲ سؤالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می دهد و دارای یک ساختار مرتبه ای دوعاملی و دو سؤال اضافی است. این عوامل عبارت اند از وسواس فکری و وسواس عملی و دو سؤال اضافی نیز در مورد بینش^۲ و اجتناب^۳. پاسخ دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده ها در مقیاس لیکرت که از دامنه ی کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم گسترده است، نشان می دهند. به طور کلی، مطالعات نشان می دهند که مقیاس اصلاح شده ی اختلال وسواسی - اجباری یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن دارای روایی و پایایی مطلوبی می باشد و در ایران نیز روایی و پایایی آن توسط ربیعی و همکاران ثابت شده است [۲۳]. ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای کل مقیاس، ۰/۹۳ برای عامل اول و ۰/۷۸ برای عامل دوم به دست آمد. علاوه بر این، همبستگی بین فرم ها در دو نیم سازی ۰/۸۳ و ضریب دونیم سازی گاتمن ۰/۹۱ بوده است که نشان از پایایی مناسب مقیاس اصلاح شده ی

استفاده از مدل فراشناختی بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، دریافتند که تمام بیماران در پس آزمون، بهبودی معنی داری را در علائم اختلال وسواسی - اجباری نشان دادند که این نتایج در ۳ و ۶ ماه بعد نیز باقی ماندند [۱۴]. در مطالعه ای راس و همکارش با استفاده از مدل فراشناختی و لوز جهت درمان اختلال وسواسی - اجباری بر روی گروهی از بیماران [۶ زن و ۶ مرد] و در دامنه ی سنی ۲۱ تا ۵۸ سال دریافتند که در پس آزمون و در ۳ و ۶ ماه از دوره ی پیگیری ۷ بیمار، علائم کامل بهبودی را نشان دادند [۱۵]. مطالعاتی نیز کاربرد موفقیت آمیز مدل فراشناختی را در درمان اختلال اضطراب منتشر [۱۶] و درمان اختلال استرس پس از سانحه [۱۷] نشان داده اند. در ایران نیز در مطالعه ای تحت عنوان کارایی و اثربخشی الگوی فراشناختی و لوز در درمان یک مورد اختلال وسواسی اجباری مورد آزمایش قرار گرفت. اثربخشی این مدل با استفاده از روش تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه ی چندگانه بر روی یک مورد آزمودنی (زن) بررسی شد و اثربخشی مدل فراشناختی مورد تأیید قرار گرفت [۱۸]. بخت آور و همکاران نیز اثربخشی درمان رفتاری فراشناختی را بر روی علائم خودتنبیهی ۳۰ بیمار PTSD مورد آزمایش قرار دادند که اثربخشی این مداخله مورد تأیید قرار گرفت [۱۹]. دیوی، پیتزاک و فلیپس [۲۰۱۰] تصویر بدنی را در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بررسی کردند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به طور معناداری از ظاهرشان نازی بودند. همچنین در مقایسه با جمعیت عمومی، آن ها در سلامت بدنی و سبک زندگی پایین تر بودند [۲۰]. و لوز و کینگ در مطالعه ای تأثیر درمان فراشناختی را بر روی ۱۰ بیمار که بر طبق DSM_IV دارای اختلال اضطراب فراگیر بودند را آزمایش کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران در خرده مقیاس های افسردگی، نگرانی و اضطراب بهبود معناداری داشتند و میزان بهبود کلی در پس آزمون ۸۷/۵ در صد و در پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه معادل ۷۵ درصد ذکر شده است [۲۱]. بر اساس مطالب فوق می توان گفت که مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، در خصوص تصویر بدنی خود و اضطراب ناراحتی زیادی دارند که این امر باعث بروز مشکلات فردی و اجتماعی برای فرد مبتلا می شود. تصویر بدنی به شکل ظاهری واقعی فرد مربوط نمی شود، بلکه به ارتباط ویژه فرد با بدنش مربوط است. تصویر بدنی، تصویر ذهنی فرد از اندازه، شکل و فرم بدن است و شامل احساسی است که فرد درباره ویژگی ها و ساختار اجزای بدنش دارد [۲۲]. مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا فراشناخت درمانی علائم اختلال بدشکلی بدنی و اضطراب را کاهش می دهد و آیا مداخله فراشناختی باعث بهبود تصویر بدنی در این بیماران می گردد یا خیر؟ هدف این مطالعه تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تصویر بدنی، اضطراب و علائم بدشکلی بدن در مبتلایان به بدشکلی بدن بود. به دلیل کمبود مطالعاتی که بتوانند تأثیر روش درمانی فراشناختی را بر علائم اختلال بدشکلی بدن نشان دهند در این مطالعه تمرکز بر تأثیر حاد این روش درمانی در کاهش رنج و علائم این بیماران می باشد و در صورت مؤثر بودن این

¹ Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD (YBOCS-BDD)

² Insight

³ Avoidance

فقط در مورد آن چیزی است که در اطرافش اتفاق می‌افتد و یا در معرض هجوم طوفانی از افکار درونی است [۲۴].

۲. تداعی آزاد: تعدادی از کلمات را برای بیماران ادا کرده و از آن‌ها می‌خواهیم به ذهن خود اجازه دهند آزادانه در مقابل کلمات پاسخ دهد و کنترلی بر افکار یا پاسخ ذهن نداشته باشد. این امر درصدد تسهیل مشاهده منفعل و جاری شدن اتفاقات درونی که در مقابل تحریکات درونی اتفاق می‌افتد است.

۳. تجویز ذهن سرگردان: این تکنیک در نظر دارد ذهن آگاهی انفصالی را مخصوصاً در مواردی که تلاش مفرضی برای کنترل ذهن صورت می‌گیرد تسهیل کند. تلاش‌های مفرضی برای کنترل ذهن در اجتناب‌های هیجانی-شناختی و اختلالاتی که در آن‌ها ترس از افکار مزاحم وجود دارد دیده می‌شود. از بیماران می‌خواهیم ۳-۴ دقیقه با چشمان بسته ذهن خود را باز بگذارند و سپس از آن‌ها می‌پرسیم در ذهنش آنچه اتفاقی افتاده است.

۴. آزمایش ضد منع بازداری: خیلی از بیماران تمایل زیادی به خلاص کردن خود از شر افکار و خالی کردن ذهن خود دارند. برای آن‌ها توضیح می‌دهیم که بین ذهن آگاهی انفصالی با تلاش برای فکر نکردن تفاوت وجود دارد. تلاش برای فکر نکردن بی‌فایده است. از آن‌ها می‌خواهیم سعی کنند سه دقیقه به خرگوش آبی فکر نکنند و ببینید آیا می‌توانند یا نه؟

۵. تصویرسازی ابرها: در این تکلیف از بیماران می‌خواهیم افکار را مانند ابرهای در آسمان تصور کنند. نیازی به حرکت ابرها و... نیست. باید اجازه دهند افکار مانند ابر حرکت کرده و عبور کنند و بروند.

۶. تمثیل ایستگاه قطار: مانند تصویرسازی ابرهاست. بیماران افکار را مانند مسافرائی سوار بر قطار در نظر می‌گیرند که همراه با قطار از جلوی آن‌ها عبور کرده و دور می‌شوند.

۷. تمثیل کودک متمرده: افکار منفی را مانند کودکی در نظر می‌گیرند که در فروشگاه رفتارهای بدی دارد. اگر به او توجه کنید اوضاع بدتر می‌شود. پس باید از دور مشاهده گری منفعل باشیم. در مقابل افکار نیز باید این‌گونه بود.

۸. حلقه کلامی: از بیماران می‌خواهیم به افکار مزاحم ضبط شده خود گوش دهند و ذهن آگاهی انفصالی را به کار گیرند و هر فکر را فقط مجموعه‌ای از صداها بپندارند که واقعی نیست. پس این را در ذهن نگه دارند که افکار غیرواقعی هستند.

۹. تکنیک آموزش توجه: شامل ۱۵ دقیقه است. ۸ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای انتقال توجه و ۲ دقیقه برای تقسیم توجه. به بیماران می‌گوییم وقتی توجه ما روی افکار منفی و حوادث قفل می‌شود کنترل آن خیلی سخت می‌شود. در این تکنیک می‌خواهیم روی بعضی صداها متمرکز شویم. اگر در میان تمرین افکار مزاحم وارد ذهن شوند طبیعی است و فقط آن‌ها را صداهای اضافی در نظر گرفته و دوباره تمرکز کنید [۲۴].

همچنین جلسات طبق مراحل زیر بر روی بیماران اجرا شد: جلسه اول: معارفه، معرفی و ارزیابی اختلال بدشکلی بدن، آشنایی با درمان فراشناخت، ارائه طرح کلی جلسات، اهداف پایانی دوره، پاسخ به سؤالات، گرفتن بازخورد از جلسه،

اختلال وسواسی - اجباری یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن است.

۲) پرسشنامه اضطراب بک^۱: پرسش‌نامه اضطراب بک یک پرسش‌نامه‌ی خود گزارشی برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این آزمون از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است. پنج نوع اعتبار محتوا هم‌زمان سازه تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب بک برای نمره نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار ۰/۹۱ و برای نمره نمونه‌ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است.

۳) آزمون تصویر بدن^۲ تن فیشر: آزمون تصویر تن فیشر در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده است. این آزمون دارای ۴۶ گزینه است که آیت‌های آن یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای است و به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که این دو مقیاس با نام‌های دیگری چون مقیاس تصویرپردنی کلی هم در برخی تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته است. اعتبار این آزمون توسط یزدانجو در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. بالیک و همکاران (۲۰۰۱) همبستگی این مقیاس را با شاخص توده بدنی ۰/۸۱ و سال دوم ۰/۸۴ و سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش آموزان ۰/۸۴ می‌باشد. با توجه به سطح معناداری این ضرایب می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل اول آزمون و نمرات حاصل از اجرای آزمون تصویر تن همبستگی معناداری وجود دارد. این مقیاس در جمعیت دانشجویی از پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ همسانی درونی نسبتاً بالا بین سؤالات را نشان داد (زنجانی و گودرزی، ۱۳۸۷).

شیوه انجام پژوهش

پس از آنکه نمونه‌گیری در سه مرکز خدمات پوست، زیبایی و دو بیمارستان دارای متخصص جراحی زیبایی انجام شد، در یک جلسه بیماران پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون را تکمیل کردند. اعضای نمونه به شیوه تصادفی، به صورت یک‌درمیان، در گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند گروه آزمایش در حین پژوهش و گروه کنترل نیز به منظور ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، تحت درمان گروهی قرار گرفتند. درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ولز در این پژوهش، به مدت هشت جلسه هفتگی، در جلسات ۶۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. این برنامه شامل نه تکنیک به شرح زیر است:

۱. هدایت فراشناختی: این تکنیک شامل طرح یکسری سؤالات است که فرد در هنگام قرار گرفتن در معرض موقعیت‌ها از خود می‌پرسد. فرد از خود سؤالاتی می‌پرسد که آیا افکارش

¹ Beck Anxiety inventory [BAI]

² Body image

پیشنهادات.

جلسه دوم: مرور کلیات جلسه قبل، پاسخ‌گویی به سؤالات، آموزش تکنیک توجه (ATT)، راهبردهای کنترل فکری و هدایت فراشناختی، تمرین ATT، جمع‌بندی، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه سوم: پاسخ‌گویی به سؤالات، مرور مشکلات اجرای تمرین گذشته، تمرین تکنیک توجه، آشنایی با باورهای مثبت و منفی، رفتارهای ایمنی و معایب آن، آموزش تکنیک حلقه کلامی و ارائه تکلیف خانگی، جمع‌بندی.

جلسه چهارم: بازخورد از جلسات گذشته و بیان پیشنهادات، آموزش ذهن آگاهی گسلیده، تمرین تداعی آزاد، تکنیک فاصله‌گیری، ارائه تکلیف خانگی، جمع‌بندی.

جلسه پنجم: پاسخ‌گویی به سؤالات، بازخورد انجام تکنیک‌های گذشته، ذهن آگاهی گسلیده، آزمایش سرکوب فکر، تجسم افکار، راهبردهای جایگزینی تعویق به فکر به جای سرکوب فکر، تکلیف خانگی، جمع‌بندی.

جلسه ششم: مرور نکات، ادامه درمان به وسیله DM شامل تکنیک‌های: ابرگذرا و قطار، آشنایی با نگرانی نوع ۱ و ۲، آزمایش منع بازداری، ارائه پیوست برای تمرین خانگی، جمع‌بندی.

جلسه هفتم: بررسی فواید ذهن آگاهی گسلیده و انجام تکنیک خیال‌پردازی، دیوانگی، حلقه کلامی و کودک متمرکز، جدول عدم مطابقت نگرانی و بررسی نتایج تکنیک‌ها در راهبردهای فکری بیماران، تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف، جمع‌بندی تکنیک‌ها و روش‌های آموخته شده، راهبردهای گذشته، معایب و محاسن رفتارهای ایمنی، رفتارهای جایگزین، جمع‌بندی تمامی جلسات و پاسخ‌گویی به سؤالات، بازخورد از جلسات، قدردانی.

قابل ذکر است که جلسات به فاصله یک هفته انجام می‌گرفت و در هر جلسه تکالیف خانگی نیز داده شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی مراجعه‌کنندگان ۱۹ تا ۳۸ سال بود که

بیشترین فراوانی برای افراد ۱۹ الی ۲۸ سال بوده است. لازم به ذکر است که بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای تحصیلات کارشناسی می‌باشد که از این میان ۰.۵۸/۳ افراد غیر شاغل می‌باشند. همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات اختلال بدشکلی بدن و اضطراب گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که مداخله فراشناخت باعث کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن و اضطراب شرکت‌کنندگان شده است. همچنین میانگین نمرات تصویر بدنی در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد که می‌توان این مطلب را این‌گونه گفت که مداخله فراشناخت باعث بهبود تصویر بدنی شده است.

از نظر بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی، دو گروه آزمون و شاهد از لحاظ تمام متغیرهای جمعیت‌شناختی [سن، سطح تحصیلات، تأهل، اشتغال، سابقه‌ی مصرف دارو و سابقه‌ی بیماری] تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. به همین دلیل چون دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی باهم تفاوتی نداشتند نیازی به کنترل آن‌ها نبود.

همان‌طور که در جدول ۱ قابل مشاهده می‌باشد بعد از درمان؛ نمرات متغیرها در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش بیشتری داشته‌اند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مانکوا استفاده گردید تا اثر پیش‌آزمون بر روی نمرات دو گروه در پس-آزمون و پیگیری تعدیل گردد. نتایج تحلیل مانکوا در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد گروه آزمون در پس‌آزمون در همه‌ی متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری دارند. هم‌چنین همان‌طور که قابل مشاهده می‌باشد بیشترین اثر درمان به ترتیب برای اختلال بدشکلی بدن با ۰/۸۶، بهبود تصویر بدنی با ۰/۸۹ و اضطراب با ۰/۸۴ می‌باشد. با توجه به توان آزمون و اندازه‌ی اثر بالا و سطح معنی‌داری نزدیک به صفر ($P=0.002$ و $P=0.001$) در اکثر متغیرهای وابسته می‌توان احتمال این را داد که حجم نمونه در این پژوهش کافی بوده است.

جدول ۱. میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه نمونه به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

پس‌آزمون [M+_SD]	پیش‌آزمون [M+-SD]	متغیرها	
۱۹,۳۸±۳,۷۲	۴,۲۷±۴۱,۲۵	مداخله	اختلال بدشکلی بدن
۲۶,۴۱±۳,۶۸	۲۶,۰۸±۴,۰۳	کنترل	
۲۳,۳۳±۳,۸۲	۲۹/۶۶±۳,۷۹	مداخله	اضطراب
۲۹/۹۱	۳۰/۲۵	کنترل	
۱۴۴/۹۱	۱۲۲	مداخله	تصویر بدنی
۱۱۵/۵۸۳	۱۱۶/۹۱	کنترل	

جدول ۲. جدول نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای پژوهش

متغیرها	شاخص آماری	SS	Df	F	Sig	اندازه اثر	توان آزمون
اختلال بدشکلی بدن	پیش‌آزمون	۳۰۵/۰۹	۱	۵۵۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
	گروه	۲۹۰/۷۷	۱	۵۳۱/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
	خطا	۱۱/۴۹	۲۱				
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۹۴/۴۴	۱	۲۹۴/۴۴	۰/۰۰۲	۰/۸۷	۰/۹۹
	گروه	۲۱۹/۲۸	۱	۲۱۹/۲۸	۰/۰۰۲	۰/۸۴	۰/۹۹
	خطا	۴۱/۱۴	۲۱				
تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۵۳۰۵/۸۱	۱	۲۷۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۹۹
	گروه	۳۳۸۰/۳۹	۱	۱۷۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۹۹
	خطا	۴۰۲/۷۷	۲۱				

(باورهای منفی مثل باور به خطرناک و ترسناک بودن افکار مربوط به بدشکلی ظاهر و باورهای مثبت مثل اعتقاد به مفید بودن افکار مربوط به بدشکلی یا اعتقاد به این که افکار مربوط به بدشکلی باعث می‌شوند تا از زشتی و بدشکلی ظاهر جلوگیری شود).

مداخله‌ی فراشناختی علاوه بر محتوای افکار، به فرآیند پردازش اطلاعات (مثل عدم انعطاف‌پذیری در پردازش اطلاعات)، چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون (مثل هوشیاری بیش از اندازه به توجه دیگران نسبت به خود) و چگونگی برونداد اطلاعات (مثل رفتارهای ایمنی) توجه فزاینده دارد. یکی از امتیازات پژوهش حاضر، نوآوری آن می‌باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

یکی از محدودیت‌های آن می‌توان به عدم پیگیری نتایج حاصل از مطالعه می‌باشد. همان‌طور که در مقدمه ذکر شد به دلیل روشن نبودن نتایج حاد حاصل از این مداخله، طراحی مطالعه فقط به منظور ارزیابی اثرات حاد و ابتدائی بود و بررسی پایایی این تأثیرات می‌تواند از پیشنهادات حاصل از این پژوهش باشد. محدود بودن نمونه به افراد تحصیل کرده و عدم مقایسه با درمان‌های دیگر مثل دارودرمانی به صورت هم‌زمان و یا موزای، از محدودیت‌های دیگر این مقایسه محسوب می‌شوند که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی مورد ملاحظه قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود که درمان فراشناختی برای دیگر اختلالات مقاوم به سایر درمان‌ها نیز بررسی شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن می‌باشد که مداخله فراشناختی در کاهش اضطراب و سایر علائم بیماران اختلال بدشکلی بدن اثربخش می‌باشد و به‌علاوه بر بهبود تصویر بدنی این افراد نیز تأثیر به‌سزایی دارد و می‌توان این درمان را به‌عنوان درمانی مؤثر در کاهش اختلالات ذکر شده در مراکز درمانی به کار بست.

بحث

هدف پژوهش حاضر ارائه و سنجش کارایی مداخله فراشناختی بر کاهش اضطراب و سایر علائم اختلال بدشکلی بدن و بهبود تصویربدنی این بیماران بود. نتایج این مطالعه نشان داد که این مداخله، شاخص‌های مربوط به اختلال بدشکلی بدن، اضطراب و تصویر بدنی، به‌طور معنی‌داری در گروه مداخله کاهش یافت. درحالی‌که این کاهش در گروه کنترل مشاهده نگردید. این تغییرات معنی‌دار در حالی بروز نمود که متغیرهای جمعیت شناختی قبل از مطالعه در دو گروه تفاوت معنی‌داری باهم نداشتند و بنابراین احتمال اینکه این تغییرات ناشی از آن متغیرها بود باشد منتفی می‌گردد.

درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی ولز از شیوه‌های نوین درمان‌های غیر دارویی است که جهت تبدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه‌ی شناختی شکل گرفته است و به بیان واضح‌تر، باورها و طرح‌واره‌هایی که الیس و بک در نظریه‌ی شناختی بر آن‌ها تأکید کرده‌اند، می‌توانند عامل‌هایی فراشناختی باشند که توجه به شیوه‌ی ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل داده و خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی گردند. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیماران آموزش دهند که بتوانند با شیوه‌ی متفاوت، افکارشان را شکل دهند و به جای چالش با باورهای ناکارآمد، فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند [۹].

کاهش معنی‌دار نمرات بیماران (گروه آزمون نسبت به گروه شاهد) در علائم اختلال بدشکلی بدن و اضطراب آن‌ها و همچنین بهبود و افزایش نمرات تصویر بدنی این بیماران، از مرحله‌ی خط پایه تا مرحله‌ی پس‌آزمون، دلیلی بر اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر تصویربدنی، اضطراب و علائم بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌باشد. این نتایج یافته‌های مبنی بر کارایی درمان فراشناختی بر درمان اختلالات هیجانی را تأیید می‌کند و با یافته‌هایی مبنی بر اثربخشی مدل فراشناختی بر وسواس‌ها، هماهنگ می‌باشد [۱۲، ۱۵، ۱۶]. از علت‌های اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی می‌توان این موارد را ذکر کرد. ۱- اثربخشی بر روی راهبردهای کنترل فراشناختی نادرست، ۲- اثربخشی مداخله بر روی باورهای فراشناختی منفی و مثبت

منابع

12. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chi Chester, UK: Wiley; 2000: 187-95.
13. Wells A, Matthews G. Attention and Emotion: A clinical perspective. Erlbaum: Hove; 1994: 24-36.
14. Wells A., Fisher PL. Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A case series. Journal Behaviour Therapy Exp Psychiatry 2011; 43: 117-32.
15. Ross KE, Van K. An open trail of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. Journal Behaviour Therapy Exp Psychiatry 2008; 39: 451-8.
16. Wells A., King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. Journal Behaviour Therapy Exp Psychiatry 2006; 37: 206-12.
17. Wells A., Simbi S. Metcognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. Journal Behaviour Therapy Exp Psychiatry 2004; 35: 307-18.
18. اندوز، زهرا. (۱۳۸۳). کارایی و اثربخشی الگویی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری. فصل نامه اندیشه و رفتار. سال دوازدهم. شماره ۱. ۶۶-۵۹.
19. بخت آور، عیسی. نشاط دوست، حمیدرضا. مولوی، حسین و بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی بر کاهش میزان خود تنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. تحقیقات علوم رفتاری؛ دوره پنجم، شماره ۲، ۹۳-۹۸.
20. Didie ER, Kuniega-Pietrzak T, Phillips KA. Body image in patients with body dysmorphic disorder: evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. Body Image: International Journal Research. 2014; 7:66-69.
21. Wells A. Met cognitive therapy for anxiety and depression. New York: the Guilford Press, 2013.
1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 5th ed. Washington DC: APA; 2013.
2. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BI. Prevalence of body dimorphic disorder in a community sample of women. Am J Psychiatry. 2001; 158[12]:2061-3.
3. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatol 2013;63[2]:235-43.
4. Veale, D. [2003], "Cometic rhinoplasty in body dimorphic disorder", British Journal of Plastic Surgery.56,6, 546-551.
5. Phillips, K. A.; Menard, W.; Fay, c.; Pagano, M. E. [2005], "Psychological functioning and quality of the life in body dysmorphic disorder", Comprative Psychiatry, 46,254-260.
6. Buhmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, William S, Brahler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychiatry Research 2012; 178[1]:171-5.
7. Grossbat TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. Semin cutan Med Surg 2003; 22[2]:136-47.
8. Philips KA. Understanding body dimorphic disorder. London: Oxford press; 2009: 54-87.
9. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. London: Guild ford press; 2009: 126-45.
10. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. American Psychologist 1979; 34: 906-11.
11. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson RA, Kiel FC. [Editors]. The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. Cambridge, MA: MIT; 2002: 187-205.

۲۲. زمزمی آزاده، آگاه هریس مژگان، علی پور احمد. کارآمدی مداخله رفتاری ذهن آگاهی در ارتقاء خودپنداشت و بهبود کیفیت زندگی در دانشجویان دختر دارای تصویربدنی منفی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۳۹۳؛ ۲ (۱۱): ۷۱-۸۴

23. Rabiei M, Khoramdel, K, Kalantari K, Molavi H. [Validity of the Yale-Brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder [BDD] in students of university of Isfahan]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2009; 15: 343-50

۲۴. بختیاری آزاده، نشاط دوست حمیدطاهر، عابدی احمد، صادقی معصومه. اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۳۹۲؛ ۲ (۸): ۴۷-۶۲.

نقش پیش‌بینی‌کننده ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله در اختلالات بالینی دانشجویان

منصوره شفق^{۱*}، اعظم فرح بیجاری^۲

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلالات بالینی دانشجویان بر اساس ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله آنان می‌باشد.

روش: جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه فنی مهندسی گلپایگان می‌باشد که تعداد ۲۲۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات سه پرسشنامه ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله و خلاصه علائم مرضی، مورد استفاده قرار گرفت. این تحقیق از نوع همبستگی بوده و برای تحلیل آماری داده‌ها همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد به‌جز عامل مشاهده تمام مؤلفه‌های ذهن آگاهی با اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار داشته و از بین سبک‌های مقابله، مقابله مسئله مدار با بروز اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار و مقابله هیجان مدار و اجتناب مدار رابطه مثبت معنادار داشتند. یافته‌ها هم‌چنین نشان داد عمل آگاهانه (از مؤلفه‌های ذهن آگاهی) و سبک‌های مقابله مسئله مدار و هیجان مدار می‌توانند ۳۵/۶٪ واریانس اختلالات بالینی را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، توصیه می‌شود که درمانگران از راهبردهای مقابله و تمرین‌های ذهن آگاهی در طرح‌ریزی درمان اختلالات بالینی استفاده کنند.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۸۹-۹۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 89-98

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله، اختلالات بالینی

*Email: m.shafaghi86@gmail.com

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

مقدمه

یکی از موضوعاتی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است توجه به ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک توانمندی شناختی در مقابله با مشکلات است. ذهن‌آگاهی به معنای «توجه کردن به طریقی خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و غیر قضاوتی» است و از ۲۵۰۰ سال پیش تاکنون برای پرورش آگاهی و بینش اجرا می‌شود [۱، ۲].

فرد ذهن‌آگاه در هر لحظه از حالت ذهنی خودآگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی‌اش متمرکز می‌کند [۳].

از لحاظ نظری، توجه غیر قضاوتی (ذهن‌آگاهی) به رویداد در حال وقوعی که استرس‌آور قلمداد می‌شود، منجر به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد [۴]. فرض می‌شود در ذهن‌آگاهی فرد با درگیر نشدن بیش از حد با مشکلات می‌تواند از جنبه‌های مختلف به آن‌ها نگاه کرده و راهی منطقی برای رهایی از آن‌ها ببیند. مطالعات چندی به بررسی رابطه ذهن‌آگاهی و پربخشی‌های روان‌شناختی پرداخته‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی سطوح بالاتری از خودمختاری و سطوح پایین‌تر عاطفه ناخوشایند در عملکرد را پیش‌بینی می‌کند [۵، ۶، ۷].

در طی سال‌های اخیر، اکثر پژوهش‌ها در این حیطه به‌منظور ارزیابی اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مطالعات "مداخله بالینی" متمرکز شده است [۸] این سیر پژوهشی این سؤال را مورد خطاب قرار می‌دهد:

"آیا مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخش‌اند؟"

در بررسی‌ها داده‌های نویدبخشی مبنی بر مؤثر بودن مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای درمان علائم روانی و جسمی حاصل شده است [۹، ۱۰، ۱۱]. واضح است که این سیر پژوهشی به‌منظور تأیید اعتبار "ذهن‌آگاهی" به‌عنوان مداخله روان‌شناختی مؤثر، ضروری است و کوشش‌های بالینی کنترل شده در بین جمعیت‌های گوناگون باید ادامه یابد. با این حال، جهت‌گیری دیگری به همان اندازه برای تحقیقات آینده مهم است:

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌واقع چگونه کار می‌کنند؟

کاربردهای بالینی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک مهارت آموزش‌پذیر تمرکز می‌کند، اما می‌توان آن را به‌عنوان یک متغیر زمینه‌ای نیز که با استفاده از پرسشنامه خود گزارشی ارزیابی می‌شود مفهوم‌سازی کرد [۹]. اگرچه چنین خود گزارشی‌هایی به تغییرات ناشی از آموزش شدید ذهن‌آگاهی حساس‌اند، اما شواهدی وجود دارد که بدون چنین آموزش‌هایی سطوح ذهن‌آگاهی در طول زمان نسبتاً پایدار باقی می‌ماند [۱۲، ۱۳]. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد افراد در گرایش طبیعی به آگاهی از تجربه‌های هیجانی لحظه‌لحظه خود به طریق باز و غیر قضاوتی متفاوت‌اند. بررسی‌های اعتباریابی خود گزارشی، ذهن‌آگاهی را به طیف وسیعی از متغیرهای رفتاری و شناختی مرتبط کرده است که پیامدهای فرضی ذهن‌آگاهی را بازتاب می‌دهند

گرچه اخیراً تلاش‌هایی به‌منظور ترسیم الگوی روان‌شناختی ذهن‌آگاهی انجام شده است و چندین مدل مفهومی از ذهن‌آگاهی

به‌منظور روشن کردن جنبه‌های مختلف از این پدیده مطرح شده است اما هیچ‌یک اعتباربخشی تجربی کامل به دست نیاورده است [۱۴، ۱۵] و به‌طور خاص توافق کلی بر روی مفهوم‌سازی و عملیاتی کردن ذهن‌آگاهی وجود ندارد.

علاوه بر این پژوهش‌های اندکی به بررسی رابطه مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده، توصیف کردن، عمل آگاهانه، عدم قضاوت و عدم واکنش) با اختلالات روانی پرداخته‌اند؛ این امر می‌تواند به ما در تعیین سازوکار درگیر در رابطه ذهن‌آگاهی و اختلالات بالینی کمک کند. لذا انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه می‌تواند به شناسایی عوامل مؤثر در تغییر حاصله از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مکانیسم‌های تغییر در این درمان‌ها کمک کند و بدین ترتیب مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را جهت‌دار کرده و اثربخش‌تر سازد علاوه بر آن پژوهش در زمینه سازه ذهن‌آگاهی و کشف روابط ساختاری آن با دیگر سازه‌های روان‌شناختی به غنی‌تر شدن این حیطه از دانش کمک می‌کند

از دیگر عواملی که بر چگونگی برخورد با مشکلات و بروز اختلالات بالینی تأثیر دارد سبک مقابله فرد است. سبک مقابله رویکرد فرد در پاسخ به مشکلات روزمره و با وقایع مهم زندگی است و چگونگی واکنش او به رویدادهای تنش‌زا و هیجانات منفی همراه با آن را تعیین می‌کند [۱۶]. ابتدا دو نوع سبک مقابله مسئله مدار و سبک مقابله هیجان مدار و سپس سبک مقابله اجتناب مدار در ادبیات این حوزه مطرح گردید که از آن به‌عنوان گریز یا دوری از منابع فشار نام می‌برند [۱۷، ۱۸].

گرچه مطالعات زیادی به بررسی رابطه سبک‌های مقابله با اختلالات بالینی پرداخته‌اند و اغلب مقابله هیجان مدار را با افزایش ابتلا و مقابله مسئله مدار را با کاهش ابتلا به اختلالات بالینی مرتبط دانسته‌اند اما یافته‌ها در زمینه مقابله اجتناب مدار متناقض است. برای مثال برخی مطالعات به رابطه مثبت مقابله اجتناب مدار با بروز اختلالات بالینی اشاره کردند [۱۹] اما در پژوهش‌های دیگر این رابطه معنادار نبود [۲۰]. از آنجاکه سبک‌های مقابله فرد به‌عنوان یکی از عوامل حفاظتی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی عمل می‌کند شناخت دقیق رابطه آن با اختلالات بالینی ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش‌های بیشتر در این زمینه می‌تواند کارگشا باشد. با توجه به آنچه که پیش‌تر ذکر شد و همچنین مطالعات صورت گرفته فرضیه‌های این پژوهش به‌صورت زیر تدوین گشت.

- بین ذهن‌آگاهی و اختلالات بالینی در دانشجویان رابطه وجود دارد.
- بین سبک‌های مقابله و اختلالات بالینی در دانشجویان رابطه وجود دارد.
- مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و سبک‌های مقابله می‌توانند علائم اختلالات بالینی را پیش‌بینی کنند.

روش

نوع پژوهش

نوع پژوهش حاضر توصیفی با تأکید بر همبستگی است.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه فنی مهندسی گلپایگان می‌باشد که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل می‌باشند. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع تصادفی است. حجم نمونه مکفی با قرار دادن تعداد کل دانشجویان کارشناسی این دانشگاه که ۵۵۰ نفر بودند در فرمول کوکران و در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵، ۲۲۰ نفر به دست آمد. به منظور لحاظ کردن موارد پرت حجم نمونه ۱۰٪ افزایش یافت و پرسشنامه‌ها به عدد ۲۴۲ افزایش یافت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص در نهایت ۲۲۲ نفر دانشجوی دختر و پسر وارد پژوهش شدند. به علاوه در قسمت فوقانی اولین پرسشنامه سؤالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک افراد شامل سن، جنس، وضعیت تأهل آن‌ها حاصل شد. در بین ۲۲۲ نفر اعضای نمونه ۱۲۲ نفر مرد و ۱۰۰ نفر زن حضور داشتند به عبارتی مردان ۵۵٪ و زنان ۴۵٪ نمونه را شامل می‌شدند. هم‌چنین بیشترین تعداد آزمودنی‌ها، ۱۸ ساله (۳۵/۶٪) و کم‌ترین تعداد مربوط به طیف سنی ۲۴ ساله (۱/۸٪) بوده، بیشتر آزمودنی‌ها مجرد و درصد تجرد در نمونه حاضر ۹۳/۲٪ می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از سه ابزار اندازه‌گیری استاندارد استفاده شد. ۱- پرسشنامه ذهن‌آگاهی^۱: این پرسشنامه توسط بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تونی در سال ۲۰۰۶ معرفی گردید. این مقیاس ۵ مؤلفه متمایز از ذهن‌آگاهی را بر اساس ۳۹ گویه مورد سنجش قرار می‌دهد. این مؤلفه‌ها شامل مشاهده، توصیف کردن، فعالیت همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش می‌باشند [۲۱]. مقیاس پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی دارای ثبات درونی خوب است و مقیاس‌ها با یکدیگر مرتبط‌اند هم‌چنین قابلیت پیش‌بینی سایر متغیرها را دارد [۲۲]. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط کلانتری در ۱۳۹۰ به دست آمده است که در نتیجه بررسی‌های تحلیل عاملی، ۷ گویه حذف شد و نسخه فارسی این پرسشنامه ۳۲ سؤال را شامل گشت. نمره‌گذاری این پرسشنامه به وسیله مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد به طوری که به هرگز عدد ۱، بندرت عدد ۲، گاهی اوقات عدد ۳، اغلب اوقات عدد ۴ و همیشه عدد ۵ تعلق می‌گیرد. برای تعیین روایی سازه این پرسشنامه، از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شده است. نتایج تحلیل عوامل، استقلال پنج عامل را مورد تأیید داده و پنج مؤلفه در مجموع حدود ۴۵ درصد واریانس کل نمونه را توضیح می‌دهند [۲۱]. بائر و همکاران در ۲۰۰۶ برای عامل مشاهده ضریب آلفای ۰/۸۱، برای عامل توصیف ۰/۸۷، برای

عامل عدم قضاوت ۰/۹۲، برای عامل عدم واکنش ۰/۸۰ و برای عامل عمل توأم با آگاهی ۰/۸۸ و پایایی کل را نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی دیگر نیز ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ گزارش شده است [۲۳]. در نسخه فارسی نیز برای عامل مشاهده، ضریب آلفای ۰/۶۲، برای عامل توصیف ۰/۸۱، برای عامل عدم قضاوت ۰/۶۵، برای عامل عدم واکنش ۰/۶۳ و برای عامل عمل آگاهانه ۰/۷۷ به دست آمده است [۲۱]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات پرسشنامه ۰/۸۵، برای عامل مشاهده ۰/۶۲، برای عامل توصیف ۰/۸۷، برای عامل آگاهانه ۰/۸۲، برای عدم قضاوت ۰/۷۳ و برای عدم واکنش ۰/۶۷ به دست آمد.

۲- پرسشنامه سبک‌های مقابله اندلر و پارکر^۲: این پرسشنامه در ۱۹۹۰ توسط اندلر و پارکر به منظور سنجش سبک‌های مقابله با استرس افراد (نوجوانان و بزرگسالان) در موقعیت‌های استرس‌زا و بحرانی ساخته شد. این پرسشنامه با ۴۸ ماده یکی از ابزار مورد اعتماد برای سنجش سبک‌های مقابله محسوب می‌شود و سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای (مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار و مقابله اجتناب مدار) را شامل می‌شود [۲۴-۲۵]. نمره‌گذاری این پرسشنامه در طیف لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) صورت می‌گیرد. این ۴۸ آیتم سه زمینه اصلی رفتار مقابله‌ای را در برمی‌گیرد به طوری که ۱۶ آیتم مورد مسئله مداری، ۱۶ آیتم مورد هیجان مداری، ۱۶ آیتم مورد رفتار اجتنابی را می‌سنجند که به صورت ناهمگنی در سؤالات پخش شده‌اند. در جدول ۱ ماده‌های هر یک از مقیاس‌ها آمده است.

جدول ۱. ماده‌های هر یک از مقیاس‌های سبک‌های مقابله

مقیاس	ماده‌های هر یک از مقیاس‌ها
مقابله مسئله‌مدار	۱.۲.۶.۱۰.۱۵.۲۱.۲۴.۲۶.۲۷.۲۹.۳۹.۴۱.۴۲.۴۳.۴۴.۴۶.۴۷
مقابله هیجان‌مدار	۵.۷.۸.۱۳.۱۴.۱۶.۱۷.۱۹.۲۲.۲۵.۲۸.۳۰.۳۳.۳۴.۳۵.۳۸
مقابله اجتناب‌مدار	۳.۴.۹.۱۱.۱۲.۱۸.۲۰.۲۳.۲۹.۳۱.۳۲.۳۷.۴۰.۴۴.۴۵.۴۸

ضریب پایایی پرسشنامه مقابله با فشار روانی برای هر سه سبک در هر دو گروه دختر و پسر بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۸]. در نمونه ایرانی نیز ضریب پایایی برای سبک مقابله مسئله مدار ۰/۸۷، هیجان مدار ۰/۸۴ و اجتناب مدار ۰/۷۷ محاسبه شده است [۲۶]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقابله مسئله مدار ۰/۸۸، مقابله هیجان مدار ۰/۸۳، مقابله اجتناب مدار ۰/۷۸ به دست آمد.

۳- پرسشنامه خلاصه علائم مرضی^۳: پرسشنامه خلاصه علائم مرضی حاصل پرسشنامه «اس. سی. ال. نود»^۴ است که برای ارزیابی مشکلات روان‌شناختی در جمعیت افراد بستری در

^۲ The Coping Inventory for Stressful Situation (CISS)

^۳ Brief symptom inventory (BSI-18)

^۴ SCL 90

^۱ Five Facet of Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

رخ داده‌اند، اندازه می‌گیرد این پرسشنامه نشانه‌های هیجانی و جسمانی که مرتبط با اضطراب (به‌عنوان مثال عصبانیت یا لرزش طیف ۰/۸۹۷ تا ۰/۹۰۹ و برای کل آزمون ۰/۹۰۹ محاسبه شده است [۲۷]). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای عامل جسمانی سازی ۰/۷۷، برای عامل افسردگی ۰/۸۳، برای عامل اضطراب ۰/۷۹ و برای کل آزمون ۰/۹۰ به دست آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

بیمارستان و غیر بستری بکار برده می‌شود. نسخه کوتاه این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال است که علائمی را که طی یک هفته درون بدن) و افسردگی (احساس غمگینی و مستعد افسردگی بودن) را ارزیابی می‌کند [۲۷]. این پرسشنامه ۳ زیر مقیاس (اضطراب، افسردگی و جسمانی سازی) را به‌واسطه ۱۸ سؤال می‌سنجد که به هر یک از این زیر مقیاس‌ها ۳ سؤال اختصاص داده شده است [۲۸].

پایایی درونی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ در هر یک از سه زیر مقیاس اضطراب، افسردگی و جسمانی سازی در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸ تا برای کل سؤالات ۰/۸۹ برآورد گردیده است [۲۸]. در نمونه ایرانی میزان آلفای کرونباخ برای ۱۸ سؤال در

جدول ۲. حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	حداقل نمرات	حداکثر نمرات	میانگین	خطای استاندارد
ذهن‌آگاهی	۵۷	۱۳۹	۱۰۲/۱۶	۱۴/۳۶
مشاهده	۵	۲۰	۱۳/۱۲	۲۰/۰۹
توصیف	۸	۴۰	۲۶/۶۳	۶/۱
عمل آگاهانه	۸	۴۰	۲۶/۱۶	۵/۴۵
عدم قضاوت	۶	۳۰	۱۸/۳۱	۴/۲۵
عدم واکنش	۷	۲۸	۱۷/۹۱	۳/۶۹
مقابله مسئله مدار	۲۰	۷۷	۵۴/۷۹	۹/۵۹
مقابله هیجان مدار	۲۵	۷۲	۴۷/۷۴	۹/۹۴
مقابله اجتناب مدار	۱۹	۷۵	۴۳/۶۴	۹/۴۸
افسردگی	۰	۲۳	۷/۱۵	۵/۱۱
اضطراب	۰	۱۹	۵/۵۹	۴/۴۷
جسمانی سازی	۰	۱۷	۴/۳۱	۴/۱۸

کمترین حد مشاهده می‌شود.

فرضیه اول: بین ذهن‌آگاهی و اختلالات بالینی رابطه وجود دارد.

از آنجاکه متغیرهای مورد بررسی در مقیاس فاصله‌ای قرار داشتند برای سنجش همبستگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های لازم برای آزمون ضریب همبستگی، آزمون نرمال بودن و خطی بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در بین دانشجویان بیشترین میانگین در زیر مقیاس‌های ذهن‌آگاهی مربوط به توصیف، برابر با ۲۶/۶۳ و کمترین آن مربوط به مشاهده با میانگین ۱۳/۱۲ می‌باشد. حداکثر میانگین در سبک مقابله مربوط به مقابله مسئله مدار، برابر با ۵۴/۷۹ و حداقل آن مربوط به مقابله اجتناب مدار با میانگین ۴۳/۶۴ می‌باشد؛ هم‌چنین در بین دانشجویان ابتلا به افسردگی با میانگین ۷/۱۵ بیش از سایر اختلالات و میزان ابتلا به جسمانی سازی با میانگین ۴/۳۱ در

جدول ۳. همبستگی بین ذهن‌آگاهی، مشاهده، توصیف، عمل آگاهانه، عدم قضاوت، عدم واکنش و اختلالات بالینی، افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱ ذهن‌آگاهی	۱									
۲ مشاهده	**۰/۳۴	۱								
۳ توصیف	**۰/۷۵	**۰/۲۲	۱							
۴ عمل آگاهانه	**۰/۷۴	۰/۳۲	**۰/۳۲	۱						
۵ عدم قضاوت	**۰/۵۵	-۰/۰۲	**۰/۱۶	**۰/۴۲	۱					
۶ عدم واکنش	**۰/۶۲	۰/۱۱	**۰/۴۱	**۰/۳۷	۰/۰۹	۱				
۷ اختلالات بالینی	**۰/۴۶	-۰/۰۰	**۰/۲۵	**۰/۵۰	**۰/۲۷	**۰/۳۳	۱			
۸ افسردگی	**۰/۴۸	۰/۰۰	**۰/۲۷	**۰/۴۹	**۰/۲۹	**۰/۳۶	**۰/۸۸	۱		
۹ اضطراب	**۰/۴۱	-۰/۰۳۴	**۰/۲۱	**۰/۴۳	**۰/۲۳	**۰/۳۱	**۰/۸۹	**۰/۷۲	۱	
۱۰ جسمانی سازی	**۰/۲۹	۰/۰۲	**۰/۱۵	**۰/۳۸	**۰/۱۶	**۰/۱۶	**۰/۸۰	**۰/۵۳	**۰/۶۰	۱

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

مؤلفه‌های ذهن آگاهی به جز مؤلفه مشاهده با افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی ارتباط دارند. با توجه به مطالب ذکر شده فرضیه اول تأیید می‌شود.

فرضیه دوم: بین سبک‌های مقابله و اختلالات بالینی رابطه وجود دارد.

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که ذهن آگاهی با نمره کل اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار دارد ($r = -0.29$ ، $p < 0.001$)

بدین معنا که افزایش ذهن آگاهی با کاهش اختلالات بالینی همراه است، علاوه بر آن ذهن آگاهی با افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی نیز در سطح $p < 0.001$ رابطه معنادار منفی دارد ($r = -0.48$ ، $r = -0.41$ و $r = -0.29$) هم‌چنین تمام

جدول ۴. همبستگی بین مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار، مقابله اجتناب مدار و اختلالات بالینی، افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. مقابله مسئله مدار	۱						
۲. مقابله هیجان مدار	* -0.15	۱					
۳. مقابله اجتناب مدار	-0.11	** 0.31	۱				
۴. اختلالات بالینی	* -0.34	* 0.49	* 0.14	۱			
۵. افسردگی	* -0.37	* 0.46	0.12	* 0.88	۱		
۶. اضطراب	* -0.30	* 0.48	0.12	* 0.89	* 0.72	۱	
۷. جسمانی سازی	* -0.19	* 0.32	0.13	* 0.80	* 0.53	* 0.60	۱

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

بالینی رابطه مثبت معنادار داشت ($r = 0.146$ ، $p < 0.029$)؛ با توجه به آنچه ذکر گردید فرضیه دوم تأیید می‌شود. فرضیه سوم: ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله می‌توانند علائم اختلالات بالینی را پیش‌بینی کنند.

برای آزمون این فرضیه از ضریب مدل رگرسیون چند متغیره به شیوه گام‌به‌گام استفاده گردید از آنجا که شیوه گام‌به‌گام در پیش‌بینی متغیر وابسته، واریانس مشترک متغیرهای مستقل را نیز در نظر می‌گیرد شیوه گام‌به‌گام ترجیح داده شد. نتایج حاصل در جدول ۴ بیان شده است.

همان‌طور که از نتایج جدول ۴ برمی‌آید از بین سبک‌های مقابله، مقابله مسئله مدار به‌طور معناداری رابطه منفی با نمره کل اختلالات بالینی ($r = -0.34$ ، $p < 0.001$)، افسردگی ($r = -0.37$)، اضطراب ($r = -0.3$ ، $p < 0.001$) و جسمانی سازی ($r = -0.19$)، از طرفی مقابله هیجان مدار نیز با نمره کل اختلالات بالینی ($r = 0.12$ ، $p < 0.001$)، جسمانی سازی ($r = 0.32$ ، $p < 0.001$)، افسردگی ($r = 0.46$)، اضطراب ($r = 0.48$ ، $p < 0.001$) و مقابله اجتناب مدار صرفاً با نمره کل اختلالات

جدول ۵. پیش‌بینی اختلالات بالینی بر اساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله

گام	متغیرهای داخل معادله	R	R2 تنظیم شده	F	سطح معناداری
۱	عمل آگاهانه	0.509	0.255	76.74	0.0001
۲	مقابله هیجان مدار	0.586	0.337	57.29	0.0001
۳	مقابله مسئله مدار	0.604	0.356	41.74	0.0001

نشان دادند که ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی ذهنی، کاهش نشانه‌های روان‌شناختی، آسیب‌پذیری روان‌شناختی کمتر و تنظیم رفتاری مؤثرتر مرتبط است.

به نظر می‌رسد مشاهده پایدار تفکرات، هیجان‌ها و حس‌های بدنی بدون پاسخ‌دهی اتوماتیک یا واکنش به شیوه‌های شرطی شده همیشگی، یک "فضای تنفس" روانی را پدید آورد که در آن قضاوت در مورد افکار، احساسات و احساسات بدنی، مفاهیم مرتبط با آن‌ها و رفتارهای آموخته شده/همیشگی متوقف شده و در مورد آن‌ها تجدید نظر می‌شود. از این مهارت‌های شناختی در پژوهش‌های گوناگون به‌عنوان بازدریافت یا بازشناخت نام برده می‌شود [۳۲، ۳۳، ۳۴].

از سویی دیگر به دلیل ناخوشایند بودن این تجارب درونی، معمولاً به‌صورت فعالانه‌ای از آن‌ها به‌واسطه منحرف کردن توجه از تجربه درونی اجتناب می‌شود و فرد به‌منظور پیش‌گیری از

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله قادر به پیش‌بینی اختلالات بالینی، افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی می‌باشند، در این بین مؤلفه‌های عمل آگاهانه، مقابله هیجان مدار و مقابله مسئله مدار قادر به پیش‌بینی اختلالات می‌باشند و روی هم‌رفته $35/6\%$ واریانس اختلالات بالینی را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلالات بالینی دانشجویان بر اساس ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله آنان می‌باشد. نتیجه پژوهش حاضر نشان می‌دهد ذهن آگاهی و مؤلفه‌های آن به‌جز مؤلفه مشاهده با اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌ها همخوانی دارد و پژوهش‌ها نامخوانی مشاهده نگردید [۷، ۲۹، ۳۰، ۳۱]. این پژوهش‌ها

افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند و بالعکس مقابله مسئله مدار با بهبود سلامت روانی ارتباط دارد. در پژوهش حاضر هم‌چنین بین مقابله اجتناب مدار و اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار مشاهده گردید. مطالعات مختلف در این زمینه نتایج گوناگونی به دست آوردند در این بین برخی به رابطه مثبت معنادار و باقی به رابطه منفی معنادار بین سبک مقابله اجتناب مدار با بروز اختلالات بالینی اشاره کردند [۱۹، ۴۳، ۴۴]. به نظر می‌رسد در صورتی که از مقابله اجتناب مدار به‌عنوان یکی از سبک‌های بالقوه مقابله به‌گونه‌ای متعادل استفاده شود به صورتی که فرد بتواند در موقعیت مقتضی با فاصله‌گیری از موقعیت خود را به مفهوم مشاهده‌گر غیر قضاوتی نزدیک کند، فرد به موقعیت ذهن آگاه شده و با بازدریافت موقعیت سازگاری بیشتری به دست آورده و احتمال ابتلای وی به فشار روانی کاهش می‌یابد؛ از طرفی اگر به سبک مقابله غالب فرد تبدیل شود به دلیل آنکه فرد امکان تجربه اصیل موقعیت و پیامدهای آن را از دست داده و در چرخه اجتناب و تجربه مکرر هیجان منفی قرار می‌گیرد، احتمال ابتلای او فشار روانی و به تبع آن اختلالات بالینی افزایش می‌یابد. هم‌چنین داده‌ها حاکی از نقش پیش‌بینی‌کنندگی ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله بر اختلالات بالینی می‌باشد. از بین مؤلفه‌های ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله، عمل آگاهانه مقابله هیجان مدار و مقابله مسئله مدار قادر به پیش‌بینی اختلالات بالینی می‌باشند.

ذهن آگاهی با تکیه بر حضور در لحظه حاضر و با جلوگیری از اجتناب شناختی مانع از ابتلای فرد به اختلالات بالینی می‌شود [۱۲]. در این میان عمل آگاهانه از مؤلفه‌های ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان پیش‌بین اختلالات بالینی عنوان شود به نظر می‌رسد زمانی که عمل آگاهانه با مؤلفه‌هایی چون عدم واکنش و پذیرش همراه گردد بهداشت روانی افراد را تسهیل سازد. مکانیسمی که این فرایند را ممکن می‌سازد بازدریافت نام دارد. از طریق مهارت باز دریافت فرد قادر به اختصاص زمان برای نظارت بر تجربه یا رویداد، بی‌طرفانه، بدون فعال‌سازی حالت‌های عاطفی منفی مرتبط با آن می‌باشد [۳۳]. بدین ترتیب فرد انتخاب می‌کند که آیا به شیوه خودگردان و راه‌حل مدار پاسخ دهد و یا در مقابل به‌صورت واکنشی با مکانیسم‌های مقابله‌ای همیشگی پاسخ دهد. در نتیجه انعطاف‌پذیری شناختی رفتاری فرد بهبود یافته و تکیه فرد بر رفتار خودکار و واکنش‌پذیری هیجانی کاهش می‌یابد. ذهن آگاهی هم‌چنین از طریق مکانیسم بازدریافت بر سبک‌های مقابله فرد تأثیر گذاشته و از این طریق شیوه واکنش فرد به رویدادهای استرس‌زا را تحت تأثیر قرار داده و در عدم ابتلای او به اختلالات روانی ایفای نقش می‌کند، بازدریافت توانایی ایجاد فاصله ذهنی از یک واقعه تحریک‌آمیز را تسهیل ساخته (مقابله انفعالی) و در نتیجه یک تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر و هدفمند (مقابله عقلانی) را در پاسخ‌دهی ممکن می‌سازد.

علاوه بر این زمانی که این فرایند روی می‌دهد تمایل به پردازش اطلاعات به‌صورت منفی تهدیدآمیز یا استرس‌زا از بین می‌رود و عاطفه منفی مرتبط نیز متوقف می‌شود که این خود نیاز به واکنش نشان دادن به‌صورت هیجانی (مقابله هیجانی) و یا

اضطراب آینده به‌وسیله دوری گزینی از افراد، مکان‌ها و یا اشیا مرتبط واکنش نشان می‌دهد. در ذهن آگاهی، اضطراب به‌صورت عامدانه نگریسته می‌شود و به آن با باز بودن کنجکاو و پذیرش پاسخ داده می‌شود [۳۵]. چنین مواجهه همیشگی‌ای با محتوای ذهن منجر به از بین رفتن واکنش‌های مبتنی بر ترس همچون مقابله اجتنابی می‌شود [۳۶]. در واقع این جنبه از ذهن آگاهی با درمان‌های مواجهه درونی که برای گستره‌ای از اختلالات در مراکز بالینی مورد توجه‌اند، مقایسه می‌شود [۳۷]. به نظر می‌رسد ذهن آگاهی، با اثرگذاری بر سیستم پردازش اطلاعات فرد به چند طریق نقش خود را در کاهش اختلالات روان‌شناختی اعمال می‌کند: ذهن آگاهی سبب فعال شدن و نیرومندی شیوه پردازش فرارشناختی شده و از این طریق بازسازی شناختی را تسهیل می‌کند، از طرفی تأثیر باورهای فرارشناختی ناسازگارانه بر پردازش مستقیم را از بین برده و فرد را از تهدیدهای درونی و بیرونی بدون فعال ساختن سبک‌های ناسازگارانه نگرانی و نشخوار فکری آگاه می‌کند هم‌چنین شیوه‌های انعطاف‌پذیر پاسخ‌دهی به تهدید را فراهم می‌سازد و طرح‌های فرارشناختی را برای کنترل و هدایت شناخت نیرومند می‌سازند [۳۸].

ذهن آگاهی توانایی تحمل پریشانی را افزایش می‌دهد، عادت اجتناب از تجارب درونی را متوقف می‌کند و نیز کارکرد سالم ذهن ابدن را بهبود می‌دهد [۳۹]. از طریق این مکانیسم‌های پیشنهادهی، ذهن آگاهی می‌تواند استرس دریافتی را کاهش دهد و مهارت‌های مقابله را بهبود بخشد و بدین ترتیب امکان ابتلای فرد به اختلالات بالینی را کاهش دهد. نکته جالب توجه در پژوهش حاضر آن است که بین عامل مشاهده از مؤلفه‌های ذهن آگاهی و اختلالات بالینی رابطه‌ای مشاهده نگردید؛ در تبیین این مورد می‌توان بیان کرد که گرچه مشاهده یکی از مؤلفه‌های بنیادین در ذهن آگاهی است اما چیزی که در این میان اهمیت بالایی دارد کیفیت این مشاهده است به‌عبارتی دیگر مشاهده‌ای که کیفیتی غیر قضاوتی داشته باشد بر شدت نشانه‌های بالینی تأثیرگذار است و مشاهده صرف بر شدت اختلالات تأثیری ندارد [۴۰].

نتایج پژوهش حاضر هم‌چنین حاکی از آن است که از بین سبک‌های مقابله، مقابله مسئله مدار با اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار و مقابله هیجان مدار با اختلالات بالینی رابطه مثبت معنادار نشان داد.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر هم سو است [۱۹، ۳۲، ۴۱]. نتایج حاصل نشان داد که مقابله این یافته‌ها نشان می‌دهند که سبک مقابله هیجان مدار به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی می‌باشد و مقابله اجتناب مدار نیز با افزایش اضطراب و افسردگی نوجوانان رابطه دارد. به نظر می‌رسد سبک‌های مقابله رابطه بین استرس و نشانه‌های اختلالات بالینی را تعدیل می‌کنند. هماهنگ با نظریه مقابله لازاروس و فولکمن در ۱۹۸۴ اثرات استرسورها در زندگی به اسناد فرد و توانایی او برای مقابله دارد بدین ترتیب افرادی که بیشتر مقابله هیجان مدار را بکار می‌گیرند به میزان کمتری قادر به مقابله سازگارانه با استرسورها هستند و در نتیجه اضطراب و

تکنیک‌های ذهن‌آگاهی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد است. بر خود لازم می‌بینیم از تمام دانشجویان عزیزی که به ما در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی کنیم.

منابع

1. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
2. Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
3. Kabat-Zinn, J. (2000), 'Participatory Medicine', *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. vol14: pp. 239-240
4. Nyklicek, I. (2011). Mindfulness, emotion regulation, and health. In: Nyklicek I. Vingerhoets A. Zeelenberg M. *Emotion regulation and well-being*. New York: Springer, pp. . 101-118.
5. Brown, K. W., Ryan, R. M., Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*. vol18: pp. 211-237.
6. Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review*. vol13: pp. 79-91.
7. Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev.*: vol13: pp. 1041-1056.
8. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.

اجتناب از تجربه (مقابله اجتنابی) را کاهش می‌دهد [۳۳، ۳۶، ۴۳، ۴۵]. در موقعیت‌های تهدیدکننده سلامتی افراد ذهن‌آگاه از ارزیابی مجدد مثبت نسبت به حوادث به‌عنوان یک مکانیسم نظم‌دهی شناختی استفاده کرده و بدین ترتیب موقعیت استرس‌زا را به‌گونه‌ای منطقی برای خود ایمن می‌سازند [۴۶، ۴۷].

به نظر می‌رسد مشاهده پایدار بی‌طرفانه رویداد دردناک یا ناراحت‌کننده، از طریق افزایش آگاهی و تحمل این احساسات استفاده از استراتژی‌های مقابله متنوع‌تر را ممکن سازد. این مواجهه پایدار با رویدادهای تحریک‌آمیز بدون واکنش نشان دادن به آن‌ها، رفتارهای مقابله اجتنابی شرطی قبلی را بی‌اثر می‌کند و در نهایت استفاده از سبک مقابله انطباقی‌تری را ممکن می‌سازد [۳۶، ۴۷]. چنانچه در مقابله مسئله مدار فرد با به‌کارگیری راه‌حل‌های فعالانه می‌تواند به حل مشکل موجود کمک کرده و از شکل‌گیری اختلال جلوگیری کند. درحالی‌که در مقابله هیجان مدار فرد از تأکید بیش‌ازحد در مورد هیجانات خود از پرداختن مستقیم به رویدادهای تنش‌زا خودداری می‌کند که این امر به مزمن شدن مشکلات منجر می‌شود.

با توجه به رابطه مثبت ذهن‌آگاهی و خصوصاً تأثیر عمل آگاهانه در اختلالات بالینی و هم‌چنین رابطه معنادار سبک‌های مقابله با بروز نشانه‌ها روانی در افراد به نظر می‌رسد با به‌کارگیری تمرین‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور ارتقای کیفیت آگاهی در لحظه حاضر و آموزش راهبردهای مقابله احتمال ابتلای فرد به آسیب‌های روان‌شناختی و به‌تبع آن بیماری‌های روانی کاهش یابد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

۱. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، به‌کارگیری آزمون خلاصه علائم مرضی می‌باشد از آنجاکه این آزمون علائم مرضی در طول ۱ هفته را می‌سنجید، برای ممانعت از بی‌دقتی در پاسخگویی پرسشنامه و بالا بردن پایایی تشخیص بازه زمانی را افزایش دادیم و از آزمودنی‌ها درخواست گردید برای پاسخ‌دهی به سؤالات فاصله زمانی ۲ هفته‌ای را مدنظر قرار دهند. از آنجاکه آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعات اعتبار یابی بالا گزارش شده است (۰/۹) اما ضریب بازآزمایی ۳ هفته‌ای آن چندان مطلوب نبوده است (۰/۴۵) لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بیشتری به‌منظور اعتبار یابی این آزمون صورت پذیرد.

۲. پیشنهاد می‌شود رابطه ذهن‌آگاهی و سبک‌های مقابله در دیگر اختلالات بالینی همچون اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن به دلیل ایفای نقش مؤثر ذهن‌آگاهی از طریق مکانیسم بازدریافت در شکستن چرخه‌های نشخوار فکری، خطاهای شناختی و سوگیری‌های شناختی که موجب حفظ این اختلالات می‌شوند، بررسی گردد.

۳. با توجه به نقش ذهن‌آگاهی و مؤلفه‌های آن در پیش‌بینی اختلالات بالینی (افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی) پیشنهاد می‌شود متخصصین بهداشت روانی برای ارتقاء سلامت روانی و برای جلوگیری از ابتلا افراد به اختلالات اضطرابی و افسردگی از

- Individual Differences: An International Journal of Research into the Structure and Development of Personality and The Causation of Individual Differences.: 40: pp. 1165-1176.
20. Mohammady Far, M. A., Ahmed Khan, M. Shirazi, M Mohmmdi Arya, A, R. (2012) Coping Strategies in relation to Mental Health (a cross-cultural study on Indian and Iranian Students). Journal of Subcontinent Researches. vol4: pp. 71-92.
۲۱. کلاتری، شکبیا. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و صبر در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی اضطراب منتشر و افراد بهنجار؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، شیراز: دانشگاه شیراز.
22. Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*. Vol. 13: pp. 27-45.
23. Williams, M. J., Dalglish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the Factor Structures of the Five Facet Mindfulness Questionnaire and the Self-Compassion Scale. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035566>.
۲۴. عامری صفی‌آبادی، نساء. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر افزایش سلامت روانی زنان خانه‌دار شهر اصفهان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهرا.
۲۵. شریعتی، فاطمه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، شیوه‌های مقابله با استرس و اضطراب رایانه در دانشجویان دانشگاه الزهرا. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهرا.
۲۶. بخشایش، علیرضا. دهقانی، فهیمه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۲۰، شماره ۹، صص ۵۲-۴۳.
9. Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*. vol13: pp. 27-43.
10. Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*. vol64: pp. 71-84.
11. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., &Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*. vol57: pp. 35-43.
12. Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B (2004). Assessments of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. vol11: pp. 191-206.
13. Brown, W. K., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*.: vol84: pp. 822-848.
14. Grabovac, A. D., Lau, M. A., & Willet, B. R. (2011). Mechanisms of mindfulness: A Buddhist psychological model. *Mindfulness*. Vol. 2: pp. 154-166.
15. Holas, P. & Jankowski, T. (2012). A cognitive perspective on mindfulness, *International Journal of Psychology*.: vol48: pp. 233-243.
16. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatik Medicine*.: vol55: pp. 234-247.
17. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, app. raisal and coping*. New York: Springer.
18. Endler, N. S.; Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*.: vol 58: pp. 844-854.
19. Gomez, R., & McLaren, S., (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father supp. ort with anxiety/depression among late adolescents: app. lication of resiliency models, *Personality and*

- [http://dc.etsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article = 3085&context=etd.](http://dc.etsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3085&context=etd)
36. Breslin, C., Zack, M., & McCain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology and Scientific Practice.*: vol9: pp. 275-299.
37. Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (3rd Ed.)*. New York: Psychological Corporation.
38. Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice.* vol9: pp. 95-100.
39. Greeson, J., & Brantley, J. (2009). Mindfulness and Anxiety Disorders: Developing a Wise Relationship with the Inner Experience of Fear. In: *Clinical Handbook of Mindfulness.* pp. 171-188.
40. Desrosiers, A., Vine, V. Curtiss, J. Klemanski, D. H. (2014). Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders.* vol165: pp. 31-37.
41. Scott, R. M., Hides, L., Allen, J. S., & Lubman, D. I. (2013) Coping style and ecstasy use motives as predictors of current mood symptoms in ecstasy users. *Addict Behav.* Vol. 38: pp. 2465-72.
42. Ali Moohamadi Far, M., Ahmed Khan, Shirazi, M., Mohammadi Arya, M. (2012). Coping Strategies In Relation To Mental Health. *Journal oh Subcontinent Researches.*: vol4: pp.71-92.
43. Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping and emotional well-being. *Journal of Research in Personality.* Vol. 43: pp. 374-385.
27. صدر، مهدیه. (۱۳۹۲). رابطه تاب‌آوری با ابعاد پنج‌گانه شخصیت و اختلالات بالینی افسردگی اضطراب و جسمانی سازی در دانشجویان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهرا.
28. Derogatis, L. R. (2000). Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: mn national computer syste empirical review. *Clinical Psychology and Scientific Practice.*: vol10: pp. 125-143.
29. Chen, Y., Yang, X., Wang, L., & Zhang, X. (2012) A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. In: *Nurse Educ Today.*: vol10: pp. 1166-72.
۳۰. بختیاری، آزاده. نشاط دوست، حمید. عابدی، احمد. صادقی، معصومه (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشار خون. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۲۰، شماره ۸، صص ۶۲-۴۷.
31. Song, Y., Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Journal of Nurse Education Today.*: vol 35: pp. 86-90.
32. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context. Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* vol10: pp. 144-156.
33. Shapiro, S. L., Carlson, L., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology.* vol62:pp. 373-386.
34. Carmody, J. (2009). Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly.*: vol23: pp. 270-280.
35. Wells, L. L. (2010). Associations between Mindfulness and Symptoms of Anxiety (Master thesis) Retrived from

44. Panayiotou, G., Karekla, M., Mette, L. (2015). Dispositional coping in individuals with anxiety disorder symptomatology: Avoidance predicts distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*. vol3: pp. 314-321.

۴۵. کاویانی، حسین. حاتمی، ندا. جواهری، فروزان. (۱۳۸۷). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، سال دوم، شماره ۲. ص ۱۴-۵.

46. Hanley, A., & Garland, E.L. (2014). Dispositional mindfulness co-varies with self-reported positive reappraisal. *Personality & Individual Differences*. Vol. 66: pp. 146-152.

47. Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology and Scientific Practice*. Vol. 10: pp. 125-143.

مقایسه ویژگی‌های تنیدگی، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی و تیپ شخصیتی دی، در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی

کبری مرادی^{۱*}، علیرضا آقا یوسفی^۲، احمد علیپور^۳، پرویز بهرامی^۴

۱. مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور مرکز خرم‌آباد، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور مرکز قم، قم، ایران.
۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت روزافزون تأثیر عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید بیماری‌های مزمن از جمله مولتیپل اسکلروزیس، هدف پژوهش حاضر مقایسه: تنیدگی، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی و تیپ شخصیتی دی افراد دارای ام. اس. و افرادی عادی بود.

روش: روش تحقیق از نوع پس‌رویدادی یا علی‌مقایسه‌ای بوده است، جامعه آماری شامل تمام افراد عادی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد که در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۳ به متخصصین مغز و اعصاب در استان لرستان مراجعه نموده‌اند. از جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، گروه نمونه‌ای به‌اندازه ۱۵۰ نفر (۷۵ فرد عادی و ۷۵ فرد مبتلا) انتخاب شدند، سپس پرسش‌نامه‌های: استرس (رویدادها و تغییرات زندگی)، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی و تیپ شخصیتی دی بر روی آنان اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد در مقیاس‌های تنیدگی، شیوه مقابله اجتناب و شیوه مقابله حل مسئله مدبرانه، نمره کل تیپ شخصیتی سی و مؤلفه بازدارندگی اجتماعی از مقیاس تیپ شخصیتی دی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، در تمام شاخص‌های مطرح شده به‌جز حل مسئله مدبرانه، گروه بیمار نمرات بالاتری را کسب کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: آنچه از یافته‌ها برمی‌آید این است که استرس به‌عنوان عامل مهمی در تشدید علائم ام. اس. و همچنین عوامل شخصیتی و شیوه‌های مقابله به‌عنوان عوامل تعدیل‌کننده استرس و بیماری نقش مهمی را در بیماری مولتیپل اسکلروزیس ایفا می‌کند. افراد با تیپ شخصیتی دی و سی در معرض خطر فزاینده بیماری‌های جسمی قرار دارند. محققان این دو نوع شخصیت را به‌عنوان یکی از عوامل آسیب‌شناختی در نظر گرفته‌اند که ممکن است بر تندرستی و طول عمر اثر بگذارد و نیازمند درمان روان‌شناختی است.

کلیدواژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، تنیدگی، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی، تیپ شخصیتی دی

*Email: moradi283@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۹۹-۱۰۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 99-109

مقدمه

همه افراد با تنیدگی مواجه می‌شوند ولی واکنش افراد در مقابل تنیدگی با یکدیگر متفاوت است. متغیرهای روان‌شناختی مختلفی می‌توانند به‌عنوان میانجی تنیدگی و سلامتی عمل کنند؛ که در فرایند مقابله با تنیدگی و محفوظ ماندن از پیامدهای آن بسیار مهم می‌باشند [۱۲]. یکی از میانجی‌های بین استرس و بیماری جسمی، شیوه‌های مقابله می‌باشد. لازاروس و همکاران، روش‌های مقابله را به‌عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت‌های تنش‌زا است تعریف کرده‌اند [۱۳]. گفته می‌شود که زیربنای درصد قابل توجهی از بیماری‌های جسمی و پریشانی‌های روانی، ناتوانی فرد برای مقابله با فشار روانی است [۱۴]. به‌کارگیری انواع شیوه‌های مقابله کارآمد و ناکارآمد پیامدهای متفاوتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد [۱۵]. برخوردار بودن از راهبردهای مقابله‌ای مناسب نقش مهمی در کاهش تنیدگی دارد. سبک مقابله مسئله مدار به‌عنوان شاخص‌های سلامت و سبک‌های مقابله‌ای هیجانی شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی می‌کند [۱۶]. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱].

واکنش‌های تنیدگی علاوه بر شیوه‌های مقابله تحت تأثیر عوامل شخصیتی هم قرار می‌گیرند. بررسی‌های فریدمن^۲ حاکی از آن است که بین شخصیت و ابتلا به بیماری رابطه وجود دارد [۲۲]. بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند که افراد مبتلا به ام. اس. در برخی جنبه‌های شخصیتی از جمله ویژگی‌های شخصیتی روان رنجور خوبی، وظیفه‌شناسی، توافق [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶]. منبع کنترل بیرونی [۲۷]، مقیاس شانس از منبع کنترل و تیپ شخصیتی A [۲۶] با افراد عادی تفاوت دارند، این امر نشان‌دهنده نقش مهم شخصیت در این بیماری است.

با توجه به ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و بیماری، بررسی‌های علمی شخصیت در سلامت، به‌شناسایی الگوهای مختلف شخصیتی منجر شده است که بعضی از این الگوها به‌عنوان تیپ‌های شخصیتی مستعد برخی بیماری‌ها محسوب شده‌اند [۲۸].

یکی از الگوهای شخصیتی مستعد بیماری، تیپ شخصیتی دی می‌باشد [۲۹]. تیپ دی از واژه شخصیت پریشان گرفته شده است که اولین بار توسط دنولت^۳ در سال ۱۹۹۵ فرمول‌بندی شد [۳۰]. دنولت اولین بار تیپ شخصیتی دی را که مخففی برای شخصیت درمانده^۴ است تنظیم و معرفی کرد [۳۱]. تیپ شخصیتی D در پیش‌بینی سلامت روان نقش دارد [۳۲]. این تیپ شخصیتی بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است اثرات زیانباری بر سلامتی داشته باشد. تیپ شخصیتی دی دارای دو مؤلفه است:

۱- عاطفه منفی که تمایل به تجربه عواطف منفی در طول

بیماری ام. اس.^۱ یا مولتیپل اسکلروزیس یکی از بیماری‌های مهم دستگاه عصبی مرکزی و از شایع‌ترین بیماری‌های منجر به ناتوانی در جوانان است. به نظر می‌رسد که این بیماری ارتباطی با پاسخ‌های خودایمنی داشته باشد. ویروس ممکن است باعث تحریک سیستم ایمنی شده و بدن را وادار به تولید پادتن‌هایی کند که به اشتباه به عناصر خودی بدن حمله می‌کند؛ در بیماری ام. اس. این پادتن‌ها به میلین حمله کرده و آن‌ها را نابود می‌کنند. سیر بالینی آن متنوع بوده و می‌تواند از یک سیر کاملاً خوش‌خیم تا سیر پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر باشد. در مناطق مختلف دنیا شیوع متفاوتی برای این بیماری ذکر گردیده است؛ در ایران تخمین زده می‌شود که حداقل بیست هزار نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند [۱]. بیشترین آمار مربوط به متولدین فصل بهار و کمترین مربوط به متولدین فصل پاییز است [۲]. شیوع این بیماری در زنان تقریباً دو برابر مردان می‌باشد و حداکثر شیوع سنی آن بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است [۳]. ولی در موارد نادری نیز در کودکان و افراد مسن گزارش شده است [۴]. این بیماری دارای تظاهرات گوناگون و متنوع بالینی است که در مطالعات متعدد تفاوت‌های قابل توجهی بین شیوع و علائم بالینی آن در نقاط مختلف دنیا گزارش گردیده است [۵]. امروزه با وجود پیشرفت‌های چشمگیر دانش پزشکی، هنوز علت اصلی و نحوه معالجه قطعی این بیماری مشخص نشده است [۶]. دوره پیدایش بیماری معمولاً هم‌زمان با روبرویی با موقعیت‌هایی مانند تشکیل خانواده، انتخاب شغل و تأمین امنیت مالی است [۷]. این امر مؤید نقش عوامل محیطی و تفاوت‌های فردی و نژادی بر این بیماری است.

از دیرباز دانشمندان و فلاسفه به این عقیده‌اند که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه دوسویه وجود دارد. از دیدگاه روان‌شناسی سلامت، نه تنها بیماری ممکن است مشکلات روان‌شناختی به دنبال داشته باشد بلکه عوامل روان‌شناختی از جمله تنیدگی در ایجاد بیماری‌های جسمی نقش علی دارند [۳]. پژوهش‌های مختلف ارتباط بین تنیدگی و بیماری‌های جسمانی مختلف از جمله سرطان سینه در زنان [۸] و ام. اس. را نشان داده‌اند.

امروزه معلوم گردیده که تنیدگی‌های روان‌شناختی باعث فعال شدن بیماری ام. اس. می‌شوند، در ۸۵ درصد موارد تشدید بیماری ام. اس. پس از رویدادهای تنش‌زا ایجاد شده است و در حقیقت تنیدگی به‌عنوان یک عامل فعال‌کننده در برگشت بیماری ام. اس. مطرح است [۹]. بر اساس گزارش‌های اخیر انجمن عصب‌شناختی آمریکا یکی از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده بیماری ام. اس.، تنیدگی‌های ناشی از اتفاقات زندگی است [۱۰]. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر سیستم ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند [۱۱].

² Fridman

³ Denollet

⁴ Distress

¹ Multiple Sclerosis

زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره دارد.

۲- بازداری اجتماعی که تمایل برای بازداری در ابراز این هیجانات در تعاملات اجتماعی است [۳۳].

افراد دارای تیپ دی بیشتر تمایل به تجربه هیجانات منفی نظیر اضطراب، خشم، احساسات خصمانه و خلق افسرده و بازداری از بیان این هیجانات در ارتباطات اجتماعی دارند. موقعیت‌هایی که با ترس، اضطراب، درماندگی و فقدان کنترل ارتباط دارد، می‌تواند سبب افزایش کورتیزول در پاسخ به تنیدگی شود [۳۴]. افراد با این تیپ با داشتن سبک زندگی ناسالم و کیفیت زندگی آسیب‌دیده و متعاقب آن، بالا بودن آمار اختلالات روان‌شناختی چون اضطراب و افسردگی بیشتر مستعد اختلالات مربوط به سلامت و بیماری هستند [۳۵]. کودکان با تیپ شخصیتی دی، خلق منفی بیشتر و افکار ناکارآمد بیشتری را نسبت به کودکان غیر تیپ گزارش می‌کنند [۳۶]. همچنین افراد با تیپ شخصیت دی به‌طور معناداری علائم بیشتری از اختلالات روانی را نشان می‌دهند [۳۷]. دارای علائم بیشتری از پریشانی روان‌شناختی هستند [۳۸، ۳۹] و احساس بیشتری از درک استرس را نسبت به افراد غیر تیپ دی نشان می‌دهند [۴۰].

یکی دیگر از ویژگی‌های شخصی مرتبط با بیماری، به‌عنوان تیپ شخصیتی سی مطرح می‌باشد. مفهوم تیپ سی برای نخستین بار در سال ۱۹۸۰ توسط موریس و گریتز که این سبک را به‌عنوان ویژگی بیماران سرطانی مورد مطالعه قرار داد ابداع شد. ویژگی‌هایی که آیزنگ برای این تیپ ذکر می‌نماید، رضایت طلبی، عدم ابراز وجود، تسلیم‌پذیری، دفاعی بودن و سرکوبی هیجانات می‌باشد [۴۱]. تیپ سی یا الگوی مستعد به سرطان با ویژگی سرکوبی عواطف و هیجانات به‌ویژه خشم، ناتوانی در غلبه بر رفتارهای روانی-عصبی، بازداری هیجانات، تسلیم‌پذیری، مهربانی بیمارگون، پذیرندگی، رفتار همکاری کننده، صبوری مفرط و کنترل شدید تظاهرات هیجانی مشخص می‌شود [۴۲]. [۴۳] تحقیقات مختلف ارتباط بین تیپ شخصیتی سی را با بیماری‌های خود ایمنی لوپوس اریتماتوی سیستمیک^۱ و اتریت روماتوئید^۲ نشان داده‌اند [۴۴]. همچنین تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که تیپ سی شخصیتی با تحلیل قوای جسمانی، تنش عضلانی، شکایات معده‌ای - روده‌ای، آمادگی برای عفونت و آلرژی ارتباط معناداری دارد. افراد تیپ سی علاوه بر اینکه سطح عملکرد دستگاه ایمنی ضعیف‌تری دارند، دچار تپش قلب نیز هستند [۴۵].

با توجه به اینکه تحقیقات مختلف نقش استرس را در بیماری ام. اس. نشان داده‌اند و با توجه به اهمیت نقش عوامل روان‌شناختی از جمله شخصیت و شیوه‌های مقابله به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در بیماری‌های مزمن، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤالات است که:

۱- آیا بیماران مبتلا به ام. اس. از تنیدگی بیشتری برخوردارند؟

۲- آیا بیماران مبتلا به ام. اس. از شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه‌تری استفاده می‌کنند؟

۳- آیا بیماران مبتلا به ام. اس. دارای تیپ شخصیتی دی می‌باشند؟

۴- آیا بیماران مبتلا به ام. اس. دارای تیپ شخصیتی سی می‌باشند؟

روش

نوع پژوهش

نوع تحقیق حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی بوده است.

آزمودنی

جامعه آماری شامل افراد عادی و کلیه بیماران ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (زن و مرد) می‌باشد که در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۳ به متخصصین مغز و اعصاب در استان لرستان، شهرستان خرم‌آباد مراجعه کرده‌اند. از بین جامعه آماری مورد نظر، گروه نمونه‌ای به‌اندازه ۱۵۰ نفر (۷۵ فرد مبتلا به ام. اس. و ۷۵ فرد عادی) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس (به دلیل اینکه دسترسی به گروه نمونه هدف در محیط‌های خاصی مثل کلینیک، مطب یا بیمارستان امکان‌پذیر است و دسترسی در این محل‌ها به این قبیل بیمارها برای معرف بودن می‌باشد) انتخاب شدند. معیار ورود گروه نمونه در پژوهش به‌صورت زیر بود:

۱- تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر اساس گرفتن شرح حال، آزمایشات پاراکلینیکی و معاینه توسط متخصص مغز و اعصاب،

۲- نداشتن سابقه بیماری جدی و مزمن دیگری غیر از ام. اس.

۳- باسواد بودن (داشتن حداقل مدرک متوسطه)، به دلیل اینکه پرسش‌نامه‌ها به روش خودسنجی و با نظارت محقق صورت می‌گیرد.

۴- سن کمتر از ۵۰ سال.

گروه سالم بر اساس متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، نداشتن سابقه بیماری مزمن و جدی با گروه بیمار هم‌تا سازی شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه شامل سؤالاتی درباره اطلاعات جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل و مدت‌زمان بیماری و ... می‌باشد.

۲. مقیاس تیپ شخصیتی دی^۲: پرسش‌نامه تیپ شخصیتی دی توسط دنولت ساخته شده است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس تحت عنوان عواطف منفی و بازداری اجتماعی برای ارزیابی صفات شخصیتی کلی (روان رنجوری و برونگرایی)

^۱ SLE

^۲ RA

۴. پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله: این پرسشنامه بر مبنای

نظریه لازاروس - فولکمن در مورد تنیدگی بنا شده است. به نظر آن‌ها تفسیر و برآورد ما از رویدادها اهمیت بیشتری از خود رویدادها دارد. بر این اساس پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۶۶ گویه طراحی شد. گروه نمونه‌ای که مقیاس‌های مقابله‌ای از آن استخراج شد، متشکل از ۷۵ زوج سفیدپوست از طبقه متوسط و متوسط به بالا بودند که حداقل با یک کودک در هر خانه زندگی می‌کردند. تحلیل عاملی نهایتاً بروی ۷۵۰ آزمودنی صورت گرفت و منجر به استخراج ۸ مقیاس شد که عبارت‌اند از: مقابله رؤیا رویگری، دوری جویی، خویش‌تن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، گریز و اجتناب، حل‌مدیرانه مسئله و باز برآورد مثبت [۳۱].

نمره‌گذاری این پرسشنامه به دو روش خام و نسبی صورت می‌گیرد. نمرات خام توصیف‌کننده تلاش مقابله‌ای برای هر یک از هشت نوع مقابله است و مجموع پاسخ‌های آزمودنی به مواد تشکیل‌دهنده مقیاس می‌باشد. نمرات نسبی، نسبت تلاشی که در هر نوع مقابله صورت گرفته را توصیف می‌کند. در هر دو روش نمره‌گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرتی پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می‌دهد: صفر نشانگر "بکار نبردم"، یک نشانگر "خیلی کم بکار بردم"، دو نشانگر "تا حدی بکار بردم" و سه نشانگر "به مقدار زیاد بکار بردم" است.

اعتبار پرسشنامه از طریق آزمایش ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای که به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده، مناسب تشخیص داده شده است. آلدوین وریونسون نیز پرسشنامه تجدید نظر شده راه‌های مقابله‌ای را تحلیل عملی کرده و اعتبار آن را تأیید کرده‌اند [۵۰]. از آنجاکه راهبردهای توصیف شده، راهبردهایی هستند که افراد گزارش کرده‌اند که در مقابله با خواست‌های موقعیت‌های تنیدگی زا آن‌ها را بکار می‌برند، پرسشنامه روش‌های مقابله‌ای روایی صوری دارد.

۵. پرسش‌نامه رویدادها و تغییرات زندگی (سنجش

تنیدگی): پرسش‌نامه رویدادها و تغییرات زندگی شامل ۷۱ ماده در ۹ مقیاس است که شامل: فشارهای درون خانوادگی، زناشویی، بارداری و فرزندان، مالی، شغلی، پرستاری اعضای خانواده، از دست دادن، کم‌وزیاد شدن اعضای خانواده و بالاخره مشکلات قضایی خانواده هستند. پاسخ‌دهنده درباره هر ماده باید تصمیم بگیرد که آیا رویداد مربوطه در هر یک از دو بازه زمانی "سال گذشته" و "پیش‌تر از سال گذشته" اتفاق افتاده است یا خیر. پاسخ خیر به هر دو حالت نمره ۱، پاسخ بلی به پیش‌تر از سال گذشته و خیر به سال گذشته نمره ۲، پاسخ بلی به سال گذشته و خیر به پیش‌تر از سال گذشته نمره ۳ و درنهایت بلی به هر دو بازه زمانی نمره ۴ تعلق می‌گیرد. تعداد مواد هر یک از ۹ مقیاس این پرسش‌نامه به ترتیب از راست به چپ ۱۷، ۴، ۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۵ و ۵ است. یکی از ویژگی‌های متمایزکننده این مقیاس علاوه بر چندجانبه‌گرایی، در نظر گرفتن تغییرات در سال گذشته و پیش‌تر از آن است. اعتبار این آزمون توسط آقابوسفی در

می‌باشد، هر مقیاس دارای ۷ سؤال است. سؤالات ۲، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۲ و ۱۳ عواطف منفی را می‌سنجد. سؤالات ۱، ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴ بازداری اجتماعی را می‌سنجد. تیپ شخصیتی دی با استفاده از نقطه برش ۱۰ در هر دو بعد عواطف منفی و بازداری اجتماعی تعیین می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس گزینه‌ای (درست، نسبتاً درست، نه درست نه غلط، نسبتاً نادرست، نادرست) و این گزینه‌ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. البته نمره‌گذاری در ماده‌های یک و سه به صورت معکوس انجام می‌گیرد. بدین ترتیب دامنه نمره‌های آزمودنی برای هر خرده مقیاس بین ۰ تا ۲۸ می‌باشد و برای کل مقیاس بین ۰ تا ۵۶ خواهد بود.

از نظر بازآزمایی در بلژیک ضریب ۰/۸۱ به دست آمده است. بر اساس محاسبه آلفای کرونباخ، پایایی این مقیاس معادل ۰/۸۶ محاسبه شده است. از نظر روایی زیر مقیاس هیجان منفی با زیر مقیاس روان رنجوری مقیاس پنج عامل بزرگ، ضریب همبستگی ۰/۷۴ دارد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که روایی هم‌زمان و افتراقی این مقیاس در حد مطلوبی است. به علاوه زیر مقیاس بازداری اجتماعی با برون‌گرایی ۰/۶۱-، سطح هوشیاری ۰/۴- و با روان رنجوری ۰/۵۰ ضریب همبستگی دارد. این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار است [۴۶].

همسانی درونی این مقیاس توسط جانگ و همکاران ارائه شده است، به طوری که همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ می‌باشد [۴۷]. باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه کرده و بعد از تأیید نسخه فارسی این مقیاس، کیفیت روان‌سنجی آن، روی نمونه‌های ایرانی مورد بررسی قرار داده‌اند. آلفای کرونباخ در نمونه ۱۷۶ نفری از بیماران دارای سکنه قلبی ایرانی، برای خرده مقیاس عواطف منفی ۰/۸۴ و بازداری اجتماعی ۰/۸۶ به دست آمده است. اعتبار محتوای این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی شش‌درجه‌ای برای آیت‌ها و ده‌درجه‌ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج استخراج شده بیانگر اعتبار بالا و رضایت‌بخش این مقیاس بود [۴۸].

همچنین در تحقیق ذوالجناحی و همکاران [۴۹] همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمد که رضایت‌بخش و معنادار است.

۳. مقیاس تیپ شخصیتی سی: پرسش‌نامه تیپ

شخصیتی سی از فرم ۱۸۲ سؤالی استرس - شخصیت آیزنگ جدا شده و دارای ۳۵ سؤال است که آزمودنی باید به صورت بلی و خیر به آن جواب دهد. جهت بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه، پس از ترجمه مجدد توسط جعفری و همکاران پرسش‌نامه روی ۵۰ نفر (۲۵ مرد و ۲۵ زن) اجرا شد و آلفای کرونباخ آن با ۰/۹۲ به دست آمد. به‌منظور بررسی روایی پرسش‌نامه، پرسش‌نامه در اختیار ۵ تن از اساتید روان‌شناسی و روان‌سنجی قرار گرفت و روایی محتوایی آن تأیید شد [۴۲].

مطالعه‌ای روی زنان شاهد، جانبازان و ایثارگران و آزادگان (۰/۷۲) نشان داده شده است [۳۵]. روایی آن نیز از راه محاسبه ضریب همبستگی آزمون با سیاهه نشانه‌های تنیدگی مزمن، افکار خودکار و نشانگر بهزیستی روان محاسبه شده و با دو آزمون نخست همبستگی مثبت و با بهزیستی روانی همبستگی منفی معنی‌داری به دست آمد [۴۸].

مطالعه‌ای روی زنان شاهد، جانبازان و ایثارگران و آزادگان (۰/۷۲) نشان داده شده است [۳۵]. روایی آن نیز از راه محاسبه ضریب همبستگی آزمون با سیاهه نشانه‌های تنیدگی مزمن، افکار خودکار و نشانگر بهزیستی روان محاسبه شده و با دو آزمون نخست همبستگی مثبت و با بهزیستی روانی همبستگی منفی معنی‌داری به دست آمد [۴۸].

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نشانگرهای توصیفی

داده‌های توصیفی مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد ۸۶/۷ درصد از گروه نمونه را زنان و ۱۳/۳ درصد را مردان تشکیل داده است. همچنین میانگین سنی گروه بیمار ۳۲/۲ و میانگین سنی گروه سالم ۲۹/۸ بوده است. سایر اطلاعات به دست آمده در جداول زیر قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات افراد مبتلا به بیماری ام. اس. و افراد عادی

متغیرها	روش آماری		میانگین		انحراف معیار	
	گروه	ام. اس.	عادی	ام. اس.	عادی	عادی
شیوه‌های مقابله	مقابله رویاروگر	۵/۵۳	۵/۸۲	۲/۶۶	۲/۶۱	۲/۶۱
	مقابله دوری جویی	۸/۴۰	۸/۳۴	۳/۶۴	۳/۰۲	۳/۰۲
	خویشترداری	۱۰/۱۸	۹/۸۰	۳/۵۷	۳/۲۸	۳/۲۸
	جستجوی حمایت اجتماعی	۸/۷۸	۸/۴۲	۳/۶۳	۳/۸۳	۳/۸۳
	مسئولیت‌پذیری	۵/۹۰	۶/۱۱	۲/۴۱	۲/۴۱	۲/۴۱
	اجتناب	۹/۸۲	۷/۷۳	۴/۳۱	۳/۷۶	۳/۷۶
	حل مسئله مدبرانه	۶/۶۸	۸/۵۷	۳/۴۱	۳/۲۲	۳/۲۲
	بازبرآورد مثبت	۱۰/۹۵	۱۱/۵۴	۳/۷۷	۲/۸۰	۲/۸۰
	فشارهای درون خانوادگی	۸/۴۸	۵/۸۸	۶/۵۳	۶/۰۷	۶/۰۷
	فشارهای زناشویی	۰/۸۸	۰/۳۵	۰/۲	۱/۲۲	۱/۲۲
استرس	فشارهای ناشی از بارداری و فرزندان	۰/۵۳	۱/۲۹	۱/۳۱	۰/۹۷	۰/۹۷
	فشارهای مالی و تجاری	۱۳/۷۸	۸/۴۱	۶/۸۱	۶/۸۰	۶/۸۰
	فشارهای کاری و تغییر شغل خانواده	۴/۱۲	۴/۶۷	۳/۹۶	۴/۷۰	۴/۷۰
	فشار پرستاری در خانواده	۴/۳۸	۲/۰۵	۴/۸۷	۲/۶۰	۲/۶۰
	از دست دادن	۱/۸۴	۱/۲۹	۲/۲۶	۲/۵۹	۲/۵۹
	کم‌وزیاد شدن اعضای خانواده	۱/۹۲	۲/۲۶	۲/۱۵	۲/۶۵	۲/۶۵
	مشکلات قضایی خانواده	۰/۵۳	۰/۳۲	۱/۲۹	۰/۹۱	۰/۹۱
	نمره کل استرس	۳۵/۸۷	۲۵/۵۵	۱۹/۷۷	۱۴۲۰	۱۴۲۰
	نمره کل تیپ شخصیتی سی	۲۲	۱۸/۷۵	۵/۴۹	۵/۱۳	۵/۱۳
	نمره کل تیپ دی	۲۸/۶۴	۲۷/۴۹	۱۱/۷۳	۱۲/۸۶	۱۲/۸۶
تیپ شخصیتی دی	بازداری اجتماعی	۱۵/۱۹	۱۲/۶۷	۵/۹۵	۶/۹۳	۶/۹۳
	عواطف منفی	۱۴/۷۲	۱۳/۴۵	۷/۸۷	۷/۱	۷/۱

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری مقیاس‌های تنیدگی، شخصیت سی و شخصیت دی افراد عادی و افراد مبتلا به ام. اس.

اثر	آزمون	ارزش	نسبت f	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
گروه	اثر پیلایی	۰/۰۹	۴/۸۸	۲/۰۰	۹۹	۰/۰۰۹
	لامبدای ویلکز	۰/۰۱	۴/۸۸	۲/۰۰	۹۹	۰/۰۰۹
	اثر هتلینگ	۰/۹۹	۴/۸۸	۲/۰۰	۹۹	۰/۰۰۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۹۹	۴/۸۸	۲/۰۰	۹۹	۰/۰۰۹

جدول ۳. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات تنیدگی، شخصیت سی و شخصیت دی افراد عادی و افراد مبتلا به ام. اس.

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت f	سطح معنی‌داری
گروه	دی کل	۲۷/۷۳۶	۱	۲۷/۷۳۶	۰/۱۷۴	۰/۶۷۸
	سی کل	۲۱۳/۴۷۲	۱	۲۱۳/۴۷۲	۷/۱۰۱	۰/۰۰۹
	تنیدگی	۲۴۶۹/۴۴۷	۱	۲۴۶۹/۴۴۷	۶/۲۴۰	۰/۰۱۴

سطح معناداری ۰/۰۰۹) و نمره کل تنیدگی (با سطح معناداری ۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. به‌گونه‌ای در این مقیاس‌ها افراد مبتلا به بیماری ام. اس. نمرات بالاتری را کسب نمودند.

میانگین و انحراف معیار: تنیدگی، شیوه‌های مقابله، ویژگی‌های شخصیتی و تمام زیرمقیاس‌های مورد نظر در جدول ۱ قابل مشاهده می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده می‌باشد بین دو گروه از نظر نمره کل تیپ شخصیت سی (با

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری زیر مقیاس‌های تیپ شخصیتی دی

متغیر	زیر مقیاس‌ها	آزمون	ارزش	نسبت f	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
گروه	اثر پیلایی	۰/۰۶۰	۳/۲۳	۲	۱۰۱	۰/۰۴۴	
	لامبدای ویلکز	۰/۹۴۰	۳/۲۳	۲	۱۰۱	۰/۰۴۴	
	اثر هتلینگ	۰/۰۶۴	۳/۲۳	۲	۱۰۱	۰/۰۴۴	
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۶۴	۳/۲۳	۲	۱۰۱	۰/۰۴۴	

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از نظر خرده مقیاس‌های تیپ شخصیت دی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت	سطح معنی‌داری
گروه	عاطفه منفی	۳۳/۸۳۷	۱	۳۳/۸۳۷	۰/۵۶۹	۰/۴۵۳
	بازداری اجتماعی	۱۲۵/۲۳۴	۱	۱۲۵/۲۳۴	۲/۸۳۹	۰/۰۵۹

مشاهده می‌باشد. به‌گونه‌ای که افراد مبتلا به ام. اس. در این زیر مقیاس نمرات بالاتری را اکتساب نمودند.

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین دو گروه افراد مبتلا به ام. اس. و افراد عادی از نظر خرده مقیاس بازداری اجتماعی (با سطح معناداری ۰/۰۵) تفاوت معناداری قابل

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی خرده مقیاس‌های شیوه‌های مقابله

متغیر	آزمون	ارزش	نسبت f	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۴	۵/۰۴	۲	۹۸	۰/۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۵/۰۴	۲	۹۸	۰/۰۰
	اثر هتلینگ	۰/۷۲	۵/۰۴	۲	۹۸	۰/۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۲	۵/۰۴	۲	۹۸	۰/۰۰

جدول ۷. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات خرده مقیاس‌های شیوه‌های مقابله

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت	سطح معنی‌داری
	مقابله رویاروگر	۲۶/۹۲۶	۱	۲۶/۹۲۶	۰/۳۷۱	۰/۵۴۴
	مقابله دوری جویی	۳۳/۵۱۹	۱	۳۳/۵۱۹	۱/۴۱۳	۰/۲۳۸
	خویشتن‌داری	۹۳/۷۷۴	۱	۹۳/۷۷۴	۳/۳۷۴	۰/۰۷۰
	جستجوی حمایت اجتماعی	۰/۲۵۶	۱	۱/۲۵۶	۰/۰۲۱	۰/۸۸۴
	مسئولیت‌پذیری	۸۴/۳۸۸	۱	۸۴/۳۸۸	۱/۷۷۹	۰/۱۸۶
	اجتناب	۹۳/۰۸۱	۱	۹۳/۰۸۱	۳/۷۸۸	۰/۰۵۵
	حل مسئله مدبرانه	۵۱۱/۴۹۰	۱	۵۱۱/۴۹۰	۱۱/۸۴۹	۰/۰۰۱
	بازبرآورد مثبت	۵۲/۷۶۴	۱	۵۲/۷۶۴	۱/۶۵۹	۰/۲۰۱

به‌گونه‌ای که در متغیر اجتناب افراد مبتلا به ام. اس. و در زیر مقیاس حل مسئله مدبرانه افراد عادی نمرات بالاتری را اکتساب نمودند.

نتایج به دست از جدول ۷ نشان می‌دهد بین دو گروه از لحاظ زیر مقیاس اجتناب (سطح معناداری ۰/۰۵) و حل مسئله مدبرانه (سطح معناداری ۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی خرده مقیاس‌های تنیدگی

متغیر	آزمون	ارزش	نسبت f	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
گروه	اثر پیلایی	۰/۲۳۲	۳/۷	۸	۹۸	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۷۶۸	۳/۷	۸	۹۸	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۳۰۳	۳/۷	۸	۹۸	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۰۳	۳/۷	۸	۹۸	۰/۰۰۱

جدول ۹. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات خرده مقیاس‌های تنیدگی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت	سطح معنی‌داری
گروه	فشارهای درون خانوادگی	۱۳۵/۷۳۶	۱	۱۳۵/۷۳۶	۳/۳۱	۰/۰۷
	فشارهای زناشویی	۷/۰۴۷	۱	۷/۰۴۷	۲/۱۳۸	۰/۱۴۷
	فشارهای ناشی از بارداری و فرزندان	۱/۴۹۴	۱	۱/۴۹۴	۰/۹۸۶	۰/۳۲۳
	فشارهای مالی و تجاری	۶۲۱/۷۵۷	۱	۶۲۱/۷۵۷	۱۳/۴۳۳	۰/۰۰۰
	فشارهای کاری و تغییر شغل خانواده	۸/۵۷۴	۱	۸/۵۷۴	۰/۴۷۷	۰/۴۹۱
	فشار پرستاری در خانواده	۱۱۲/۴۱۸	۱	۱۱۲/۴۱۸	۶/۰۸۵	۰/۱۰۵
	از دست دادن	۷/۱۵۰	۱	۷/۱۵۰	۲/۲۶۷	۰/۲۶۳
	کم‌وزیاد شدن اعضای خانواده	۴/۸۳۴	۱	۴/۸۳۴	۰/۹۳۷	۰/۳۳۵
	مشکلات قضایی خانواده	۱/۱۶۸	۱	۱/۱۶۸	۰/۸۱۰	۰/۳۷۰

را افزایش می‌دهد [۵۲]. رویدادهای تنش‌زای زندگی از طریق تغییر سیستم ایمنی در افراد، موجب بیماری می‌شوند [۱۱]. آنچه در فرایند بیماری‌های مرتبط با تنیدگی بیش از خود تنیدگی و شدت آن اهمیت دارد، نوع واکنش و مقابله فرد در برابر عامل تنیدگی‌زا است. مردم در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا، از پاسخ‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند. واکنش ناکارآمد ممکن است افراد را مستعد ابتلا به بیماری نماید [۵۳].

در ارتباط با فرضیه دوم پژوهشی که بیان می‌کند افراد مبتلا به ام. اس. از شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمدتری استفاده می‌کنند، پژوهش حاضر نشان داد افراد مبتلا به ام. اس. بیشتر از شیوه مقابله اجتناب و کمتر از شیوه حل مسئله مدبرانه استفاده می‌کنند. پژوهش‌های آیسل و همکاران [۱۷]، عابدینی [۵۴]، شاع [۱۸] و لود [۱۹] همخوان با پژوهش حاضر نشان داده‌اند که افراد مبتلا بیشتر از افراد عادی از شیوه‌های مقابله ناکارآمد استفاده می‌کنند.

به کارگیری انواع شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد (مسئله مدار) و ناکارآمد (هیجان مدار، اجتنابی) پیامدهای متفاوتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد [۵۲]. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد استفاده از راهبردهای که بر حل مسئله و شناخت‌های مثبت تأکید دارد با کاهش مشکلات هیجانی، رفتاری و سلامت رابطه دارد. در مقابل، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و اجتنابی به طور معمول منجر به انطباق ضعیف با محیط و افزایش مشکلات مربوط به سلامت در افراد می‌شود [۵۵]. افرادی که پیوسته از مقابله هیجانی و ناکارآمد استفاده می‌کنند بیشتر دچار بیماری‌های استرس مدار می‌شوند و از نظر جسمانی اوضاع وخیم‌تری دارند [۱۴]. اگر روش‌های مقابله با تنیدگی از نوع مؤثر، باکفایت و سازگارانه باشد، تنیدگی کمتر فشارزا تلقی می‌شود و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی آن خواهد بود ولی اگر سبک یا روش مقابله هیجان مدار، ناسازگار و ناکافی باشد، نه تنها تنیدگی را کنترل نمی‌کند، بلکه خود این واکنش، منبع فشار به شمار آمده و بر سیستم ایمنی تأثیر منفی خواهد گذاشت و منجر به بیماری‌های جسمانی در افراد می‌شود [۵۶].

در ارتباط با فرضیه سوم و چهارم پژوهشی مبنی بر اینکه

نتایج به دست آمده در جدول ۹ نشان می‌دهد که در زیر مقیاس‌های فشار مالی و تجاری (سطح معناداری ۰/۰۰) و فشار پرستاری در خانواده (۰/۰۱) و فشارهای درون خانوادگی تفاوت معناداری قابل مشاهده می‌باشد. در هر سه زیر مقیاس افراد مبتلا به ام. اس. نمرات بالاتری را اکتساب نمودند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه تنیدگی، شیوه‌های مقابله و ویژگی‌های شخصیتی (تیپ سی و تیپ دی)، افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی بوده است.

نتایج به دست آمده از گروه نمونه نشان داد که بین دو گروه از نظر استرس، شیوه مقابله اجتناب، شیوه مقابله حل مسئله مدبرانه، تیپ شخصیتی سی و زیر مقیاس بازداری اجتماعی از مقیاس تیپ شخصیتی دی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. از بین مقیاس‌های مطرح شده فقط در مقیاس حل مسئله مدبرانه گروه سالم نمرات بالاتری را در مقایسه با گروه بیمار کسب کردند در سایر شاخص‌ها نمرات گروه بیمار بیشتر از گروه سالم بود، در سایر شاخص‌ها تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (جدول ۳، ۵، ۷، ۸).

در ارتباط با فرضیه اول پژوهشی که بیان می‌کند افراد مبتلا به ام. اس. تنیدگی بالاتری را تجربه می‌کنند، نتایج آکرمن و همکاران [۹]، موهر و همکاران [۱۰] و سلیگمن [۱۱] همخوان با نتایج پژوهش نشان دادند افراد مبتلا به ام. اس. تنیدگی بالاتری را تجربه می‌کنند.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان این‌گونه بیان کرد که ام. اس. بیماری است که با وجود پیشرفت پزشکی هنوز علت قطعی آن مشخص نشده است و تنیدگی به‌عنوان یکی از علل احتمالی آن مطرح می‌باشد. بر اساس تحقیقات فولی و سارنوف [۵۱] ابتلا به هر نوع بیماری مزمن از جمله ام. اس. را تنیدگی ایجاد می‌کند، پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که تنیدگی می‌تواند در ایجاد و شدت علائم بیماری‌های جسمانی متعددی تأثیرگذار باشد و در بلندمدت تأثیرات جسمی، روانی، عصبی متعددی به‌جای می‌گذارد در نتیجه توانایی بدن را در مقابله با بیماری کاهش می‌دهد [۵]، افراد دارای تنش بالا تمایل افراطی به انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آن‌ها

از قبیل استرس، شیوه‌های مقابله و ویژگی‌های شخصیتی غیر قابل انکار است. به همین دلیل کاربرد پژوهش حاضر ضمن فراهم آوردن دانش بنیادی در خصوص ارتباط متغیرهای مطرح شده با بیماری ام. اس، دانش کاربردی مناسبی برای روان‌شناسان و متخصصان حوزه سلامت به‌منظور کاهش استرس و اثرات آن و به دنبال آن افزایش سلامتی را فراهم می‌آورد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان در این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از جناب آقای محسن خرم آبادی، سرکار خانم زهرا هشیاری، سرکار خانم نوش آفرین صفری، جناب آقای یگانه و همچنین تمامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که در این زمینه صبر و حوصله داشتند و محققین را در انجام پژوهش یاری نمودند نهایت تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

منابع

۱. نبوی، مسعود؛ پورفرزام، شهریار؛ قاسمی، حسن (۱۳۸۵). اپیدمیولوژی، سیر بالینی و پیش‌آگهی مولتیپل اسکلروزیس. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۷.
2. Jefferson Beckera, j, Callegarob.D, (2013). Season of birth as a risk factor for multiple sclerosis in Brazil. Journal of the Neurological Sciences. Volume 329, Issues 1-2, 15 Pages 6-10.
3. Fauci A, etal, Razmjou K, Khansari N (2008). Harrison internal medicine (neurology disorders), 1th ed. Tehran: Andisheh rafie samat publication
۴. علیپور، احمد؛ صحرانیان، محمدعلی؛ علی‌اکبری، مهناز؛ حاجی آقابابایی، مرضیه (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، دوره ۱، شماره ۳.
5. Ebers GC.(1998). The natural history of MS. In: Paty DW. Multiple Sclerosis. Philadelphia: FA Davis,
۶. سعادت نیا، محمد (۱۳۸۴). اپیدمیولوژی بیماری مولتیپل اسکلروزیس در جهان، ایران و اصفهان، فصلنامه انجمن ام. اس. اصفهان، سال سوم، شماره ۹.

افراد مبتلا به ام. اس. از تیپ شخصیتی سی و دی برخوردارند، نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در تیپ شخصیتی سی و زیر مقیاس بازداری اجتماعی از تیپ شخصیتی دی نمرات بالاتری را در مقایسه با افراد عادی نشان دادند.

پژوهش‌های دولفرا [۵۷]، سورین لوا [۲۴]، تیلفر [۲۴]، بندیکت [۲۵]، فراهانی [۲۶]، مظاهری [۲۷]، همخوان با پژوهش حاضر نقش ویژگی‌های شخصیتی را در بیماری ام. اس. نشان داده‌اند.

نتایج حاکی از این است که تنش‌های ناشی از تیپ شخصیتی دی با رفتارهای ناسالم و احساسات منفی بر سلامتی اثر می‌گذارند [۵۶]. این افراد سطوح بالای تنش مزمن و استرس ذهنی بالاتری تجربه می‌کنند و از راهکارهای انطباقی اجتناب آمیز و منفعلانه‌تری استفاده می‌کنند [۵۹]. موقعیت‌های مشمول ترس، اضطراب و ناامیدی به رهاسازی کورتیزول (هورمون فشار روانی) منجر می‌شود این افراد به‌واسطه ویژگی‌های مورد نظر کورتیزول بیشتری ترشح می‌کنند [۶۱]. از این‌رو نقش تیپ شخصیتی دی در آزادسازی و پخش کورتیزول عامل مهمی است که می‌توان در تبیین یافته‌های پژوهش به آن اذعان کرد و این افزایش کورتیزول ممکن است عاملی خطر ساز برای بسیاری از بیماری‌های جسمانی از جمله ام. اس. باشد [۶۱].

همچنین افرادی که در بازداری اجتماعی از تیپ شخصیتی دی، نمره بالا کسب می‌کنند دارای فشارخون بالاتری هستند [۳۱]. دارای احساس بازداشته شدن، تنش و ناامنی هنگامی که در حضور دیگران هستند و دارای ویژگی‌هایی مانند کم‌حرفی، فقدان انرژی، جرئت نداشتن و تمایل نداشتن به برقراری ارتباطات بین فردی هستند [۳۱]. بدین معنی که در تعاملات اجتماعی از موقعیت‌هایی که احتمال تائید نشدن و از دست دادن پاداش دیگران وجود داشته باشد، اجتناب می‌ورزند، این شرایط در درازمدت مانع سازش روان‌شناختی، نشانه‌های درماندگی و به دنبال آن بیماری‌های جسمانی را افزایش می‌دهد [۶۲]

افراد دارای تیپ شخصیتی سی ویژگی‌هایی همانند افرادی دارند که دارای بازداری اجتماعی از تیپ شخصیتی دی هستند و این دو مقیاس دارای همبستگی مثبت و معناداری هستند (پژوهش حاضر). تبیین احتمالی مربوط به تائید رابطه تیپ سی با ابتلا به بیماری، مربوط به افزایش هورمون آدرنوکورتیکال است که در اثر ممانعت از ابراز هیجان ایجاد می‌شود. افرادی که هیجانات خود را به‌جای اینکه آشکار کنند، سرکوب می‌نمایند، استعداد ترشح سطوح بالایی از آدرنوکورتیکال یا هورمون‌های استرس دارند [۴۴] احتمالاً چنین هورمون‌هایی تأثیر منع‌کننده بر دفاع‌های ایمن‌سازی بدن دارند. پایین بودن این دفاع‌ها ممکن است ابتلا به بیماری‌های مختلف و از جمله ام. اس. را تسریع می‌کند.

چنین به نظر می‌رسد که امروزه مداخلات طبی در درمان و پیشگیری از بیماری ام. اس. با توفیقات چندانی روبرو نیستند، چرا که در تداوم و تشدید این بیماری، نقش عوامل روان‌شناختی

- sclerosis and healthy people. Thesis of MA. Tarbiyat moallem University.
19. Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H, Larsen JP.(2010). Coping with multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. *Acta Neurol Scand*; 122:336-342.
 20. Pakenham KI, Stewart CA, Rogers A. (1997). The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. *Psychol Health Med*; 2: 197-211.
 21. Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L. (1997). Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress. *Mult Scler*; 3(3):191-196.
 22. Friedman HS, Booth- Kewley S. (1987). The diseaseprone personality: A meta- analytic view of the construct. *Am Psychol*; 42: 539- 555.
 23. Sorin. I, Codruța A. Popescu, Andrada Iova, Petru Mihancea, Anca D. Buzoianu(2014) Impact of depression on coping strategies in multiple sclerosis patients, *Human & Veterinary Medicine international Journal of the Bioflux Society*, Volume 6 | Issue 4, 165- 168.
 24. Tailleper SS, Kamayer LJ, Robbins JM, Lasry JC. (2003). Correlates of illness worry in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom*; 54(4): 331-337.
 25. Benedict RH, Priore RL, Miller C, Munschauer F, Jacobs L. (2001) Personality disorder in MS correlates with cognitive impairment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*; 13(1): 70-76.
 ۲۶. فراهانی، محمد نقی؛ اعلمی، مهدی (۱۳۸۴). مقایسه ۵ عامل بزرگ شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۱۲، شماره ۱-۲، صص ۴۱-۴۶.
 ۲۷. مظاهری، شهیر؛ ضرابیان، کاظم؛ صمدی، محمدجواد (۱۳۸۷). ارزیابی تیپ شخصیتی و منبع کنترل در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره پانزدهم، شماره ۲، شماره مسلسل ۴۸.
 7. Bishop, M., Shepared, L., & Stenhoff, D.M. (2007). Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disabilitycentrality model. *J Rehabil*, 10, 3-12
 ۸. مهری نژاد، سید ابوالقاسم؛ خسروانی شریعتی، سیده‌هدی؛ حسینی آباد شاپوری، مریم (۱۳۸۹). مقایسه تنیدگی تجربه‌شده در زنان مبتلا به سرطان سینه. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). جلد ۱ شماره ۴۳ صص ۴۹-۵۶
 9. Ackerman KD, Heyman R, Rabin BS, Anderson BP, Houck DR, Frank E, et al. (2002). Stressful life events precede exacerbation of multiple sclerosis. *Psychosom Med*; 64: 916-20.
 10. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelltier D. (2004). Association between stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: A meta-analysis. *BMJ*; 328: 731.
 ۱۱. سلینگمن، مارتین؛ روزنهان، دیوید (۱۳۹۱). روان‌شناسی ناپهنجاری، مترجم بیحیی سید محمدی، انتشارات ساوالان
 12. Davison GC, Neale JM. (2004), *Abnormal psychology*. New York: John Wiley and Sons
 13. Lazarus, R. S. & Folkman, s. (1984), *Stress, appraisal, and coping*. New York: Spinger
 14. Piko B. (2001) Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*. 51:223-235.
 15. Pakenham KI. (2001). coping with multiple sclerosis: development of measure. *Psychol Health Med*; 6: 411-428.
 ۱۶. گودرزی، ناصر. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی در درمان بیماران وابسته به مواد. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی سلامت. دانشگاه تهران.
 17. Milanlioglu. A, Güzel Özdemir. P, Cilingir. V, Çakin Gülec. T, Aydin. Mn, Temel Tombul. T. (2014). Coping strategies and mood profiles in patients with multiple sclerosis *Arq Neuropsiquiatr*; 72 (7): 490-495.
 18. Sha A. (2003). The comparision of relationship between Locus of control with stress and coping Strategies with it in patient with multiple

- following PCI in the drug-eluting stent era", *International Journal Cardiology*, 114, 358-65.
37. Oginska-Bulik, N. (2006) Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int J Occup Med Environ Health*, Vol.19, pp.113- 122
38. Lim, H.E., Lee, M.S., Ko, Y.H., Park, Y.M., Joe, S.H., Kim, Y.K., Han, C., Lee, H.Y., Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2011) Assessment of the Type D Personality Construct in the Korean Population: A Validation Study of the Korean DS14. *J Korean Med Sci*, Vol.26, pp.116-23
39. Van Hiel, A., & De Clercq, B. (2009) Authoritarianism is good for you: right-wing authoritarianism as a buffering factor for mental distress. *European Journal of personality*, Vol.23, pp.33-50.
40. Williams, L., O'Carroll, R.E., & O'Connor, R.C. (2008) Type D personality and cardiac output in response to stress. *Psychology and Health*, Vol.24, pp.489-500.
41. Aysenck HJ (1990). The prediction of death from cancer by means of personality/stress. *Questioner: to good to be true? Perceptual Motor Skills*; 71: 216- 8.
۴۲. جعفری، عیسی؛ سهرابی، فرامرزی؛ جمهری، فرهاد؛ نجفی، محمود (۱۳۸۸). رابطه تیپ شخصیتی سی، منبع کنترل و سخت رویی در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی. *مجله روان‌شناسی بالینی*. سال اول، شماره ۱، صص. ۶۶-۵۷.
۴۳. علیپور، احمد (۱۳۸۹). مقدمات روان‌شناسی سلامت. تهران: دانشگاه پیام نور.
۴۴. روشن چسلی، رسول؛ مدرسی، فریبا (۱۳۸۱)، تیپ‌های شخصیتی و سلامت روان بر لوپوس اریتماتوی سیستمیک و آرتريت روماتوئید، *مجله پژوهشی حکیم*، دوره پنجم، شماره چهارم.
45. Temoshok L, Dreher H.(1992). The Type C connection: The behavioral links to cancer and your health. New York: Random House.
۲۸. ابراهیمی سرین دیزج، زهره؛ اسماعیل‌پور، خلیل؛ باباپور، خلیل (۱۳۸۹). رابطه بین ابعاد شخصیت هگزاگو با تیپ شخصیتی سی. *زن و مطالعات خانواده*، سال سوم، شماره ۹ صص ۱۳-۲۶.
29. Mols, F., & Denollet, J. (2010) Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes*, 23; 8: 9 <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-8-9.pdf>
30. Grand, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K., & Hermann-Lingen, R. (2010). The type D scale (DS14) – Norms and prevalence of Type-D Personality in a population-based representative sample in Germany. *Personality and Individual Differences*, 48, 935-936. Habra, M.E.,
31. Denollet, J. (2000) Type D personality: a potential risk factor refined. *J Psychosom Res*, Vol.49, pp.255-66.
۳۲. بخشایش، علیرضا؛ دهقانی، فهیمه (۱۳۹۱)، بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی دی، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال بیستم، دوره جدید شماره ۹.
33. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J.(2003) Type D personality is related is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res*; 55: 235- 45.
34. Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2006) Is Type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Reviews*, Vol. 2, pp. 205-13.
۳۵. احمدی طهور، محسن؛ جعفری، عیسی؛ کرمی نیا، رضا؛ اخوان، حمید (۱۳۸۹). بررسی ارتباط کمال‌گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، دوره هفدهم شماره ۳ شماره مسلسل ۵۷.
36. Pedersen, S. S.; Denollet, J.; Ong, A.; Serruys, W.; Erdman, R.; Van-donburg, R. (2007), "Impaired health status in type-D patients

- روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی دوره ۳۲، شماره ۱ صص ۲۷-۳۵.
46. Denollet, J. (1997) Personality, emotional distress and coronary heart disease. *Eur J Pers*, Vol.11, pp.343-357.
47. Jonge, P., Denollet, J., Van Melle, J., Kuypers, A., Honig, A., Hschene, A., et al (2007), Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res*, Vol.63, pp.477-89.
۴۸. آقایوسفی، علیرضا (۱۳۸۵)، مقایسه فشار روانی و پیامدهای آن در خانواده‌های شاهد و ایثارگر استان قم. قم، بنیاد شهید و ایثارگران استان قم؛
۴۹. ذواجنحی، اهداء؛ وفایی، مریم (۱۳۸۵). رابطه بین تیپ شخصیتی D با سیستم‌های بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز سال اول، شماره ۲ و ۳.
۵۰. علیرضا آقا یوسفی، حسین زارع (۱۳۸۸)، تأثیر مقابله درمانی بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر. *مجله علوم رفتاری* دوره ۳ شماره ۳ صص ۱۸۷-۱۹۳.
51. Foley F., Sarnoff J. (2012). Taming stress in Multiple Sclerosis. *National MS Society*. 1-30. Available from: <http://WWW.Nationalmssociety.Org>.
52. Sarafino, E. P. (2002), "Health psychology. 4th ed. Philadelphia: Wiley and sons", 42-8.
53. Kupper, N., & Denollet, J. (2007) Type-D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, vol.89, pp.265- 276
۵۴. عابدینی، محمود؛ منتظری، سحر؛ خلعتبری، جواد (۱۳۹۱) مقایسه سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با افراد سالم، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، جلد ۲۲، شماره ۹۴، صص ۷۱-۷۷.
55. Ebata, A. and Moos, R. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 33-54.
۵۶. بشارت، محمدعلی؛ براتی، نازنین؛ لطفی، جمشید (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش
57. Dulfer, K., Hazemeijer, B.A.F., Van Dijk, M.R., Van Geuns, R.J.M., Daemen, J., Van omburg, R.T, Utensa E.M.W.J. (2015). Prognostic value of type D personality for 10-year mortality and subjective health status in patients treated with percutaneous coronary intervention *Journal of Psychosomatic Research* Volume 79, Issue 3, Pages 214-221.
58. Nefsa, G, Speight, J, Pouwera. C., d, F, V. Popa, Bota. M, Denolleta. E, J (2015). Type D personality, suboptimal health behaviors and emotional distress in adults with diabetes: Results from Diabetes MILES-The Netherlands, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Volume 108, Issue 1, Pages 94-105.
59. Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A.R. (2009) Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *Br J Health Psychol*, Vol.15, pp.681-696.
60. Sher, L. (2005), "Type D personality: the heart, stress, and cortisol", *Quart J Med*; 98:323-9.
۶۱. ابوالقاسمی، عباس؛ زاهد، فاطمه؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری، *مجله اصول بهداشت روانی*، سال یازدهم، شماره ۳، صص ۲۱۳-۲۲۲.
۶۲. آقایوسفی، علیرضا؛ شریف، نسیم؛ علی پور، احمد؛ شقاقی، فرهاد (۱۳۹۲). رابطه بین روش‌های مقابله با استرس و لیپوپروتئین با دانسیته پایین در بیماران عروق کرونر قلب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، دوره ۲۰ شماره ۲ صص ۱۶۵.

مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعامل والد - کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳-۶ ساله

مریم روشن^{۱*}، علیرضا آقاییوسفی^۲، احمد علی پور^۳، اکبر رضایی^۴

۱. استادیار دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار دانشگاه پیام نور قم، قم، ایران.

۳. استاد تمام دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

۴. دانشیار دانشگاه پیام نور تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان تعامل والد - کودک، مبتنی بر تکنیک‌های رفتاری و مقابله درمانگری مبتنی بر تکنیک‌های شناختی بر کاهش شدت مشکلات رفتاری در نمونه‌ای از کودکان پیش‌دبستانی، انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه بود. تعداد ۹۰ نفر از کودکانی که دارای ملاک‌های اختلالات رفتاری بودند، از مهدکودک‌های شهرستان شاهیندز انتخاب شدند، در نهایت از این مهدکودک‌ها، سه گروه در مجموع از کودکان دارای اختلالات برون‌سازی شده به‌طور تصادفی انتخاب و مادران آن‌ها نیز به شیوه تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۲۹ نفری) و یک گروه مقایسه (۳۰ نفری) قرار گرفتند. هر سه گروه قبل و بعد مداخله به پرسشنامه چک لیست رفتاری کودک پاسخ دادند. برای پیگیری اثرات درمان ۶ ماه بعد بار دیگر این سنجش به عمل آمد. درمان تعامل والد کودک و مقابله درمانگری در ۱۲ جلسه هفته‌ای سه بار در گروه‌های مداخله به کار گرفته شد و در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون لوین و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که درمان تعامل والد - کودک و مقابله درمانگری به‌صورت معناداری در کاهش شدت مشکلات رفتاری مؤثر بودند. نتیجه درمان در پیگیری ۶ ماهه نیز سطوح پایین‌تری از شدت مشکلات رفتاری کودکان را نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: الگوی کلی نتایج حاکی از آن است که هر دو درمان فوق به یک میزان در کاهش شدت علائم اثربخش بوده اما در مقایسه نتایج دو گروه درمان و با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات رفتاری کودکان، درمان تعامل والد - فرزند، مقابله درمانگری

*Email: m.r.roshan1974@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۱۱-۱۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۱۰

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 111-123

مقدمه

می‌گذارد به نظر می‌رسد که ارائه مداخلات زودهنگام برای حمایت مؤثر از کودکان و خانواده‌هایشان از پیامدهای منفی این اختلال جلوگیری می‌کند و انرژی سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن در مسیری صحیح هدایت می‌کند [۹]. این پیامدهای مثبت زمانی که والدین در روند درمان کودکانشان درگیر شوند دوچندان می‌شود. رابطه عاطفی میان والد - کودک در فرایند درمان امری تأثیرگذار محسوب می‌شود [۱۰].

فارمر و رابرتسون [۱۱]، ۴۹ مطالعه را که متمرکز بر مداخلاتی بر اختلالات برون سازی شده بودند را در یک تحقیق مروری بررسی نمودند و نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر جامعه و آموزش والدین ممکن است در مورد اختلالات رفتاری کودکان اثربخش باشند و درمان دارویی در مورد اختلال بیش فعالی و فزون کنشی اثربخش تر است. این محققین پیشنهاد کردند که شواهدی وجود دارد که گستره‌ای از مداخلات متنوع در بهبود اختلالات برون سازی شده کودکان مؤثرند. در نتیجه محققین پیشنهاد کردند که مطالعات بیشتری لازم است تا اثربخشی مداخلات خاصی را بررسی کنند. برخی محققین دیگر [۱۲] نیز انجام تحقیقات بیشتری را در مورد مؤثر بودن اقدامات خاصی جهت ارتقا و انتخاب مداخلات کاربردی و مؤثرتر بر اختلالات کودکان ضروری می‌دانند. لذا در این پژوهش به بررسی اثربخشی و مقایسه دو روش درمانی مقابله درمانگری و درمان تعامل والد - کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان پرداخته‌ایم. در گذشته رویکردهای درمانی در مورد کودکان عمدتاً متمرکز بر کودک بود (مانند بازی درمانی، رویکردهای فردی) اما اخیراً گرایش زیادی به سمت درمان مشکلات رفتاری کودکان از طریق مشارکت والدین ایجاد شده است [۱۳]. پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند آموزش به والدین درباره روش‌های کاهش تنیدگی والدینی عامل مهمی در سلامت والدین است و به منظور افزایش مطلوب‌ترین بازده تحول برای کودکان به کار برده می‌شود [۱۴]. منطق پایه مقابله درمانگری عبارت است از اینکه اگر مقابله نارساکنش‌ور مادران می‌تواند منجر به تهدید سلامت شود، اصلاح روش‌های مقابله با تنیدگی در جریان یک فرایند درمانی می‌تواند این فرایند را واژگون سازد [۱۵]. فن مقابله درمانگری به‌عنوان روشی برای اصلاح مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد به کار برده می‌شود. این فن بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بر پایه نظریه تبدالی تنیدگی فولکمن - لازاروس [۱۶] توسط آقایوسفی [۱۵] بنا شده است. مقابله درمانگری از راه هشیار ساختن فرد نسبت به نوع تنیدگی‌های زندگی، امکانات مقابله‌ای فرد، جستجو و یافتن راه‌های مقابله‌ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار می‌سازد. بر پایه بسته اجرایی این روش مداخله‌ای (مقابله درمانگری)، راه‌های هشتگانه مقابله با تنیدگی که افراد به شیوه‌های نادرست و نابجا آن‌ها را به کار می‌گیرند (در طول جلسات مقابله درمانگری) به شیوه‌ای مفید تنظیم شده و بیماران، راه‌های مقابله‌ای خود را با بحث‌های صورت گرفته در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش یافته با رویدادهای

تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای اختلالات کودکان صورت گرفته است. در الگوی جدید طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی، دو طبقه کلی اختلال‌های درونی سازی شده^۱ (مشکلات رفتاری) و اختلال‌های برونی‌سازی شده^۲ (مشکلات رفتاری) مشخص شده‌اند [۱]. نشانگان افسردگی / اضطراب، کناره‌گیری / افسردگی و شکایات جسمانی در طبقه مشکلات درونی سازی شده که معمولاً خود فرد را آزار می‌دهد و مشکلات مربوط به قانون شکنی و پرخاشگری که بیشتر با آزار و اذیت دیگران در ارتباط هستند، در طبقه مشکلات برونی‌سازی شده قرار می‌گیرند [۲].

تقریباً ۵ تا ۱۳ درصد مادران کودکان پیش‌دبستانی گزارش می‌دهند که کودکانشان مشکلات برون سازی شده خفیف تا شدیدی را نشان می‌دهند که این نرخ در خانواده‌های که سطح اقتصادی - اجتماعی محروم‌تری دارند، بیشتر است [۳]. مشکلات برونی‌سازی شده، نشانگان مزمن و فراگیری هستند که آسیب‌های فراوانی را در روابط کودک - والد پدید می‌آورند و تنیدگی بین والدین و همچنین خطر نتایج ضعیف در زندگی آتی کودک را افزایش می‌دهند. مجرم بودن، مشکلات سلامت جسمانی و روانی و پرخاشگری فیزیکی، مشکلات سازگاری‌های مربوط به زندگی زناشویی و شغلی از دیگر مشکلات این گروه محسوب می‌شود [۴].

اهمیت تجارب سال‌های کودکی در شکل‌گیری بزرگ‌سالی پخته، سالم و مسئول بر کسی پوشیده نیست؛ اما مداخلات روان‌شناختی درباره کودکان در ایران از اقبال بالایی برخوردار نیست. شاید از این رو که ارتباط با کودکان دشوارتر است. بنابراین، ما با پژوهش‌های محدودی در قلمروی روان‌شناسی بالینی کودک در ایران مواجهیم. عوامل والدینی و روابط کودک - والد نقش مهمی در بروز مشکلات عاطفی - رفتاری دارند. در واقع سلامت روانی والدین و رابطه والدین با کودک و دیگر رویدادهای زندگی که توسط خود کودک تفسیر می‌شوند، نقش مهمی در بررسی مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان دارند [۵]. گستره ادبیات پژوهشی مربوط به عوامل خطر ساز مشکلات رفتاری در کودکان، عمدتاً روی همبسته‌های خانواده به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری تمرکز نموده است. این تحقیقات نشان می‌دهد که فرزند پروری یکی از مهم‌ترین عوامل در تحول این مشکلات است [۶].

والدگری از جمله سخت‌ترین نقش‌هایی است که بزرگ‌سالان فاقد هرگونه آمادگی خاص، متعهد ایفای آن می‌شوند. به عقیده برخی از پژوهشگران همه والدین در ایفای نقش والدگری، سطحی از تنیدگی را تجربه می‌کنند [۷]. برخی از آنان بر این باورند که حتی سطوح اندک تنیدگی نیز می‌تواند تعامل والد - کودک را به مخاطره بیندازد [۸]. با در نظر گرفتن این حقیقت که استرس بالای والدین تأثیر بسزایی بر روند رشد کودک

¹ Internalizing disorder

² Externalizing disorder

مناسب‌تری چون خودمهارگری، جستجوی حمایت اجتماعی و بازآورد مثبت افزایش یافتند. با توجه به اینکه تنیدگی در خانواده‌های کودکان مصروع بیشتر است و مادران کودکان مصروع بیش از پدران آن‌ها مستعد تنیدگی بوده و نیاز بیشتری به حمایت‌های عاطفی اجتماعی دارند، مطالعات آقاییوسفی [۲۱] و آقاییوسفی و زارع [۱۹] نشان داد که مقابله درمانگری از راه تمرکز بر روش‌های مقابله‌ای نارسانکنش‌ور مادران کودکان مصروع راهبردهای مقابله‌ای آنان را به شیوه‌هایی سازش یافته تغییر می‌دهد که این فرایند به نوبه خود از راه کاهش تنیدگی مادران و در مجموع خانواده (که فرزندان مصروع آن‌ها را هم در برمی‌گیرد) می‌تواند اثر مثبتی بر سلامتی فرزندان آن‌ها داشته باشد. لذا لازم است که مقابله درمانگری برای بهبود روش‌های مقابله‌ای مادران کودکان مصروع بکار گرفته شود.

علاقیند، آقا یوسفی، کمالی، دهستانی، حقیر السادات، نظری و شیخها [۲۲] پژوهشی با عنوان تأثیر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی انجام دادند. در این پژوهش اشاره شده است که تولد یک کودک عقب‌مانده ذهنی به‌عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباط‌ها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد و خانواده‌هایی می‌توانند با بحران‌ها به‌خوبی سازگار شوند که روابط باز، مؤثر و دائمی داشته و در نقش‌هایشان انعطاف‌پذیر باشند. از طرفی سبک مقابله‌ای والدین با تنیدگی، درماندگی و سازگاری خانواده ارتباط دارد. منظور از سبک مقابله‌ای، پاسخ‌های واقعی فرد به منبع تنیدگی در موقعیت‌های فشارزا است. در بین سبک‌های مقابله، سبک مقابله متمرکز بر مسئله بیش از روش متمرکز بر هیجان با سلامت عمومی ارتباط دارد. معمولاً افرادی که از روش‌های متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند با موقعیت‌های تنش‌زا بهتر سازگار می‌شوند و نشانه‌های مرضی کمتری را بروز می‌دهند و در نتیجه از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. علاوه بر این بین سلامت عمومی و روش‌های مقابله‌ای مانند رویارویی، خویش‌داری، حمایت اجتماعی، مسئله‌گشایی و ارزیابی مجدد همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد و در مقابل، همبستگی آن با ویژگی‌های دوری‌گزینی و گریز و اجتناب، منفی و معنادار گزارش شده است. افراد دارای سلامت عمومی بالا، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار به‌طور معناداری واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که از مؤلفه‌های سلامت عمومی هستند را پیش‌بینی می‌کنند، علاوه بر این سن مادر در سبک مقابله‌ای تأثیر ندارد ولی با افزایش سن، تنیدگی آن‌ها بالا می‌رود. سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار و منطقی، شاخص‌های سلامتی را پیش‌بینی می‌کنند درحالی‌که سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و ناکارآمد یا اجتنابی، شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی می‌کنند. افراد متخصص که برای کودکان با ناتوانی رشدی خدماتی را فراهم می‌سازند، باید از یک‌طرف، به‌طور دقیق میزان فشار روانی را که والدین این کودکان تجربه می‌کنند، ارزیابی کنند و از طرف

تنیدگی‌ها می‌پردازند. درحالی‌که مقابله ناکارآمد ناشی از ناهشیاری فرد نسبت به امکانات مقابله‌ای، برآوردهای شناختی غیردقیق و تحریف شده، انتخاب راه‌های مقابله‌ای از روی شتاب، هیجان‌زدگی و عدم مدیریت شناخت‌ها منجر به اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای سازش نایافته می‌شود. مقابله درمانگری فرایند بیماری‌ساز را واژگونه ساخته و روند انتخاب و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای را در جهت کارآمدی و سازش‌یافتگی اصلاح می‌کند.

به‌طور کلی مرور پژوهش‌های مربوط به این زمینه نشان می‌دهد که تا ۱۹۷۰ بررسی گسترده‌ای در مورد درمانگری مقابله‌ای با تنیدگی در مورد افراد صورت نگرفته است. از این تاریخ تا ۱۹۹۰ پژوهش با عنوان بررسی اثرات مقابله درمانگری به‌ندرت به چشم می‌خورد، پژوهش‌هایی چون کندال و همکاران^۱، لانگر^۲ و همکاران و ملامد^۳ [۱۷] و بذرافشان و همکاران [۱۸] در جریان یک برنامه کلی درمانگری شناختی- رفتاری از پاره‌ای دستورالعمل‌ها برای افزایش توانایی مقابله افراد با تنیدگی استفاده کرده‌اند. مطالعات بسیار محدودی در خصوص مقابله درمانگری مادران و اثر آن بر رفتار کودک انجام شده است. اگرچه نمی‌توان ادبیات پژوهشی در مورد مقابله درمانگری را به دلیل ابداعی بودن آن جمع‌آوری کرد، اما به مجموعه مطالعات اخیر که اثربخشی مقابله درمانگری در موارد مختلفی چون بهزیستی مادران، سلامت کودکان و ... را در پژوهش‌های گوناگون بررسی کرده‌اند، اشاره می‌کنیم. آقاییوسفی و زارع [۱۹] در پژوهشی بر روی ۱۰۰ بیمار زن مبتلا به اختلال عروق کرونر به بررسی تأثیر مقابله درمانگری بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر پرداختند. نتایج نشان دادند که مقابله درمانگری می‌تواند در درازمدت سهم تنیدگی در تشدید این اختلالات در زنان دارای اختلالات عروق کرونر را کاهش دهد. مقابله درمانگری در کوتاه‌مدت تنیدگی ادراک شده زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر را کاهش می‌دهد.

همچنین آقاییوسفی و علیپور و داوودی فر [۲۰] در پژوهشی دیگر نشان دادند که طی جلسه آموزش مقابله درمانگری تغییرات قابل توجهی بر باورهای خودکارآمد، تنیدگی شغلی، خستگی عاطفی، دگرگونی شخصیت و فرسودگی شغلی آزمودنی‌ها به وجود آمده است. آقا یوسفی و علاقیند [۲۱] پژوهشی با عنوان اثر مقابله درمانگری بر روش‌های مقابله‌ای مادران کودکان مصروع انجام دادند. یافته‌ها نشان داد عوامل تنیدگی زا، منابع حمایتی و رفتارهای مقابله‌ای والدین اثر مستقیمی بر تنیدگی والدینی و شیوه والدگری آن‌ها دارد و مقابله درمانگری گروهی مادران کودکان مبتلا به صرع فراگیر فعال در یک قالب کوتاه مدت ۸ جلسه‌ای می‌تواند دست‌کم پنج راهبرد مقابله‌ای را زیر تأثیر خود بگیرد. در این پژوهش راهبردهای مقابله‌ای نارسایبی چون دوری‌جویی و گریز-اجتناب کاهش‌یافته و راهبردهای

¹ Kendal

² Langer

³ Mellamed

همان‌طور که گفتیم طیف گسترده‌ای از مداخلات بر اختلالات رفتاری کودکان اثربخش هستند. نمونه‌هایی از برنامه‌های فرزندپروری رفتاری مبتنی بر شواهد که بیش‌ازپیش جهت برنامه‌های خدمات اجتماعی کودک ارتقا یافته‌اند شامل برنامه‌های سه پی (۲۰۱۲)^۱، سال‌های باورنکردنی (۲۰۱۱)^۲، درمان تعامل والد - کودک^۳ (۱۹۹۸) و درمان مبتنی بر رابطه والد - کودک^۴ می‌باشد [۲۳].

از آنجاکه برقراری رابطه درمانی عنصری مهم در درمانگری کودکان است، رابطه عاطفی موجود میان والد و کودک، در فرایند درمان امری تأثیرگذار به حساب می‌آید و با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید بیشتر از آن برای فرزندانشان مؤثر باشند [۲۴] و [۲۵]. یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان، آموزش مهارت‌هایی به والدین است که به کنترل رفتار از جانب کودک و ایجاد سبک‌های والدینی مؤثر می‌انجامد. رابطه عاطفی میان والد و کودک، در فرایند درمان امری تأثیرگذار محسوب می‌شود و با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندانشان مؤثر باشند. یکی از جدیدترین روش‌ها در اصلاح رفتار کودکان، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک است که مبتنی بر این فرض اساسی است که از آنجاکه والدین از ارتباط قوی با کودک برخوردارند، آنچه درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثربخشی بالا و نتایج پایای درمان در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد - کودک است [۲۶].

برنامه‌های آموزش والدین در سیستم رفاه و سلامتی کودک معروف‌ترین نوع خدماتی است که برای والدین ارائه می‌شود. مدل‌های تربیتی سنتی والدین اغلب متکی بر ارائه اصول آموزشی فرزندپروری انتزاعی هستند به‌عنوان مثال بینش در مورد زیربنای رفتار فرزند پروری کنونی یا مباحث گروهی ساختار نیافته را آموزش می‌دهند و نتایج آن ناامیدکننده است. اخیراً تمرکز به مهارت‌های رفتاری مبتنی بر شواهد تغییر یافته است و جهت آن به مداخلات آموزش والدین است که ابتدا با میانجی‌گری والدین بر مشکلات رفتاری کودک برای تقاضاهای خدمات اجتماعی کودک ابداع شد. در مقایسه با مدل‌های سنتی فرزندپروری که تأکید بر مفهوم فرزندپروری درک و فهم آن و صحبت درباره آن دارند، این مدل‌های جدیدتر مبتنی بر شواهد، متمرکز بر فرزندپروری هستند که همان‌طور که از نظر رفتاری اجرا می‌شود. مدل‌های جدیدتر ممکن است مهارت‌ها و اصول فرزندپروری کمتری را هدف قرار دهند، اما آن‌ها را با جزئیات بیشتر بخصوص تکرار و شدت هدف مطالعه قرار می‌دهند [۲۳]. به‌جای آموزش صرف مفهوم انتزاعی فرزند پروری و سپس سپردن آن به والدین

دیگر راهکارهایی را برای مقابله با فشار روانی به والدین آموزش دهند. در مجموع یافته‌ها نشان داد که مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی یکسان است و سلامت عمومی مادران هر دو گروه را افزایش می‌دهد، علائم جسمانی و افسردگی مادران را کاهش می‌دهد و خواب و کارکرد اجتماعی آن‌ها را بهبود می‌بخشد.

درتاج [۱۷] پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر تنش شغلی و رضایت شغلی آتش‌نشانان انجام داد. طبق این مدل اگر بتوان تعامل‌ها و تطابق‌های میان فرد و محیط را از طریق راهکارهای رفتاری - شناختی به‌گونه‌ای فعال اصلاح کرد می‌توان شاهد کاهش آثار تنش بود، زیرا در این نظریه، تنش تنها یک محرک یا پاسخ نیست بلکه فرایندی مداوم است که می‌توان از طریق راهکارهای آموزشی مناسب آن را بهبود بخشید. از آنجاکه شناخت درمانی بر افزایش احساس تسلط نقش بسزایی داشته و آن را تأیید کرده می‌توان مقابله درمان گری را نیز شاخه‌ای از شناخت درمانی دانست و با افزایش طرح‌واره‌های شناختی افراد در برخورد با مسائل شغلی طبیعتاً شناخت و رضایت افراد را بالا برد. از سویی به نظر می‌رسد مقابله درمانگری با مفهوم عمده نظریه شناختی - اجتماعی بندورا در تعیین گری متقابل که حاکی از تعامل مداوم میان محیط و شخص و رفتار است ارتباط تنگاتنگی دارد؛ زیرا طبق این مدل همان‌طور که محیط بر رفتار تأثیر می‌گذارد، رفتار هم بر محیط و علاوه بر آن خود شخص بر محیط و رفتار تأثیرگذار است. اگر آموزش مقابله درمانگری را به‌نوعی تأثیر محیطی بدانیم که بر آگاهی شخص و باورهای او تأثیر می‌گذارد و باعث تغییر رفتار وی در جهت بهینه می‌شود؛ این چرخه به افزایش رضایت فرد می‌انجامد. سازگاری و تعادل جویی از ویژگی‌های زندگی روزمره انسان محسوب می‌شود و زمانی که شخص دچار تنش و ناراحتی می‌شود این تعادل روانی به هم می‌خورد؛ بنابراین انسان سالم به دنبال رسیدن به تعادل است تا در شرایط دشوار تنش با انجام مقابله‌ای متناسب، از تنش خود بکاهد. یافته‌های این پژوهش نشان داده است که شیوه‌های مقابله درمانگری بر کاهش تنش شغلی مؤثر بوده است. آقاییوسفی [۱۵] در پژوهشی به بررسی اثر مقابله درمانگری مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید بر فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه کودکان عقب‌مانده پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که مقابله درمانگری، فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه در این کودکان را کاهش می‌دهد. در واقع تسلط مادران بر کنترل تنیدگی، آن‌ها را در مقابل چالش‌ها و رفتارهای سازش نیافته و پرخاشگرانه کودکانشان مقاوم‌تر می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد که به‌طور مؤثرتری این‌گونه رفتارهای کودکان عقب‌مانده ذهنی خودشان را کنترل نمایند. به‌علاوه مقابله درمانگری در مادران ضمن آشنا کردن آن‌ها با مفهوم تنیدگی و روش‌های مقابله با آن توانسته مادران را قادر سازد تا با گوش دادن فعال و کنترل عوامل ایجادکننده خشونت در برخورد و تعاملات خود با کودکان عقب‌مانده ذهنی‌شان از رفتارهای پرخاشگرانه استفاده نمایند.

¹ Triple p

² Incredible years

³ Parent - child interaction therapy

⁴ Child parent relationship therapy-CPRT

... در مورد PCIT، اثربخشی آن را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش اجابت درخواست‌های والدین از سوی کودکان و کاهش استرس فرزند پروری در والدین را نشان داده‌اند و امروزه بحث بر این است که چگونه کارآمدی و انجام‌پذیری درمان تعامل والد - فرزند را در جمعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف می‌توان بهبود بخشید. از سویی دیگر مطالعات بسیار محدودی در خصوص مقابله‌درمانگری مادران و اثر آن بر رفتار کودک انجام شده است. بر این اساس در مطالعه کنونی این فرضیه مورد بررسی قرار گرفت که آیا درمان مقابله‌درمانگری و روش درمان تعامل والد - فرزند شدت مشکلات رفتاری در کودکان را کاهش می‌دهد؟ از آنجاکه اثربخشی درمان تعامل والد - فرزند در سایر مطالعات تأیید شده است، آن را به‌عنوان ملاک مقایسه با اثربخشی مقابله‌درمانگری به‌عنوان یک روش درمانی جدید که در ایران مطرح می‌باشد، انتخاب کردیم. ضمناً شواهدی [۱۲] وجود دارد که طیف متنوعی از مداخلات درمانی برای کودکان با نشانگان برون‌سازی شده مؤثر است. نویسندگان تحقیقات مقایسه‌ای این‌چنینی را در بررسی مؤثر بودن اقدامات خاصی جهت ارتقا و انتخاب مداخلات ضروری می‌دانند. در این پروژه هدف این است که اثربخشی مقابله‌درمانگری (به‌عنوان یک روش بومی و البته نوپدید) در مادران را با اثربخشی درمان تعامل والد - فرزند در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان مقایسه نماییم. شایان ذکر است که بنیاد نظری مقابله‌درمانگری الگوی شناختی است. درحالی‌که پایه نظری درمان تعامل والد - فرزند متأثر از نظریه دلبستگی بالبی می‌باشد.

نوع پژوهش

پژوهش حاضر تحقیقی از نوع آزمایشی است.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه کودکان ۳-۶ ساله تحت آموزش در مهدکودک‌های زیر نظر سازمان بهزیستی شهرستان شاهیندژ با تعداد ۷۶۹ نفر در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ بود.

نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. چراکه تنها به انتخاب افرادی که به مهدکودک‌های مذکور مراجعه کرده بودند، اکتفا شد و سایر کودکان در نظر گرفته نشدند. در این روش به‌طور تصادفی ۸ مهدکودک از میان همه مهدکودک‌های شهر شاهیندژ انتخاب شد و افرادی از جامعه آماری جهت شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند که ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش را داشتند. تعداد افراد شناسایی شده در این مهدکودک‌ها که دارای ملاک‌های اختلالات عاطفی - رفتاری باشند، طبق فهرست رفتار کودک ۱۰۰ نفر بودند. در نهایت از این مهدکودک‌ها سه گروه ۳۰ نفری از کودکان دارای مشکلات رفتاری به‌طور تصادفی انتخاب و نیز به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند که البته پس از ریزش به ۲۹ نفر در هر گروه آزمایش و ۳۰ نفر در گروه کنترل تقلیل یافت. گروه‌های آزمایش توسط روانشناس بالینی تحت آموزش قرار

که این مفهوم را در رفتار فرزندپروری برگردانند، این مدل‌ها رفتار فرزندپروری را مستقیماً آموزش می‌دهند، در مورد درمان تعامل والد - کودک، نهایتاً والدین به ملاک‌های عینی برای نشان دادن صلاحیت در مهارت می‌رسند. درمان تعامل والد - کودک یک مدل مبتنی بر شواهد است که ابتدا به‌عنوان درمان با میانجی‌گری والدین برای مشکلات رفتاری کودکان سنین قبل مدرسه بود و بعداً به‌عنوان درمانی برای والدین بدر رفتار سنین قبل مدرسه و سنین مدرسه توسعه پیدا کرد. درمان تعامل والد - کودک اصول رفتاری را برای موارد زیر به کار می‌برد:

(الف) افزایش عزت نفس کودک و کاهش مشکلات رفتاری

(ب) بالا بردن کیفیت رابطه والد-کودک و ارتقای تعامل مثبت

بین والد و کودک

(ج) بنا نهادن راهبردهای مدیریت رفتار کارآمد و سازگار

(د) دادن احساس شایستگی و خودکارآمدی بهتر به والدین

[۱۳].

از آنجاکه ریشه بسیاری از اختلالات کودکی در تعاملات منفی والدین و کودک است، درمانی برای این اختلالات که هدفش بازسازی تعاملات والد-کودک باشد، می‌تواند در درمان اختلالات کودکی مفید باشد. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که درمان تعامل والد-کودک (PCIT) بر اساس نظریه‌های دلبستگی و یادگیری اجتماعی و تکنیک‌های مختلف تقویتی طبق مدل درمانی دومرحله‌ای توسط هانف^۱ [۲۶] بنا نهاده شده که به والدین آموزش می‌دهد با کودکانشان با گرمی، توجه و به شیوه پاسخگرانه تعامل داشته باشند. درمان تعامل والد-کودک به والدین کمک می‌کند تا روابط گرم و پاسخگرانه با کودکان برقرار سازند و رفتار کودک را به‌طور مؤثری مدیریت نمایند [۲۷]. والدینی که درمان تعامل والد-کودک را گذرانده‌اند، یاد گرفته‌اند که چگونه با هیجانانی که در پی رفتارهای مختل کودکانشان پیش می‌آید، با استفاده از مهارت‌های کاهش اضطراب مانند تنفس عمیق و شمردن آهسته در هنگام ناکامی مقابله نمایند [۲۸]. این مدل بر این فرض استوار است که بهبود تعاملات والد-کودک، منجر به بهبود عملکرد کودک و خانواده خواهد شد. امروزه نسخه‌های جدیدتری از آن ارائه شده است [۲۹]. این آموزش یا درمان تعامل والد-کودک که در مورد خانواده‌های دارای فرزندی با مشکلات عاطفی و رفتاری استفاده می‌شود، روشی است که هم از نظر تئوری و هم عملی و آزمایشگاهی ثابت شده و دارای اهمیت و اطمینان لازم می‌باشد. در یک متا آنالیز [۲۶] محققین ۱۱ مطالعه را گزارش کردند که به اثربخشی درمان تعامل والد-فرزند اشاره داشتند و نتایج مطالعات آن‌ها نشان داد که این روش درمانی تأثیر سودمندی بر ادراک مراقبین اولیه/والدین و سایر پیامدهای بررسی شده مانند خلق و خوی کودک و توانایی خودتنظیمی و فراوانی مشکلات رفتاری کودک و توانایی تحمل مراقب در مورد رفتار کودک مشکلات تعاملی والد / مراقب - کودک و استرس کلی مراقب دارد. از سویی سری مطالعات متعددی [۱۳] و [۲۶] و [۲۷] و [۲۸] و [۲۹] و [۳۰]

^۱ Hanf

کودک مهارت‌های لازم را می‌آموزند. خوب دستور دادن، تحسین کردن، فرمان‌پذیری، استفاده از فن‌محرومیت برای نافرمانی و برقراری قوانین خانگی از مهارت‌های این مرحله هستند. درمان تعامل‌والد - کودک معمولاً به ۱۲ جلسه یک‌ساعته هفتگی برای هدایت تعامل‌والد - کودک، یک جلسه ارزیابی یک و نیم‌ساعته و دو جلسه آموزشی در آغاز هر مرحله نیاز دارد.

جلسه اول: ارزیابی اولیه و تعیین جهت‌گیری درمان.

درمان تعامل‌والد - کودک با جلسه ارزیابی پیش از درمان آغاز می‌شود. در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخچه‌ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری می‌شود و درمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست می‌آورد. درمانگر نمونه‌ای از چگونگی تعامل‌والد و کودک را از طریق مشاهده تعامل آن‌ها در حین بازی بررسی می‌کند. با کمک پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط والدین نسبت به شدت مشکلات کودک اطلاعات کمی و دقیقی را کسب می‌کند. درمانگر در مورد اهداف، مراحل و فرایند درمان به والدین آگاهی لازم را می‌دهد.

مرحله اول: تعامل کودک محور

جلسه دوم: آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک). در این جلسه علاوه بر مهارت‌های کودک محوری که پیش‌ازاین به آن‌ها اشاره شد. به والدین آموزش داده می‌شود تا در این مرحله برای رفتارهای منفی کودک از شیوه نادیده گرفتن استفاده نمایند. با توجه به اینکه یکی از اصول مهم این مرحله پیروی والدین از کودک است، از والدین خواسته می‌شود که از پرسیدن سؤال و دستور دادن خودداری نمایند. فعالیتی که در این مرحله انجام می‌شود به دنبال ارتقاء کیفیت ارتباط والد - کودک است؛ انتقاد و سرزنش، از رفتارهایی هستند که به شدت بر این موضوع تأثیر منفی دارند. بنابراین از به کار بردن آن‌ها باید اجتناب نمایند.

جلسه سوم: جلسه هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور (با حضور کودک). تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در حین هدایت‌گری بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می‌شود و صرفاً بازخورد مثبت بدون اشاره به خطاها ارائه می‌شود. همین‌طور در انتهای کار بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها تلاش کنند.

جلسه چهارم: جلسه هدایت‌گری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک). درباره اینکه شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودکان از رفتارهای بزرگ‌ترهای خودشان است، توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بر عدم استفاده از سؤال تأکید می‌شود. ملاک‌های رسیدن به مهارت در مرحله تعامل کودک محور گفته می‌شود. آن‌ها آموزش‌هایی را در زمینه کنترل خشم دریافت می‌کنند.

جلسه پنجم: جلسه هدایت‌گری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک). تحسین توصیف شده مهارتی

گرفتند. ملاک‌های ورود کودکان عبارت بود از: حضور کودک در مهد در طی دوره پژوهش، داشتن سن بین ۳ تا ۶ سال، داشتن سابقه‌ای از بعضی مسائل عاطفی از بدو ورود به مهد کودک تا هنگام شروع پژوهش، ملاک‌های اختلالات رفتاری، به‌علاوه دسترسی به والدین از طریق مهد کودک.

معیارهای ورود والدین نیز، داشتن سواد برای پر کردن پرسشنامه، موافقت با حضور در جلسات آموزش و داشتن کودکانی با معیارهای ورود و خروج مذکور بود. در این پژوهش مشکلات رفتاری کودکان از طریق فهرست رفتاری کودک ارزیابی شد. ملاک‌های خروج عبارت بود از: طلاق پدر و مادر، بیماری روانی شدید پدر و مادر کودک، بیماری مزمن و ناتوان‌کننده در کودک و وجود بیماری روانی هم‌زمان در کودک.

ابزارهای پژوهش

۱. فهرست رفتار کودک ایبرگ^۱: یک مقیاسی است که والدین آن را تکمیل می‌کنند تا شدت و فراوانی رفتارهای مختل کودکشان را ارزیابی کنند و به‌طور گسترده‌ای در مطالعاتی که پیامدهای درمانی در مورد اختلالات رفتاری کودکان را می‌سنجند به کار می‌رود [۳۱]. این پرسشنامه واجد دو نمره است که عبارت است نمره شدت و نمره مشکل است. نمره شدت درباره میزان شدت هر یک از ۳۶ مشکل مورد نظر در این پرسشنامه تخمینی ارائه می‌دهد. دامنه شدت مشکل می‌تواند از ۳۶ تا ۲۵۲ باشد. نمره مشکل هم به والدین این امکان را می‌دهد که تعیین کند تا چه حدی رفتارهای فرزندشان را به‌عنوان یک مشکل ارزیابی می‌کنند. دامنه این نمره نیز از ۰ تا ۳۶ است [۳۲]. نمره‌های بالاتر در مقیاس‌های این ابزار گویای شدت و تعداد بیشتر مشکلات رفتاری است. دو نمره برش در این مقیاس وجود دارد: ۱۲۷ در مورد شدت مشکلات و ۱۱ در مورد مشکلات که نمرات بالاتر نیاز به درمان دارند. اجرا و نمره‌گذاری این ابزار چیزی در حدود ۲۰ دقیقه زمان می‌برد. هماهنگی درونی^۲ این پرسشنامه در مورد نشانه‌ها ۰/۹۱ و در شاخص شدت ۰/۹۳ می‌باشد. پایایی آزمون - باز آزمون آن ۰/۸۸ تا ۰/۸۶، پایایی بین ارزیاب‌ها ۰/۸۶ تا ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۵ برآورد شده است [۳۳].

۲. برنامه درمان تعامل‌والد - کودک: درمان تعامل‌والد - فرزند برنامه آموزش والدین مبتنی بر شواهد است که کار با والدین و کودکان سنین ۲ تا ۷ سال را در بردارد و سال ۱۹۹۷ توسط ایبرگ ساخته شد [۲۶]. در این برنامه دودسته از مهارت‌ها در دو مرحله درمان مورد توجه قرار می‌گیرند. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی‌درمانی را به‌منظور ارتقا ارتباط‌والد - کودک می‌آموزند. مهارت‌های این مرحله تحسین کردن، بازخورد دادن، تقلید کردن، مشتاق بودن، توصیف کردن و ارائه توجه مشروط است. در مرحله تعامل‌والد محور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مختل

^۱ Eyberg child behavior inventory (ECBI)

^۲ Internal consistency

اهدو مرحله درمان ادامه می‌یابد. از این‌پس از والدین خواسته می‌شود از مهارت‌های این مرحله برای مسائلی استفاده کنند که فرمان‌پذیری کودک در آن موارد برای والدین مهم است. و برای سایر مسائل، از تکنیک‌های آموزش داده شده دیگر استفاده نمایند.

جلسه یازدهم: جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی (با حضور کودک). بعد از هدایت تعامل والد محور، نمودار نمرات فهرست رفتار کودک آبی‌رنگ بررسی می‌شود و سپس مشکلات رفتاری باقیمانده با والدین مرور خواهد شد. برای هر مشکل معین می‌شود که چه شیوه‌ای مناسب است. فرایند تعیین قوانین خانگی و چگونگی اجرای آن به والدین آموزش داده می‌شود.

جلسه دوازدهم: جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک). فرایند هدایت‌گری ادامه می‌یابد و در صورتی که والدین فاصله زیادی از ملاک‌های تسلط بر مهارت داشته باشند زمان بیشتری صرف هدایت تعامل خواهد شد. در صورت تثبیت قوانین خانگی قبلی در صورت نیاز با همکاری والدین قوانین جدیدی تعیین می‌شود. به رفتار کودک در اماکن عمومی پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار او در این اماکن گفته خواهد شد.

جلسه سیزدهم: جلسه هدایت‌گری در یک مکان عمومی (با حضور کودک). آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان از طریق هدایت تعامل در ابتدای این جلسه در اتاق بازی انجام خواهد شد. سپس نکات آموزش داده شده درباره کنترل رفتار کودک در مکان عمومی با والدین مرور می‌شود. بخش میانی جلسه برای تمرین همین نکات در یک مکان عمومی ادامه می‌یابد. از والدین خواسته می‌شود با استفاده از شیوه‌های حل مسئله مشکلات احتمالی را مدیریت نمایند.

جلسه چهاردهم: جلسه هدایت‌گری و حل مسائلی که مانع اتمام درمان هستند (با حضور کودک). در حالی که به‌منظور آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان بر مهارت‌های ضعیف‌تر تمرکز بیشتری می‌شود؛ به مسائلی که مانع به تسلط رسیدن در مهارت‌ها هستند نیز توجه خواهد شد. در صورت نیاز والدین با درمان بازی نقش مهارت‌های ضعیف‌تر را انجام می‌دهند. اگر بخشی از مشکلات باقیمانده به رابطه کودک با خواهر یا برادرش مربوط است، می‌توان تکلیف خانگی بازی دونفره کودکان را به آن‌ها داد و حتی جلسه‌ای را با حضور خواهر یا برادر کودک هدایت نمود. اهداف و برنامه‌ای جلسه تا زمان تسلط یافتن والدین بر مهارت‌ها می‌تواند ادامه داشته باشد.

جلسه آخر: جلسه فارغ‌التحصیلی (با حضور کودک). ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار در این جلسه انجام می‌شود. باید بر اهمیت ادامه دادن استفاده از مهارت‌ها تأکید شود و درمانگر رضایت خود را از موفقیت والدین در فرایند درمان نشان دهد. برای جلسه حمایتی که سه ماه بعد از پایان درمان برگزار می‌شود، باید برنامه‌ریزی شود. به خانواده‌ها گفته می‌شود که در هر زمان با مشکلی مواجه

است که در بخش هدایت تعامل به‌طور خاص مورد توجه قرار می‌گیرد «دریافت حمایت» موضوعی است که با والدین در میان گذاشته می‌شود و آن‌ها ترغیب می‌شوند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت دریافت کنند. در انتهای جلسه سیر تغییرات در نمرات شدت فهرست رفتار کودک آبی‌رنگ با نشان دادن نمودار آن به والدین مرور خواهد شد. از این جلسه به بعد اگر والدین به مهارت‌ها مسلط شده بودند درمان وارد مرحله دوم می‌شود.

جلسه ششم: جلسه هدایت‌گری با تأکید بر موضوع استرس کودکان (با حضور کودک). در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرایند هدایت‌گری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به‌صورت ترکیبی می‌شود و در صورت ضعف در هر یک از مهارت‌ها به‌طور خاص بر استفاده و تمرین آن مهارت در جلسه توجه می‌شود.

مرحله دوم: تعامل والد محور

جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های تعامل والد محور (بدون حضور کودک). در این جلسه مهارت‌های تعامل والد محور که شامل دادن دستورات مؤثر تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرایند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود. در پایان جلسه خلاصه کلیه نکات گفته شده به والدین داده می‌شود تا در طی هفته آن‌ها را مطالعه نمایند اما تا پیش از اولین جلسه هدایت‌گری از آن استفاده نکنند.

جلسه هشتم: جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک). برای والدین این فرصت مهیا می‌شود تا بتوانند در قالب یک هدایت‌گری فشرده از جانب درمانگر فرایند تعامل والد محور را به‌درستی اجرا نمایند و جلسه را با اعتماد کافی برای اجرای درست فرایند در خانه ترک کنند. در ابتدای جلسه کل فرایند با والدین مرور می‌شود و سپس متناسب با سطح رشد کودک نیز به او توضیحاتی داده خواهد شد. اگر فرایند کار در این جلسه به‌خوبی اجرا شود و جلسه با فرمان‌پذیری کودک به پایان برسد از والدین خواسته می‌شود تا اولین تکلیف خانگی مرحله دوم درمان را در خانه انجام دهند.

جلسه نهم: جلسه هدایت‌گری همراه با آغاز تعمیم دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک).

تمرین مهارت‌های این مرحله ادامه پیدا می‌کند. برای والدین ملاک‌های کسب مهارت توضیح داده می‌شود. از این‌پس به دنبال تعمیم دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از اتاق بازی هستیم از این رو از والدین خواسته می‌شود در صورت نیاز از مهارت‌ها در اتاق انتظار یا پس از پایان هر جلسه استفاده نمایند. اگر والدین اولین تکلیف خانگی را با موفقیت انجام داده باشند، تکلیف خانگی دیگری که شامل موقعیت جمع‌آوری اسباب‌بازی‌هاست به آن‌ها داده می‌شود.

جلسه دهم: جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک). تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور می‌شود و ارتقاء مهارت‌های

درخواست می‌شود که ارزیابی اطرافیان دربارۀ نحوه برخوردش با رویدادهای تنیدگی را پرسیده، یادداشت کرده و در جلسه بعد به بحث بگذارد. ممکن است ارزیابی‌های دیگران دقیق و کمک‌کننده باشد و ممکن است تلاش کرده باشند در جهت حفظ منافع خودشان یک ارزیابی غیرواقعی به فرد ارائه داده باشند. مهم این است که مراجع یا بیمار بایستی همواره به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دهد. اگر مشکل فرد حل شده باشد، آنگاه به تنیدگی‌های دیگری که فرد تجربه می‌کند پرداخته می‌شود و باید آن‌ها را یادداشت کرده و در جلسات بعد همراه بیاورد تا زمانی که فرد مهارت مقابله مؤثر با رویدادهای تنیدگی‌زا را بیاموزد و بتواند به کار گیرد. این فرایند تا پایان جلسات درمان ادامه می‌یابد.

جلسه چهارم: ارزیابی راه‌های جدیدتر در برخورد با تنیدگی و تغییر روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد در دستور کار قرار می‌گیرد.
جلسه پنجم: گزارش نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای اجرا شده.
جلسه ششم: بحث در مورد گزارش ارزیابی اطرافیان دربارۀ نحوه برخورد مراجع در مورد رویدادهای تنیدگی‌زا.
جلسه هفتم: بررسی تنیدگی‌های دیگر.
جلسه هشتم: ادامه ارزیابی‌ها توسط مراجع تا یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای.
جلسه نهم: بیان تنیدگی خود توسط اعضا و بیان افکار و احساسات تجربه کرده خود و ارزیابی نخستین و ثانوی و بررسی سازش یافته بودن واکنش‌های فرد.
جلسه دهم: ارزیابی راه‌های جدیدتر در برخورد با تنیدگی و تغییر روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد.
جلسه یازدهم: گزارش نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله.
جلسه دوازدهم: ارزیابی مهارت مقابله‌ای آموخته شده اعضا.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی، از آزمون لوین و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج

در این قسمت با استفاده از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.»^۱ به تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی پرداخته شده است. ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و مقایسه و سپس آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته ارائه گردیده است. پس از آن، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین مبنی بر تساوی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آماری لازم جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک در مورد متغیر وابسته استفاده گردیده است. سپس داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل

شدند می‌توانند با درمانگر در تماس باشند و در صورت نیاز برای آن‌ها جلسه فوق‌العاده برگزار شود.

۳. برنامه مقابله در مانگری: مقابله در مانگری به‌عنوان روشی که در فرایند مشاوره و مبتنی بر نظریه‌ی فولکمن-لازاروس، نخستین بار توسط آقاییوسفی [۳۴] معرفی شده این فن که بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بنا شده است. جلسات درمان می‌تواند فردی یا گروهی باشد. در جلسات گروهی بایستی ضوابط عمومی جلسات گروه درمانگری را رعایت کرد. تعداد جلسات معمولاً ۸ تا ۱۵ جلسه است. مدت‌زمان هر جلسه‌ی فردی به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه و برای جلسات گروهی ۲ تا ۳ ساعت است. این تعداد جلسات جدا از جلسات مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها و حتی آموزش‌های نخستین و جلسات پس‌آزمون است.

جلسه اول: تعریف تنیدگی و اثرات آن بر سلامتی زیست‌شناختی و روان‌شناختی و تحول بهنجار و نیز تعریف مقابله و راه‌های هشت‌گانه مقابله‌ای. در پایان جلسه از مراجعین یا بیماران درخواست می‌شود تا برای جلسه بعد مهم‌ترین رویداد تنیدگی‌زای هفته یا حتی زندگی خود همراه با اعمال، افکار و احساساتی که تجربه کرده یا به کار برده‌اند را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه بیاورند.

جلسه دوم: هر یک از اعضای گروه تنیدگی خود را بیان کرده و اعمال، افکار و احساسات تجربه کرده خود را بیان کرده و سپس خود و دیگر اعضای گروه با هدایت روان‌درمانگر می‌کوشند دوباره به ارزیابی نخستین و ثانوی پرداخته و واکنش‌های فرد را از نظر درجه سازش یافته بودن ارزیابی کنند. گاهی فرد بهترین کاری که می‌تواند بکند این است که رو در روی عامل تنیدگی‌زا قرار گرفته و پرخاشگرانه (و البته محترمانه) احساس و افکارش را بیان کند. گاهی باید مسئولیت خود در به وجود آمدن مشکل را واقع‌گرایانه ارزیابی کند. درحالی‌که قبلاً کمتر یا بیشتر از واقعیت ارزیابی می‌کرده است. گاهی نباید به رویدادهای تنیدگی‌زای خیلی کم‌اهمیت فکر کند (دوری‌جویی) و گاه باید از روش حل منطقی مسئله استفاده کند. گریز-اجتناب که شامل خوابیدن، گریستن، قهر کردن، پناه بردن به دارو و مواد، خیال‌پردازی و اجتناب از قرار گرفتن در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا است معمولاً تشویق نمی‌شود و به‌عنوان روشی بیماری‌زا به افراد کمک می‌شود تا از آن اجتناب کنند. مگر آنکه مشکلی غیرقابل کنترل (مانند مرگ یک عزیز) ایجاد شده باشد که برای کوتاه‌مدت تشویق می‌شود و سپس فرد باید روش مقابله‌ای خود را تغییر دهد. سپس از فرد خواسته می‌شود تا با توجه به نتایج جلسه، این بار راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تر را به کار گرفته و مجدداً نتایج را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه بیاورد.

جلسه سوم: در این جلسه نخست هر کس نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده خویش را گزارش می‌دهد. اگر مشکل کاهش یافته بود، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه یافته و راه‌های مقابله‌ای دیگر هم به کمک گرفته می‌شود تا مشکل به حداقل برسد. گاهی از مراجع

^۱ SPSS

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌های سه گروه در متغیر شدت مشکلات رفتاری به تفکیک موقعیت ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول نیز مشخص است مقایسه میانگین‌ها حاکی از کاهش نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایشی مقابله درمانگری و درمان تعامل والد- کودک در موقعیت‌های پس‌آزمون و پیگیری نسبت به موقعیت پیش‌آزمون است. نمایش تصویری این یافته در نمودار ۴-۸ نیز منعکس شده است.

قرار گرفته است. در این تحلیل، عضویت گروهی به‌عنوان متغیر مستقل و نمرات شدت مشکلات رفتاری کودکان به‌عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کنترل (همگام) در نظر گرفته شده است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مقابله درمانگری و برنامه درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان و مقایسه این دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه گروه در مقیاس شدت مشکلات رفتاری

متغیر	موقعیت	گروه تعامل والد- کودک		گروه کنترل		گروه مقابله درمانگری	
		SD	M	SD	M	SD	M
شدت مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	۶/۴۸	۱۴۱/۷۵	۷/۶۹	۱۲۹/۴۵	۵/۵۶	۱۲۹/۴۵
	پس‌آزمون	۶/۶۰	۱۴۱/۴۸	۱۳/۴۶	۸۲/۴۸	۷/۵۱	۸۲/۴۸
	پیگیری	۸/۳۵	۱۷۱/۸۲	۳۲/۰۳	۹۴/۷۷	۶/۹۰	۹۴/۷۷

جهت مقایسه تفاوت تغییر نمرات سه گروه در متغیر شدت مشکلات رفتاری ارائه شده است. لازم به ذکر است در مقادیر درون‌آزمودنی به علت معناداری آزمون کرویت موجلی ($P < 0.05$) به منظور اصلاح به‌وسیله اسپیلون مقادیر مربوط به اسپیلون کران پایین گزارش شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، نتایج بیانگر معناداری تفاوت تغییر نمرات در گروه‌ها است ($P < 0.05$). مقادیر مجذور اتای سهمی نیز بیانگر اندازه اثر قابل قبولی است ($\eta^2 > 0.14$).

فرضیه اول: مقابله درمانگری شدت مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد.
فرضیه دوم: درمان تعامل والد- کودک شدت مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد.
فرضیه سوم: میان اثربخشی مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان تفاوت وجود دارد.
در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه تغییر نمرات شدت مشکلات رفتاری در سه گروه

اثر	SS	df1	df2	MS	F	P	η^2
درون‌آزمودنی	۵۹۷۸۶/۵۳۸	۲	۸۵	۲۹۸۹۳/۲۶۹	۹۱/۰۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۲
بین‌آزمودنی	۱۳۲۱۰۲/۱۰۴	۲	۸۵	۶۶۰۵۱/۰۵۲	۳۵۴/۹۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۳

کودکان مؤثر هستند. ولی میان تغییر نمرات در دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$)؛ یعنی فرضیه اول و دوم تائید و فرضیه سوم رد می‌شود.
بنابراین دو روش مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان اثربخشی مشابهی دارند.

نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه زوجی تفاوت تغییر نمرات شدت مشکلات رفتاری در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج بیانگر آن است که میان تغییر نمرات دو گروه مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد- کودک با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بدین معنا که هر دو روش مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری

جدول ۳. آزمون توکی جهت مقایسه زوجی شدت مشکلات رفتاری در گروه‌ها

متغیر	(I)	(J)	(I-J)	SE	P
شدت مشکلات رفتاری	تعامل والد- کودک	مقابله‌درمانگری	-۲/۹۵۱	۲/۰۵۳	۰/۳۲۷
		کنترل	*-۴۹/۰۷۱	۲/۰۸۶	۰/۰۰۰۱
	مقابله‌درمانگری	تعامل والد- کودک	۲/۹۵۱	۲/۰۵۳	۰/۳۲۷
		کنترل	*-۴۶/۱۱۹	۲/۰۳۴	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مقابله درمانگری و برنامه درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان و مقایسه این دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل بود. همان‌گونه که نتایج پژوهش نشان داد درمان تعامل والد- کودک و مقابله درمانگری به‌صورت معناداری در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان مؤثر بودند.

یافته‌های پژوهش اخیر در تائید یافته‌های پیشین [۱۳] و [۲۷] و [۲۹] و [۳۱] و ... در اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان بود. بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد- کودک ریشه

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مقابله درمانگری و برنامه درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان و مقایسه این دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل بود. همان‌گونه که نتایج پژوهش نشان داد درمان تعامل والد- کودک و مقابله درمانگری به‌صورت معناداری در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان مؤثر بودند.

دارد. رفتارهای منفی والدین مانند فریاد زدن، تهدید کردن، رفتارهای منفی کودک مانند بی‌مسئولیتی و نافرمانی را تقویت می‌کند که این مسئله رفتارهای والدین را بدتر کرده و ممکن است منجر به خشونت شود. درمان تعامل والد - کودک با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین به اینکه با ثبات باشند و تکنیک‌های غیر خشونت‌آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند. در درمان تعامل والد - کودک، والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکانشان فرا می‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در کودک افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند به کودکانشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی مؤثرتری که منطبق با نیازهای کودکانشان است به کار برند و به رفتارهای سازگارانۀ کودک توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانۀ وی را نادیده بگیرند، در عوض کودکان به این تعاملات به صورت سالم‌تری پاسخ می‌دهند.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی مداخله (مقابله درمانگری) بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان بود. مطالعات بسیار محدودی در خصوص مقابله درمانگری مادران و بخصوص اثر آن بر رفتار کودک انجام شده است که اگرچه نمی‌توان ادبیات پژوهشی مربوط به اثر مقابله درمانگری را به دلیل ابداعی بودن آن جمع‌آوری کرد، پژوهش‌گران در جریان یک برنامه کلی درمانگری شناختی- رفتاری از پاره‌ای دستورات عملی‌ها برای افزایش توانایی مقابله افراد با تنیدگی استفاده می‌کنند [۱۷] و [۱۸].

منطق پایه مقابله درمانگری عبارت است از اینکه اگر مقابله نارساکنش‌ور مادران می‌تواند منجر به تهدید سلامت شود، اصلاح روش‌های مقابله با تنیدگی در جریان یک فرایند درمانی می‌تواند این فرایند را واژگون سازد [۱۵]. مقابله درمانگری از راه هشیار ساختن فرد نسبت به نوع تنیدگی‌های زندگی، امکانات مقابله‌ای فرد، جستجو و یافتن راه‌های مقابله‌ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار می‌سازد. بر پایه بسته اجرایی این روش مداخله‌ای (مقابله درمانگری)، راه‌های هشتگانه مقابله با تنیدگی که افراد به شیوه‌های نادرست و نابجا آن‌ها را به کار می‌گیرند (در طول جلسات مقابله درمانگری) به شیوه‌ای مفید تنظیم شده و بیماران، راه‌های مقابله‌ای خود را با بحث‌های صورت گرفته در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش یافته با رویدادهای تنیدگی‌زا می‌پردازند. درحالی‌که مقابله ناکارآمد ناشی از ناهشیاری فرد نسبت به امکانات مقابله‌ای، برآوردهای شناختی غیردقیق و تحریف شده، انتخاب راه‌های مقابله‌ای از روی شتاب، هیجان‌زدگی و عدم مدیریت شناخت‌ها منجر به اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای سازش نایافته می‌شود. مقابله درمانگری فرایند بیماری‌ساز را واژگونه ساخته و روند انتخاب و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای را در جهت کارآمدی و سازش یافتگی اصلاح می‌کند. از این جهت یافته‌های این پژوهش با مطالعات قبلی [۱۹] و [۲۱] و [۲۲] و [۲۳] هماهنگ است. به همین علت اینجاست که روش‌های

درمانگری به‌منظور کاهش تنیدگی مادران و نیز تأثیر آن بر مشکلات رفتاری کودکان مطرح می‌شود. مقابله درمانگری می‌تواند در درازمدت سهم تنیدگی در تشدید این اختلالات را کاهش دهد [۱۵]. سبک مقابله‌ای والدین با تنیدگی، درماندگی و سازگاری خانواده ارتباط دارد. معمولاً افرادی که از روش‌های متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند با موقعیت‌های تنش‌زا بهتر سازگار می‌شوند و نشانه‌های مرضی کمتری را بروز می‌دهند و در نتیجه از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. علاوه بر این بین سلامت عمومی و روش‌های مقابله‌ای مانند رویارویی، خویش‌داری، حمایت اجتماعی، مسئله‌گشایی و ارزیابی مجدد همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد و در مقابل، همبستگی آن با ویژگی‌های دوری‌گزینی و گریز و اجتناب، منفی و معنادار گزارش شده است. افراد دارای سلامت عمومی بالا، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار به‌طور معناداری واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که از مؤلفه‌های سلامت عمومی هستند را پیش‌بینی می‌کنند، سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار و منطقی، شاخص‌های سلامتی را پیش‌بینی می‌کنند درحالی‌که سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و ناکارآمد یا اجتنابی، شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی می‌کنند. افراد متخصص که برای کودکان با ناتوانی رشدی خدماتی را فراهم می‌سازند، باید از یک طرف، به‌طور دقیق میزان فشار روانی را که والدین این کودکان تجربه می‌کنند، ارزیابی کنند و از طرف دیگر راهکارهایی را برای مقابله با فشار روانی به والدین آموزش دهند. در مجموع یافته‌ها نشان داد که مقابله درمانگری روش‌های مقابله‌ای دوری‌جویی و گریز و اجتناب را در آزمودنی‌ها کاهش می‌دهد و روش‌های خودمهارگری و جستجوی حمایت اجتماعی و باز برآورد مثبت را افزایش می‌دهد و از راه تمرکز بر روش‌های مقابله‌ای نارساکنش‌ور مادران راهبردهای مقابله‌ای آنان را به شیوه‌های سازش یافته تغییر می‌دهد که این فرایند به نوبه خود از راه کاهش تنیدگی مادران و در مجموع خانواده می‌تواند اثر مثبتی بر سلامتی فرزندان آن‌ها داشته باشد.

هیچ مطالعه مقایسه‌ای در زمینه اثربخشی این دو شیوه درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان صورت نگرفته است. یکی از دلایل آن می‌تواند مقاصد مختلفی که دو شیوه درمانی برای آن ایجاد شده‌اند، باشد. نتایج تحقیقات نشان داده است که سیستم خانوادگی به‌عنوان عامل سهیم در مشکلات رفتاری کودکان می‌باشد و تنیدگی والدینی در ارتباط مستقیم با مشکلات رفتاری کودکان است [۶] و [۱۰] و [۱۳]. همان‌طور که اشاره شد، والدینی که درمان تعامل والد- کودک را گذرانده‌اند، یاد گرفته‌اند که چگونه با هیجاناتی که در پی رفتارهای مختل کودکانشان پیش می‌آید، با استفاده از مهارت‌های کاهش اضطراب مانند تنفس عمیق و شمردن آهسته در هنگام ناکامی مقابله نمایند [۲۹]. این مدل بر این فرض استوار است که بهبود تعاملات والد-کودک، منجر به بهبود عملکرد کودک و خانواده

6. Richters, K.S. (2010). Child temperament, parenting styles, and internalizing and externalizing behaviors as part of a comprehensive assessment tool a research paper, requirements for the Master of Science degree in school psychology, University of Wisconsin-Stout.
7. Abidin, R. R. (1997). Parenting stress index; a measure of the parent-child system.
8. Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child psychology*, Vol. 36, pp. 567-589.
9. تکلوی، سمیه. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی درمانی مادران بر مشکلات کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، شماره ۱ (۱)، صص ۴۴-۵۹.
10. Yahav, R. (2006). The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. University of Haifa.
11. Farmer EM, Compton SN, Burns BJ, Robertson E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *J Consult Clinical Psychology*, Vol. 70, pp. 1267-302.
12. Kazdin, A. E. (2003). Review: parent training and community-based interventions may benefit children with disruptive behaviour disorders. *Evid Based Mental Health*, Vol. 6, pp. 81-86.
13. Urquiza, A., J, Timmer, S. (2012). Parent-child interaction therapy: Enhancing parent child relationships. *Psychosocial Intervention*. Vol 21(2):pp.145-156.
۱۴. فرزادفر، زینب. هومن، حیدر علی. (۱۳۸۶). نقش آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی و مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه روانشناسان ایرانی، شماره ۴ (۱۵)، صص ۲۷۷-۲۹۲.

خواهد شد و از سوی دیگر روش‌های درمانگری مانند مقابله درمانگری به منظور کاهش تنیدگی مادران و نیز تأثیر آن بر مشکلات رفتاری کودکان مطرح می‌شود. مقابله درمانگری می‌تواند در درازمدت سهم تنیدگی در تشدید این اختلالات را کاهش دهد [۱۵]. مقابله درمانگری در مادران ضمن آشنا کردن آن‌ها با مفهوم تنیدگی و روش‌های مقابله با آن، توانسته مادران را قادر سازد تا با گوش دادن فعال کنترل بیشتری در تعاملات خود با کودک داشته باشند. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان مؤثرند و تفاوتی در اثربخشی این دو شیوه درمانی مشاهده نشد. پیشینه پژوهش نشان داده است هر دو درمان مذکور در کاهش استرس فرزند پروری و تنیدگی والدینی اثربخشی می‌باشند [۱۳] و [۲۶] و [۲۹] و [۳۱].

تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش مستلزم اجرای پژوهش‌هایی در نمونه‌های بالینی و با حجم بیشتر، توجه به نقش تنیدگی و در نظر گرفتن متغیرهایی مانند جنس، ترتیب تولد، تعداد فرزندان خانواده، سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی، میزان تحصیلات و شاغل بودن مادران خواهد بود.

منابع

1. Rezapour, Z., Basharpour, S., Abolghasemi, A. (2013). The effects of effortful control and distress in tolerance in predicting externalizing problems. *International journal of psychology and behavioral research*, Vol. 2 (6), pp.325-331.
2. Gimpel, G. A., Holland, M.L. (2002). Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. ISBN.
3. Zvolensky MJ, Otto MW, 2007. Affective intolerance, sensitivity, and processing: Advances in clinical science introduction. *Behavior Therapy*, Vol 38, pp. 228-233.
4. Anestis MD, Joiner TE, 2012. Behaviorally-indexed distress tolerance and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 46, pp. 703-707.
5. Timmer, S. G., Urquiza, A. J. (2014). Emprically based treatments for maltreated children: A developmental perspective. In: Korbin, J. E., Krugman, R. D. *Handbook of child maltreatment, child maltreatment 2. chapter19*, pp. 351-376.

۲۵. قادری، نیلوفر. اصغری مقدم، محمدعلی. شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۳(۱۹) ۷۵-۸۴.
26. Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E., Mullis, A. K. (2014). Parent-child interaction therapy: A Meta analysis of child behavior outcomes and parent stress. *Journal of family social work*, vol17, pp.191-208.
27. Hanf, C. (1968). A two -stage program for modifying maternal controlling during mother-child (M-C) interaction. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Vancouver, BC.
28. Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A. Gurwite, R. (2011). A combined motivation and parent - child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 79 (1), pp. 84-95.
29. Chaffin, M., Valle, L. A., Funderburk, B., Gurwite, R., Silovsky, J., Bard. D. Mc Coy, C., Kees, M. (2009). A motivational intervention can improve retention in PCIT for low-motivation child welfare clients. *Child Maltreatment*, Vol. 14, pp. 356-368.
30. Timmer, S. G., Ho, L., Urquiza, A., Zebell, N., Fernandez y Garcia, Boys, D. (2011). The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with Depressive Mothers: The Changing Relationship as the Agent of Individual Change. *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 42, pp. 406-423.
31. Timmer, S. G., Ware, L., & Urquiza, A. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy for victims of interparental violence. *Violence against Women*, Vol. 25 (4), pp. 486-503.
32. Eyberg, S. M. funderburk, B. W. Hambree-kign, T. L. Mc Neil, C. B. Querido, J. G. Hood, K. K. (2001). Parent - child interaction therapy with behavior problem children: one and two year maintenance of treatment effects in the family. *Journal of child family*, Vol. 23, pp. 1-20.
۱۹. آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۱). اثر مقابله درمانگری بر پرخاشگری کودکان عقب‌مانده ذهنی آنان. فصلنامه خانواده پژوهی، شماره ۸(۳۱)، صص ۲۹۱-۳۰۴.
16. Lazarus, R. S. Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York: springer publishing company; 1984.
۱۷. درتاج، فریبرز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر تنش شغلی و رضایت شغلی آتش‌نشانان. فصلنامه پژوهش‌های انتظام اجتماعی، شماره ۴(۳)، صص ۱۸۴-۱۹۴.
18. Bazrafshan, M. R., Jahangir, F., Mansouri, A., Kashfi, S. H. (2014). Coping Strategies in People Attempting Suicide. *International Journal of High Risk Behavior Addiction*, Vol. 3(1), pp. 162-165.
۱۹. آقاییوسفی، علیرضا. زارع، حسین. (۱۳۸۸). اثربخشی مقابله درمانگری بر کاهش استرس زنان دارای بیماری قلبی. مجله علوم رفتاری، شماره ۳(۳) صص ۹۳-۱۸۷.
۲۰. آقاییوسفی، علیرضا. علیپور، احمد، داوودی فر، آزیتا. (۱۳۸۷). تأثیر مقابله درمانگری بر باورهای خودکارآمد، تئیدگی و فرسودگی شغلی مدرسان کنسرواتور (دانشکده موسیقی) تهران. اندیشه و رفتار، شماره ۷ صص ۱۶-۳.
۲۱. آقاییوسفی، علیرضا. علاقبند، مریم. (۱۳۹۱). اثربخشی مقابله درمانگری بر روش‌های مقابله‌ای مادران کودکان مصروع. مجله علوم رفتاری، شماره ۶(۴) صص ۳۶۳-۳۶۸.
۲۲. علاقبند، مریم. آقاییوسفی، علیرضا. کمالی، محمود. دهستانی، مهدی. حقیرسادات، فاطمه. نظری، طاهره. شیخها، محمدحسن. (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر سلامت روانی مادران ژنتیکی و غیر ژنتیکی کودکان عقب‌مانده ذهنی. مجله پزشکی دانشگاه صدوقی یزد، شماره ۱۹(۱) صص ۱۰۴-۱۱۳.
23. Campell, C. Chaffin, M. Funderburk, B. W. (In press). Handbook of child abuse treatment.
۲۴. مصطفوی، سعیده سادات. شعیری، محمدرضا. اصغری مقدم، محمدعلی. محمودی قزایی، جواد. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک مطابق الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹(۷) ۳۳-۴۲.

33. Gross, D., Fogg, L., Young, M., Ridge, A., Cowell, J., Sivan, A., Richardson, A. (2007). Reliability and validity of the Eyberg child behavior inventory with African-American and Lation parents of young children. *Journal of Research in Nursing & Health*, Vol. 30(2), pp. 213-223.

۳۴. آقاییوسفی، علیرضا. دادستان، پریخ. منصور، محمود. ازهای، جواد. (۱۳۸۰). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تأثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.

کمال‌گرایی و اهمال‌کاری تحصیلی: نقش واسطه‌ای نشخوار فکری

رقیه محمودزاده*^۱، شهرام محمدخانی^۲

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: کمال‌گرایی روابط پیچیده‌ای از حیث انواع متفاوت با اهمال‌کاری دارد و از طرف دیگر مطالعات اندکی به بررسی مکانیسم‌های زیربنایی در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری پرداخته‌اند. از این‌رو هدف مطالعه حاضر بررسی نقش واسطه‌ای نشخوار فکری به‌عنوان یک مؤلفه شناختی در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری است.

روش: بدین منظور نمونه‌ای شامل ۲۷۷ دانشجو (زن و مرد) در مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری از چهار دانشگاه دولتی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها دانشجویان به مقیاس کمال‌گرایی فراست، مقیاس اهمال‌کاری سولومون و راثلوم و مقیاس سبک پاسخ نشخواری پاسخ دادند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که کمال‌گرایی و نشخوار فکری پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای اهمال‌کاری محسوب می‌شوند. همچنین بر اساس یافته‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری روابط علی معنادار و مثبت بین کمال‌گرایی، نشخوار فکری و اهمال‌کاری وجود دارد و نقش میانجی نشخوار فکری در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان‌دهنده این است که به‌کارگیری نشخوار فکری به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در افراد با کمال‌گرایی منفی منجر به اهمال‌کاری و تعلل‌ورزی بیشتر می‌شود.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۳۴-۱۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 125-134

کلیدواژه‌ها: کمال‌گرایی، نشخوار فکری، اهمال‌کاری

*Email: R.Mahmoudzade@gmail.com

مقدمه

در سال‌های اخیر نقش کمال‌گرایی به‌عنوان یک سازه شخصیتی پایدار و مهم در بررسی پیامدهای روان‌شناختی متعددی از جمله اهمال‌کاری مورد توجه قرار گرفته است. کمال‌گرایی گرایشی افراطی در جهت تلاش برای رسیدن به استانداردهای بسیار بالا در ترکیب با ارزیابی منتقدانه از عملکرد تعریف شده است [۱]. این مفهوم اغلب به‌عنوان پدیده‌ای چندبعدی مورد مطالعه قرار گرفته که متشکل از عناصر فردی، بین فردی و اجتماعی است. براین اساس پژوهشگران بین ابعاد کمال‌گرایی بهنجار، کمال‌گرایی نابهنجار و در برخی موارد عدم وجود کمال‌گرایی تمایز قائل شده‌اند [۲، ۳، ۴، ۵]. برخی از مطالعات در تلاش برای یافتن علت این تفاوت در ابعاد کمال‌گرایی، وجود رابطه مثبت بین کمال‌گرایی و نشخوار فکری را آشکار ساخته‌اند [۶].

کمال‌گرایی بهنجار که سالم، سازش یافته و مثبت است، جنبه‌هایی از کمال‌گرایی را دربر می‌گیرد که با تلاش‌های خود هدایت شده کمال‌گرایانه مانند وضع معیارهای بالا و دقیق برای عملکرد و تلاش برای عالی بودن در ارتباط است [۷]. درحالی‌که کمال‌گرایی نابهنجار با نگرانی از اشتباه، ترس از ارزیابی منفی اجتماعی و شک و تردید در مورد توانایی‌های خود مرتبط است [۸]. در نتیجه کمال‌گرای نابهنجار در خصوص دستیابی به اهداف سطح بالا و غیرواقع‌بینانه خود دائماً نگران هستند و به همین دلیل از موقعیت‌هایی که مستلزم تلاش برای روبه‌رو شدن با این استانداردها است، اجتناب می‌کنند [۹]. فقدان کمال‌گرایی در مورد افرادی صدق می‌کند که به نظر می‌رسد استانداردهای بالایی برای خود در نظر نمی‌گیرند و از عملکرد متوسط خود راضی‌اند. این افراد اگرچه انتظارات بالای عملکردی ندارند اما همچنین در مورد ترس از اشتباه کردن و ارزیابی منفی دیگران اشتغال ذهنی ندارند و در مورد توانایی‌های خود دچار شک و تردید نمی‌شوند [۱۰]. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد، کمال‌گرایی بهنجار نسبت به کمال‌گرایی نابهنجار و فقدان کمال‌گرایی با پیامدهای مثبت روان‌شناختی مانند پیشرفت زیاد، عزت نفس بالا، مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و فعال، احساس رضایتمندی از زندگی، سطوح بالاتری از وجدان و برون‌گرایی، اضطراب و افسردگی کمتر و اهمال‌کاری کمتر مرتبط است [۸]. در مقابل کمال‌گرایی نابهنجار از طریق تمرکز بیش‌ازحد بر تعیین استانداردهای کمال‌گرایانه و ترس از اشتباه کردن، موجب تعلل ورزی در تکالیف و مسئولیت‌ها می‌شود، زیرا تمایل به تکمیل تکالیف به شکل بسیار عالی، انجام آن‌ها را بسیار مشکل و ناخوشایند می‌سازد [۱۱].

اهمال‌کاری به موکول کردن کاری به آینده و تمایل غیرمنطقی برای به تأخیر انداختن تکالیفی که باید انجام شود، علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن اطلاق می‌شود [۱۲] و تصویری از یک مغایرت و ناهماهنگی بین نیت انجام یک عمل و انجام دادن واقعی آن عمل ارائه می‌کند [۱۳]. در مورد اینکه آیا اهمال‌کاری یک ویژگی شخصیتی یا وابسته به موقعیت است،

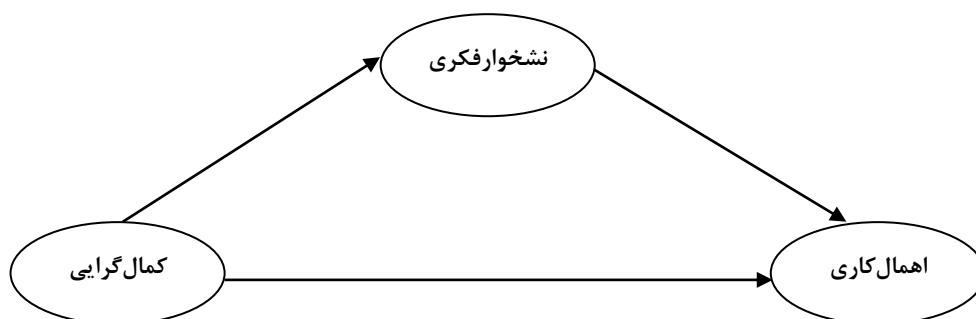
برخی از محققان پیشنهاد کرده‌اند، اهمال‌کاری یک الگوی یکپارچه شخصیتی نیست [۱۴] بلکه در حقیقت رفتاری پویا است که در طول زمان و بر اساس کنش‌وری تکلیف و بافت آن دچار تغییر می‌شود [۱۵]. در مقابل بسیاری از تحقیقات بر ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان پیشایندهای اهمال‌کاری تمرکز کرده‌اند [۱۶، ۱۷]. در همین راستا دیاز-مورالز، کوهن و فراری [۱۸] در بررسی رابطه اهمال‌کاری با نظریه شخصیت میلون [۱۹] که شخصیت را در سه بعد انگیزشی، شناختی و رفتاری ارزیابی کرده است، نشان داده‌اند که پذیرش منفعلانه شرایط ایجاد شده توسط دیگران و عدم فعالیت ارتباط مثبتی با اهمال‌کاری دارد. از نظر شناختی نیز افرادی که شیوه تفکر آن‌ها ذهنی و شهودی است نسبت به افرادی که دارای شیوه تفکر واقع‌بینانه و عینی هستند، نمرات بیشتری در اهمال‌کاری دارند؛ بنابراین شیوه تفکر افراد اهمال‌کار به این دلیل می‌تواند نابهنجار باشد که به‌جای صرف زمان برای جست‌وجوی اطلاعات مرتبط با تکلیف، وقت خود را صرف اطلاعات نمادین و ذهنی می‌کنند و در نتیجه منجر به موفقیت در انجام تکلیف و تلاش بیشتر نمی‌شود. این شیوه تفکر نیم‌رخ رفتاری و انگیزشی افراد اهمال‌کار را به‌گونه‌ای منعکس می‌کند که آن‌ها فعالانه از فرایندهای شناختی واقع‌بینانه‌تر و اطلاعات عینی در مورد خود و محیطشان که باعث آشکارسازی ضعف‌های شخصی می‌شود، اجتناب می‌کنند [۱۸].

برخی از مطالعات دیگر به‌منظور سازمان‌دهی رابطه اهمال‌کاری با مدل پنج‌عاملی شخصیت، به‌طور خاص نشان داده‌اند که بین روان‌رنجورخویی و ابعاد آن نظیر خلق افسرده و باورهای ناکارآمد کمال‌گرایانه با اهمال‌کاری رابطه وجود دارد. افراد افسرده اغلب از لذت بردن از فعالیت‌های زندگی ناتوان هستند، انرژی پایینی دارند و در تمرکز دچار مشکلاتی هستند بنابراین برای آغاز و تکمیل تکالیف با سختی مواجه‌اند [۲۰]. انس و کاکس [۲۱] نیز معتقدند افراد افسرده ترسی مزمن از پذیرفته نشدن از جانب دیگران دارند و به همین دلیل سعی و تلاش بیش‌ازاندازه‌ای جهت کمال و پیشرفت دارند همچنین این خودارزیابی منفی و خودانتقادگری افراطی در آن‌ها که از لحاظ مفهومی و تجربی با جنبه‌های منفی کمال‌گرایی رابطه دارد، نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند [۲۲]. کمال‌گرایی به‌واسطه وجود چندین سوگیری در شناخت شامل تمایل به تعمیم دادن شکست، توجه افراطی نسبت به خطاها و گرایش به تفسیر بازخوردهای مبهم به انتقاد مشخص شده است [۲۳] که این جنبه از کمال‌گرایی از نظر پدیدارشناختی با نشخوار فکری مطابقت و همانندی دارد.

نشخوار فکری به‌عنوان افکار تکراری و مداوم تعریف می‌شود که پاسخی رایج به خلق منفی است و ویژگی رایج اختلال افسردگی اساسی و افسردگی مزمن به شمار می‌رود [۲۴، ۲۵]. بر اساس نظریه سبک پاسخ‌دهی نولن-هوکسما [۲۶] نشخوار فکری دارای پیامدهای منفی از جمله افزایش طول مدت خلق منفی، تشدید افکار بدبینانه، کاهش انگیزه برای به‌کارگیری رفتارهای

پژوهش‌های زیادی به بررسی عوامل مرتبط با اهمال‌کاری پرداخته‌اند. از جمله این متغیرها کمال‌گرایی است که در مطالعات مختلف نقش مستقیم آن مورد بررسی قرار گرفته است. با این حال مطالعات محدودی به بررسی نقش میانجی‌گری عوامل شناختی و مقابله‌ای نظیر نشخوار فکری پرداخته است. همان‌طور که اشاره شد نشخوار فکری در مدل‌های شناختی و فراشناختی افسردگی به‌عنوان یک مؤلفه کلیدی مورد تأکید قرار گرفته است [۲۶، ۳۱]. از طرف دیگر، رابطه بین کمال‌گرایی و افسردگی در پژوهش‌های مختلف مشخص شده است [۲۳، ۳۲]. با توجه به این نکات، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای نشخوار فکری در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری در قالب یک الگوی مفهومی و نظری کمال‌گرایی و اهمال‌کاری به شکل ۱ انجام شده است.

مؤثر و آسیب‌زدن به توانایی حل مسئله می‌شود. باورهای فراشناختی مثبت در حفظ و تداوم نشخوار فکری اهمیت بسیاری دارد. کسب بینش بیشتر در مورد خود و مشکل موجود یکی از این نوع باورها است که موجب تداوم نشخوار فکری می‌شود. اگرچه کسب بینش در مورد مشکل و بررسی مداوم آن معمولاً منجر به یافتن راه‌حل‌های مؤثر نمی‌شود [۲۷، ۲۸]. علاوه بر این، مدل‌های دیگر، نشخوار فکری را به‌عنوان یک راهبرد اجتنابی در نظر گرفته‌اند [۲۹]. افراد با نشخوار فکری بالا از تجربه کردن عواطف منفی طی نشخوار فکری پرهیز می‌کنند، به همین دلیل به احتمال بیشتری نسبت به تکالیف ناخوشایند و تهدیدآمیز دچار تعلل‌ورزی هستند و آن‌ها را به احتمال بیشتری نیمه‌تمام می‌گذارند و این عمل را بیشتر به‌عنوان تسکینی برای تجربه کردن هیجانات آزادکننده ناشی از تکلیف به کار می‌گیرند [۳۰].



شکل ۱. مدل مفهومی نقش واسطه‌ای نشخوار فکری در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری

کمال‌گرایی چندبعدی در سال ۱۹۹۰ توسط فراست و همکاران برای سنجش کمال‌گرایی طراحی شد. این پرسشنامه، کمال‌گرایی را در شش بعد می‌سنجد و شامل ۳۵ سؤال است که ۹ سؤال (۲۵، ۲۳، ۲۱، ۱۸، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۹، ۳۴) به مؤلفه‌ی نگرانی در خصوص اشتباهات، ۷ سؤال (۳۰، ۲۴، ۱۹، ۱۶، ۱۲، ۶، ۴) به مؤلفه‌ی معیارهای فردی، ۵ سؤال (۱۱، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۶) به مؤلفه‌ی انتظارات والدین، ۴ سؤال (۳، ۵، ۲۲، ۳۵) به مؤلفه انتقادگری والدین، ۴ سؤال (۱۷، ۲۸، ۳۲، ۳۳) به مؤلفه‌ی تردید در مورد کارها و ۶ سؤال باقیمانده هم به مؤلفه‌ی سازمان‌دهی اختصاص داده شده است. به هر سؤال بر اساس مدل لیکرت از ۱ تا ۵ نمره (۱= کاملاً مخالفم، ۲= مخالفم، ۳= نه مخالفم- نه موافقم، ۴= موافقم، ۵= کاملاً موافقم) داده می‌شود. برای هر بعدی یک نمره و برای کل مواد پرسشنامه نیز یک نمره‌ی کلی به دست می‌آید. لازم به ذکر است با توجه به ارتباط ضعیف مقیاس سازمان‌دهی با سایر مقیاس‌ها بنا به نظر سازنده مقیاس نمره‌ی کلی کمال‌گرایی از جمع نمرات کلیه ابعاد به‌جز بعد سازمان‌دهی محاسبه می‌شود [۳۳]. فراست و همکاران [۱۰] مقدار ضریب پایایی آلفای کرونباخ نگرانی در خصوص اشتباهات را ۰/۸۸، معیار فردی ۰/۸۳، انتظارات والدین ۰/۸۴، انتقادگری والدین ۰/۸۴، تردید در مورد کارها ۰/۷۷، سازمان‌دهی ۰/۹۳ و برای نمره کلی ۰/۹۰ به دست آورده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کمال‌گرایی کلی ۰/۸۴ به دست آمده است. این مقیاس، همبستگی بالایی با دیگر

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی و به‌طور خاص مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری است.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه‌های دولتی شهرهای تهران و تبریز در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ بود. ۲۷۷ دانشجو به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده است. به این صورت که از بین دانشگاه‌های دولتی شهر تهران، چهار دانشگاه به شکل تصادفی و همچنین دانشگاه تبریز انتخاب گردید. از مقطع کارشناسی دو کلاس، کارشناسی ارشد و دکتری یک کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد.

(۱) مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست^۱ [۱۰]: مقیاس

^۱ Multidimensional perfectionism scale (MPS)

طریق آلفای کرونباخ، در مطالعه‌ای که توسط سولومون [۴۴] انجام شد، ۰/۶۴ به دست آمد.

در این پژوهش نیز پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است.

در مورد روایی این پرسشنامه سولومون [۴۴] با استفاده از روایی همسانی درونی، ضریب ۰/۸۴ را به دست آورده است. در ایران نیز روایی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی و همبستگی گویه ارزیابی شده است. در بررسی تحلیل عاملی، مقدار «کی. ام. آ.» برابر ۰/۸۸ به دست آمده است و همبستگی گویه‌ها با نمره کل معنادار و مطلوب گزارش شده است [۴۵].

شیوه اجرای پژوهش

به‌منظور اجرای طرح پس از انتخاب نمونه مورد مطالعه و آماده‌سازی پرسشنامه‌ها، با هماهنگی مسئولین دانشگاه‌های مربوطه ابراهای پژوهش به‌صورت گروهی بر روی دانشجویان منتخب اجرا گردید. به‌منظور جلب همکاری دانشجویان بر حفظ محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسشنامه‌های آنان تأکید شد. برای تکمیل پرسشنامه‌ها با هماهنگی اساتید در پایان کلاس درس استادانی که کلاسشان به‌عنوان نمونه انتخاب گردید، دانشجویان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. ۲۷۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌ها در این پژوهش شرکت کرده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. متوسط مدت‌زمان پاسخ‌دهی کل دفترچه پرسشنامه حدود ۳۰ دقیقه طول کشید. به‌منظور عدم تأثیرگذاری ترتیب پاسخ‌دهی پرسشنامه بر یکدیگر، ترتیب اجرای چهار پرسشنامه به گونه تصادفی در هر کلاس تعیین شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس. ۲۱» و «لیزرل ۸/۷»^۱ برای مدلیابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان در هریک از متغیرهای پژوهش به تفکیک جنسیت و همچنین در کل در جدول ۱ ارائه شده است.

همبستگی بین متغیرهای پژوهش نیز در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد اهمال‌کاری با کمال‌گرایی و تمام ابعاد آن و همچنین با نشخوار فکری رابطه معنادار دارد. در این میان دو بعد از کمال‌گرایی یعنی استانداردهای فردی و سازمان‌دهی که به‌عنوان مؤلفه‌های کمال‌گرایی مثبت محسوب می‌شوند با ضریب ۰/۱۳- و ۰/۳۶- به شکل منفی با اهمال‌کاری رابطه دارند و بقیه متغیرها با اهمال‌کاری رابطه مثبت دارند. مقیاس شک و تردید و انتظارات والدین به ترتیب با ضریب ۰/۴۵ و ۰/۱۵ بیش‌ترین و کمترین رابطه مثبت را با اهمال‌کاری دارند.

مقیاس‌های کمال‌گرایی؛ به‌ویژه کمال‌گرایی برنز [۳۴] و کمال‌گرایی خود‌مدار و جامعه‌مدار در مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی هویت و فلت [۳۵] دارد. در ایران نیز اعتبار سازه این پرسشنامه توسط پژوهش‌های مختلفی با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی^۱ از طریق روش بیشینه‌درست‌نمایی^۲ مورد بررسی قرار گرفته که حاکی از روایی بالای این پرسشنامه است [۳۶، ۳۷].

۲) مقیاس سبک پاسخ‌نشخواری^۳: این پرسشنامه توسط نول-هوکسما و مارو [۳۸] طراحی شده است و باقری‌نژاد و همکاران [۳۹] این مقیاس را در ایران ترجمه کرده‌اند. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌دهی نشخواری^۴ و مقیاس پاسخ‌دهی منحرف‌کننده حواس^۵ تشکیل شده است. مقیاس سبک پاسخ‌نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هرکدام را از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌دهی نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. در پژوهش لامینت^۶ [۴۰] نیز همبستگی باز آزمایی برای مقیاس پاسخ‌دهی نشخواری ۰/۶۷ است.

باقری‌نژاد و همکاران [۳۹] پایایی این مقیاس را ۰/۸۸ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است. در مورد روایی پیش‌بین مقیاس پاسخ‌دهی نشخواری، نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که مقیاس پاسخ‌دهی نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا پیش‌بینی کند. همچنین این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تبیین کند. علاوه بر این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد [۴۱، ۳۹].

این پرسشنامه در ایران توسط منصور [۴۲] مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن مورد تأیید است. شواهد مربوط به روایی محتوا نیز توسط حسنوندی و همکاران [۴۳] مورد بررسی قرار گرفته و معتبر است.

۳) مقیاس تعلل‌ورزی تحصیلی سولومون و راتبلوم [۴۴]: این مقیاس برای اولین بار توسط سولومون و راتبلوم [۴۴] ساخته و آن را مقیاس تعلل‌ورزی تحصیلی نام نهاده‌اند. این مقیاس دارای ۲۷ گویه است که سه مؤلفه را مورد بررسی قرار می‌دهد. مؤلفه اول شامل آماده شدن برای امتحانات، مؤلفه دوم شامل آماده شدن برای تکالیف و مؤلفه سوم شامل آماده شدن برای مقالات پایان‌ترم است. ضریب پایایی مقیاس تعلل‌ورزی تحصیلی از

¹ Confirmatory Factor Analysis (CFA)

² Maximum Likelihood

³ Response Styles Questionnaire (RSQ)

⁴ RRS

⁵ DRS

⁶ Luminet

⁷ Solomon & Rothblum Academic Procrastination Scale

⁸ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

⁹ SPSS 21

¹⁰ Lisrel 8.7

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

جنسیت						متغیر
کل (N=۲۷۷)		مرد (N=۱۱۸)		زن (N=۱۵۹)		
SD	M	SD	M	SD	M	
۸۸/۹۶	۱۴/۸۴	۹۲/۱۷	۱۳/۳۷	۸۶/۵۸	۱۵/۴۶	نمره کل کمال‌گرایی
۲۵/۷۲	۶/۳۴	۲۶/۶۶	۵/۷۹	۲۵/۰۲	۶/۶۶	نگرانی از اشتباه
۲۵/۳۰	۳/۸۹	۲۵/۸۶	۳/۶۵	۲۴/۸۸	۴/۰۲	معیارهای فردی
۱۶/۵۷	۴/۰۶	۱۷/۱۶	۴/۱۲	۱۶/۱۴	۳/۹۷	انتظارات والدین
۱۰/۱۷	۳/۰۸	۱۰/۵۹	۲/۷۹	۹/۸۵	۳/۲۵	انتقادگری والدین
۱۱/۱۸	۳/۲۲	۱۱/۸۸	۳/۰۱	۱۰/۶۷	۳/۲۸	شک و تردید
۲۵/۴۳	۴/۲۹	۲۴/۶۶	۳/۷۵	۲۶/۰۰	۴/۵۸	سازمان‌دهی
۴۸/۰۲	۱۲/۸۹	۴۷/۱۰	۱۱/۵۹	۴۸/۷۰	۱۳/۷۵	نشخوار فکری
۵۵/۸۳	۱۳/۷۵	۵۶/۹۴	۱۳/۲۵	۵۵/۱۳	۱۴/۰۹	اهمال‌کاری

جدول ۲. همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۱. اهمال‌کاری	۲. کمال‌گرایی	۳. نگرانی از اشتباه	۴. معیارهای فردی	۵. انتظارات والدین	۶. انتقادگری والدین	۷. شک و تردید	۸. سازمان‌دهی	۹. نشخوار فکری
	۱							
	۰/۳۰***							
		۱						
	۰/۸۷***	۰/۲۲***						
			۱					
	۰/۵۶***	۰/۳۹***	۰/۳۹***					
				۱				
	۰/۱۵***	۰/۶۷***	۰/۵۶***	۰/۰۹				
					۱			
	۰/۳۷***	۰/۶۷***	۰/۶۷***	۰/۱۵*	۰/۳۰***			
						۱		
	۰/۴۵***	۰/۷۱***	۰/۶۰***	۰/۱۵*	۰/۵۵***	۰/۱۵*		
							۱	
	۰/۳۶***	۰/۱۰۰	۰/۰۵	۰/۲۸***	۰/۱۴*	۰/۳۱***	۰/۰۵	
								۱
	۰/۲۳***	۰/۳۲***	۰/۳۵***	۰/۰۴	۰/۱۵*	۰/۲۷***	۰/۰۵	۰/۳۱***

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

جدول ۳. ضرایب مستقیم و کمال‌گرایی و نشخوار فکری بر اهمال‌کاری

مسیر	ضریب مسیر	ارزش t	نتیجه
کمال‌گرایی ← اهمال‌کاری	۰/۵۱*	۶/۴۸	تائید مدل
کمال‌گرایی ← نشخوار فکری	۰/۴۵*	۵/۹۸	تائید مدل
نشخوار فکری ← اهمال‌کاری	۰/۱۸*	۲/۶۲	تائید مدل

$\chi^2/df = ۲/۲۲$ $\chi^2 = ۱۱۳/۲۳$ $df = ۵۱$ $RMSEA = ۰/۰۶$ $CFI = ۰/۹۷$ $GFI = ۰/۹۵$
 * $p < .05$

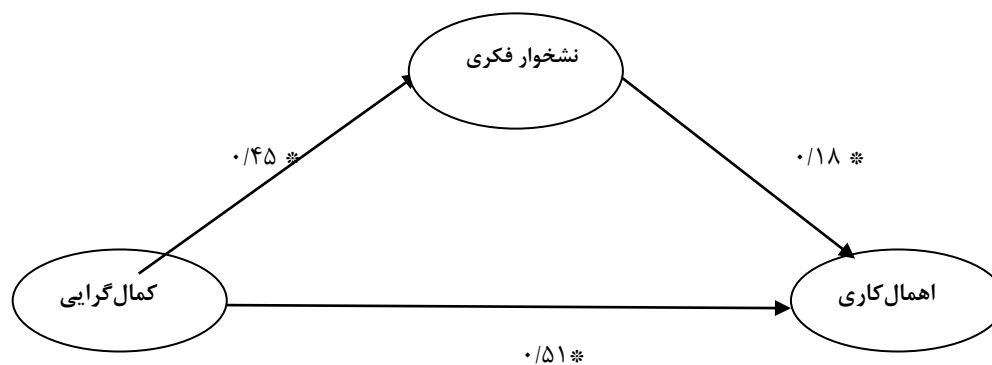
همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است مقادیر شاخص‌های تناسب حاکی از برازش بسیار خوب مدل است. نسبت کای دو بر درجه آزادی برابر با ۲/۲۲ و کمتر از ۳، مقدار «آر. ام. اس. ای. ای.»^۱ برابر با ۰/۰۶ کمتر از مقدار تعیین‌شده یعنی ۰/۰۸ است، شاخص برازش تطبیقی^۲ برابر با ۰/۹۷ و شاخص نیکویی برازش^۳ برابر با ۰/۹۵ هردو بالاتر از مقدار مجاز یعنی ۰/۹۰ است. ضرایب مسیر و میزان معناداری مربوط به هر مسیر در جدول ۳ ارائه شده است.

از تحلیل همبستگی می‌توان نتیجه گرفت که افزایش نمرات در مقیاس‌های استانداردهای فردی و سازمان‌دهی با کاهش نمرات در اهمال‌کاری همراه است و هرگونه افزایش در نمرات مقیاس‌های دیگر کمال‌گرایی و نشخوار فکری با افزایش نمرات در اهمال‌کاری همراه است. به‌منظور ارزیابی رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری به شکل مستقیم و همچنین بررسی رابطه آن‌ها با واسطه‌گری نشخوار فکری به‌عنوان یک متغیر میانجی، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است.

^۱ Root Mean Squares of Error Approximation (RMSEA)

^۲ Comparative Fit Index (CFI)

^۳ Goodness of Fit Index (GFI)



نمودار ۲. مدل ساختاری نهایی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای کمال‌گرایی، نشخوار فکری و اهمال‌کاری

جدول ۴. ارزیابی اثر غیرمستقیم با روش بوت‌استرپ

مسیر	β	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
کمال‌گرایی ← نشخوار فکری ← اهمال‌کاری	۰/۰۸۶	۰/۰۱۷	۰/۱۴۶	۰/۰۲۹

تکالیف اجتناب می‌کنند و دچار اهمال‌کاری می‌شوند. در مقابل افراد با کمال‌گرایی مثبت با وضع استانداردهای بالا، اجتناب منطقی از شکست و عملکرد بسیار دقیق انگیزه و اشتیاق زیادی برای کامل کردن تکالیف خود دارند و به همین دلیل از موقعیت‌های چالش‌برانگیزی که دربردارنده موفقیت هستند به‌جای اجتناب کردن، استقبال می‌کنند [۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳].

نتایج به دست آمده از مدل معادلات ساختاری بیانگر وجود روابط معنادار بین کمال‌گرایی، نشخوار فکری و اهمال‌کاری بود که در این میان نقش میانجی نشخوار فکری در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری تأیید شد. این یافته همسو با نتایج پژوهش راندلس و همکاران [۲۳] است که نشان می‌دهند، گرایش به اجتناب از شکست به دلیل آمادگی شناختی جهت گوش‌به‌زنگی و حساسیت افراطی نسبت به خطر عامل اصلی در به‌کارگیری نشخوار فکری در افراد با کمال‌گرایی بالا است. همچنین این نتایج با یافته‌های شورت و مزمانیان^۲ [۵۴]، اسکینا^۳ و همکاران [۵۵]، بلنکشتاین و لاملی^۴ [۵۶]، هریس^۵ و همکاران [۶]، اکنور^۶ و همکاران [۵۷] و همچنین با نتایج پژوهش آیتو و آگری^۷ [۵۸] که نشان می‌دهند افراد کمال‌گرا علاوه بر ارزیابی و انتقاد افراطی از خود تمایل به نشخوار فکری در مورد شکست و نیازشان برای کامل بودن دارند همسو است.

راندلس و همکاران [۲۳] معتقدند کمال‌گرایان به دلیل اینکه عزت نفس خود را در معرض خطر می‌بینند و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند سعی در تلاش بیش‌ازاندازه و کار مداوم نه‌بانه‌انگیزه رسیدن به موفقیت بلکه بیشتر به دلیل اجتناب از شکست، دارند؛

همان‌طور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود هر دو متغیر کمال‌گرایی و نشخوار فکری بر اهمال‌کاری تأثیر معنادار دارد. کمال‌گرایی با ضریب $\beta = 0.51$ بر اهمال‌کاری تأثیر مستقیم دارد. همچنین کمال‌گرایی با ضریب $\beta = 0.45$ بر نشخوار فکری تأثیر مستقیم دارد که از این طریق نیز تأثیر غیرمستقیم بر اهمال‌کاری دارد؛ بنابراین فرضیه اصلی تحقیق که نشان‌دهنده رابطه علی بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری به‌واسطه نشخوار فکری بود تأیید شد. نهایتاً نتایج حاکی از آن است که نشخوار فکری تأثیر مستقیم بر اهمال‌کاری با ضریب $\beta = 0.18$ دارد. جهت آزمون روابط غیرمستقیم از طریق متغیر میانجی از روش بوت‌استرپ^۱ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

ارزیابی روابط غیرمستقیم با استفاده از روش بوت‌استرپ نشان می‌دهد رابطه کمال‌گرایی و اهمال‌کاری به‌واسطه نشخوار فکری با ضریب $\beta = 0.086$ و با توجه به اینکه حد بالا و حد پایین صفر را در برنمی‌گیرد، میانجی‌گری می‌شود؛ بنابراین رابطه غیرمستقیم بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری به‌واسطه نشخوار فکری در سطح ۰/۰۲۹ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی نشخوار فکری در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری انجام شد. نتایج ارزیابی مدل ساختاری نشان داد که بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری رابطه علی معناداری وجود دارد. این یافته همسو با مطالعات پژوهش‌های مختلفی است که به مطالعه رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری پرداخته‌اند [۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹]. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با کمال‌گرایی منفی به دلیل تمرکز بر ارزیابی دیگران از خود و ترس از شکست در دستیابی به استانداردهای بالا از

² Short&Mazmanian

³ Schiena

⁴ Blankstein&Lumley

⁵ Harris

⁶ O'Connor

⁷ Ito & Agari

¹ Bootstrap

بالا وجود افکار نشخوار شونده باید مورد ارزیابی و درمان قرار گیرد. در این پژوهش فقط نقش یک مؤلفه شناختی در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری مورد بررسی قرار گرفته است، بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر نقش سایر مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و دیگر متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر در رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری تمرکز کنند. همچنین به منظور اطمینان از تعمیم این مدل به سایر جمعیت‌ها، تحقیقات بیشتر به‌ویژه روی جمعیت بالینی ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

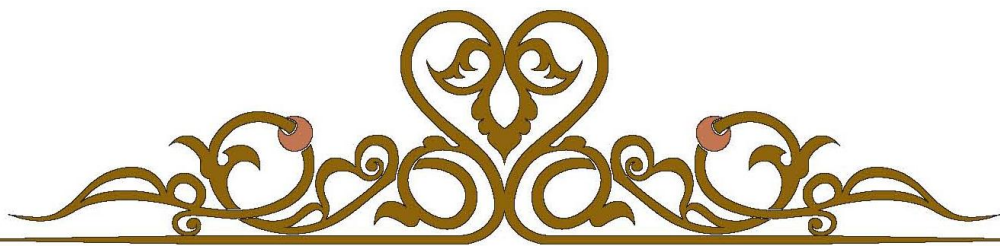
1. Frost, R. O. & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, pp. 559-572.
2. Terry-Short, L. A., Owens, R.G., Slade, P.D., Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 18, pp. 663-668.
3. Stumpf, H. Parker, W.D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics, *Personality and Individual Differences*. 28, pp. 837-852.
4. Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54, pp. 72-85.
5. Harris, W. P., Pepper, M.C., Maack, J. D. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences* 44, pp. 150-160.
6. Stoeber, J. (2012). The 2 × 2 model of perfectionism: A critical comment and some suggestions, *Personality and Individual Differences* 53, pp. 541-545.
7. Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, pp. 295-319.
8. Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, pp. 27- 33.

بنابراین آنان ممکن است در اطمینان خاطر رسیدن در مورد اینکه آیا عمل آن‌ها به‌اندازه کافی خوب است یا نه نشخوار فکری داشته باشند. نشخوار فکری در مورد استانداردهای کمال‌گرایانه، ترس از شکست و انتقاد افراطی به دلیل اشتباهات می‌تواند منجر به ایجاد شک و تردید شود. شک و تردید افراطی علاوه بر اینکه موجب ناتوانی در تمایز قائل شدن بین اجزای مهم و غیر مهم تکلیف و همچنین موجب ناتوانی در اولویت‌بندی کردن در عملکرد چند تکلیفی می‌شود، منجر به ویرایش بیش‌ازحد تکلیف و مرور پیوسته آن، صرف زمان زیاد و از دست رفتن موعد مقرر برای ارائه تکلیف می‌شود [۵۹]. در واقع نگرانی در مورد اشتباه تنها چالشی نیست که کمال‌گرایان با آن مواجه هستند بلکه راهبردهای به کار گرفته‌شده برای پاسخ دادن به آن از اهمیت بیشتری برخوردار است. افکار تکراری و مداوم نه‌تنها موجب یافتن راه‌حل مؤثر نمی‌شود بلکه باعث از دست رفتن زمان و تعلل ورزی به دلیل ترس از شکست و در نتیجه عملکرد ضعیف می‌شود [۴۷، ۱۷، ۳۰]؛ به عبارت دیگر نشخوار فکری با هدف پیشبرد اهداف، دستیابی به استانداردها و اجتناب از شکست صورت می‌گیرد، اما معمولاً در به‌کارگیری روش‌های حل مسئله مؤثر واقع نمی‌شود بلکه باعث ایجاد چرخه معیوبی از افکار منفی و تکراری و به‌کارگیری راهبردهای اجتنابی در برابر تکلیف می‌شود. بر اساس مدل فراشناختی نشخوار فکری، این فرآیند زنجیره‌های طولانی از افکار عمدتاً کلامی هستند که در آن شخص تلاش می‌کند به سؤال‌هایی درباره‌ی معنای رویدادها (مانند «چرا من چنین احساسی دارم») پاسخ دهد [۶۰]. نشخوار فکری، خصیصه‌ی محوری سندرم شناختی- توجهی در افسردگی است که در پاسخ به افکار منفی، غمگینی و تجربه‌ی فقدان، فعال می‌شود. این سندرم از طریق تداوم بخشیدن به غمگینی و باورهای منفی شده به دوره‌های افسرده ساز منجر می‌شود [۳۱، ۶۱]. بر اساس این مدل، باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی مزایا و منافع نشخوار فکری، فرد را برمی‌انگیزاند تا درگیر نشخوار فکری شود. چنین باورهایی از نشخوار فکری به‌عنوان روش خودتنظیمی و مقابله حمایت می‌نمایند، باین‌حال نشخوار فکری شامل اطلاعات کمی برای بهبود بخشیدن به تجارب عاطفی منفی است [۲۷] و درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری درباره‌ی علائم افسردگی باعث تداوم آن‌ها می‌گردد. این تلاش افراد به‌صورت نشخوارهای ذهنی درآمده و نه‌تنها از بار این علائم افسردگی نمی‌کاهد بلکه باعث تشدید آن‌ها می‌گردد [۶۲]؛ بنابراین پاسخ‌های نشخواری نقطه مقابل حل مسئله مؤثر و ساختار یافته است و مانع بروز رفتارهای مؤثر می‌شود [۳۸]. یافته‌های این پژوهش علاوه بر اینکه به مفهوم‌سازی اهمال‌کاری کمک می‌کند، می‌تواند در شناسایی عوامل شناختی اهمال‌کاری، ارائه راهبردهای انطباقی‌تر به افراد با اهمال‌کاری بالا و تدوین روش‌های مناسب پیشگیری و درمان مؤثر واقع شود. افراد کمال‌گرا به‌منظور انتخاب بهترین گزینه، تمایل به نشخوار فکری در مورد پیامدهای احتمالی دارند که نهایتاً موجب تعلل ورزی و اهمال‌کاری می‌شود به همین دلیل در افراد با اهمال‌کاری

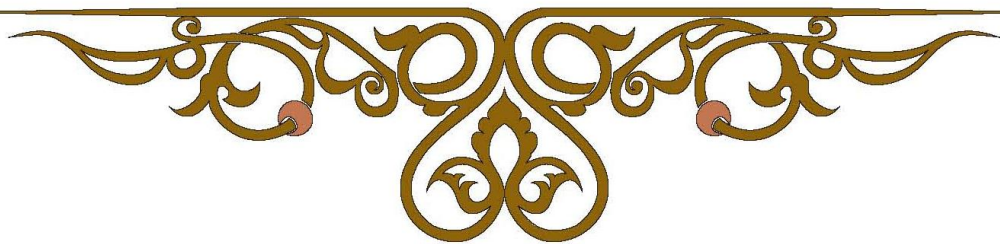
20. Enns, W. Murraray, Cox.J. Brain. (1999). Perfectionism & depression symptom severity in major depression disorder, Behavior research & Therapy.37, pp. 783-794.
21. Vliegen, N., Luyten, P., Besser, A., Casalin, S., Kemke, S., Tang, E.(2010). Stabilityand change in levels of depression and personality. A follow-up studyof postpartum depressed mothers that were hospitalized in a mother–infant unit. J. Nerv. Ment. Dis. 198, pp. 45–51.
22. Randles, D. Flett, L.G., Nash, A.K., McGregor, I.A., Hewitt, L.P. (2012). Dimensions of perfectionism, behavioral inhibition, and rumination. Personality and Individual Differences 49, pp. 83–87.
23. Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Depressive rumination: Nature, theory, and treatment. New York: Wiley.
۲۴. آذرگون، حسن؛ کجیاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان.روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۳۴، صص. ۲۱-۱۳.
25. Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. Journal of Abnormal Psychology, 109, pp. 504-511.
26. Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination inrecurrent major depression. Cognitive and Behavioral Practice, 8(2), pp. 160-164.
27. Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? Personality and Individual Differences, 30, pp. 723-734.
28. Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effectsof self-focus, rumination and anticipatory processing. Behaviour Research andTherapy, 38, pp. 243–257.
9. Gaudreau, P., Thompson, A. (2012). Testing a 2 _ 2 model of dispositional perfectionism. Personality and Individual Differences 48 (2010) pp. 532–537.
10. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. Cognitive Therapy and Research, 14, pp. 449–468.
11. Ellis, A. and Knaus, W. (2002). Overcoming procrastination. New York: New American Library.
12. Blunt, A. Pychyl, A. T. (2005). Project systems of procrastinators: a personalproject-analytic and action control perspective. Personality and Individual Differences 38, pp. 1771–1780.
13. Milgram, A.N. gehrman.T. Keinan, G. (1992). Procrastination and emotional upset: Atypological model. Person. Indiid. Diff. 13, 12, pp. 1307-1313.
14. Ackerman, D. S. & Gross, B. L. (2005). My instructor made me do it: Taskcharacteristics of procrastination. Journal of Marketing Education, 27, pp. 5–13.
15. Ferrari, J. R. (1991). Compulsive procrastination: some self-reported characteristics. Psychological reports. 68. pp. 455-458.
16. Steel, Piers. Brothen, Thomas. Wambach, Catherine. (2001). Procrastination and personality, performance, and mood, Personality and Individual Differences.30 pp. 95-106.
17. Díaz-Morales, F. J. Cohen, R. J. Ferrari, R. J. (2008). An integrated view of personality styles related to avoidant procrastination. Personality and Individual Differences 45, pp. 554–558.
18. Millon, T. (1994). The Millon inventories: Clinical and personality assessment. NewYork, NY: The Guilford Press.
19. McCown, W., Johnson, J., & Petzel, T. (1989). Procrastination, a principal components analysis. Personality and Individual Differences, 10, pp. 197–202.

39. Luminet, O. (2004). Assessment and measurement of rumination. In C.Papageorgiou and A. Wells (Eds.), *Rumination: Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression*. (pp. 187-215). Chichester: Wiley.
40. Mould, M.L., Kandris, E, Atarr, S., Wong, A.C.M. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behavior Research & Therapy*, 25. pp. 251-261.
۴۱. منصورى، احمد. (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.
۴۲. حسوندى، صبا؛ ولی‌زاده، مهدی؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه‌ی گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری. اصول بهداشت روانی، ۱۵، صص. ۷۱،-۸۱
43. Solomon, L. J., & Rothbhum, E. D (1984). Academic procrastination: frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, pp. 503-209.
۴۴. جوکار، بهرام؛ دلاورپور، محمدآقا. (۱۳۸۶). رابطه‌ی تعلل-ورزی آموزشی با اهداف پیشرفت. اندیشه‌های نوین تربیتی. پاییز و زمستان، دوره سوم. شماره ۳ و ۴.
45. Burka, B.J. Yuen, M. L. (2008). *Procrastination: Why you do it, what to do about it now*. Published by Da Capo Press.
46. Ferrari, J. (1992). Psychometric validation of two procrastination inventories for adults: Arousal and avoidance measures. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, pp. 97-110.
47. Flett, G. L. Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Mosher, S. W. (1991). Perfectionism, self-actualisation, and personal adjustment. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, pp. 147- 150.
48. Wernicke, R. A. (1999). *Mediation Test of the Relationships between Perfectionism and Prostrationism*. Unpublished master's thesis, American University, USA.
29. Lyubomirsky, S., Kasri, F., Chang, O., & Chung, I. (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis of breast cancer symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, pp. 276-304.
30. Wells, A. (2009). *Meta cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
31. Vliegen, N., Luyten, P., Besser, A., Casalin, S., Kemke, S., Tang, E.(2010). Stability and change in levels of depression and personality. A follow-up study of postpartum depressed mothers that were hospitalized in a mother-infant unit. *J. Nerv. Ment. Dis.* 198, pp. 45-51.
32. Stober, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24(4), pp. 481-491.
33. Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for selfdefeat. *Psychology Today*, 14, pp. 34-52.
34. Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, pp. 456-470.
۳۵. سلیمانی، بهاره؛ رکابدار، قاسم. (۱۳۸۹). ارتباط ابعاد کمال‌گرایی با مهارت‌های مقدماتی ریاضی دانشجویان. فصلنامه روانشناسی تربیتی. ۳، صص. ۱۷-۷.
۳۶. قاسمی، فریده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه فراست و رابطه آن با اضطراب امتحان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد تهران مرکز.
37. Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, pp. 20-28.
۳۸. باقری نژاد، مهینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱، صص. ۲۱-۳۸.

57. Ito, T., & Agari, I. (2002). The relationship among perfectionism, negative rumination, and depression: Reconsideration of perfectionism as a vulnerability factor to depression. *Japanese Journal of Counseling Science*, 35, pp. 185-197.
58. Szymanski. (2011). *the perfectionists handbook*. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
59. Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), pp. 569-582.
60. Teasdale, J. D. & Barnard, P. J. (1993). *Affect, Cognition and Change: Re- Rode Re-Modeling Depressive Thought*. Erlbaum, Hove, UK.
61. Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory indepression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, pp. 353-357.
۶۲. بشارت، محمدعلی؛ جوشن لو، محسن؛ میرزمانی، سید محمود. (۱۳۸۶). رابطه سبک‌های دلبستگی و کمال‌گرایی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۲۵، صص. ۱۱-۱۸.
49. Flett, G. L., Besser, A., & Hewitt, P. L. (2005). Perfectionism, ego defense styles, and depression: A comparison of self versus informant ratings. *Journal of Personality*, 73, pp. 1355-1396.
50. Saddler, C.D. Buley, J. (1999). Predictors of academic procrastination in college students. *Psychological Reports*, 84, pp. 686-688.
51. Seo. (2008). Self-efficacy as a Mediator in the Relationship between Self-oriented Perfectionism and Academic Procrastination. *Social Behavior and Personality*, 36 (6), pp. 753-764.
52. Çapan, B. (2010). Relationship among perfectionism, academic procrastination and life satisfaction of university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, pp. 1665-1671.
53. Short, M. M., Mazmanian, D. (2013). Perfectionism and negative repetitive thoughts: Examining a multiple mediator model in relation to mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 55, pp. 716-721.
54. Schiena, D. Raffaella, Luminet, Olivier. Pierre, Philippot, Douilliez, Celine. (2012). Adoptive & Maladaptive perfectionism in depression preliminary evidence on the role of adaptive & maladaptive rumination. *Personality & Individual Differences*. 53. pp. 774-778.
55. Blankstein, K. R. & Lumley, C. H. (2008). Multidimensional perfectionism and ruminative brooding in current dysphoria, anxiety, worry, and anger. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26, pp. 168-193.
56. O'Connor, D. B., O'Connor, R. C., & Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*, 21(4), pp. 429-452.



ارزیابی بالینی و شخصیت



بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سه جنبه تاریک شخصیت

نادر حاجلو^{۱*}، محمدعلی قاسمی نژاد^۲، سروین انصار حسین^۲، تیمور سیدی اصل^۲

۱. استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول).
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

مقدمه: پرسشنامه سه جنبه تاریک شخصیت ابزاری جدید برای تشخیص سریع و آسان در حوزه شخصیت است. هدف پژوهش حاضر اعتباریابی مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت بود.

روش: جامعه آماری شامل کلیه کاربران فعال دارای پست الکترونیک بودند که ۲۷۲ نفر با استفاده روش نمونه‌گیری گلوله برفی به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با روش تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار «ای.ام.ا.و.اس. ۲۲» تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های شخصیت ماکیاویلیسم ۰/۷۴، ضداجتماعی ۰/۶۳ و خودشیفته ۰/۸۳ و رابطه نمره کل با هر آیتام در دامنه ۰/۴۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد. بررسی همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ، توافق بین ارزیاب‌ها، آزمون باز آزمون و همبستگی سؤال با نمره کل آزمون نشان داد که این مقیاس از پایایی مناسبی برخوردار است. بررسی‌های مربوط به روایی محتوا و سازه این مقیاس نشانگر روایی مطلوب پرسشنامه مذکور بود. یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی تأییدی همانند فرم اصلی، سه عامل همبسته ولی مجزا را آشکار ساخت که عبارت‌اند از: ماکیاویلیسم، ضداجتماعی و خودشیفته.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که پرسشنامه سه جنبه تاریک شخصیت ابزاری پایا و روا برای سنجش این سه جنبه شخصیت در جامعه ایران است.

کلیدواژه‌ها: شخصیت، سه جنبه تاریک، خودشیفته، ضداجتماعی، ماکیاویلیسم

*Email: Mohamad_psy25@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۴۴-۱۳۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۱۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 137-144

مقدمه

سه نوع شخصیت وجود دارد که به‌عنوان جنبه‌های سه‌گانه تاریک^۱ شخصیت مشهورند: ماکیاویلیسم^۲، خودشیفتگی^۳ و ضداجتماعی^۴. این سه جنبه، شخصیت‌های آزاردهنده‌ای هستند که عملکردشان در محدوده طبیعی است و در جامعه به‌وفور مشاهده می‌شود [۱]. سیاست‌های ماکیاویلیسم به‌وسیله کارآمدی آن‌ها در توجیه کردن کارهایشان مشخص می‌شود. شعار اصلی آن‌ها این است که «هدف وسیله را توجیه می‌کند». جامعه‌سنجی و ماکیاویلیسم سازه‌های مجزایی هستند و از لحاظ مفهومی همپوشی‌هایی نیز دارند، زیرا هر دو با فقر روابط عاطفی، هیجانی و فقدان نگرانی‌های اخلاقی همراه هستند. خصوصیات بارز جامعه‌سنجیان فقدان عاطفه است [۲،۱]. درحالی‌که ماکیاویلیسم-ها از طریق بهره‌کشی و سوءاستفاده و جامعه‌سنجی با فقدان گناه، عدم صداقت، بدبینی و سنگدل بودن نیز مشخص می‌شود. خودشیفته‌ها به دنبال توجه، وجهه یا موقعیت اجتماعی هستند و باورشان بر این است که نسبت به دیگران برتری و استحقاق بیشتری دارند [۳]. خودشیفتگی و جامعه‌سنجی هر دو در مفاهیم بالینی هستند که جزء اختلالات شخصیت هستند که در «دی. اس. ام.»^۵ نیز طبقه‌بندی شده است [۴]. محققان نشان داده‌اند که سه مؤلفه‌ی جنبه‌های تاریک شخصیت دارای ماهیت ذاتی و ژنتیکی هستند [۵،۶]. تنها ماکیاویلیسم دارای جزء محیطی بیشتری است، زیرا ماکیاویلیسم تحت تأثیر تجربه تعدیل می‌شود [۲].

تحقیقات نشان داده است که رفتاری‌های ماکیاویلیستی و خودشیفتگی در دوره کودکی ممکن است با شخصیت‌های ضداجتماعی مرتبط باشد و این شخصیت‌ها با پرخاشگری در دوره کودکی و نوجوانی ارتباط دارد [۷]. این سه نوع شخصیت با تکانشگری، رفتارهای پرخطر، فقدان خودکنترلی و راهبردهای زندگی سریع^۶ مرتبط است [۸، ۹، ۱۰، ۱۱]. خودشیفتگی با قماربازی مرتبط دانسته‌اند [۱۲]. کریسل^۷ و همکاران جنبه‌های سه‌گانه تاریک شخصیت مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشانگر ارتباط هیجان‌خواهی و تکانشگری با سه جنبه تاریک شخصیت [۱۳] و شرط‌بندی‌های همراه با زور و تهدید است. افرادی که رفتارهای جامعه‌سنجی و ماکیاویلیسم بالاتری دارند از سبک‌های شوخ‌طبعی منفی‌تر (پرخاشگری و خودزنی^۸)، درحالی‌که خودشیفته‌ها بیشتر از سبک‌های شوخ‌طبعی مثبت‌تری می‌کنند [۱۴]. از نظر راه‌آهن و کولار^۹ خودشیفته‌ها نسبت به دو سنخ دیگر، در نگاه مردم مورد محبوبیت بیشتری هستند [۱۵].

جانسون و کرووز^{۱۰} دریافتند، هر کدام از ابعاد سه‌گانه تاریک شخصیت با شکل خاصی از نقص عاطفی مرتبط است. شخصیت ضداجتماعی با ضعف در همدلی، مشکل در توصیف احساسات و تفکر در جهت خارجی^{۱۱} خودشیفته‌ها با همدلی عاطفی محدود و مشکل در شناسایی احساسات و ماکیاویلیسم‌ها با تفکر در جهت خارجی ارتباط دارد. فاکتورهای مختلف الکیس تایمیا با همدلی محدود مرتبط است و به نوبه خود جنبه‌های تاریک شخصیت را پیش‌بینی می‌کند [۱۶].

محققان تلاش کرده‌اند سه جنبه تاریک شخصیت را از جهت گوناگون مورد مطالعه قرار دهند: مطالعات نشان می‌دهد وقتی این افراد به‌عنوان رهبر انتخاب می‌شوند با سایر افرادی که به رهبری نمی‌رسیدند تفاوتی ندارند [۱۷]. این شخصیت‌ها ممکن است دارای کارکرد مثبت و انطباقی نیز باشند. اگر جنبه‌های تاریک شخصیت با هوش و جذابیت فیزیکی همراه شود، اغلب به افراد در کسب موقعیت رهبری کمک می‌کند [۱۸]. به گفته هوگان^{۱۲}، صفات تاریک شخصیت به مردم کمک می‌کند تا از بقیه در محیط کار جلو بیفتند، نه اینکه لزوماً با دیگران همراه شود [۱۹]. همین امر باعث شده است که اخیراً بعضی از محققان بر روی اجتماع ستیزهای موفق [۲۰] و خودشیفته‌های موفق [۲۱] متمرکز شوند. هرچند که این افراد ممکن است در بعضی از زمینه‌ها موفق باشند، ولی اکثراً در نهایت، از جذابیت می‌افتند [۱۸، ۱۹]. در مطالعه‌ی جانسون و همکاران [۱۰] از گروه نمونه خواستند تا به سناریوهایی واکنش نشان دهد. نتایج نشان می‌دهد افراد خودشیفته بیشتر از فنون نرم بهره‌کشی استفاده می‌کنند. درحالی‌که افراد ضد اجتماع بیشتر از فنون سخت بهره‌کشی استفاده می‌کنند. افراد ماکیاوولی انعطاف‌پذیر بودند و از هر دو روش بهره می‌برند.

بررسی مبانی نظری و تجربی در این زمینه نشان می‌دهد که سه جنبه تاریک شخصیت با متغیرهای بسیاری مرتبط هستند. هرچند که در طی چند سال گذشته، این سه مؤلفه به‌صورت جداگانه مورد مطالعه قرار می‌گرفتند و ابزارهای مجزایی داشتند، ولی در حال حاضر برای مطالعه این سه جنبه مجرا از هم ولی همپوش ابزارهایی ساخته شده است تا بتوان راحت‌تر این خصوصیات شخصیتی را مطالعه نمود [۱۸]؛ بنابراین شناخت خودشیفتگی، ماکیاویلی و جامعه‌سنجی، به دلیل اینکه با رفتارهای پرخطر زیادی ارتباط دارد (مانند قلدری، بهره‌کشی از دیگران، پرخاشگری، ازدواج ناموفق)، لازم و مهم است. لذا در اولین گام باید بتوان ابزار مناسبی برای شناسایی و سنجش این شخصیت‌ها تهیه نمود؛ بنابراین این پژوهش به دنبال بررسی روایی و پایایی اعتبار سازه این مقیاس است.

یکی از ابزارهای ساخته شده در این حوزه، پرسشنامه ۱۲ سؤالی جنبه‌های پست^{۱۳} شخصیت است که توسط جانسون و

¹ Dark Triad

² Machiavellianism,

³ Narcissism

⁴ Psychopathy

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

⁶ Fast Life Strategy

⁷ Crysel

⁸ Aggressive, self-defeating

⁹ Rauthmann&Kolar

¹⁰ Krause

¹¹ Externally Oriented Thinking

¹² Hogan

¹³ Dirty Dozen

مخالف=1 تا کاملاً موافق=5، این سه جنبه تاریک شخصیت را مورد آزمون قرار می‌دهد. جانسون و همکاران در 4 مطالعه مختلف و در 1085 شرکت‌کننده، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس (شامل: اعتبار سازه، روایی افتراقی، هم‌زمان و پایایی باز آزمون) را مورد بررسی قرار دادند، به‌نحوی که از 91 آیتم ابتدایی در نهایت 12 آیتم برای فرم نهایی آن باقی ماند. در نهایت آن‌ها مقیاس خود را 12 ویژگی پست شخصیت¹ نامیدند، درحالی که همان سه جنبه‌های تاریک شخصیت را اندازه‌گیری می‌کند. داده‌های این مطالعه نشان داد که این مقیاس با پرخاشگری، عدم توافق و ازدواج‌های کوتاه‌مدت مرتبط است. سازندگان این مقیاس گزارش دادند که در تمام مطالعات، این مقیاس از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار بود. در مطالعات متعددی که جانسون و همکاران [22] انجام دادند، میزان آلفای کرونباخ ماکیاولیسم را از 0/72 تا 0/77، برای ضداجتماعی از 0/66 تا 0/69 و برای خودشیفتگی از 0/78 تا 0/85 گزارش نمودند و با استفاده از روش‌های روایی هم‌زمان، پیش‌بین و تحلیل عاملی تأییدی، روایی آن را تأیید کردند.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق علاوه بر آمار توصیفی و همبستگی پیرسون، برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار «ای. ام. او. اس. 22» استفاده شد.

نتایج

یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد گروه نمونه در دامنه سنی 16 تا 40 سال، به ترتیب 25/53 و 6/32 بود. 27/6 درصد از شرکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر، 61/4 درصد لیسانس، 4 درصد کاردانی، 5/5 درصد دیپلم و 1/5 درصد دیپلم به پایین بودند. 8/54 درصد از گروه نمونه زن و 41/5 مرد تشکیل می‌داد. بررسی روایی محتوایی از روش توافق بین ارزیاب‌ها استفاده شد به‌نحوی که سه متخصص روانشناسی در مورد آیت‌های و مؤلفه‌های پرسشنامه نظر خود را بیان کردند. ضرایب پایایی بین ارزیاب‌ها در مؤلفه‌های ماکیاولیسم 0/82، ضداجتماعی 0/87 و خودشیفته 0/83 به دست آمد. برای ارزیابی پایایی با استفاده روش باز آزمایی در یک دوره یک‌ماهه در 40 دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی اجرا شد که نتایج نشان داد که ضریب باز آزمایی برای مؤلفه ماکیاولیسم، 0/73 ضداجتماعی، 0/58 و خودشیفته 0/62 به دست آمد. در جدول 1 میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول شماره 2، شاخص‌های آماری و ضرایب همبستگی ماده‌های مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت را نشان می‌دهد.

وبستر تهیه شد [22]. علی‌رغم علاقه‌هایی که در تحقیقات نسبت به جنبه‌های سه‌گانه تاریک شخصیت پدید آمده است، هنوز یک ابزار کوتاه و کارآمد وجود ندارد. به‌نحوی که اگر بخواهیم این شخصیت‌ها را مورد آزمون قرار دهیم، با استفاده از مقیاس‌های متفاوت، باید بیش از 90 آیتم را استفاده کنیم تا این سه جنبه اندازه‌گیری شود. به همین منظور نیاز است ابزار کارآمد و کوتاهی در این زمینه ساخته شود. از طرف دیگر اگر تمام این ابزارها در یک ابزار تجمیع شود کارآمدی آن بالاتر می‌رود، زیرا با یک ابزار سروکار داریم و مشکلات هر کدام از ابزارها به‌تنهایی را نخواهد داشت. هدف از انجام این پژوهش تعیین شاخص‌های روایی سازه مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت است؛ بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است: آیا مدل 3 عاملی جنبه‌های تاریک شخصیت به‌وسیله داده‌های گردآوری شده در یک نمونه ایرانی مورد حمایت قرار می‌گیرد؟ نتایج این پژوهش می‌تواند میزان اعتمادپذیری مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت را به‌عنوان یک ابزار اندازه‌گیری مشخص سازد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است.

آزمودنی

جامعه آماری شامل کلیه کسانی است که دارای پست الکترونیک فعال هستند. 272 نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. برای برگرداندن این پرسشنامه به فارسی ابتدا فرم انگلیسی پرسشنامه توسط محقق به‌صورت مستقل ترجمه و فرم نهایی تهیه شد. سپس فرم انگلیسی با روش ترجمه معکوس توسط متخصص زبان انگلیسی به انگلیسی برگردانده شد. این کار موجب اطمینان بیشتر از صحت ترجمه پرسشنامه می‌گردد. در ابتدا این پرسشنامه در یک نمونه 40 نفری اجرا شد و از دانشجویان خواسته شد تا سؤالات مبهم را مشخص کنند، در این مرحله نیز اصلاحات لازم به عمل آمد و بعد از نظرخواهی از چند متخصص روانشناسی، روایی محتوایی نسخه نهایی تأیید شد. محققین برای گردآوری اطلاعات، پرسشنامه الکترونیکی تهیه نموده و آن را با استفاده از پست الکترونیکی به 30 نفر ارسال کرد و سپس از آن‌ها خواسته شد که آن را تکمیل کرده و در صورت امکان آن را حداقل برای 5 نفر از دوستان خود ارسال نمایند و آن‌ها نیز این کار را تکرار کنند. همچنین توضیحات لازم درباره چگونگی پر کردن پرسشنامه در بالای آن داده شده بود تا اینکه تعداد 272 نفر به این پرسشنامه جواب دادند و آن را برای محقق ارسال نمودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه 12 سؤالی سه جنبه تاریک شخصیت: این پرسشنامه توسط جانسون و همکاران ساخته شد [22]. این پرسشنامه سه مؤلفه دارد که خودشیفتگی، ماکیاولیسم و جامعه‌ستیزی را در 12 گویه، در طیف 5 درجه‌ای لیکرتی کاملاً

¹ Dirty Dozen

² AMOS-22

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار متغیرهای ماکیاویلیسم، ضداجتماعی و خودشیفته

متغیرها و شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار
ماکیاویلیسم	۷/۱۳	۳/۰۵
ضداجتماعی	۹/۷۲	۲/۸۷
خودشیفته	۱۱/۹۶	۴/۳۰

جدول ۲. شاخص‌های آماری و ضرایب همبستگی ماده‌های مقیاس سه جنبه پلید شخصیت (n=۲۷۲)

سؤالات	میانگین \pm انحراف معیار	r
ماکیاویلیسم	۱- دوست دارم برای رسیدن به اهدافم، دیگران را تحت نفوذ خود در آورم.	۰/۸۰
	۲- دوست دارم برای رسیدن به اهدافم، از فریب یا دروغ استفاده کنم.	۰/۷۴
	۳- دوست دارم برای رسیدن به اهدافم، در مقابل دیگران چرب‌زبانی کنم.	۰/۸۰
	۴- دوست دارم برای رسیدن به اهدافم، از دیگران سوءاستفاده کنم.	۰/۷۲
ضداجتماعی	۵- دوست دارم (در اشتباهاتم) احساس پشیمانی نداشته باشم.	۰/۴۲
	۶- دوست دارم بیش‌ازحد نگران اخلاقیات یا رعایت اصول اخلاقی اعمالم نباشم.	۰/۷۴
	۷- دوست دارم نسبت به دیگران سنگدل و بی‌عاطفه باشم.	۰/۷۷
	۸- دوست دارم نسبت به دیگران عیب‌جو و بدبین باشم.	۰/۶۹
خودشیفته	۹- دوست دارم از دیگران بخواهم که مرا تحسین کنند.	۰/۸۵
	۱۰- دوست دارم از دیگران بخواهم که به من توجه کنند.	۰/۹۰
	۱۱- دوست دارم به دنبال شان و مقام اجتماعی باشم.	۰/۶۵
	۱۲- دوست دارم از دیگران انتظار داشته باشم که توجه ویژه‌ای به من کنند.	۰/۸۷

همچنین در متغیر خودشیفته بالاترین میانگین در ماده ۱۱ (۳/۹۵) و کمترین میانگین در ماده ۱۰ (۲/۵۷) به دست آمد. در جدول شماره ۲ ضریب آلفای کرونباخ به تفکیک هر متغیر آورده شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، بالاترین میانگین در متغیر ماکیاویلیسم در ماده ۲ (۲/۵۲) و کمترین میانگین در ماده ۴ (۱/۳۴)، بالاترین میانگین در متغیر ضداجتماعی در ماده ۵ (۴/۳۳) و کمترین میانگین در ماده ۸ (۱/۴۸) به دست آمد.

جدول ۳. ضریب آلفای کرونباخ به تفکیک هر متغیر

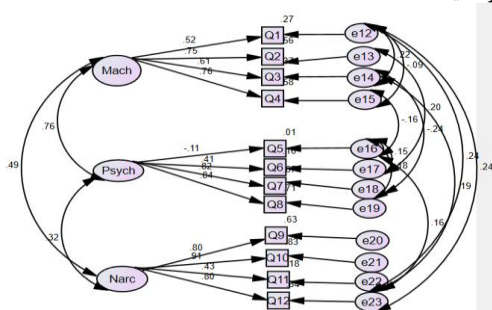
متغیر	ضریب آلفای کرونباخ	
	پژوهش حاضر	پژوهش سازندگان مقیاس
ماکیاویلیسم	۰/۷۴	۰/۷۷-۰/۷۲
ضداجتماعی	۰/۶۳	۰/۶۹-۰/۶۶
خودشیفته	۰/۸۴	۰/۷۸-۰/۸۵

جدول ۴. برازش الگوی پیش‌نهادهای داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

الگو / شاخص	X ²	df	X ² /df	GFI	IFI	CFI	NFI	RAMSEA	RMR
ساختار سه‌عاملی در پژوهش حاضر	۸۷/۳۳۸	۴۰	۲/۱۸	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۰۶	۰/۰۹
ساختار یک‌عاملی در پژوهش حاضر	۵۵۱/۲۲۷	۵۴	۱۰/۲۰	۰/۶۸	۰/۶۱	۰/۶۱	۰/۵۹	۰/۱۸	۰/۱۴
ساختار سه‌عاملی در پژوهش سازندگان مقیاس	۱۲۳/۹۰	-	۲/۴۳	-	-	-	۰/۹۲	۰/۰۸	-
ساختار یک‌عاملی در پژوهش سازندگان مقیاس	۳۴۴/۵۰	-	۶/۳۸	-	-	-	۰/۶۶	۰/۱۵	-

پذیرفته شود. بر اساس مندرجات جدول ۴ مقادیر «جی. اف. آی.»، «ان. اف. آی.»، «آی. اف. آی.» و «سی. اف. آی.» به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۶ و ۰/۹۶ است که حاکی از برازش خوب مدل است. همان‌طور که مشاهده می‌شود این مقادیر از مقادیر پژوهش اصلی نیز بالاتر و بهتر بود. شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً از شاخص‌های دیگر برازندگی است. این مقدار ریشه دوم میانگین مجذورات باقی‌مانده است که به‌عنوان تابعی از مقدار کواریانس تفسیر می‌شود [۲۳]. بروان و کودک^۸ مقادیر بالاتر از ۰/۱۰ را نشان‌دهنده برازش ضعیف، بین ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ برازش متوسط، بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ برازش قابل قبول و کمتر از ۰/۰۵ را نشان‌دهنده برازش عالی^۹ می‌دانند [۲۹]. بر اساس مندرجات جدول ۴، شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً برابر ۰/۰۶ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی برازش قابل قبول این مدل است. باقیمانده مجذور میانگین ۰/۰۹ به دست آمد که باز هم نشان‌دهنده برازش خوب مدل است. همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌گردد، برازندگی مدل پژوهش حاضر از برازندگی سازنده این مقیاس نیز بالاتر شد به‌نحوی که شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً این مقیاس ۰/۰۸ به دست آمد. در صورتی که این شاخص در این پژوهش ۰/۰۶ به دست آمد که نشان‌دهنده برازندگی مدل پژوهش حاضر است.

شکل ۱. نمودار مدل برآورد شده برای سه جنبه تاریک شخصیت را نشان می‌دهد. همان‌طور که در شکل ۱ ملاحظه می‌گردد، کلیه بارهای عاملی مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت روی سه عامل به‌طور معنی‌داری بار گذاشته‌اند. تنها آیتم شماره ۵ بار معنی‌داری نداشت. به غیر از این آیتم، بزرگ‌ترین بار عاملی مربوط به ماده ۱۰ و کوچک‌ترین آن مربوط به ماده ۱۱ بود. همچنین شکل شماره ۲ بارهای عاملی مربوط به ۱۲ مقیاس را در یک ساختار یک عاملی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، ساختار یک عاملی این مدل از برازش مناسبی برخوردار نبود و مطابق با پژوهش سازنده مقیاس ساختار سه عاملی آن از برازش و بهتری داشت. لذا ساختار تک عاملی این مدل چه در پژوهش سازندگان مقیاس و چه در پژوهش حاضر تأیید نشد.



شکل ۱. نمودار مدل برآورد شده مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت (ساختار سه عاملی)

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، همسانی درونی متغیر ماکیاویلیسم ۰/۷۴، ضداجتماعی، ۰/۶۳ و خودشیفته ۰/۸۴ به دست آمد که نشان می‌دهد که ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس خود ارزشیابی در حد قابل قبولی است. افزون بر این، همبستگی هریک از ماده‌های مقیاس ذکر شده با نمره کل هر متغیر نیز محاسبه شد که در جدول ۲ قابل ملاحظه است. همبستگی سؤال‌ها با نمره کل هر متغیر در سطح $P < 0.001$ معنی‌دار بودند. دامنه این ضریب همبستگی از ۰/۴۲ تا ۰/۹۰ در نوسان بوده است؛ بنابراین همه پرسش‌های مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت از همسانی لازم برخوردارند.

روایی سازه

وارسی روایی سازه‌ی پرسشنامه سه جنبه تاریک شخصیت به‌وسیله تحلیل عاملی تأییدی و با استفاده از نرم‌افزار «ای. ام. او. اس. ۲۲» صورت گرفت. برای آزمون مدل سه عاملی از شاخص مجذور کای، شاخص نیکویی برازش^۱ شاخص برازندگی مقایسه‌ای^۲، شاخص برازندگی افزایشی^۳، شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً^۴ و باقیمانده مجذور میانگین^۵ و شاخص توکر لویس^۶ استفاده شد. برای تعیین کفایت برازندگی الگوی پیش‌نهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده شد. در جدول ۴ شاخص‌های مذکور نشان دادند که مدل پیشنهادی از شاخص‌های برازندگی قابل قبولی برخوردار است. شاخص مجذور کای، شاخص برازندگی مطلق مدل است که هرچه به صفر نزدیک‌تر باشد و به لحاظ آماری معنی‌دار نباشد، مدل برازنده‌تر خواهد بود. وقتی حجم نمونه بین ۷۵ تا ۲۰۰ باشد، مقدار مجذور کای یک اندازه معقول برازندگی است؛ اما برای مدل‌های با N بزرگ‌تر، مجذور کای تقریباً از نظر آماری معنی‌دار است [۲۳]. این موجب می‌شود که آماره مجذور کای تقریباً همیشه برازش مدل را رد کند [۲۴، ۲۵] بنابراین بسیاری از پژوهشگران مجذور کای را نسبت به درجه آزادی آن (یعنی مجذور کای نسبی) می‌سنجند [۲۶]. برخی پژوهشگران بیان کرده‌اند که چنانچه این شاخص کمتر از ۲ باشد، برازندگی عالی، بین ۲ تا ۵ برازندگی خوب و بزرگ‌تر از ۵ برازندگی ضعیف و نامقبول الگو را نشان می‌دهد [۲۷]. مندرجات جدول ۴ مقدار مجذور کای نسبی را ۲/۱۸ نشان می‌دهد که نشان‌دهنده‌ی برازش خوب مدل است. شاخص نیکویی برازش، شاخص برازندگی مقایسه‌ای و شاخص برازندگی افزایشی شاخص‌هایی هستند که برازش مدل معین را با مدل پایه نشان می‌دهند [۲۸]. هرچه این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشد، برازش مدل بهتر است. البته این مقدار باید حداقل ۰/۹۰ باشد تا مدل مورد نظر

^۱ GFI

^۲ IFI

^۳ CFI

^۴ RMSEA

^۵ Root Mean Square Residual (RMR)

^۶ Tucker Lewis Index (TLI)

^۷ Normed Fit Index (NFI)

^۸ Browne & Cudeck

^۹ Excellent Fit

توجه به اینکه روایی محتوا جنبه عقلی و منطقی داشته و نمی‌توان نتیجه را بر اساس روش‌های آماری به صورت ضریب عددی تعیین نمود، لذا تأیید متخصصان این حوزه در امر ارزیابی روایی صوری و منطقی پرسشنامه جنبه‌های سه‌گانه تاریک شخصیت ملاک عمل واقع گردید.

نتایج حاصل از تحلیل عاملی نشان داد که بار عاملی چهار سؤال ماکیاویلیسم از بار مناسب و بالایی برخوردار است؛ بنابراین شخصیت ماکیاویلیستی بیان می‌کند که این افراد با ترفندهای دیگران را مورد آلت دست خود قرار داده و از هر وسیله‌ای برای رسیدن به اهداف خود استفاده می‌کنند. مهم‌ترین شعار آن‌ها این است که هدف وسیله را توجیه می‌کند.

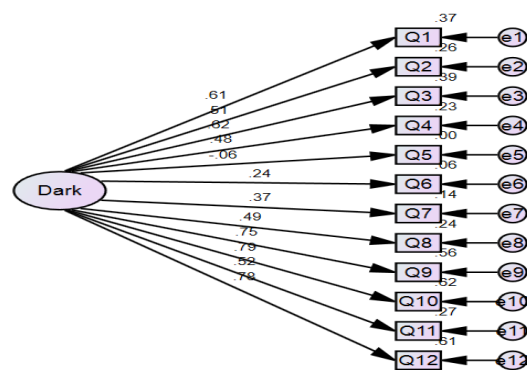
بار عاملی سه سؤال در شخصیت ضداجتماعی مثبت بوده و نشانه ضداجتماعی بودن را نشان می‌دهد. سنگدل و بی‌عاطفه بودن، خودخواهی، عدم پایبندی به اخلاق و انسانیت از مؤلفه‌های اصلی شخصیت ضداجتماعی است؛ اما تنها سؤال ۵ بار عاملی معنی‌داری با شخصیت ضداجتماعی نداشت و در نمونه این پژوهش تأیید نشد. می‌توان چنین تبیین کرد که بار منفی این سؤال «دوست دارم احساس پشیمانی نداشته باشم» نسبت به سه سؤال دیگر کمتر است؛ بنابراین بهتر است در نمونه جداگانه دیگر این سؤال را دوباره مورد سنجش قرار داد.

بار عاملی چهار سؤال خودشیفتگی مثبت بوده و نشانه خودشیفته بودن افراد است. افراد خودشیفته به‌طور مداوم از دیگر توجه و تحسین می‌خواهند و تمایل آن‌ها این است که دنبال مقام و موقعیت اجتماعی باشند. توجه ویژه‌ای از دیگران می‌طلبند و دوست دارند این توجه نسبت به سایر افراد متفاوت باشد. هرگاه احساس کنند که به آن‌ها کم‌توجهی شده است دچار سرخوردگی شده و ممکن است به‌طور منفی واکنش نشان دهند.

در کل داده‌های حاصل از برازش مدل این مقیاس نشان داد، مدل سه عاملی که توسط سازندگان معرفی شده در این پژوهش نیز تأیید شده و حتی برازشی بالاتر و بهتر از مدل سازندگان دارد. افزون بر این، همان‌طور که برازش مدل تک عاملی را تأیید نکردند، برازش مدل تک عاملی این پژوهش نیز تأیید نشده و داده‌ها نشان دادند که مدل سه عاملی برازش بهتر و دقیق‌تری نسبت به تک عاملی دارد و واریانس بیشتری را تبیین می‌کند.

در مجموع از نتایج پژوهش حاضر چنین استنباط می‌شود که با در نظر گرفتن یافته‌های مربوط به پایایی و روایی، زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه، سهولت نمره‌گذاری که از مهم‌ترین جنبه عملی بودن پرسشنامه محسوب می‌شود، مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت ابزاری کاملاً مناسب برای سنجش این سه شخصیت تاریک است؛ بنابراین این ابزاری مناسب برای ارزیابی سریع این سه شخصیت افراد، جهت استفاده پژوهشی و بالینی برای پژوهشگران و مراکز درمانی و مشاوره‌های شغلی و خانوادگی است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش آتی به بررسی روایی و پایایی این مقیاس در جامعه‌های مختلف پرداخته شود.

در این تحقیق سایر روایی‌های پیش‌بین، هم‌زمان، افزایشی، بررسی نگردید و لازم است در مطالعات بعدی این محدودیت رفع



شکل ۲. نمودار مدل برآورد شده مقیاس سه جنبه تاریک شخصیت (ساختار تک عاملی)

بحث و نتیجه‌گیری

سازگاری اجتماعی از بزرگ‌ترین مسائل زندگی فردی و خانوادگی هر جامعه‌ای است که متأسفانه عدم سازگاری ممکن است به معضل بزرگی در جوامع تبدیل شود [۳۰]. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته اختلال شخصیت شیوع بیشتری دارد [۳۱] ولی در مورد شخصیت ماکیاویلی تحقیقاتی صورت نگرفته است. متأسفانه پرسشنامه‌ای هم در ایران وجود ندارد که این سه جنبه تاریک شخصیت را با هم مورد ارزیابی قرار دهد. در این پژوهش با معرفی پرسشنامه سه جنبه تاریک شخصیت، ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. جانسون و وبستر [۲۲] بیان کردند که در پژوهش‌های قبلی هیچ‌گونه مقیاس کوتاه و معتبری در این زمینه وجود نداشته و در خیلی از پژوهش‌ها از مقیاس‌های جداگانه‌ای برای سنجش این سه جنبه شخصیت می‌پرداختند. مقیاسی که هم کوتاه و هم این سه جنبه را در خود داشته باشد، بهتر از مقیاس‌هایی است که به‌طور پراکنده به بررسی این سه جنبه تاریک شخصیت بپردازد. به همین دلیل آن‌ها به ساخت چنین مقیاسی همت گماردند. با توجه به اینکه در ایران این سه جنبه تاریک از شخصیت مورد بررسی قرار نگرفته بود، بنابراین محققین سعی بر آن داشتند که به بررسی پایایی و روایی این مقیاس بپردازند.

داده‌های حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که میزان ضریب آلفای کرونباخ مقیاس مذکور برای سه جنبه تاریک شخصیت در حد قابل قبولی است، به‌نحوی که ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده، مطابق با آلفای کرونباخ سازندگان مقیاس بود. همچنین برای بررسی همسانی درونی در جهت بررسی پایایی، همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون گرفته شد. نتایج نشان داد که همه سؤالات با نمره کل هر عامل رابطه معنی‌دار بالایی دارد و نشان می‌دهد که این مقیاس از پایایی قابل قبولی برخوردار است. داده‌های حاصل از روش بازآزمایی و روش توافق بین ارزیاب‌ها برای سه مؤلفه مقیاس نشان داد که این سه مؤلفه از پایایی مطلوبی برخوردار است.

علاوه بر پایایی، روایی محتوا و سازه این مقیاس تأیید شد. با

9. Jonason, P. K., & Tost, J. (2010). I just cannot control myself: The Dark Triad and self-control. *Personality and Individual Differences*, 49, 611–615.
10. Jonason, P. K., Slutske, S., & Partake, J. (2012). The Dark Triad at work: How toxic employees get their way. *Personality and Individual Differences*, 52, 449–453.
11. Jones, D. N. (2012). What's mine is mine and what's yours is mine: The Dark Triad and gambling with your neighbor's money. Poster presentation at the 13th annual meeting of the Society for Personality and Social Psychology, San Diego, California.
12. Lakey, C. E., Rose, P., Campbell, W. K., & Goodie, A. S. (2008). Probing the link between narcissism and gambling: The mediating role of judgment and decision-making biases. *Journal of Behavioral Decision Making*, 21, 113–137.
13. Crysel, L. C., Crosier, B. S., & Webster, G. D. (2012). The Dark Triad and risk behavior. *Personality and Individual Differences*.
14. Veselka, L., Schermer, J. A., Martin, R. A., & Vernon, P. A. (2010). Relations between humor styles and the Dark Triad traits of personality. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 772–774.
15. Rauthmann, J. F., & Kolar, G. P. (2012). The perceived attractiveness and traits of the Dark Triad: Narcissists are perceived as hot, Machiavellians and psychopaths not. *Personality and Individual Differences*.
16. Jonason, P. K., & Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*.
17. O'Boyle, E. H. Jr, Forsyth, D. R., Banks, G. C., & McDaniel, M. A. (2012). A meta-analysis of the Dark Treaded work behavior: A social exchange perspective. *Journal of Applied Psychology*, 97, 557–579.
18. Furnham, A. (2010). *The Elephant in the Boardroom: The Causes of Leadership Derailment*. Basingstoke: PalgraveMacMillan.
- گردد. مقیاس جنبه‌های سه‌گانه تاریک شخصیت ابزاری جدید است و هنوز شواهد داخلی در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی، همه‌گیرشناسی، آزمایشی، زمینه‌یابی درباره آن صورت نگرفته است. امید است که در پژوهش‌های آتی شواهد کافی در مورد روایی و پایایی این مقیاس منتشر گردد تا با اطمینان بیشتری در سایر زمینه‌های پژوهشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. از آنجاکه اکثریت گروه نمونه دارای تحصیلات دیپلم به بالا بودند، بنابراین استفاده از این مقیاس در افراد زیر دیپلم با احتیاط بکار رود.
- منابع**
1. Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556–563.
2. Vernon, P. A., Villani, V. C., Vickers, L. C., & Harris, J. (2008). A behavioral genetic investigation of the Dark Triad and the Big 5. *Personality and Individual Differences*, 44 (2), 445–452.
3. Furnham, A., & Crump, J. (2005). Personality traits, types and disorders. *European Journal of Personality*, 19, 167–184
4. Tamborski, M., & Brown, R. P. (2011). The measurement of trait narcissism in social-personality research. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 133–140). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
5. Veselka, L., Schermer, J. A., & Vernon, P. A. (2011). Beyond the big five: The dark triad and the super numerary personality inventory. *Twin Research and Human Genetics*, 14, 158–168.
6. Petrides, K. V., Vernon, P. A., Schermer, J. A., & Veselka, L. (2011). Roid emotional intelligence and the Dark Triad of personality. *Twin Research and Human Genetics*, 14, 35–41.
7. Baughman, H. M., Dearing, S., Giammarco, E., & Vernon, P. A. (2012). Relationships between bullying behaviours and the dark triad: A study with adults. *Personality and Individual Differences*, 52, 571–575.
8. Jonason, P. K., Koenig, B. L., & Tost, J. (2010). Living a fast life strategy: The Dark Triad and life history theory. *Human Nature*, 21, 428–442.

26. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics. Boston, MA: Pearsons Education.
27. Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & summers, G. (1977). Assessing Reliability and Stability in Panel Models, *Sociological Methodology*, 8 (1), 84-136.
28. Bollen, K. A. (1990). Overall fit in covariance structure models: Two types of sample size effects. *Psychological Bulletin*. 107 (2), 256-259.
29. Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of an assessing model fit. In K.A. Bollen & J.S. Long (Eds.), *testing structural equation models* (136-162) Newbury Park, CA: sage
۳۰. رحیمی نژاد، عباس، خدایاری فرد، محمد، عابدینی، یاسمین و پاکنژاد، محسن (۱۳۹۲). رابطه ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی، ویژگی‌های فردی و خانوادگی آن‌ها با سازگاری اجتماعی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال ۲، شماره ۹، صص ۸۵-۹۴
۳۱. فاتحی‌زاده، مریم، امامی طاهره و نجاریان، بهمن (۱۳۹۲). بررسی میزان شیوع علائم اختلالات شخصیت ضداجتماعی، خودشیفته، نمایشی و مرزی در بین دانش آموزان دختر. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۴ (۲۲)، صص ۴۷-۵۸
19. Hogan, R. (2007). *Personality and the Fate of Organizations*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
20. Babiak, P., & Hare, R. (2006). *Snakes in suits*. New York: Regan Books.
21. Chatterjee, A., & Hambrick, D. (2007). It's all about me. *Administrative Science Quarterly*, 52, 351-386.
22. Jonason, P. K., Webster, G. W., Schmitt, D. P., Li, N. P., & Crysel, L. C. (2012). The rise of the antihero in popular culture: A life history theory of the Dark Triad personality traits. *Review of General Psychology*, 16, 192-199.
۲۳. هومن، حیدرعلی (۱۳۸۴). مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل. تهران. سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی، سمت.
24. Bentler, P. M., & Bonnet, D. C. (1980). Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures, *Psychological Bulletin*, 88 (3), 588- 606.
25. Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2004). *LISREL 8: Structural Equation modeling with the SIMPLIS command language*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.

پیوست

پرسشنامه سه جنبه تاریک شخصیت

سوالات	کاملاً موافق	موافق	تا حدی موافق	مخالف	کاملاً مخالف
۱. دوست دارم برای رسیدن به اهدافم، دیگران را تحت نفوذ خود در آورم					
۲. دوست دارم برای رسیدن به اهدافم، از قریب یا دورغ استفاده کنم					
۳. دوست دارم برای رسیدن به اهدافم، در مقابل دیگران چرب زبانی کنم					
۴. دوست دارم برای رسیدن به اهدافم، از دیگران سو استفاده کنم					
۵. دوست دارم (در اشتباهاتم) احساس پشیمانی نداشته باشم					
۶. دوست دارم بیش از حد نگران اخلاقیات یا رعایت اصول اخلاقی اعمالم نباشم					
۷. دوست دارم نسبت به دیگران سنگ دل و بی عاطفه باشم					
۸. دوست دارم نسبت به دیگران عیب جو و بدبین باشم					
۹. دوست دارم از دیگران بخواهم که مرا تحسین کنند					
۱۰. دوست دارم از دیگران بخواهم که به من توجه کنند					
۱۱. دوست دارم به دنبال شأن و مقام اجتماعی باشم					
۱۲. دوست دارم از دیگران انتظار داشته باشم که توجه ویژه ای به من کنند					

سوالات ۱ تا ۴ مربوط به ماکیاویلیسم، سوالات ۵ تا ۸ مربوط به ضد اجتماعی و سوالات ۹ تا ۱۲ مربوط به خودشیفته هستند. همچنین همه آیتم‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵).

اعتباریابی پرسشنامه نشانه‌های آغازگر میل جنسی (CSDS)

فاطمه سادات هاشمی نژاد^{۱*}، رسول روشن چسلی^۲، سمیه متشلو^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف عمده‌ی تحقیق حاضر اعتباریابی و روایی‌سنجی شاخص نشانه‌های آغازگر میل جنسی (سی.اس.دی.اس) روی نمونه‌ای از زنان متأهل ۱۸ تا ۷۵ سال شهر قم بود.

روش: ۱۶۰ نفر از بین زنانی که در تابستان ۹۴ به کلینیک‌های تخصصی زنان و زایمان شهر قم مراجعه نمودند، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و شاخص نشانه‌های آغازگر میل جنسی (سی.اس.دی.اس) و پرسشنامه‌های ملاک (مقیاس عملکرد جنسی (اف.اس.اف.آی)، مقیاس اضطراب و افسردگی (دی.ای.اس.اس) - ۲۱) و مقیاس سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی (نو) را تکمیل نمودند.

نتایج: نتایج به دست آمده از روش ضرایب پایایی همسانی درونی این پرسشنامه رضایت‌بخش بودند، از جمله آلفای کرونباخ (برای ۴۰ ماده) که عبارت بود از ۰/۸۶. ضرایب روایی همگرا نشان داد پرسشنامه نشانه‌های آغازگر میل جنسی با اضطراب رابطه منفی و معنی‌دار، با ابعاد پرسشنامه عملکرد جنسی زنان رابطه مثبت و معنی‌دار و با ابعاد برونگرایی و گشودگی به تجربه پرسشنامه نئو همبستگی مثبت و معنی‌دار ($P < 0.05$) وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: شاخص‌های روان‌سنجی به دست آمده در این تحقیق، گویای هماهنگی نتایج با تحقیقات پیشین است و با توجه به روایی همگرا و پایایی پرسشنامه نشانه‌های آغازگر میل جنسی، از آن می‌توان در محیط‌های پژوهشی و بالینی، در سنجش میزان نشانه‌های آغازگر میل جنسی افراد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: شاخص نشانه‌های آغازگر میل جنسی، اعتباریابی، روایی و پایایی

*Email: hashemi_407n@yahoo

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
مصص: ۱۴۵-۱۵۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۲۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 145-154

مقدمه

نموده‌اند، به‌طور مثال گوئتس^۳ و همکاران [۵] در پژوهشی به بررسی ارتباط بین نشانه‌های آغازگر دیداری میل جنسی و جاذبه جنسی پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها بیانگر این امر بود که از ۲۲ نشانه آغازگر جنسی که شناخته شده است، نوزده نشانه به‌طور قابل توجهی با جذابیت جنسی در ارتباط بود. کلی‌دی^۴ و همکاران [۶] در پژوهشی دریافتند، برانگیختگی جنسی در مردان در پاسخ به شمار معدودی از نشانه‌های آغازگر میل جنسی اتفاق می‌افتد، درحالی‌که برانگیختگی در زنان در پاسخ به طیف وسیعی از نشانه‌های آغازگر میل و برانگیختگی جنسی اتفاق می‌افتد. در سال‌های اخیر حوزه‌ی جنسی توجه تحقیقات زیادی را به خود جلب نموده است و تاکنون ابزارهای مختلفی جهت سنجش میل و عملکرد جنسی طراحی شده که از میان آن‌ها می‌توان به مقیاس «ابزار عملکرد جنسی زنان»^۵ اشاره کرد که برای ارزیابی سطوح جاری عملکرد جنسی به کار گرفته می‌شود. این مقیاس از ۱۹ آیت تشکیل شده است که توسط روزن و همکاران [۷] به‌منظور ارزیابی عملکرد جنسی ساخته شد. این پرسش‌نامه در ایران توسط خدیجه محمدی و همکاران [۸] هنجاریابی شد. در پژوهش پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سؤالات^۶ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که با نتایج تحقیقات روزن^۷ و همکاران [۷] (۰/۸۹ یا بالاتر)، تحقیقات مستون^۸ [۹] (۰/۷۴ یا بالاتر) و ویگل و همکاران [۱۰] (۰/۸۰ یا بالاتر)، هماهنگی دارد بر اساس نتایج مطالعه محمدی و همکاران [۸] تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هریک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و بدون اختلال وجود دارد که نشانگر اعتبار تمیزی این ابزار است [۸]. یکی از ابزارهایی که در زمینه‌ی میل جنسی مورد بررسی قرار گرفته عبارت است از پرسشنامه‌ی تمایل جنسی هالبرت [۱۱] که شامل ۲۵ ماده است و میزان تمایل جنسی آزمودنی را مورد سنجش قرار می‌دهد. هالبرت [۱۱] پایایی پرسشنامه را به روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۶ به دست آورد. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود که در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد. در ایران نیز شفیعی [۱۲] ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ به دست آورد. در تحقیق یوسفی و همکاران [۱۳] نیز ضریب همسانی درونی ۰/۹۲ بود و نتایج بررسی اعتبار همگرایی این تست با مقیاس عملکرد جنسی گواه از همبستگی مثبت معنادار بود ($p < 0/001$ $r = 529$) که تأییدکننده‌ی مناسب بودن این سازه در سنجش تمایل جنسی می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که در زمینه‌ی مسائل جنسی در خارج از کشور پژوهش‌ها روبه افزایش است ولی در حال حاضر در مراکز درمانی و در پژوهش‌های حیطه‌ی مسائل جنسی، اگرچه ابزارهای

عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان با زندگی شخص در هم آمیخته است که صحبت از آن به‌عنوان پدیده‌ای مستقل، غیرممکن به نظر می‌رسد. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوای بشر بوده و تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد [۱]. در واقع عملکرد جنسی پدیده‌ای چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل زیستی، فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی است. اهمیت دادن به عملکرد جنسی امری واقع‌بینانه است؛ زیرا مشکلات جنسی می‌تواند آثار متعددی بر سایر جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی بگذارد. از آنجاکه همه‌ی روابط دگرجنس‌گرا با یک ملاقات اولیه شروع می‌شود. اهداف و مقاصد مرد و زن باید جهت گسترش این رابطه، روشن شود. نشانه‌های آغازگر میل جنسی عبارت‌اند از آنچه که فرد را تحریک کرده و مغز را از لحاظ جنسی برمی‌انگیزد. به‌عبارت‌دیگر هر محرک یا نشانه‌ای که به نحوی به تماس تناسلی و ارگاسم منجر گردد [۲]. در واقع نشانه‌های آغازگر میل جنسی به این واقعیت اشاره دارد که بسیاری از سائق‌های بیولوژیکی ما نیازمند نوعی سیگنال یا محرک هستند تا ما را از وجودشان آگاه سازند. برای مثال، اگر شما مشغول یا پریشان باشید، احتمالاً تا زمانی که بوی پیتزا به مشامتان نرسد، احساس گرسنگی نخواهید کرد. عملکرد تحریک جنسی مشابه مثال بالاست. نشانه‌های آغازگر میل جنسی افراد را از نیازهای جنسی‌شان آگاه می‌سازد [۳]. پاسخ جنسی از سه مرحله‌ی متوالی تشکیل شده است: میل، برانگیختگی و اوج لذت جنسی. (۱) هرچند تمایل محققان و پزشکان همچنان بر آن است که میل جنسی را مرحله‌ی اولیه و جدا از پاسخ جنسی بدانند (۲) این نظر در عمل آزموده نشده و اعتبار آن زیر سؤال است (۳) در واقع نه‌تنها معلوم نیست که در طول پاسخ جنسی، میل جنسی از چه زمانی آغاز می‌شود، بلکه تعریف دقیق میل جنسی هم مشخص نیست (۴) درگذشته انگیختگی جنسی و میل جنسی، سازه‌های جداگانه در نظر گرفته می‌شدند، اما شواهد زیادی مبنی بر آن وجود دارد که این دو از نظر تئوری و نیز پدیدار شناختی با یکدیگر هم‌پوشانی دارند که در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) در مورد زنان، به‌صورت ترکیب شدن اختلالات میل و برانگیختگی جنسی در یک اختلال واحد تحت عنوان اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنانه^۲ نمود یافته است، این تغییر نیز به‌نوبه‌ی خود، اهمیت توجه به نشانه‌های آغازگر میل جنسی را آشکار می‌کند. مک‌گال و مستون [۴] در پژوهش خود نشانه‌های آغازگر میل جنسی را به چهار گروه تقسیم نمودند که شامل نشانه‌های پیوند عشقی/هیجانی، نشانه‌های شهوانی/صریح، نشانه‌های بصری/مجاورت و نشانه‌های ضمنی/مانتیک می‌باشد. پژوهش‌های مختلف اهمیت توجه به نشانه‌های آغازگر میل جنسی را اثبات

³ Cari D. Goetz

⁴ Kelly D.

⁵ Female Sexual Function Inventory (FSFI)

⁶ Internal Consistency Coefficient

⁷ Rosen R.

⁸ Meston C.

¹ American Psychotic Association

² Female Sexual Interest/Arousal Disorder

قرار گرفته که پایایی (آلفای کرونباخ = $0/93-0/78$) و روایی بالایی را نشان داد و قادر به تشخیص تفاوت‌های معنادار بین زنان با و بدون نگرانی‌های جنسی بود. [۱۴].

پرسشنامه شامل چهار حوزه و هر حوزه شامل ۱۰ سؤال می‌باشد که شامل:

- نشانه‌های پیوند عشقی/هیجانی (سؤال‌های ۱، ۶، ۹، ۱۱، ۱۸، ۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۵، ۴۰)
- نشانه‌های برانگیزاننده/شهوانی (سؤال‌های ۵، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۲۷، ۳۱، ۳۳، ۳۷، ۳۹، ۱۹)
- نشانه‌های بصری/مجاورت (سؤال‌های ۲، ۷، ۱۲، ۲۴، ۳۰، ۳۴، ۲۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲)
- نشانه‌های ضمنی/رمانتیک (سؤال‌های ۴، ۸، ۱۳، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۳۳، ۳۶، ۳۸) می‌باشد.

در این مطالعه برای اطمینان از کیفیت نسخه‌ی ایرانی فرم انگلیسی این مقیاس، ابتدا به فارسی ترجمه گردید و سپس مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. پس از اطمینان از تطابق فرم ترجمه شده با فرم اصلی، نسخه‌ی ایرانی مورد استفاده قرار گرفت.

۲. مقیاس عملکرد جنسی زنان: این مقیاس برای ارزیابی سطوح جاری عملکرد جنسی به‌کار گرفته می‌شود و از ۱۹ آیتم تشکیل شده است که به خرده‌مقیاس‌های برآمده از تحلیل عاملی تقسیم می‌شود: میل (دو آیتم)، برانگیختگی (چهار آیتم)، روان‌سازی (چهار آیتم)، آرگاسم (سه آیتم)، رضایت جنسی (سه آیتم) و درد (سه آیتم).

ویگل^۲ و همکاران [۱۰]، اخیراً در مقاله‌ای، همسانی درونی هر خرده‌مقیاس را برای انعکاس ارزش‌ها در یک دامنه‌ی قابل قبول (آلفای کرونباخ = $0/98-0/82$) گزارش کردند. متسون [۹] ارزش‌های پایایی بین‌آیتمی را برای زنان دارای عملکرد سالم جنسی (آلفای کرونباخ = $0/90-0/83$) و برای زنان مبتلا به «چ. اس. دی. دی.»^۳ (آلفای کرونباخ = $0/94-0/58$)، در دامنه‌ای قابل قبول گزارش کرد. ویگل و همکاران [۱۲] شواهدی قوی از اعتبار افتراقی بین زنان با و بدون کژکاری جنسی برای نمره‌ی کلی مقیاس عملکرد جنسی زنان و نمره‌ی هر خرده‌مقیاس ارائه دادند، اگرچه درجه‌ای بالا از همپوشانی بین گروه‌های تشخیصی مختلف وجود داشت. [۱۴] مطالعه روزن و همکاران [۷] روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه روزن و همکاران پایایی بازآزمایی کل مقیاس $0/88$ و برای زیر مقیاس‌ها از $0/79$ تا $0/86$ گزارش شده است. این پرسش‌نامه در ایران نیز توسط خدیجه محمدی و همکاران [۸] هنجاریابی شد. در پژوهش پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سؤالات^۴ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل

معتبری ساخته شده‌اند که به‌طور خاص میل جنسی را می‌سنجند، اما شایان ذکر است باتوجه به اهمیت فراوان نشانه‌های میل جنسی در درک چندبعدی میل جنسی، در حال حاضر ابزار خاصی وجود ندارد که به ارزیابی این نشانه‌های آغازگر یا برانگیزاننده‌های منجر به میل جنسی در ایران بپردازد. یکی از معتبرترین پرسشنامه‌هایی که با این هدف در کشورهای دیگر توسط روان‌شناسان، در ابعاد مختلف درمانی و پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد پرسشنامه‌ی نشانه‌های میل جنسی مک‌گال و مستون [۴] است. مقیاس «نشانه‌های میل جنسی»^۱ پایایی (آلفای کرونباخ = $0/93-0/78$) و روایی بالایی را نشان داده و قادر به تشخیص تفاوت‌های معنادار بین زنان با و بدون نگرانی‌های جنسی بود. بدین منظور، هدف تحقیق حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و اعتبار) پرسشنامه‌ی نشانه‌های میل جنسی در نمونه‌ی زنان ایرانی می‌باشد.

سؤال تحقیق این است که آیا پرسشنامه‌ی نشانه‌های میل جنسی از ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و اعتبار) مناسب در جامعه‌ی زنان ایرانی برخوردار است؟

روش

نوع پژوهش

تحقیق حاضر باتوجه به سؤال‌های تدوین شده از نوع تحقیق توصیفی و همبستگی است.

آزمودنی

جامعه‌ی آماری در این تحقیق کلیه‌ی زنان متأهل شهر قم بودند که در تابستان سال ۱۳۹۴، به کلینیک‌های تخصصی زنان و زایمان در شهر قم مراجعه نمودند که نمونه‌ی مورد مطالعه این پژوهش شامل ۱۶۰ زن متأهل با محدوده سنی ۱۸-۷۵ سال می‌باشد که با روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس نشانه‌های میل جنسی: این مقیاس [۴] برای ارزیابی نشانه‌های آغازگر مرتبط با میل جنسی، مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس متشکل از ۴۰ آیتم است که بر مبنای تحلیل عاملی به چهار خرده‌مقیاس تقسیم می‌شود: نشانه‌های پیوند عاشقانه/هیجانی (۱۰ آیتم)، نشانه‌های بصری/مجاورت (۱۰ آیتم)، نشانه‌های رمانتیک/صریح (۱۰ آیتم) و نشانه‌های رمانتیک/ضمنی (۱۰ آیتم) این ۴۰ آیتم با استفاده از یک پرسش‌نامه‌ی متعارف لیست شده است به‌طوری‌که هر آیتم به‌صورت یک عبارت توصیفی مختصر ارائه می‌شود که طی آن پاسخ‌دهنده‌ها احتمال این‌که یک آیتم مفروض فعالیت جنسی آن‌ها را برمی‌انگیزد، درجه‌بندی می‌کنند. گزینه‌های پاسخ بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای قرار دارند که بدین قرار هستند: به‌هیچ‌وجه (۱) تا حدی (۲)، احتمالاً (۳)، به‌احتمال زیاد (۴)، به‌احتمال خیلی زیاد (۵). پایایی و روایی این مقیاس در کشور آمریکا نیز مورد بررسی

² Weigel M

³ Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD)

⁴ Internal Consistency Coefficient

¹ Cues for Sexual Desire Scale (CSDS)

۴. پرسشنامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی^۸: فرم کوتاه پرسشنامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی که یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت (روان‌آزردگی خوبی، برون‌گرایی، باز بودن، سازگاری و با وجدانی) به کار می‌رود. مقیاس‌های آن از اعتبار بالایی برخوردارند و همبستگی بین مقیاس‌ها زیاد است و از همه مهم‌تر این آزمون بر خلاف سایر آزمون‌های شخصیتی، انتقادات کمتری بر آن وارد شده است پاسخنامه این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالفم، مخالفم، بی‌تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است. نمره‌گذاری فرم کوتاه این پرسشنامه در تمام مواد یکسان نیست. به این معنی که در نمره‌گذاری برخی از مواد فرم کوتاه پرسشنامه، به کاملاً مخالفم نمره ۴، مخالفم نمره ۳، بی‌تفاوت نمره ۲، موافقم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره ۰ تعلق می‌گیرد. درحالی‌که برخی دیگر از مواد این فرم کوتاه به صورت عکس حالت گفته شده نمره‌گذاری می‌شوند. [۱۹] پرسشنامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی توسط مک کری و کاستا روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به دست آمده است. در هنجاریابی آزمون این پرسشنامه که توسط گروهی فرشی روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان‌آزردگی خوبی، برون‌گرایی، باز بودن، سازگاری و با وجدانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده‌گر (R)، استفاده شد که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل سازگاری بود. [۱۹] در ایران روشن چسلی و همکاران [۲۰] نیز رویی همگرا و پایایی این تست را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان از پایایی نسبتاً قابل قبول این مقیاس برای بعضی از زیرمقیاس‌ها (روان‌رنجورخویی) و پایایی بسیار ضعیف برای باقی آن‌ها (مانند پذیرا بودن) دارد.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق به منظور واری اعتبار سازه مقیاس نشانه‌های میل جنسی از تحلیل عاملی تأییدی و اعتبار همگرا و واگرا استفاده گردید. به منظور واری پایایی مقیاس حاضر از دو روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌ای گاتمن استفاده شده است.

نتایج

به منظور واری اعتبار سازه مقیاس نشانه‌های میل جنسی از تحلیل عاملی تأییدی و اعتبار همگرا و واگرا استفاده گردید. به منظور واری پایایی مقیاس حاضر از روش آلفای کرونباخ

مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که با نتایج تحقیقات روزن^۱ و همکاران [۷] (۰/۸۹ یا بالاتر)، تحقیقات مستون [۷] (۰/۷۴ یا بالاتر) و ویگل و همکاران [۱۰] (۰/۸۰ یا بالاتر)، هماهنگی دارد بر اساس نتایج مطالعه محمدی و همکاران [۸] تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هریک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و بدون اختلال وجود دارد که نشانگر اعتبار (روایی) تمیزی این ابزار است.

۳. مقیاس کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس^۳: توسط لویباند^۴ و لویباند [۱۵] تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم کوتاه و بلند می‌باشد. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس «استرس» و «اضطراب»، «افسردگی» است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هریک از سازه‌های روانی عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هریک از ۱۴ عبارت، یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است [۱۶]. ویژگی‌های روان‌سنجی (α=۰/۴) «مقیاس کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس» لویباند و لویباند [۱۵] در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی یک با مقیاس همبستگی را در نمونه‌های بالینی به دست آوردند. کرافورد و هنری [۱۷] (۲۰۰۳) نیز در نمونه ۱۷۷۱ نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و ۰٪ برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش نمود. در ایران نیز توسط مرادی پناه، آلفای کرونباخ در حیطة افسردگی ۰/۹۴ / استرس ۰/۹۳ اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است [۱۶] توانایی تشخیص و غربالگری نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته دارد. کاربرد این مقیاس جهت افراد بزرگسال است. هرچند این آزمون توانایی غربالگری و تشخیص در دوره نوجوانی را نیز دارد. ولی بهتر است برای افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی بر روی دانشجویان ایرانی حاکی از وجود سه عامل استرس، اضطراب و افسردگی با تبیین ۰/۵۴ واریانس بود. ضرایب همبستگی متوسط و قوی بین ابعاد پرسشنامه با ابعاد مشابه در پرسشنامه سلامت عمومی^۵ و پرسشنامه چندبعدی سلامت روانی^۶ حاکی از اعتبار همگرا و واگرایی پرسشنامه بوده است. ضریب بازآزمایی (به فاصله سه هفته) برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ و ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ حاکی از پایایی مناسب این مقیاس بوده است [۱۸].

¹ Rosen R.

² Meston C.

³ DASS-(21)

⁴ Lavibond & Lavibond

⁵ Kraford & Henri

⁶ GHQ

⁷ MHQ

⁸ NEO-FFI

استفاده شده است.

استفاده شده است. $(0/8 \text{ یا } 0/9 >)$ ، NNFI = شاخص تاکر- لویز (شاخص نرم‌نشده‌گی برآزندگی) $(0/9 >)$ ، Standardized RMR = شاخص ریشه میانگین مجذورات باقیمانده $(0/5 \text{ یا } 0/08 <)$ ، GFI = شاخص نیکویی برازش $(0/8 \text{ تا } 0/9 >)$ ، AGFI = شاخص نیکویی برازش تطبیقی $(0/8 >)$ ، CFI = شاخص برآزندگی تطبیقی $(0/90 \text{ تا } 0/95 >)$ ، RMSEA = خطای مجذور میانگین ریشه تخمین $(0/06 \text{ تا } 0/08 <)$ ، Chi-Square/df = X^2 (مجدور خی دو بخش بر درجه آزادی $(3 <)$ ، $X^2 =$ مجدور خی دو).

بررسی اعتبار

به‌منظور واری اعتبار سازه مقیاس نشانه‌های میل جنسی از تحلیل عاملی تأییدی و اعتبار همگرا و واگرا استفاده گردید. تحلیل عاملی تأییدی: تحلیل عاملی تأییدی بر روی مدل چهارم عاملی اصلی (شامل ابعاد نشانه‌های پیوند عشقی/هیجانی؛ نشانه‌های شهوانی/برانگیزاننده؛ نشانه‌های بصری/ مجاورت؛ و نشانه‌های ضمنی/رمانتیک). شاخص‌های مرتبط با تحلیل عاملی تأییدی بدون آزادسازی کوواریانس در جدول ۱ نشان داده شده است. (NFI = شاخص بنتلر - بونت (شاخص نرم شده برآزندگی)

جدول ۱. شاخص‌های ارزیابی برازش مدل چهار مقیاس نشانه‌های میل جنسی (CSDS) (n=141)

مدل	شاخص								
	X ²	Chi-Square/df	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	Standardized RMR	NNFI	NFI
مدل چهار عاملی	۱۷۵۲/۲۷	۲۵۲	۰/۰۵۲	۰/۹۸	۰/۸۶	۰/۸۸	۰/۰۵۲	۰/۹۷	۰/۹۷

جدول ۲. ضرایب مسیر، مقادیر آزمون تی و سوالات مربوط به هر بعد مقیاس نشانه‌های میل جنسی (CSDS) (n=141)

شماره سؤال	مدل چهار عاملی مقیاس نشانه‌های میل جنسی (CSDS)				نام بعد	شماره بعد
	ضریب مسیر	خطای استاندارد	مقدار تی*	شماره سؤال		
۱	۰/۷۰	۰/۰۹	۷/۲۹	۱	نشانه‌های پیوند عشقی/هیجانی	۱
۶	۰/۷۹	۰/۱۰	۷/۶۴	۶		
۹	۰/۷۳	۰/۱۱	۶/۷۲	۹		
۱۱	۰/۹۰	۰/۱۰	۸/۸۰	۱۱		
۱۸	۰/۹۴	۰/۰۹	۹/۸۷	۱۸		
۲۱	۰/۹۴	۰/۱۰	۹/۳۴	۲۱		
۲۴	۰/۹۲	۰/۰۹	۹/۸۴	۲۴		
۲۹	۱/۰۹	۰/۰۹	۱۱/۹۵	۲۹		
۳۵	۰/۹۵	۰/۰۹	۱۰/۴۹	۳۵		
۳	۰/۵۹	۰/۱۱	۵/۴۶	۳		
۵	۰/۶۶	۰/۱۱	۶/۳۱	۵		
۱۰	۰/۸۹	۰/۰۹	۹/۶۹	۱۰		
۱۵	۱/۰۸	۰/۱۰	۱۱/۰۸	۱۵		
۱۷	۰/۷۸	۰/۰۹	۸/۳۷	۱۷		
۱۹	۰/۹۱	۰/۱۰	۹/۰۳	۱۹		
۲۷	۰/۹۹	۰/۰۹	۱۰/۳۹	۲۷		
۳۱	۰/۷۸	۰/۰۹	۸/۱۹	۳۱		
۳۷	۰/۹۷	۰/۰۹	۱۰/۲۰	۳۷		
۴۰	۱/۰۶	۰/۱۰	۱۰/۷۹	۴۰		
۲	۰/۹۵	۰/۱۱	۸/۹۳	۲	نشانه‌های بصری/ مجاورت	۳
۷	۰/۷۳	۰/۰۸	۸/۸۱	۷		
۱۲	۰/۸۸	۰/۰۹	۹/۵۴	۱۲		
۱۴	۰/۷۵	۰/۰۹	۸/۱۷	۱۴		
۲۳	۱/۲۳	۰/۱۰	۱۲/۲۲	۲۳		
۲۵	۱/۱۱	۰/۰۹	۱۱/۷۵	۲۵		
۲۸	۰/۷۸	۰/۰۸	۹/۵۶	۲۸		
۳۰	۱/۰۶	۰/۱۰	۱۰/۸۲	۳۰		
۳۲	۰/۵۰	۰/۱۰	۷/۱۶	۳۲		
۳۴	۰/۷۷	۰/۰۹	۸/۰۱	۳۴		
۴	۰/۸۴	۰/۱۱	۷/۶۵	۴	نشانه‌های ضمنی/رمانتیک	۴
۱۳	۰/۸۰	۰/۱۱	۷/۴۳	۱۳		
۱۶	۰/۹۱	۰/۱۰	۹/۴۵	۱۶		
۲۰	۰/۸۸	۰/۰۹	۹/۱۲	۲۰		
۲۲	۰/۵۳	۰/۱۰	۵/۴۷	۲۲		
۲۶	۱/۰۸	۰/۰۹	۱۰/۳۹	۲۶		
۳۳	۰/۷۱	۰/۱۰	۷/۱۶	۳۳		
۳۶	۰/۷۲	۰/۱۱	۶/۳۹	۳۶		
۳۸	۰/۹۴	۰/۰۹	۹/۷۲	۳۸		

عاملی و ضرایب تی معنی‌دار می‌باشند؛ بنابراین هیچ‌یک از سوالات حذف نمی‌شوند.

جدول ۳ همبستگی بین ۴ عامل مقیاس نشانه‌های میل جنسی را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که همبستگی بین همه ابعاد پرسشنامه مثبت، متوسط و قوی و معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.05$).

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که تمامی شاخص‌های در نظر گرفته شده برای برازش مدل چهار عاملی پرسشنامه از مقدار قابل قبولی برخوردارند که نشان‌دهنده برازش قابل قبول و مناسب مدل و سازگاری آن با داده‌های جمع‌آوری شده می‌باشد.

جدول ۲ ضرایب مسیر، مقادیر تی و سوالات مربوط به هر بعد را نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که تمامی بارهای

جدول ۳. همبستگی بین ۴ عامل مقیاس نشانه‌های میل جنسی (CSDS) (n=141)

بعد	۱	۲	۳	۴	۵
۱ نشانه‌های پیوند عشقی/هیجانی	همبستگی معنی‌داری	۱ -			
۲ نشانه‌های برانگیزاننده/شهوانی	همبستگی معنی‌داری	۰/۵۸ -	۱		
۳ نشانه‌های بصری/مجاورت	همبستگی معنی‌داری	۰/۴۹ -	۰/۴۰ -	۱	
۴ نشانه‌های ضمنی/رمانتیک	همبستگی معنی‌داری	۰/۷۹ -	۰/۷۳ -	۰/۶۲ -	۱
۵ مقیاس نشانه‌های میل جنسی (CSDS)	همبستگی معنی‌داری	۰/۸۶ -	۰/۸۰ -	۰/۷۵ -	۰/۹۴ -

جنسی زنان» استفاده گردید. جدول ۴ دربرگیرنده نتایج اعتبار همگرا و واگرا شده است.

اعتبار همگرا و واگرا

به منظور بررسی اعتبار همگرا و واگرا پرسشنامه از آزمون‌های «پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس» و «پرسشنامه عملکرد

جدول ۴. همبستگی بین ابعاد مقیاس نشانه‌های میل جنسی (CSDS) با پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) و «پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)» (n=141)

پرسشنامه	بعد	نشانه‌های پیوند عشقی/هیجانی	نشانه‌های برانگیزاننده/شهوانی	نشانه‌های بصری/مجاورت	نشانه‌های ضمنی/رمانتیک	نشانه‌های میل جنسی
پرسشنامه DASS	افسردگی	-۰/۱۱	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۰۲
	اضطراب	-۰/۱۷	-۰/۰۹	۰/۱۳	-۰/۰۱	-۰/۰۵
	استرس	-۰/۱۶	۰/۰۳	۰/۰۴	-۰/۰۴	-۰/۰۴
	نمره کل	-۰/۱۶	-۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۰۰	-۰/۰۳
پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)	میل	۰/۶۰	۰/۶۳	۰/۳۵	۰/۶۱	۰/۶۵
	برانگیختگی	۰/۵۳	۰/۵۶	۰/۲۴	۰/۵۲	۰/۵۵
	لیزیدگی	۰/۳۰	۰/۴۰	۰/۲۳	۰/۳۵	۰/۳۸
	ارگاسم	۰/۵۴	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۵۱	۰/۵۴
	رضایت جنسی	۰/۵۶	۰/۵۴	۰/۲۳	۰/۵۰	۰/۵۵
	درد	۰/۳۹	۰/۳۶	۰/۱۹	۰/۳۱	۰/۳۷
	عملکرد جنسی زنان	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۲۷	۰/۵۲	۰/۵۷
		۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
		۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
		۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰

مقیاس نشانه‌های میل جنسی (CSDS)					پرسشنامه	بعد
نشانه‌های میل جنسی	نشانه‌های ضمنی / رمانتیک	نشانه‌های بصری / مجاورت	نشانه‌های برانگیزاننده/شهوانی	نشانه‌های هیجانی / پیوند عشقی		
۰/۱۴	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۷	۰/۱۰	روان‌رنجور خوبی	
۰/۱۰	۰/۲۵	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۲۵		
۰/۱۱	۰/۱۴	-۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۲۳	برون‌گرایی	
۰/۱۹	۰/۰۹	۰/۷۵	۰/۷۷	۰/۰۱		
۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۰۶	۰/۱۷	۰/۲۴	انعطاف‌پذیری	
۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۴۶	۰/۰۵	۰/۰۰		
۰/۰۳	۰/۰۲	-۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۱۴	دلپذیر بودن	
۰/۷۱	۰/۷۹	۰/۲۷	۰/۷۴	۰/۱۱		
۰/۰۲	۰/۰۱	-۰/۰۲	-۰/۰۸	۰/۱۶	مسئولیت‌پذیری	
۰/۷۷	۰/۹۴	۰/۷۹	۰/۳۲	۰/۰۷		

بررسی پایایی

به‌منظور واری فرقیه حاضر از روش آلفای کرونباخ استفاده

شده است. جدول ۵. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مقیاس نشانه‌های میل جنسی را نشان می‌دهد.

جدول ۵. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مقیاس نشانه‌های میل جنسی (CSDS)

مقیاس	تعداد سؤالات	دو نیمه‌ای		
		آلفای نیمه اول	آلفای نیمه دوم	همبستگی بین دو نیمه
نشانه‌های پیوند عشقی / هیجانی	۱۰	۰/۷۹	۰/۸۸	۰/۷۴
نشانه‌های برانگیزاننده/شهوانی	۱۰	۰/۷۷	۰/۸۳	۰/۸۲
نشانه‌های بصری / مجاورت	۱۰	۰/۸۴	۰/۸۱	۰/۸۰
نشانه‌های ضمنی / رمانتیک	۱۰	۰/۷۷	۰/۷۵	۰/۷۶
نشانه‌های میل جنسی (CSDS)	۱۰	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۸۶

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که ضرایب آلفای کرونباخ برای تمام مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۶ می‌باشد که از میزان توصیه شده ۰/۷۰ بالاتر است و بدین ترتیب قابل قبول می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که اشاره شد به‌منظور واری اعتبار سازه مقیاس نشانه‌های میل جنسی از تحلیل عاملی تأییدی و اعتبار همگرا و واگرا استفاده گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، تمامی شاخص‌های در نظر گرفته شده برای برازش مدل چهار عاملی پرسشنامه (شامل ابعاد نشانه‌های پیوند عشقی/ هیجانی؛ نشانه‌های شهوانی/ برانگیزاننده؛ نشانه‌های بصری/ مجاورت؛ و نشانه‌های ضمنی/ رمانتیک) از مقدار قابل قبولی برخوردارند که نشان‌دهنده‌ی برازش قابل قبول و مناسب مدل و سازگاری آن با داده‌های جمع‌آوری شده می‌باشد هم‌چنین همبستگی بین همه ابعاد پرسشنامه مثبت، متوسط و قوی و معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.05$). به‌منظور بررسی اعتبار همگرا و واگرا پرسشنامه از آزمون‌های «پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس» و «پرسشنامه عملکرد جنسی زنان» استفاده گردید که نتایج حاکی از ارتباط مثبت معنادار بین ابعاد مختلف این مقیاس با مقیاس عملکرد جنسی زنان و رابطه‌ی منفی معنادار ابعاد مقیاس نشانه‌های میل جنسی با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس بود ($P < 0.05$). این نتایج نشان می‌دهد که مقیاس نشانه‌های میل جنسی از اعتبار همگرا و واگرایی خوبی برخوردار می‌باشد؛ و

به‌منظور واری پایایی مقیاس حاضر از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای تمام مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۶ می‌باشد که منطبق با نتایج مک‌گال و مستون [۱۴] می‌باشد که آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۸-۰/۹۳ به دست آوردند.

نتایج پژوهش‌های مختلف ارتباط ابعاد مختلف این پرسشنامه با هم و نیز در شکل‌گیری میل جنسی و روند عملکرد جنسی را آشکار نموده‌اند، به‌طور مثال تحقیقات آشکار نموده‌اند که تغییرات در شدت علائم افسردگی و اضطراب با تغییرات پاسخ جنسی در همان روز مطابقت دارد. به‌طور مثال، فقدان لذت (علائم افسردگی خاص) سبب می‌شود میل جنسی در همان روز کاهش بیشتری یابد، درحالی‌که انگیزتگی و اضطراب بیشتر (اضطراب خاص علائم) به‌طور مستقل به افزایش هم‌زمان در انگیزتگی جنسی، درد مهبل و درد جنسی می‌افزاید. افزایش در پریشانی به‌طور کلی (به‌عنوان مثال، علائم مشترک) با مشکلات بیشتر در رسیدن به ارگاسم همراه بود. در نتیجه تغییرات هم‌زمان در علائم عاطفی و عملکرد جنسی ممکن است نشان دهد که همگی محصول مکانیسم‌های زیر بنایی مشترک می‌باشند. [۲۱] هم‌چنین در پژوهشی که به بررسی توانایی مشارکت‌کنندگان برای تمایز قائل شدن میان نشانه‌های آغازگر میل جنسی از نوع عاطفی و نشانه‌های آغازگر میل جنسی از نوع سبک پوشش در زنان پرداخته شد، نتایج نشان داد، مردانی که حساسیت کمتری

همکاری کردند. پیشنهاد می‌شود برای کاربرد بهتر این ابزار در پژوهش‌های مختلف به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه‌ی مردان نیز پرداخته شود. به‌طور خلاصه شاخص‌های روان‌سنجی به دست آمده در نمونه‌ی حاضر گواه از اعتبار و پایایی مناسب این ابزار دارد. به نظر می‌رسد این ابزار می‌تواند در زمینه‌های غربال‌گری اولیه‌ی زوجین در مراحل قبل از ازدواج، زناشویی و خانواده‌درمانی در محیط‌های مشاوره‌ای و درمانی خانواده به‌خصوص برای درمان مشکلات جنسی خانواده و در محیط‌های پژوهشی سودمند و قابل کاربرد باشد و همچنین برای افزایش کیفیت زناشویی و غنی‌سازی روابط افراد در خانواده بدون مشکل در سطوح مختلف جامعه به کار برد.

منابع

1. Sadock J. B., Sadock A. V. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th Ed. New York: Lippincott.-Williams & Wilkins, 1582.
2. Murnen, S. K., & Stockton, M. (1997). Gender and self-reported sexual arousal in response to sexual stimuli: A meta-analytic review. *Sex Roles*, Vol. 37 (3), pp. 135-153.
3. Vitalio, D., (2013). *Learn the Science of Seduction*. American History.
4. McCall K, Meston C. (2006). Cues resulting in desire for sexual activity in women. *J. Sex Med*, Vol. 3 (838) pp. 52.
5. Goetz, C. D., Easton, J. A., Lewis, M.G., Buss, D. M., (2012). Sexual exploitability: observable cues and their link to sexual attraction. *Evolution and Human Behavior* Vol. 33: .pp:417-426.
6. Kelly D. Suschinsky and Martin L. Lalumière. (2011). Prepared for Anything? An Investigation of Female Genital Arousal in Response to Rape Cues. *Psychological Science* 165_159. The Author(s). Reprints and permission: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/0956797610394660.
7. Rosen, R. etl all. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function, *Journal of Sex & Marital Therapy*. Vol. 26: pp 191-208.

نسبت به تمایز قائل شدن بین نشانه‌های آغازگر میل جنسی از نوع عاطفی و دوستانه داشتند، نسبت به مردان دیگر بیشتر خطرآفرین بودند. به‌عبارتی دیگر مردانی که قادر به ایجاد تمایز بین آغازگر میل جنسی مستقیم (لباس تحریک‌آمیز) و غیرمستقیم (علاقه) نبودند، بیشتر خطرآفرین بودند. در نتیجه خطای مردان جوان در ادراک نشانه‌های راه‌انداز میل جنسی با آزار جنسی در ارتباط است. [۲۲] و نیز در پژوهشی که به بررسی ارتباط بین نشانه‌های آغازگر دیداری میل جنسی و جاذبه جنسی پرداخته شد. نتایج نشان داد از ۲۲ نشانه آغازگر جنسی که طی این پژوهش شناخته شد، نوزده نشانه در بین این نشانه‌ها به‌طور قابل توجهی با جذابیت جنسی در ارتباط بود. [۲۳] در کانادا به بررسی برانگیختگی جنسی زنان در پاسخ به نشانه‌ی آغازگر میل جنسی تجاوز به عنف در مقایسه با نشانه‌های آغازگر رومانسیک پرداخته شد. نتایج نشان داد برانگیختگی جنسی مردان در پاسخ به شماری محدودی از نشانه‌های آغازگر جنسی، درحالی‌که برانگیختگی در زنان در پاسخ به طیف وسیعی از نشانه‌های آغازگر میل و برانگیختگی جنسی اتفاق می‌افتد، حتی نشانه‌های آغازگر بدون مقدمه. نتایج نشان داد مردها، در پاسخ به روایت‌هایی که رابطه جنسی همراه با رضایت طرفین و غیر خشن آمیز را به تصویر می‌کشند، برانگیختگی جنسی بیشتری را از خود نشان می‌دهند. درحالی‌که زنان به همه روایات مربوط به فعالیت‌های جنسی، از جمله توصیف یک تجاوز جنسی، برانگیختگی مشابهی را نشان می‌دهند. [۲۴] همچنین در پژوهشی به بررسی تفاوت در نشانه‌های آغازگر میل جنسی و زمان ارزیابی تحریک جنسی افراد که از خودگزارشی‌هایشان و نتایج مقیاس‌های جنسی حاصل شده بود، پرداختند. نتایج بیانگر مفاهیمی در خصوص سنجش برانگیختگی جنسی بود که نشان می‌داد به‌طور طبیعی تفاوت‌های جنسیتی در برانگیختگی جنسی و نشانه‌های آغازگر میل و برانگیختگی جنسی مؤثر می‌باشد. [۲۵]

نتایج پژوهش‌های اشاره شده، همسو با نتایج پژوهش حاضر در تأیید ارتباط مثبت و قوی بین ابعاد پیوند عشقی-هیجانی، نشانه‌های شهوانی-برانگیزی، بصری-مجاورت و ضمنی-رمانسیک می‌باشد و نیز ارتباط بین این نشانه‌های میل و برانگیختگی جنسی با عملکرد جنسی را تأیید می‌نمایند؛ اما لازم به ذکر است هر پژوهشی در بین تلاش‌های متنوع، از محدودیت‌هایی برخوردار است که پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبوده و دارای محدودیت‌هایی می‌باشد، یکی از محدودیت‌های عمده در مطالعه‌ی حاضر محدود بودن نمونه به زنان می‌باشد که برای به کار بردن این ابزار در پژوهش‌های مختلف با دقت و مرور مورد استفاده قرارگیرد. محدودیت بعدی عدم امکان نمونه‌گیری به شیوه‌ی تصادفی بود که دلیل آن کم بودن رغبت افراد به طرح مسائل جنسی و زناشویی خود، در فرهنگ ما می‌باشند. در پژوهش حاضر، از شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید و آزمودنی‌هایی که تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها را داشتند، به‌صورت کاملاً داوطلبانه، با محقق

17. Krawford, J. R., Henry, J. D. (2003). The depression anxiety stress scales. (DASS). Normative data and latent structure in large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*. Vol. 42, pp.111-131.
18. سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. شماره ۲۶ (۳)، صص. ۶۵-۷۷.
19. گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۰). رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). چاپ اول. تبریز: نشر دانیال و جامعه پژوه.
20. روشن چسلی، رسول، شعیری، محمدرضا، عطری فرد، مهدیه، نی‌خواه، اکبر، قایم مقامی، بهاره، رحیمی راد، اکرم. (۱۳۸۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شخصیت پنج عاملی نئو (NEO-FFI). *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، شماره ۱۶، صص. ۲۷-۳۶.
21. Mehta, C. M., Walls, C., Blood, E. A., & Shrier, L. A. (2014). Associations between affect, context, and sexual desire in depressed young women. *The Journal of Sex Research*, Vol. 51 (5), pp. 577-585.
22. Pfaus, J. G., Kippin, T. E., Coria-Avila, G. A., Gelez, H., Afonso, V. M., Ismail, N., & Parada, M. (2012). Who, what, where, when (and maybe even why)? How the experience of sexual reward connects sexual desire, preference, and performance. *Archives of sexual behavior*, Vol. 41(1), pp. 31-62.
23. Welling, L. L., Singh, K., Puts, D. A., Jones, B. C., & Burriss, R. P. (2013). Self-reported sexual desire in homosexual men and women predicts preferences for sexually dimorphic facial cues. *Archives of sexual behavior*, Vol. 42 (5), pp.785-791.
24. Cari D. Goetz, Judith A. Easton, David M.G. Lewis, David M. Buss. (2012) Sexual exploitability: observable cues and their link to sexual attraction. *Evolution and Human Behavior*, Vol 33:pp. 417-426.
8. محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه؛ فقیه زاده، سقراط، (۱۳۸۷)، اعتبار نسخه فارسی مقیاس FSFI به‌عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان، فصلنامه پایش، سال هفتم، شماره سوم، صص. ۲۷۸-۲۶۹.
9. Meston CM, Derogatis LR. (2002) Validated instrument for assessing female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, Vol. 28, pp. 155-64.
10. Wiegel M, Meston C, Rosen R, (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI). Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*; Vol. 31, pp. 1-20.
11. Hurlbert, D. (1993). A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, Vol. 19, pp. 44-55.
12. شفیع، پرینسا. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین احقاق، تمایل و هویت جنسی دانشجویان زن متأهل ۲۰ تا ۳۰ ساله‌ی ساکن در خوابگاه‌های شهر تهران. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تربیت معلم تهران.
13. یوسفی، ناصر؛ کاوه فارسانی، ذبیح ا...؛ شکیبا، عباس؛ همتی، سجاد؛ نبوی حصار، جمیله، (۱۳۹۲) اعتباریابی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت (HISD). *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*، دانشگاه شاهد، سال بیستم، شماره نهم، صص. ۱۰۸-۱۱۸.
14. McCall K, Meston C.(2006). Differences between Pre- and Postmenopausal Women in Cues for Sexual Desire. Both Clinical Psychology & University of Texas at Austin, Austin, TX, USA. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00421.x
15. Lobivond, S. H., Lobivond, P. H. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: the psychology foundation of Australia Inc.
16. صاحبی، علی. اصغری، محمدجواد. سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴) اعتباریابی پرسشنامه افسردگی و اضطراب تنیدگی (DASS 21) در جامعه ایرانی. *روانشناسان ایرانی*، سال اول، شماره چهارم، صص. ۲۹۹-۳۱۰.

مثال، آمیزش کامل، بوسیدن، نوازش). مقیاس زیر نشان می‌دهد هر یک از این عوامل یا نشانه‌ها در تحریک شما برای داشتن فعالیت جنسی تا چه حدی نقش دارد؛ به عبارتی دیگر این نشانه‌ها تا چه حد موجب برانگیختگی و تحریک جنسی و یا تمایل به شروع رابطه جنسی در شما می‌شود.

25. Mitchell, K. R., Wellings, K. A., & Graham, C. (2014). How do men and women define sexual desire and sexual arousal? Journal of sex & marital therapy, Vol.40 (1), pp.17-32.

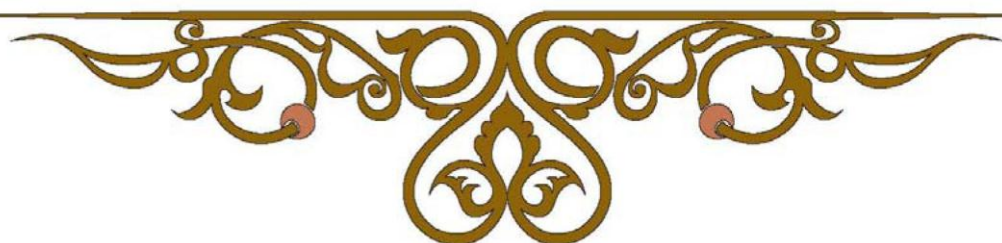
پیوست

بانوی گرامی ضمن تشکر از همکاری صمیمانه شما، عوامل مختلفی باعث تحریک تمایلات جنسی در افراد می‌شود (به‌عنوان

بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	به‌هیچ وجه	عبارت
۵	۴	۳	۲	۱	۱. احساس عشق و علاقه نسبت به همسر
۵	۴	۳	۲	۱	۲. صحبت کردن یا دیدن شخصی باهوش
۵	۴	۳	۲	۱	۳. تماشای یک فیلم شهوت‌زا و تحریک‌کننده
۵	۴	۳	۲	۱	۴. استنشام بویی خوشایند (به‌عنوان مثال، عطر، ادوکلن، شامپو، خمیر اصلاح)
۵	۴	۳	۲	۱	۵. دیدن یا گوش کردن به سخنان افراد دیگری که مشغول رفتار یا فعالیت جنسی هستند
۵	۴	۳	۲	۱	۶. ابراز تمایل همسر به صحبت کردن با شما
۵	۴	۳	۲	۱	۷. صحبت کردن یا دیدن فردی معروف
۵	۴	۳	۲	۱	۸. حمام کردن در وان آب گرم
۵	۴	۳	۲	۱	۹. تجربه‌ی نزدیکی عاطفی با همسر
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. تقاضا یا پیش‌بینی رابطه‌ی جنسی
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. صحبت کردن با همسر در مورد آینده
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. دیدن یا صحبت کردن با شخصی بسیار قدرتمند
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. صرف یک شام عاشقانه با همسر
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. تماشای فعالیت جسمانی یک فرد (مانند ورزش)
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. صحبت در مورد فعالیت جنسی یا حرف‌های شهوانی زدن
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. خندیدن با همسر
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. احساس لیزی، نعوظ و خیس‌ی همسر
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. حمایت شما از همسر
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. شنیدن تخیل‌های جنسی همسران در مورد شما
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. ارسال و دریافت پیام جنسی
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. حمایت همسر از شما
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. با هم رقصیدن
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. دیدن شخصی خوش‌لباس و باکلاس
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. احساس حس تعهد همسر
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵. هم‌نشینی با اشخاص جذاب
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶. لمس مو یا صورت همسر
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷. احساس فشار و تحریک در ناحیه‌ی تناسلی (به‌عنوان مثال گردش خون بالا در آلت تناسلی)
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸. دیدن یا حرف زدن با شخصی ثروتمند
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹. وقتی همسران کارهای خاص و دوست‌داشتنی برایتان انجام می‌دهد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰. دیدن شخصی که با اعتمادبه‌نفس رفتار می‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱. داشتن تخیلات جنسی (به‌عنوان مثال، داشتن یک رویای جنسی در خواب یا یک خیال‌بافی جنسی در طول روز)
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲. وقتی شخصی با لوندی و عشوه‌گری با شما صحبت می‌کند و بالعکس.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳. تماشای یک فیلم عاشقانه
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴. دیدن یک بدن زیبا و خوش‌فرم
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵. داشتن احساس امنیت در رابطه
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶. تماشای غروب آفتاب
۵	۴	۳	۲	۱	۳۷. خواندن مطالبی در مورد رابطه‌ی جنسی (به‌عنوان مثال، مجله‌های پورنو)
۵	۴	۳	۲	۱	۳۸. زمزمه کردن در گوش همسر یا اینکه او در گوش شما زمزمه کند
۵	۴	۳	۲	۱	۳۹. تماشای عریان شدن یک شخص
۵	۴	۳	۲	۱	۴۰. احساس مراقبت شدن از سوی همسر



فرهنگ و دانش گستری
در روان شناسی بالینی و شخصیت



اختلالات روان‌پزشکی و بدکار کردی‌های جنسی

غلامحسین قائدی^{۱*}

۱. دانشیار روان‌پزشکی مرکز تحقیقات نوروفیزیولوژی دانشگاه شاهد تهران ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

بدکار کردی‌های جنسی از شیوع بالایی در بیماران روان‌پزشکی برخوردار هستند. این بدکار کردی‌ها ممکن است به دلیل آسیب‌شناسی و رویکردهای دارودرمانی اختلالات روان‌پزشکی شکل بگیرند. مطالعات متعددی به بررسی رابطه بین بدکار کردی‌های جنسی و اختلالات روان‌پزشکی پرداخته‌اند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد اختلالات روان‌پزشکی نقش مهمی در شکل‌گیری بدکار کردی‌های جنسی دارند. علائم مثبت اسکیزوفرنی (مانند سایکوز و توهمات) و علائم منفی (مانند فقدان احساس لذت) ممکن است به شکل منفی باعث اختلال در روابط بین فردی و روابط جنسی گردند. افسردگی و اختلالات خلقی ممکن است ریبیدو، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و بدکار کردی نعوظ تأثیر بگذارند. ضدافسردگی‌های کلاسیک نسبت به ضدافسردگی‌های نسل دوم، اثرات جانبی بیشتری بر کارکردهای جنسی دارند. همچنین، اختلالات اضطرابی بر بدکار کردی‌های جنسی نظیر اختلال میل جنسی، بدکار کردی نعوظ و مشکلات ارگاسم تأثیر می‌گذارند. بیماران دارای اختلالات خوردن، ممکن است از مشکلات جنسی رنج ببرند. اختلالات شخصیت و به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی با بدکار کردی‌های جنسی ارتباط دارند. علیرغم تمامی این نتایج، مطالعه در این حوزه دارای محدودیت‌های روش‌شناسی اساسی می‌باشد که باید در مطالعات آتی، مورد توجه قرار گیرد.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۷۸-۱۵۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۲۱

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 157-178

کلیدواژه‌ها: اختلالات روان‌پزشکی، بدکار کردی‌های جنسی

*Email: ghaedi.psychiatrist@gmail.com

مقدمه

می‌باشد [۳، ۱۱، ۱۲، ۱۳].

دی. اس. ام. ۵، ۲۲ طبقه عمده اختلالات روانی را فهرست کرده است که بیش از ۱۵۰ بیماری مجزا را در برمی‌گیرد [۲]؛ برای هر کدام از این اختلالات، تعریفی مجزا ارائه شده است، در اینجا سعی می‌گردد برای برخی از اختلالات مهم و به‌ویژه مواردی که در مطالعات رابطه آن‌ها با بدکارکردی‌های جنسی بررسی شده است، تعریف مختصری بر مبنای دی. اس. ام. ۵ ارائه گردد؛ اسکیزوفرنی؛ اختلال مزمنی است که در آن، معمولاً هذیان یا توهم بارزی وجود دارد، بیماری باید دست‌کم ۶ ماه طول بکشد و دارای ۳ مرحله مقدماتی، فعال و مرحله باقیه‌ای^۶ می‌باشد [۲]. اختلالات افسردگی؛ مشخصه اصلی این اختلالات عبارت است از افسردگی، غمگینی، تحریک‌پذیری، کندی روانی و حرکتی و در موارد شدید افکار خودکشی. اختلالات افسردگی شامل افسردگی اساسی و افسرده خوبی به‌عنوان بارزترین نوع می‌باشد؛ ویژگی اصلی افسردگی اساسی، خلق افسرده یا از بین رفتن علاقه یا لذت در فعالیت‌های معمول است. افسرده خوبی شکل مزمن خفیف افسردگی است که دست‌کم دو سال طول می‌کشد و در خلال این دوره در اکثر روزها فرد خلق افسرده را تجربه می‌کند و دست‌کم دو علامت افسردگی وجود دارد [۲].

اختلالات اضطرابی؛ شامل ۹ اختلال اصلی می‌باشد مانند؛ اختلال وحشت‌زدگی (مشخصه اصلی، احساس ترس یا وحشت شدیدی است که به‌طور ناگهانی در موقعیت‌های بروز پیدا می‌کند که چیز ترسناکی وجود ندارد، این حملات با علائم فیزیکی نظیر افزایش ضربان قلب همراه است)؛ اضطراب اجتماعی (فرد می‌ترسد در حضور دیگران مسخره یا تحقیر شود، اجتناب از محرک هراس‌آور اتفاق می‌افتد یا در غیر این صورت فرد اضطراب شدیدی را تجربه می‌کند)؛ اختلال اضطراب فراگیر (وجود نگرانی مفرط و مزمن در اکثر روزها و دشواری کنترل آن. نگرانی با علائمی نظیر اشکال در تمرکز، بی‌خوابی، تنش عضلانی و... همراه است) [۲].

اختلالات وسواس جبری شامل ۸ طبقه اختلالات فهرست شده می‌باشد که همگی با وسواس (افکار تکراری) یا اجبار (فعالیت‌های تکراری) ارتباط دارند. اختلال وسواسی جبری^۷؛ مشخصه اصلی اختلال وسواسی جبری، افکار یا تصاویر مزاحم و تکراری است که ناخواسته هستند (وسواس فکری) یا رفتارهای تکراری که فرد احساس می‌کند مجبور است آن‌ها را انجام دهد (وسواس عملی یا اجبار) یا هر دو. غالباً وسواس عملی برای کاهش اضطراب همراه با افکار وسواسی انجام می‌شود [۲].

اختلال استرس پس از سانحه^۸؛ پس از یک رویداد آسیب‌زا بروز می‌کند که طی آن فرد معتقد است در معرض خطر جسمی است یا زندگی‌اش به خطر افتاده است. اختلال استرس پس از سانحه، همچنین می‌تواند پس از مشاهده یک رویداد خشن یا تهدیدکننده حیات برای فردی دیگر اتفاق افتد.

کارکرد جنسی^۱ مناسب، یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی و حفظ روابط صمیمانه رضایت‌بخش می‌باشد. بدکارکردی جنسی، پدیده‌ای شایع در بین جمعیت نرمال باشد و در کشوری نظیر ایالات متحده بر زندگی جنسی حدوداً ۴۳ درصد زنان و ۳۱ درصد مردان تأثیر می‌گذارد [۱]. در «دی. اس. ام. ۵»^۲، بدکارکردی‌های جنسی به ۱۰ اختلال تقسیم‌بندی می‌شوند که مرتبط با تغییر در میل یا عملکرد جنسی هستند [۲]. انواع بدکارکردی‌های جنسی به شرح زیر هستند؛ انزال دیررس؛ عبارت است از ناتوانی یا تأخیر بارز در انزال در خلال مقاربت یا خودارضایی. بدکارکردی نعوظ؛ عبارت است از ناتوانی در به دستیابی به نعوظ کافی یا حفظ آن برای دخول و مقاربت. بدکارکردی ارگاسم؛ عبارت است از فقدان توانایی برای دستیابی به ارگاسم یا کاهش قابل ملاحظه شدت ارگاسم در خلال خودارضایی یا مقاربت. بی‌میلی / اختلال در برانگیختگی جنسی زنان؛ عبارت است از فقدان یا کاهش علاقه به تخیلات یا رفتارهای جنسی که موجب ناراحتی فرد می‌شود. اختلال دخول درد یا درد تناسلی لگنی؛ این اصطلاح، جایگزین اصطلاحات واژینیسیموس و مقاربت دردناک یا دیسپارونیا شده است. در این اختلال پیش‌بینی درد یا درد واقعی در خلال فعالیت‌های جنسی وجود دارد که بخصوص مرتبط با دخول است. کمبود میل جنسی در مردان؛ عبارت است از فقدان یا کاهش خیال‌پردازی‌های جنسی یا میل جنسی در مردان. انزال زودرس؛ انزال زودرس به‌صورت انزالی تظاهر پیدا می‌کند که پیش از دخول در خلال مقاربت یا بلافاصله پس‌از آن ایجاد می‌گردد. بدکارکردی جنسی ناشی از مواد / دارو؛ عبارت است از اختلال در عملکرد جنسی ناشی از مصرف مواد یا داروها نظیر فلوکستین [۲].

شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در بین زنان که توسط حدوداً یک‌سوم آنان گزارش شده است، کاهش میل جنسی می‌باشد و شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در بین مردان نیز بدکارکردی نعوظ^۳ (به‌ویژه در سنین بالا) و انزال زودرس می‌باشد [۳].

بدکارکردی‌های جنسی در بین افرادی که اختلالات روانی دارند و به‌ویژه افرادی که از داروهای روان‌پزشکی استفاده می‌کنند، از شیوع بالایی برخوردار هستند [۴]. برای مثال میزان بدکارکردی‌های جنسی گزارش شده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که با داروهای ضدسایکوز^۴ درمان می‌شوند بین ۳۰ تا ۶۰ درصد می‌باشد [۵] و این میزان، در بین افراد مبتلا به افسردگی که با داروهای ضدافسردگی^۵ تحت درمان هستند به ۷۰ درصد [۴، ۶، ۷، ۸] و در بیمارانی که از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند به ۸۰ درصد می‌رسد [۹، ۱۰]. در سایر بیماران که از اختلالاتی نظیر وسواس، فوبیا، اختلالات جسمانی و نظایر آن رنج می‌برند به‌طور متوسط بین ۷ تا ۲۳ درصد در اختلالات مختلف

¹ Sexual Function

² DSM-5

³ Erectile Dysfunction

⁴ Antipsychotic drugs

⁵ Antidepressant

⁶ Residual Phase

⁷ Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

⁸ Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

آن صورت گرفت. بر اساس عوامل مورد بررسی در مطالعه بررسی شده عواملی نظیر انتقال‌دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی، داروهای مصرفی در بیماران روان‌پزشکی و طول دوره درمانی، عوامل پایه در شکل دادن به اختلالات روان‌پزشکی و نقش آن‌ها در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی بررسی شد.

انتقال‌دهنده‌های عصبی و عملکرد جنسی

کارکردهای جنسی، به واسطه و تحت تأثیر ترکیبات پیچیده انتقال‌دهنده‌های عصبی، غدد درون‌ریز^۵ و نوروپپتیدها^۶ قرار دارند.

عوامل مرتبط با غدد درون‌ریز شامل آندروژن‌ها^۷، استروژن‌ها^۸، پروژسترون^۹، پرولاکتین^{۱۰}، اکسی‌توکین^{۱۱}، کورتیزول^{۱۲} و فرمون‌ها^{۱۳} می‌باشند. انتقال‌دهنده‌های عصبی که در شکل‌گیری کارکردهای جنسی نقش دارند عمدتاً شامل دوپامین^{۱۴}، سروتونین^{۱۵} و اپی‌نفرین^{۱۶} هستند. این انتقال‌دهنده‌های عصبی، عمدتاً در آسیب‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی و همچنین درمان‌های دارویی آن‌ها، نقش دارند [۳].

دوپامین

مطالعاتی که بر روی انسان و حیوانات انجام شده است، نشان می‌دهد که سیستم دوپامینرژیک مرکزی^{۱۷} در همه رفتارهای جنسی مردان شامل میل، نعوظ، ارگاسم و رضایتمندی جنسی نقش دارد. مطالعات نشان می‌دهد آگونیست‌های دوپامینرژیک نظیر ال-دوپا^{۱۸}، آپومورفین^{۱۹}، آمانتادین^{۲۰}، بسوپروپین^{۲۱} و آمفتامین^{۲۲}، منجر به برانگیختگی رفتارهای جنسی می‌گردند، درحالی‌که بلاک‌های دوپامینرژیک مرکزی، نظیر ضدسایکوزها، باعث اختلال در کارکرد جنسی، هم در حیوانات وهم در انسان می‌گردند [۳، ۱۱].

علائم اختلال استرس پس از سانحه، معمولاً کمی پس از رویداد سانحه بروز می‌کنند؛ هرچند در برخی موارد، علائم ماه‌ها یا حتی سال‌ها پس از سانحه خود را نشان می‌دهد [۲]. اختلالات خوردن و تغذیه؛ مشخصه اصلی اختلالات خوردن و تغذیه آشفتگی بارز در رفتار خوردن است. بی‌اشتهایی عصبی؛ یک نوع اختلال خوردن است که مشخصه آن کاهش وزن بدن و امتناع از خوردن است. اشتها معمولاً تغییری نمی‌کند. پراشتهایی عصبی؛ به‌عنوان نوع دیگری از اختلال خوردن است که در آن پرخوری‌های مکرر و عودکننده با یا بدون استفراغ روی می‌دهد [۲].

اختلالات شخصیت؛ مشخصه اختلالات شخصیت، الگوهای غیر انطباقی عموماً دیرپا و ریشه‌دار رفتاری است که معمولاً در نوجوانی یا زودتر از آن قابل شناسایی هستند. اختلال شخصیت نمایشی؛ مشخصات اصلی این اختلال عبارت‌اند از بی‌ثباتی هیجانی، هیجان‌پذیری، بیش‌واکنش دهی، خودبینی، ناپختگی، وابستگی، ابراز نمایشی خود، توجه‌طلبی و اغواگری. اختلال شخصیت مرزی؛ افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثبات و تکانشی هستند، روابط جنسی آشفته‌ای دارند، اعمال خودکشی و رفتارهای جرح، از خود نشان می‌دهند، مشکلات هویتی دارند، دچار دودلی، دوسوگرایی و احساس پوچی و کسالت هستند [۲]. ارزیابی بدکارکردی‌های جنسی در بیماران روان‌پزشکی باید مبتنی بر کارکردهای جنسی اولیه، اختلالات روان‌پزشکی، بیماری‌های جسمانی و داروهای مختلفی باشد که مصرف می‌کنند [۳]. بدکارکردی‌های جنسی، ممکن است با اختلالات دیگری، هم‌زمان باشد؛ اغلب به‌عنوان اولین نشانه از مشکلات جسمانی در نظر گرفته می‌شوند و به‌طور معنی‌داری باعث کاهش کیفیت زندگی می‌گردند. آگاهی از شیوع بدکارکردی‌های جنسی و همچنین مکانیزم‌های فرضی شکل‌گیری آن‌ها، در بیماران روان‌پزشکی، می‌تواند به بهبود نگرش‌های درمانی و افزایش رضایتمندی بیماران از روند درمانی و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها منجر گردد [۳].

روش کار

در این مطالعه مروری؛ مقالاتی که بین سال‌های ۱۹۶۹ تا ۲۰۱۵ که به‌نوعی به بررسی رابطه بین اختلالات روان‌پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی پرداخته بودند، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. جستجوی مطالعات با بررسی مطالعات در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی و انگلیسی معتبر نظیر اس. آی. دی^۱، پاب‌مد^۲، گوگل اسکولار^۳، اسپرینگر^۴ و با کلیدواژه‌هایی نظیر افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی، اختلالات روان‌پزشکی، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن، داروهای روان‌پزشکی (مانند ضدافسردگی‌ها و ضدسایکوزها)، بدکارکردی‌های جنسی و مانند

⁵ Endocrine

⁶ Neuropeptides

⁷ Androgens

⁸ Estrogens

⁹ Progesterone

¹⁰ Prolactin

¹¹ Oxytocin

¹² Cortisol

¹³ Pheromones

¹⁴ Dopamine

¹⁵ Serotonin

¹⁶ Epinephrine

¹⁷ Central Dopaminergic System

¹⁸ L-dopa

¹⁹ Apomorphine

²⁰ Amantadine

²¹ Bupropion

²² Amphetamines

¹ SID

² PubMed

³ Google Scholar

⁴ Springer

سروتونین

یافته‌های مطالعاتی که بر روی حیوانات انجام شده است، نشان می‌دهد گیرنده‌های ۵. اچ. تی.^۱، بسته به اینکه چه نوع گیرنده سروتونینی دخالت داشته باشد، ممکن است باعث تسهیل و بازداری رفتارهای جنسی گردند و یا اینکه هیچ تأثیری بر رفتار جنسی نداشته باشند. مطالعاتی که به‌منظور بررسی اثر ضدافسردگی‌ها بر کارکردهای جنسی انسان انجام شده است، نشان می‌دهد فعال‌سازی گیرنده ۵. اچ. تی.^۲ به تمام پاسخ‌های جنسی در مردان و زنان آسیب می‌زند [۱۴، ۱۵]. پروکستین^۳ (از داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین) باعث کاهش سطوح اکسید نیتریک^۴ شده و از این طریق باعث کاهش عملکرد جنسی می‌گردد. [۱۶]

اپی نفرین

هنگامی که گیرنده‌های آلفا-بلاکر^۵ به تحریک پاسخ نعوظ می‌پردازند، اپی نفرین باعث بازداری پاسخ‌های نعوظ در مردان می‌گردد. در مقابل و در زنان، هنگامی که توقف فعالیت آدرنژیک^۶ باعث آسیب به برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌گردد؛ اپی نفرین به تسهیل جریان خون‌رسانی به اندام‌های تناسلی و تورم اندام‌ها کمک می‌کند. [۱۵]

نوراپی نفرین

سطوح نوراپی نفرین، در طول برانگیختگی جنسی، در هر دو جنس افزایش می‌یابد. مطالعات اندکی که بر روی نوراپی نفرین و تأثیر آن بر کارکردهای جنسی انجام شده است، نشان می‌دهند که افزایش سطح نوراپی نفرین، ممکن است بر تسهیل پاسخ نعوظ در مردان، مؤثر باشد [۱۵].

استیل کولین

استیل کولین باعث تسهیل فرایند نعوظ از طریق رهاسازی ماهیچه‌ای بدنه آلت تناسلی می‌گردد. تأثیر استیل کولین بر کارکردهای جنسی زنان، چندان مشخص نیست [۱۵].

بدکار کردی‌های جنسی و اسکیزوفرنی

مطالعات نشان داده است بیمارانی که از اسکیزوفرنی رنج می‌برند، به‌عنوان بخشی از ماهیت بیماری‌شان، بدکار کردی‌های جنسی را تجربه می‌کنند [۱۷]. شخصیت پیش‌مرزی این بیماران، اغلب اختلال شخصیت اسکیزوئید^۷ و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال^۸ می‌باشد که با روابط بین فردی محدود و ضعیف و فقدان تجارب جنسی، همراه است. علائم منفی این اختلال، نظیر

فقدان احساس لذت، کاهش انگیزه و کاهش پاسخ‌های عاطفی (که به کاهش فعالیت دوپامین در کورتکس قدامی^۹ ارتباط دارد)، باعث آسیب شدید، بر توانایی لذت بردن از زندگی جنسی می‌گردد. بعلاوه، بیماران اسکیزوفرنیک به دلیل دوره‌های عودکننده سایکوز، چاقی و عزت نفس پایین، در شکل دادن به یک رابطه عاطفی، با مشکلات شدیدی روبه‌رو هستند. اضافه بر این، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به‌طور مرتب از داروهای ضدسایکوز که دارای مکانیسمی تقریباً مشابه (انسداد گیرنده‌های پس‌سیناپسی دی.^{۱۰} دوپامینرژیک^{۱۱}) هستند، استفاده می‌کنند که باعث بدکار کردی جنسی در آنان می‌گردد [۳، ۱۱].

مطالعات اندکی به بررسی شیوع بدکار کردی‌های جنسی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداخته‌اند. عمده داده‌های موجود بر بدکار کردی جنسی در مردان تمرکز دارند. در یکی از اولین مطالعات صورت گرفته که توسط کوتین^{۱۲} و همکاران [۱۱] انجام شده، نتایج نشان می‌دهد ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی که توسط تیوریدازین^{۱۳} درمان می‌شوند بدکار کردی جنسی را گزارش داده‌اند (۳۵ درصد بدکار کردی نعوظ)، در مقابل فقط ۲۵ درصد از بیمارانی که از سایر ضدسایکوزهای شایع استفاده کرده‌اند، بدکار کردی جنسی را گزارش داده‌اند. سایر مطالعات انجام شده بر روی بیماران اسکیزوفرنی که از داروهای ضدسایکوز استفاده می‌کنند، شیوع بدکار کردی‌های جنسی را بین ۳۷ تا ۵۴ درصد گزارش داده‌اند [۱۸، ۱۹]. آیزنبرگ^{۱۴} و همکاران [۲۰] در مطالعه دو گروه از مردان مبتلا به اسکیزوفرنی (یک گروه درمان شده و گروه دیگر درمان نشده بودند)، دریافتند که هر دو گروه، در مقایسه با گروه نرمال، شیوع بالایی از بدکار کردی‌های جنسی را گزارش داده‌اند. بیماران اسکیزوفرنی درمان نشده، کاهش در میل جنسی و عملکرد جنسی ضعیف را گزارش دادند. گروه درمان شده با ضدسایکوزها، بدکار کردی نعوظ، مشکل در ارگاسم و کاهش رضایت از عملکرد جنسی را گزارش دادند. بدکار کردی نعوظ در گروه درمان شده طی دوره‌های عودکننده و بستری مجدد بیماران، مجدداً گزارش شده است.

در مطالعه‌ای که توسط مک‌دونالد^{۱۵} و همکاران [۲۱] انجام شد، بدکار کردی‌های جنسی در هر دو جنس با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی و فرم‌های مخصوص زنان و مردان بررسی شده و نتایج با جمعیت نرمال مقایسه گردید. حداقل یک نوع بدکار کردی جنسی توسط ۸۲ درصد از مردان و ۹۶ درصد از زنان مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش شد. مردان کاهش میل جنسی (۵۲ درصد)، بدکار کردی نعوظ (۵۲ درصد) و فقدان آمیزش جنسی یا خودارضایی^{۱۶} (۲۷ درصد) را گزارش دادند. زنان مبتلا به اسکیزوفرنی، کاهش لذت از رابطه جنسی با میزان ۴۶ درصد

⁹ Frontal cortex

¹⁰ D2

¹¹ Postsynaptic D2 dopaminergic receptors

¹² Kotin

¹³ Thioridazine

¹⁴ Aizenberg

¹⁵ MacDonald

¹⁶ Masturbation

¹ 5-HT

² 5-HT2

³ Paroxetine

⁴ Nitric Oxide

⁵ Blocking Alpha-receptors

⁶ Adrenergic

⁷ Schizoid

⁸ Schizotypal

مبتلا به اسکیزوفرنی که با کلوزاپین^۷ درمان می‌شدند و ۴۳ بیمار که با هالوپریدول^۸ درمان می‌شدند را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها هیچ تفاوتی بین دو دارو در کاهش اثرات جانبی بر کارکردهای جنسی، پیدا نکردند. هرچند بعدها آیزنبرگ و همکاران [۲۸] در مطالعه بر روی بیماران مرد سرپایی با اسکیزوفرنی مزمن، دریافتند که تداوم درمان با کلوزاپین در مقایسه با ضدسایکوزهای اولیه، باعث عملکرد بهتر ارگاسم، لذت بیشتر از سکس و افزایش رضایتمندی جنسی می‌گردد.

در سال‌های اخیر، شواهد بالینی گردآوری شده نشان داده داروهایی نظیر اولانزاپین^۹، کوتیپاین^{۱۰} و زیپراسیدون^{۱۱}، باعث اختلال کمتری در کارکردهای جنسی می‌گردند و به نظر می‌رسد نسبت به سایر ضدسایکوزها فواید بیشتری داشته باشند [۱۱].

بیتر^{۱۲} و همکاران [۲۹] کارکردهای جنسی را در بیماران اسکیزوفرنی که برای بار اول درمان می‌شدند، مورد بررسی قرار دادند. ۵۷۰ بیمار در ابتدای درمان، ۳ و ۶ ماه بعد از دریافت داروهای ضدسایکوز مورد مطالعه قرار گرفتند. بدکارکردی جنسی با استفاده از مقیاس‌های اندازه‌گیری خاص صورت‌نپذیرفت. گروه نمونه به ۳ گروه تقسیم‌بندی شدند: اولانزاپین، رisperidon^{۱۳} و ضدسایکوزهای اولیه. در ارزیابی اولیه حدوداً ۳۷ درصد بیماران، نوعی از بدکارکردی جنسی را گزارش دادند. بعد از درمان، بیمارانی که اولانزاپین دریافت کرده بودند درصد کمتری از بدکارکردی جنسی و فقدان انرژی را گزارش دادند. این یافته‌ها در یک مطالعه دو سوکور که اولانزاپین را با رisperidon مقایسه می‌کرد تکرار شدند [۳۰]. در این مطالعه بدکارکردی جنسی در بیمارانی که با اولانزاپین درمان می‌شدند، به شکل معنی‌داری بسیار کمتر از بیمارانی بود که با رisperidon درمان می‌شدند.

داسنباخ^{۱۴} و همکاران [۳۱]، ۳۸۲۸ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی را به که صورت سرپایی درمان می‌شدند، مورد بررسی قرار دادند. بیمارانی که با اولانزاپین درمان می‌شدند ۲۶۳۸ نفر، رisperidon ۸۶۰ نفر، کوتیپاین، ۱۴۲ نفر و هالوپریدول^{۱۵} ۱۸۸ نفر بودند. نتایج نشان داد بیمارانی که با اولانزاپین و کوتیپاین درمان می‌شدند به شکل معنی‌داری، بدکارکردی جنسی کمتری را گزارش دادند، درحالی‌که بدکارکردی‌های جنسی در بیمارانی که رisperidon دریافت می‌کردند (۶۷/۸ درصد) و بیمارانی که هالوپریدول مصرف می‌کردند (۷۱/۱ درصد) بود. کوتیپاین و زیپراسیدون، ارتباطی با سطوح بالای پرولاکتین ندارند و احتمالاً به همین دلیل چنین تأثیری بر بدکارکردی‌های جنسی دارند [۲۶، ۳۲]. تأثیر کمتر کوتیپاین در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی، در چندین

گزارش دادند. بدکارکردی جنسی در زنان، با علائم منفی اسکیزوفرنی و آسیب‌شناسی کلی در ارتباط بود. در هر دو گروه زنان و مردان، ارتباط معنی‌داری بین بدکارکردی جنسی و نوع خاصی از داروهای ضدسایکوز ملاحظه نشد. علیرغم نتایج جالب توجه این مطالعه، محدودیت‌هایی نظیر نمونه پایین، استفاده از صرفاً پرسشنامه‌های خودگزارش دهی که دارای اعتبار قبلی نبودند، نتایج مطالعه را تا حدودی نامعتبر جلوه می‌داد. بعلاوه تعداد کمی از بیماران شریک جنسی داشتند، درحالی‌که گروه کنترل عمدتاً دارای شریک جنسی بودند. در این مطالعه تفکیک بدکارکردی جنسی در اثر خود بیماری یا مصرف داروهای ضدسایکوز صورت نگرفته بود.

تلاش برای درمان بدکارکردی‌های جنسی در بیمارانی اسکیزوفرنی که همچنان داروهای ضدسایکوز استفاده می‌کردند، از طریق افزودن آگونیست‌های دوپامینرژیک، چندان نتایج جالب توجهی به همراه نداشته است. بعلاوه، اضافه کردن ال-دوپا ممکن است باعث تشدید علائم سایکوز در بیماران گردد [۲۲].

آپومورفین باعث تشدید استفراغ در بیماران می‌گردد و در نتیجه در فرایند درمانی کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۳]. در یک مطالعه برچسب آشکار (مطالعاتی که هم محقق و هم آزمودنی در مورد رویکرد درمانی و نوع داروی مصرفی آگاهی دارند) مصرف ۱۰۰ میلی‌گرم آمیتادین (بازدارنده بازجذب دوپامین^۱) برای ۶ هفته، بهبودی آماری معناداری در نمرات بدکارکردی جنسی نشان داد، با این حال، نتایج به دست آمده، به لحاظ بالینی چندان قابل استناد و کافی نبودند [۲۴]. در یک مطالعه مورد-مقاطع دو سوکور با داروی پلاسیبوی کنترل شده، به ۱۰ بیمار مرد مبتلا به اسکیزوفرنی که به شکل سرپایی با ضدسایکوزها درمان می‌شدند، به شکل روزانه، ۱۵ میلی‌گرم سلیجیلین^۲ (ال-دپرینیل^۳) هم‌زمان با داروهای ضدسایکوز داده می‌شد. سلجیلین، نوعی بازدارنده ب اکسیداز مونوآمین انتخابی^۴ می‌باشد. در دوزهای پایین (۱۵ میلی‌گرم در روز)، سلجیلین، باعث بازداری دوپامین و فنیل تیلامین^۵ می‌گردد. در مطالعه صورت گرفته، علیرغم کاهش سطوح پرولاکتین، هیچ نوع تأثیری بر بهبود کارکردهای جنسی ملاحظه نگردید [۲۵].

با معرفی داروهای ضدسایکوز غیرمعمول جدید، انتظاراتی برای کاهش اثرات جانبی ضدسایکوزها بر کارکردهای جنسی، ایجاد شد. ضدسایکوزهای غیرمعمول، گروهی از داروهای ضدسایکوز هستند که فواید بالقوه بیشتری نسبت به ضدسایکوزهای معمول در کاهش بدکارکردی‌های جنسی دارند. این داروها تأثیر کمتری بر گیرنده‌های آلفا-آدرنرژیک و کولینرژیک پیرامونی که در کارکردهای جنسی مؤثر هستند، دارند [۲۶]. هامر^۶ و همکاران [۲۷] در مطالعه‌ای، ۱۰۰ بیمار

⁷ Clozapine

⁸ Haloperidol

⁹ Olanzapine

¹⁰ Quetiapine

¹¹ Ziprasidone

¹² Bitter

¹³ Risperidone

¹⁴ Dossenbach

¹⁵ Haloperidol

¹ Dopamine reuptake inhibitor

² Selegiline

³ L-deprenyl

⁴ Selective monoamine oxidase B inhibitor

⁵ Phenylethylamine

⁶ Hummer

مطالعه دیگر مشخص گردیده است [۱۱].

در سال‌های اخیر استفاده از سیلدنافیل^۱ (ویاگرا^۲)، در درمان بدکارکردی‌های جنسی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، مورد بررسی و بحث بوده است. مطالعات موردی و مطالعات برچسب آشکار، همچون شواهد و تجارب بالینی روان‌پزشکان، نشان می‌دهد که سیلدنافیل، احتمالاً می‌تواند درمان مؤثری برای بیمارانی باشد که قادر هستند روابط بهتری با همسرشان داشته باشند، بدون اینکه تأثیرات منفی زیادی داشته باشد [۳۳، ۳۴].

این مسئله، همچنین در یک مطالعه دو سوکور که توسط گوپالاکریشنان^۳ و همکاران [۳۵]، انجام شده است، نشان داده شده است. ۳۲ بیمار با بدکارکردی نعوظ که علائم اسکیزوفرنی یا اختلالات هذیانی را داشتند به شکل تصادفی، سیلدنافیل (۲۵ میلی‌گرم، ۱ تا ۲ بار در روز) یا پلاسیبو دریافت کردند و بعد از ۲ هفته مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد در بیمارانی که سیلدنافیل مصرف می‌کردند، مدت‌زمان نگهداری نعوظ، فراوانی نعوظ همراه با رضایت از آمیزش، افزایش قابل توجهی پیدا کرده است. ماندگاری اثرات دارو، باعث شد که مؤلفین چنین نتیجه بگیرند که سیلدنافیل، می‌تواند برای درمان بدکارکردی نعوظ در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر باشد.

نهایتاً اینکه باید بیان کرد اتخاذ یک رویکرد درمانی برای بدکارکردی جنسی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با توجه به مراحل زیر صورت خواهد پذیرد: ۱- تجویز دارو با حداقل دوز مؤثر، ۲- استفاده از داروهای ضدسایکوز جدید: کوتیپین، اولانزپین، زیرازیدون یا کلسوزاپین، ۳- روان‌درمانی: مداخلات خانواده/زوج برای بازسازی روابط و ۴- در مردان اضافه کردن بازدارنده‌های پی‌دی. ای. ۵^۴ (سیلدنافیل، واردنافیل^۵، تادالافیل^۶).

بدکارکردی‌های جنسی و افسردگی

حدود ۱۰ تا ۱۶ درصد جمعیت عمومی به‌نوعی از دوره‌های افسردگی رنج می‌برند [۳، ۱۱، ۱۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸] و این مسئله تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد. کاهش شدید انرژی روانی، خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت از شایع‌ترین علائم دوره‌های افسردگی اساسی می‌باشد [۳۸، ۳۹]، کاسپر^۷ و همکاران [۴۰]، در مطالعه خود بر روی نمونه‌ای از افراد مبتلا به افسردگی شدید بستری در بیمارستان، دریافتند که ۷۲ درصد از بیماران افسردگی تک‌قطبی و ۷۷ درصد از بیماران افسردگی دوقطبی، کاهش میل جنسی را تجربه کرده‌اند. علائم افسردگی، اغلب با علائم اضطراب همراه هستند که ارتباطی قوی با بدکارکردی‌های جنسی دارند [۴۱، ۴۲، ۴۳]. افزایش شدت افسردگی و اضطراب، با کاهش شدید انرژی روانی همراه است.

آسیب‌های شناختی و افزایش سن، رابطه‌ای قوی با کاهش میل جنسی دارند [۴۴]. بیماران افسرده‌ای که اشتباهی فرایندهای دارند، نسبت به بیمارانی که افزایش اشتها ندارند، حساسیت بیشتری نسبت به روابط شخصی داشته، خصومت بیشتر و کاهش شدیدتر انرژی روانی را گزارش می‌دهند [۳، ۱۱]. بعلاوه افراد افسرده ممکن است توانایی کمتری برای حفظ برانگیختگی جنسی یا دستیابی به ارگاسم داشته باشند [۱۱، ۱۱]. در مردان با افسردگی شدید، شیوع بدکارکردی نعوظ، ۹۰ درصد گزارش شده است [۴]. تیس^۸ و همکاران [۴۵]، ۳۴ مرد مبتلا به افسردگی که به‌صورت سرپایی تحت درمان بودند را با ۲۸ نفر گروه نرمال مورد مقایسه قرار دادند. کاهش میزان سفتی آلت تناسلی، در حدوداً ۴۰ درصد از مردان مبتلا به افسردگی مشاهده گردید، بعلاوه کاهش زمان سفتی آلت در طول شب (نعوظ شبانگاهی) در بیماران افسرده، بیشتر از گروه کنترل بود. این‌طور به نظر می‌رسد که افسردگی در مردان با کاهش بالقوه ظرفیت نعوظ و در نتیجه بدکارکردی‌های جنسی ارتباط دارد.

کندی^۹ و همکاران [۴۶]، در بررسی شیوع بدکارکردی‌های جنسی در گروهی از بیماران مبتلا به افسردگی (۵۵ مرد و ۷۹ زن) دریافتند که ۵۰ درصد زنان و ۷۵ درصد مردان، نوعی از بدکارکردی جنسی داشته‌اند؛ بیش از ۴۰ درصد مردان و ۵۰ درصد از زنان، کاهش میل جنسی را گزارش دادند. کاهش سطوح برانگیختگی جنسی در هر دو جنس (مردان ۴۰ درصد و زنان ۵۰ درصد) و مشکلات ارگاسم (مردان ۱۵ درصد و زنان ۲۰ درصد) نیز از سایر مشکلات جنسی بود. در زنان، مشکل در برانگیختگی و ارگاسم با نوروزگرایی بالا و برون‌گرایی پایین (درون‌گرایی) ارتباط معنی‌دار داشت.

پرلمن^{۱۰} [۴۷]، بیان می‌دارد، مردانی که نمره بالایی در افسردگی دارند تقریباً دو برابر سایر مردان، بدکارکردی نعوظ را گزارش می‌دهند. این مسئله به‌ویژه در مردان مسن‌تر با افسردگی شدید، شایع‌تر بوده و به ۹۰ درصد شیوع بدکارکردی نعوظ، در این گروه می‌رسد [۴۴].

مطالعات تصویربرداری از مغز در مردان و زنان افسرده، نشان‌دهنده تغییر در فعالیت مغزی مرتبط با کارکردهای جنسی می‌باشد [۴۸، ۴۹، ۵۰]. برای مثال یانگ^{۱۱} و همکاران [۴۹]، در مطالعه‌ای که بر روی ۹ زن سالم و ۷ زن مبتلا به افسردگی شدید انجام دادند، از فعالیت مغزی آنان، به هنگام دیدن یک فیلم یا محتوی جنسی و شهوانی، «ام. آر. آی.»^{۱۲} گرفتند. نتایج نشان داد در زنان سالم، دیدن فیلم، باعث فعال شدن نقاطی از مغز (شکنج اکسیپیتال میانی^{۱۳}، شکنج گیجگاهی میانی^{۱۴}، شکنج پیشانی تحتانی^{۱۵}، هیپوتالاموس^۱، ناحیه جداری^۲، شکنج کمربندی

⁸ Thase

⁹ Kennedy

¹⁰ Perelman

¹¹ Yang

¹² MRI

¹³ Middle Occipital Gyrus

¹⁴ Middle Temporal Gyrus

¹⁵ Inferior Frontal Gyrus

¹ Sildenafil

² Viagra

³ Gopalakrishnan

⁴ PDE-5

⁵ Vardenafil

⁶ Tadalafil

⁷ Casper

در ارتباط با مصرف تی.سی.ای.اس و بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز^{۱۰} گزارش شده است. هریسون^{۱۱} و همکاران [۵۳]، دریک مطالعه کنترل شده دریافتند ۳۰ درصد از بیماران افسرده‌ای که با تی.سی.ای.اس‌ها درمان می‌شوند و ۴۰ درصد از بیمارانی افسرده‌ای که با ام.ا.ا.آی.اس درمان می‌شوند، نوعی از بدکارکردی‌های جنسی را گزارش داده‌اند [۵۴]. در مطالعه دو سوکوری که بر روی بیماران وسواسی که کلومی پرامین^{۱۲} (۱۰۰ تا ۱۵۰ میلی‌گرم در روز) مصرف می‌کردند، نتایج نشان‌دهنده اختلال در ارگاسم در بین ۹۶ درصد از افراد مورد مطالعه بود. وقتی برای اولین بار فلوکستین^{۱۳} معرفی شد، گزارش‌های پزشکی حاکی از شیوع بدکارکردی‌های جنسی در ۱٫۹ درصد از زنان و مردان استفاده‌کننده از آن بود [۵۵]. مطالعات کنترل شده، ثابت کرده‌اند که شیوع بدکارکردی‌های جنسی در محیط‌های بالینی بسیار بیشتر بوده و حدود ۷۵ درصد از بیمارانی که از فلوکستین استفاده می‌کنند، مشکلات ارگاسم را تجربه می‌کنند [۵۶]. مطالعات نشان می‌دهد میزان بدکارکردی‌های جنسی گزارش شده با مصرف اس.اس.آی.آر. اس بین ۳۴ تا ۷۸ در بیماران است [۸، ۵۷، ۵۸، ۵۹].

ویلیامز^{۱۴} و همکاران [۶۰]، در مطالعه خود، به بررسی شیوع بدکارکردی‌های جنسی در بین بیمارانی پرداختند که از اس.اس.آی.آر. اس و داروهای بازدارنده بازجذب نوراپی نفرین-سروتونین^{۱۵} استفاده می‌کنند. در این مطالعه که ۵۰۲ نفر، شامل دو نمونه انگلیسی و فرانسوی زبان، مورد بررسی قرار گرفتند، شیوع بدکارکردی جنسی در نمونه انگلیسی ۳۹٫۲ درصد و در نمونه فرانسوی ۲۶٫۶ درصد بود.

خزائی و همکاران [۶۱]، در مطالعه‌ای به بررسی بدکارکردی‌های جنسی در طول درمان با فلوکستین، سرتالین و ترازودن پرداختند. در این مطالعه ۱۰۲ مرد و ۹۳ زن که دارای علائم اختلال افسردگی اساسی بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به ۳ گروه درمانی تقسیم شده (فلوکستین، ۶۴ نفر؛ سرتالین^{۱۶}، ۶۷ نفر و ترازودن^{۱۷}، ۶۴ نفر) و هر گروه به مدت ۱۴ هفته با یکی از داروهای مذکور تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد بیماران مرد و زنی که فلوکستین مصرف کرده بودند، بیشترین میزان آسیب در میل جنسی (به ترتیب ۴۳ و ۵۱ درصد) و برانگیختگی (به ترتیب ۴۴ و ۵۰ درصد) را تجربه می‌کردند. در مقابل بیمارانی که ترازودن مصرف کرده‌اند، کمترین میزان آسیب در میل (به ترتیب ۱۲ و ۱۸ درصد) و برانگیختگی جنسی (به ترتیب ۲۳ و ۲۴ درصد) را گزارش دادند. در مقایسه با فلوکستین و ترازودن، افرادی که سرتالین مصرف کرده بودند، آسیب متوسطی گزارش دادند؛ ۳۹

قدامی^۳، شکنج پراهیپوکامپ^۴، تالاموس^۵ و آمیگدال^۶ می‌گردد، در مقابل و در مقایسه با گروه نرمال، زنان افسرده، میزان فعالیت کمتری، به‌ویژه در هیپوتالاموس، ناحیه جداری، شکنج کمربندی قدامی و شکنج پراهیپوکامپ نشان دادند.

سیرانوسکی^۷ و همکاران [۵۱]، در مطالعه‌ای، به بررسی ارتباط بین افسردگی در گذر زندگی و فعالیت جنسی در بین ۹۱۴ زن در گروه سنی ۴۲ تا ۵۲ سال پرداختند. در این مطالعه، از پرسشنامه‌های خودگزارش دهی برای ارزیابی رفتارهای جنسی، میل جنسی، برانگیختگی جنسی و رضایتمندی جنسی، در طول ۶ ماه استفاده شد. آزمودنی‌ها بر اساس علائم افسردگی به ۳ گروه تقسیم شدند: ۱- فاقد علائم افسردگی اساسی، ۲- افسردگی در یک دوره و ۳- افسردگی با دوره‌های عودکننده. زنانی که دوره‌های عودکننده افسردگی داشتند برانگیختگی جنسی کمتر، لذت فیزیکی کمتر و رضایتمندی عاطفی کمتر در طول فعالیت جنسی‌شان گزارش دادند. بین ۳ گروه در فراوانی میل جنسی و فراوانی رفتارهای جنسی شریک جنسی، تفاوت معنی‌داری یافت نشد. همچنین نتایج نشان داد افسردگی طولانی و مادام‌العمر، باعث افزایش میزان خودارضایی در زنان می‌گردد.

افسردگی به شکل گسترده‌ای با داروهای ضدافسردگی، درمان می‌گردد. درمان، معمولاً طولانی‌مدت بوده و برای ماه‌ها تا سال‌ها طول می‌کشد و مستلزم همکاری بیمار است. بسیاری از داروهای ضدافسردگی نظیر بازدارنده‌های بازجذب سروتونین^۸ به تدریج جایگزین داروهای ضدافسردگی ۳ حلقه‌ای^۹ شده‌اند [۳] و [۱۱]. اس.اس.آی.آر. اس‌ها نسبت به تی.سی.ای.اس‌ها اثرات جانبی کمتری دارند. اگرچه باید گفت یکی از اثرات جانبی برجسته اس.اس.آی.آر. اس، آسیب در کارکردهای جنسی می‌باشد [۴] و شایع‌ترین تأثیری که اس.اس.آی.آر. اس بر کارکردهای جنسی دارند، ایجاد مشکل در رسیدن به ارگاسم و در ادامه، کاهش میل جنسی و برانگیختگی و در نهایت کاهش سطح رضایتمندی از کارکرد جنسی می‌باشد [۵۲].

ارزیابی میزان شیوع بدکارکردی‌های جنسی در اثر مصرف داروهای ضدافسردگی کار آسانی نیست، زیرا خود حالات خلقی و افسردگی می‌تواند بر میل و برانگیختگی جنسی، تأثیرگذار باشد. مطالعات اولیه در این زمینه، عمدتاً بر استانداردهای ثبت شده اثرات جانبی داروها (در آزمایشگاه‌ها) متمرکز بودند، درحالی‌که مطالعات جدیدتر عمدتاً به ارزیابی پاسخ‌های بیماران در جریان تکمیل پرسشنامه‌های استاندارد یا مصاحبه‌های ساختاریافته متمرکز هستند [۱۱].

در مطالعات پیشین، شیوع بالایی از بدکارکردی‌های جنسی

¹⁰ Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)

¹¹ Harison

¹² Clomipramine

¹³ Fluoxetine

¹⁴ Williams

¹⁵ Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

¹⁶ Sertraline

¹⁷ Trazodone

¹ Hypothalamus

² Septal Area

³ Anterior Cingulate Gyrus

⁴ Parahippocampal Gyrus

⁵ Talamus

⁶ Amygdala

⁷ Cyranowski

⁸ Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI's)

⁹ Tricyclic Antidepressants (TCAs)

این گروه از ضدافسردگی‌ها، فعالیت سروتونرژیک مرکزی را که از رفتار جنسی بازداری می‌کند، افزایش می‌دهند. گیرنده‌های ۵. اچ.تی. ۲ نقش مهمی در این فعالیت بازی می‌کنند. از طرف دیگر، سیستم دوپامینرژیک، رفتار جنسی و به‌ویژه برانگیختگی جنسی را افزایش می‌دهد [۱۵].

رویکردهای درمانی به بدکارکردی‌های جنسی ناشی از مصرف داروهای گروه اس.اس.آی.آر. اس، به‌طور کلی متمرکز بر تضعیف فعالیت سروتونرژیک مرکزی یا تحریک و افزایش فعالیت دوپامینرژیک هستند. در برخی بیماران نیز، بعد از طی چند هفته از درمان، اثرات جانبی مصرف داروها خودبه‌خود رفع می‌شوند. گاهی نیز با کاهش دوز مصرفی دارو (مثل نصف کردن دارو) می‌تواند اثرات جانبی دارو را تا حدودی کنترل کرد [۶۶]. این رویکرد عمدتاً در مورد داروهایی با نیمه‌عمر کوتاه نظیر پاروکستین یا سرتالین می‌تواند مفید باشد، ولی در مورد داروهایی با نیمه‌عمر طولانی‌تر نظیر فلوکستین کارایی ندارد.

سیپروهپتادین^{۱۰} (عامل آنتی هیستامینرژیک با فعالیت گیرنده‌های ۵. اچ.تی. ۲) به‌عنوان داروی الحاقی با گروه اس.اس.آی.آر. اس، می‌تواند در بهبود کارکرد جنسی مؤثر واقع شود. دستورالعمل استفاده از آن به‌صورت ۴ تا ۱۲ میلی‌گرم، یک تا دو ساعت قبل از داشتن رابطه جنسی می‌باشد [۶۷]. علاوه بر این در مطالعاتی که بر روی زنان و مردان دارای بدکارکردی جنسی که از گروه اس.اس.آی.آر. اس استفاده می‌کنند، استفاده هم‌زمان از میانسیرین (داروی ضدافسردگی با فعالیت ۵. اچ.تی. ۲. ای/۲. سی^{۱۱} و آنتاگونیست‌های آلفا ۲) مورد بررسی قرار گرفته است [۶۸، ۶۹]؛ ۹ نفر از ۱۵ مرد مورد مطالعه و ۱۰ نفر از ۱۶ زن مورد مطالعه، بهبودی قابل ملاحظه‌ای در ارگاسم و رضایت از روابط جنسی گزارش داده‌اند. دوز مصرفی این دارو، ۱۵ میلی‌گرم روزانه و تأثیر آن در بهبودی کارکرد جنسی، حدود دو هفته بعد از مصرف آشکار می‌شود. در یک مطالعه دو سوکور با استفاده از تجویز نفازودن، نتایج نشان دادند بیمارانی که از نفازودن استفاده می‌کنند در مقایسه با بیمارانی که از سرتالین استفاده می‌کنند، بدکارکردی‌های جنسی کمتری گزارش می‌دهند [۷۰].

علاوه بر این، برای کاهش اثرات منفی گروه اس.اس.آی.آر. اس، استفاده از داروهای ضداضطراب نظیر بوسپیرون^{۱۲} می‌تواند راهکاری مؤثر باشد. در یک مطالعه گذشته‌نگر، دوز ۱۵ تا ۶۰ میلی‌گرم، به‌صورت روزانه باعث بهبودی میل جنسی و مشکلات ارگاسم در ۱۱ نفر از ۱۶ بیماری بود که از بوسپیرون استفاده می‌کردند [۷۱]. این نتایج در مطالعه دوسوکور لاندن و همکاران (۶۳) که بر روی ۱۱۷ بیمار انجام شد، دوباره تکرار شدند. در این مطالعه ۲۰ تا ۶۰ میلی‌گرم بوسپیرون همراه با درمان اس.اس.آی.آر. اس برای ۴ هفته، منجر به کاهش بدکارکردی‌های جنسی (افزایش میل و کاهش مشکلات ارگاسم) در ۵۸ درصد از بیماران گردید. فرض بر این است که بوسپیرون از طریق

و ۴۲ درصد برای میل جنسی و ۳۲ و ۳۹ درصد برای برانگیختگی جنسی.

در مطالعه دیگری که در آمریکا بر روی جمعیت بالینی صورت گرفت [۶۲]، شیوع بدکارکردی‌های جنسی در بین بیمارانی که از همه انواع ضدافسردگی‌ها استفاده می‌کردند ۳۷ درصد بود. در این مطالعه بیشترین میزان شیوع بدکارکردی جنسی، در بیمارانی بود که از اس.اس.آی.آر. اس (سیتالوپرام^۱، سرتالین^۲، پاروکستین^۳ و فلوکستین^۴) و اس.ان.آی.آر. (ونلافاکسین^۵) استفاده کرده بودند. بیشترین میزان نیز برای گروه پاروکستین (۴۳ درصد) و کمترین میزان برای بوپروپین^۶ (۲۲ درصد) و نفازودن^۷ (۲۸ درصد) بود. نتایج به دست آمده در برخی مطالعات، نشان می‌دهد پاروکستین به شکل معنی‌داری باعث تأخیر بیشتر در ارگاسم و انزال می‌گردد، فلوکسامین^۸، فلوکستین و سرتالین نیز باعث بدکارکردی نعوظ می‌گردند [۵۹، ۶۰]. لاندن^۷ و همکاران [۶۳]، تفاوت معنی‌داری در شیوع بدکارکردی جنسی در بین بیمارانی که سیتالوپرام یا پاروکستین مصرف می‌کردند، پیدا نکردند. شیوع بالای بدکارکردی‌های جنسی در اثر مصرف اس.اس.آی.آر. اس و اس.ان.آی.آر. اس احتمالاً به دلیل مکانیزم فعال‌سازی گیرنده‌های ۵. اچ.تی. ۲ می‌باشد [۳، ۱۱] و شیوع بالای بدکارکردی‌های جنسی در بیمارانی که پاروکستین مصرف می‌کنند، احتمالاً به دلیل نزدیکی مکانیزم عمل پاروکستین با گیرنده‌های کولینرژیک باشد [۶]. از آنجایی که بوپروپین، هیچ تأثیر مستقیمی بر سروتونین ندارد، شاید بتواند شیوع کمتر بدکارکردی‌های جنسی در بیمارانی که بوپروپین مصرف می‌کنند را بدین شکل، تبیین کرد [۶۴].

شیوع بدکارکردی‌های جنسی ناشی از درمان دارویی با دلوکستین^۹ در یک مطالعه دو سوکور در مقایسه با پاروکستین و پلاسبو در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گرفت [۶۵]؛ نتایج نشان‌دهنده شیوع کمتر بدکارکردی‌های جنسی در بیماران استفاده‌کننده از دلوکستین نسبت به بیمارانی بود که از پاروکستین استفاده می‌کردند. البته نتایج نشان داد که شیوع بدکارکردی‌های جنسی در افرادی که پلاسبو استفاده می‌کردند کمتر از دو گروه دیگر بود.

ضدافسردگی‌های گروه اس.اس.آی.آر. اس، فعالیت معنی‌داری در گیرنده‌های آدرنرژیک، کولینرژیک و هیستامینرژیک^۹ ندارند، بنابراین تأثیری که این داروها بر کارکردهای جنسی می‌گذارند احتمالاً به دلیل ارتباطی است که با سیستم سروتونرژیک دارند [۳]. مطالعاتی که روی حیوانات انجام شده است نشان می‌دهد

¹ Citalopram
² Paroxetine
³ Venlafaxine
⁴ Bupropion
⁵ Nefazodone
⁶ Fluvoxamine
⁷ Landen
⁸ Duloxetine
⁹ Histaminergic

¹⁰ Cyproheptadine
¹¹ 5-HT_{2A/2C}
¹² Buspirone

(نظیر بوپروپین، میرتازاپین، نفازودن و ربوکستین). بدکار کردی نعوظ، شایع‌ترین اختلالی است که در اثر مصرف اس.اس.آی.آر. اس‌ها ایجاد می‌گردد و با مصرف سیلدنافیل به شکل مؤثری، بهبود می‌یابد، احتمالاً تادالافیل و واردنافیل نیز اثرات مشابهی داشته باشند [۱۱].

بدکار کردی‌های جنسی و اختلالات اضطرابی

اضطراب، از جمله مهم‌ترین عوامل در شکل دادن به بدکار کردی‌های جنسی می‌باشد [۹، ۱۷۸]. تأثیر اضطراب در شکل دادن به بدکار کردی‌های جنسی، به‌ویژه در ایجاد اختلال در پاسخ‌های نعوظ در مردان، به‌خوبی شناخته شده می‌باشد [۱۲، ۱۳]. عزت نفس بیمار، ممکن است منجر به افزایش نگرانی درباره خود و شریک جنسی گردد. این مسئله ممکن است باعث تغییرات رفتاری در بیمار گردد، برای مثال اجتناب از برقراری روابط صمیمانه و تغییرات خلقی که این مسئله باعث افزایش اضطراب و شکل‌گیری بدکار کردی نعوظ در مردان یا مشکل در برانگیختگی جنسی در هر دو جنس شده و در نهایت چرخه معیوبی از شکست در روابط جنسی، افزایش اضطراب و شکل‌گیری طرح‌واره‌های شناختی^۹ منفی شکل می‌دهد [۳، ۱۱]. البته چنین شرایطی در اغلب مراجعین با مداخلات کوتاه‌مدت رفع شده و به کاهش اضطراب و بهبودی بدکار کردی‌های جنسی منجر می‌گردد. حدوداً ۱۵ درصد از جمعیت عمومی از انواعی از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند. این اختلالات شامل اضطراب فراگیر، اختلال هراس، وسواس فکری و عملی، اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از رویداد می‌باشند. مطالعاتی که به اوایل دهه ۱۹۸۰ برمی‌گردند، نشان می‌دهند افرادی که از سطوح بالای اضطراب رنج می‌برند، سطوح بالایی از بدکار کردی‌های جنسی را نیز گزارش می‌دهند [۹]. البته ادبیات روان‌تحلیلی، تمرکز بیشتری بر ارتباط بین اضطراب برانگیخته شده به‌وسیله تعارضات درونی و بدکار کردی‌های جنسی دارد [۷۹]. کاپلان [۹]، مدعی است که نقش اختلالات اضطرابی به‌ویژه در شکل‌گیری اختلال بی‌زاری جنسی^{۱۰} و فوبی داشتن سکس، کاملاً محرز است. وی دریافت در بیماران که از پرداختن به رابطه جنسی اجتناب می‌کنند یا از انزجار و بی‌زاری جنسی شکایت دارند، اختلالات هراس، شیوع ناگهانی بالایی دارد. برخی از بیماران واقعاً دچار حملات وحشت و هراس درباره عملکرد جنسی شده یا به شکل وسواس گونه‌ای در مورد جزئیات عملکرد جنسی‌شان حساس می‌گردند و در نتیجه کنترل خود را بر عملکرد جنسی از دست می‌دهند. مونتیرو^{۱۱} و همکاران [۵۴]. در مطالعه خود بر روی افراد دارای وسواس درمان نشده، دریافتند که حدود ۲۴ درصد آنان، هنوز باکره هستند و نزدیک به ۹ درصد نیز برای سال‌ها هیچ‌گونه رابطه جنسی نداشته‌اند.

فعال‌سازی گیرنده‌های ۵. اچ. تی. ۱. ای.^۱ باعث کاهش فعالیت سروتونرژیک می‌گردد.

یکی از رویکردهای بهبود بدکار کردی‌های جنسی، افزایش فعالیت دوپامینرژیک می‌باشد. اضافه کردن داروهای دوپامینرژیک نظیر آمانتادین (۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه)، دکسترومفتامین^۲، متیل‌فندیت^۳ (ریتالین^۴) و پمولین^۵، باعث موفقیت‌های چشمگیری در کاهش بدکار کردی‌های جنسی شده است [۳، ۱۵].

مطالعات متعددی نشان داده است جایگزین کردن درمان اس.اس.آی.آر. اس با بوپروپین، باعث کاهش علائم بدکار کردی‌های جنسی در اغلب بیماران می‌گردد [۶۴، ۷۲]. بوپروپین زمانی که به‌عنوان ضد اس.اس.آی.آر. اس استفاده می‌گردد، تأثیرات بیشتری در این زمینه خواهد داشت استفاده از میرتازاپین^۶ در مقایسه با اس.اس.آی.آر. اس به دلیل مکانیزم اثری که بر فعالیت آنتاگونیست‌ها در ۵. اچ. تی. ۲ و گیرنده‌های آلفا ۲ دارد، کمتر باعث شکل‌گیری بدکار کردی جنسی می‌گردد [۷۳]. استفاده از ربوکستین^۷ (از گروه اس.ان.آر. آی) می‌تواند گزینه مناسب دیگری برای کاهش بدکار کردی‌های جنسی ناشی از اس.اس.آی.آر. اس‌ها باشد [۷۴].

اضافه کردن سیلدنافیل برای بیماران که دارای بدکار کردی جنسی ناشی از مصرف ضدافسردگی‌ها هستند نیز، می‌تواند مؤثر باشد. نرنبرگ^۸ و همکاران [۷۵]، در مطالعه خود دریافتند سیلدنافیل بر روی بیماران که از اس.اس.آی.آر. اس‌ها استفاده می‌کنند، باعث کاهش اثرات منفی اس.اس.آی.آر. اس‌ها در بدکار کردی‌های جنسی می‌گردد. این نتایج، در مطالعات دیگری نیز ثابت شده است [۷۶]. سیلدنافیل در یک دوز منعطف می‌تواند باعث بهبود علائم بدکار کردی جنسی، برانگیختگی، انزال، ارگاسم و در نهایت رضایتمندی جنسی کلی در مردان افسرده‌ای شود که به دلیل استفاده از اس.اس.آی.آر. اس، داری بدکار کردی نعوظ هستند. تجویز ۲۵ تا ۵۰ میلی سیلدنافیل به شکل روزانه می‌تواند باعث کاهش علائم بدکار کردی نعوظ در ۷۳ درصد مردانی شود که از اس.اس.آی.آر. اس استفاده می‌کنند [۷۷].

در نهایت باید عنوان کرد، بیماران که از گروه اس.اس.آی.آر. اس استفاده می‌کنند، علائم بدکار کردی‌های جنسی را دارند. این مسئله باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران گردیده و حتی ممکن است باعث توقف درمان در آن‌ها گردد. داروهایی که فعالیت سروتونرژیک را در گیرنده‌های ۵. اچ. تی. ۲ کاهش می‌دهند باعث بهبودی عملکرد ارگاسم در بیماران می‌گردند. در صورتی که شرایط بالینی و کلینیکی مناسبی مهیا باشد، می‌توان از داروهایی استفاده کرد که اثرات کمتری بر کار کردهای جنسی داشته باشند

¹ 5-HT1a

² Dextroamphetamine

³ Methylphenidate

⁴ Ritalin

⁵ Pemoline

⁶ Mirtazapine

⁷ Reboxetine

⁸ Nurnberg

⁹ Cognitive Schema

¹⁰ Sexual Aversion Disorder

¹¹ Monteiro

هراس اجتماعی و رفتار جنسی

مؤلفه اصلی اختلال هراس اجتماعی، ترس شدید از رفتارهای جمعی است که ممکن است باعث تمسخر، شرمندگی و خجالت گردد. این مسئله در واقع ترکیبی از اضطراب عملکردی و اضطراب بین فردی است که در حدود ۷ درصد از افراد جامعه شایع است [۱۲]؛ بنابراین طبیعی است که این نوع از اختلالات اضطرابی با بدکارکردی‌های جنسی همراه باشد [۱۱، ۳].

همیبرگ و بارلو [۸۰]، چنین فرض می‌کنند که بدکارکردی‌های جنسی (به‌ویژه بدکارکردی نعوظ) نتیجه اضطراب عملکردی یا ترس از زیر نظر قرار گرفتن توسط دیگران است. استفاده از مدل‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهد مردان سالمی که در معرض محرک‌های جنسی/شهوایی و محرک‌های اضطراب برانگیز هستند، برانگیختگی بالاتری نسبت به مردان سالمی که صرفاً در معرض محرک‌های شهوانی/جنسی بوده‌اند، نشان می‌دهند. این مسئله در مورد مردانی که دارای بدکارکردی جنسی بودند، برعکس بود، آن‌ها با قرار گرفتن در معرض محرک‌های اضطراب زاء، برانگیختگی جنسی کمتری را گزارش دادند. محققین چنین نتیجه گرفتند که به نظر می‌رسد اضطراب در مردان دارای بدکارکردی جنسی و مردان دارای کارکرد جنسی نرمال، به شیوه‌های متضادی عمل کرده و مردانی که دارای بدکارکردی جنسی هستند مدل‌های شناختی مشابه افرادی که دارای اضطراب اجتماعی هستند را نشان می‌دهند.

چندین مطالعه نشان داده‌اند بیمارانی که دارای اختلال هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی هستند ممکن است نوعی از بدکارکردی جنسی را تجربه کنند. لیری و دوبینز^۲ [۸۱]، گزارش دادند آزمودنی‌های که اضطراب اجتماعی بالایی دارند، بدکارکردی‌های جنسی زیادی را نیز تجربه می‌کنند. فیگویی^۳ و همکاران [۸۲]، گزارش دادند که ۳۳٫۳ درصد از مشکلات جنسی، به‌ویژه انزال زودرس در بیماران دارای اضطراب اجتماعی، شایع است.

بودینگر^۴ و همکاران [۸۳]، ۴۰ بیمار دارای اضطراب اجتماعی را که بدون دارو و به شکل سرپایی تحت درمان بودند و ۴۰ نفر سالم را از که نظر جنسیت و سن با گروه اول هم‌تا شده بودند (به‌عنوان گروه کنترل)، مورد بررسی قرار دادند. کمیت و کیفیت کارکردهای جنسی و رفتار جنسی دو گروه مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد مردانی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌برند آسیب متوسط در لذت جنسی و رضایت جنسی ذهنی گزارش می‌دهند. بعلاوه، اولین تجارب جنسی، در مردان دارای اضطراب اجتماعی، در سنین بزرگ‌سالی (۴۲ درصد) اتفاق افتاده بود، درحالی‌که در مردان سالم فقط ۸ درصد، اولین تجربه جنسی خود را در سن بزرگ‌سالی تجربه کرده بودند. زنانی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌بردند آسیب‌های شدیدی در میل جنسی،

برانگیختگی جنسی، فعالیت جنسی و رضایتمندی ذهنی گزارش دادند. این زنان در مقایسه با زنان گروه کنترل، شریک جنسی ثابت کمتری داشتند. ۴۴ درصد از این گروه در طول زندگی‌شان یا شریک جنسی نداشتند یا فقط یک شریک جنسی داشتند، درحالی‌که در گروه کنترل فقط ۶ درصد چنین وضعیتی داشتند.

اختلال استرس پس از رویداد و بدکارکردی‌های جنسی

قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا (نظیر جنگ، تصادفات وحشتناک، سوءاستفاده جنسی و آزار و اذیت) ممکن است منجر به ناهنجاری‌های رفتاری و روانی در فرد گشته و برای مدت‌ها بعد از آن رویداد، همچنان در زندگی فرد تأثیر بگذارند و با تداوم آن‌ها تبدیل به اختلال استرس پس از رویداد گردند. اختلال استرس پس از سانحه با پیامدهای معنی‌دار هیجانی، عاطفی، اجتماعی، شغلی و کارکرد جنسی شناخته شده است [۳، ۱۱]. کاپلان [۹]، نشان داده است که بدکارکردی‌های جنسی در بیماران اختلال استرس پس از سانحه شیوع بالایی دارند. لتورناو^۵ و همکاران [۱۰]، گزارش دادند که ۸۰ درصد بیمارانی که اختلال استرس پس از سانحه دارند، مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند. بدکارکردی نعوظ و انزال زودرس شایع‌ترین این بدکارکردی‌ها بودند. بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه برای درمان علائم اضطراب و افسردگی از داروهای ضدافسردگی و ضداضطراب استفاده می‌کنند. فوسی و هامنر^۶ [۸۴]، گزارش دادند کلونازپام^۷ می‌تواند منجر به شکل‌گیری بدکارکردی جنسی در سربازان از جنگ برگشته با اختلال استرس پس از سانحه گردد. نقش ضدافسردگی‌ها در شکل دادن به بدکارکردی‌های جنسی نیز کاملاً محرز است [۱۵].

یهودا^۸ و همکاران [۸۵]، در مطالعه خود به بررسی تأثیر اختلال استرس پس از سانحه در کارکردهای جنسی زنان و مردان پرداختند؛ هدف از این مطالعه ارائه مدلی از بدکارکردی‌های جنسی بر مبنای اختلال استرس پس از سانحه و از دست دادن توانایی تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیکی موردنیاز برای کارکرد جنسی نرمال در افراد مبتلا بود. نتایج به دست آمده نشان داد که خاطرات ناگهانی و آزارنده از حوادث و رویدادهای استرس‌زا در افراد مبتلا، منجر به کاهش سطوح برانگیختگی فیزیولوژیکی می‌گردد و این امر موجب اختلال در شکل دادن به کارکرد جنسی نرمال، ایجاد میل و برانگیختگی جنسی مناسب می‌گردد.

کوتلر^۹ و همکاران [۸۶]، ابعاد مختلف بدکارکردی‌های جنسی را در گروهی از مردان مورد مقایسه و بررسی قرار دادند؛ در این مطالعه ۳ گروه شامل بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه درمان نشده (۱۵ نفر)، بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه تحت درمان با اس.اس.آر.اس (۲۷ نفر) و ۴۹ نفر

⁵ Letourneau

⁶ Fossey and Hamner

⁷ Clonazepam

⁸ Yehuda

⁹ Kotler

¹ Heimberg and Barlow

² Leary and Dobbins

³ Figueira

⁴ Bodinger

چندین مطالعه نشان داده‌اند بدکار کردی‌های جنسی در بیماران وسواسی از شیوع بالایی برخوردار هستند [۱۲، ۵۴، ۹۲، ۹۳ و ۹۴]. آکسوی^۵ و همکاران [۹۵]، با مطالعه ادبیات موجود، گزارش‌های متضادی در مورد رابطه بین وسواس و بدکار کردی‌های جنسی ارائه دادند. آن‌ها اشاره می‌کنند استیکیتی^۶ [۹۶]، در مطالعه خود چنین نتیجه گرفته که میزان پایین ازدواج، مشکلات آمیزش جنسی و کاهش فراوانی فعالیت جنسی در بیماران مبتلا به وسواس، احتمالاً به دلیل فقدان رضایت جنسی است که بیماران در طول دوره‌های وسواسی خود با آن مواجه می‌شوند. بعلاوه مونتریو و همکاران [۵۴]، نشان دادند حدوداً ۹ درصد از زنان دارای وسواس، هرگز به اوج لذت جنسی (ارگاسم) نمی‌رسند و ۲۲ درصد مشکل در برانگیختگی جنسی دارند، در حالی که در مردان، ۲۵ درصد کاهش برانگیختگی، ۱۲ درصد انزال زودرس و ۶ درصد بدکار کردی نعوظ را تجربه می‌کنند و در نهایت ۳۹ درصد از بیماران نیز نارضایتی جنسی را گزارش می‌دهند. در مطالعه دیگری که توسط فرند^۷ و اسکیتی [۹۲]، انجام شد، نتایج نشان داد ۱۲ درصد افراد مبتلا به وسواس، مشکلات ارگاسم را تجربه می‌کنند. آکسارای و یلکان^۸ [۹۴]، گزارش دادند فقدان تجربه اوج لذت جنسی، اختلال در برانگیختگی جنسی و اجتناب از رابطه جنسی در بیماران دارای وسواس بسیار بیشتر از بیمارانی است که فقط اضطراب فراگیر دارند. ون مینن و کمپمن [۸۹]، گزارش دادند زنانی که اختلال وحشت‌زدگی دارند و هم‌زمان از وسواس نیز رنج می‌برند، میل جنسی پایین‌تر و فعالیت جنسی کمتری را گزارش می‌دهند. ولینک^۹ و همکاران [۹۷]، در مطالعه خود گزارش دادند که ۶۲ درصد زنان وسواسی کاهش میل جنسی، ۲۹ درصد، کاهش برانگیختگی جنسی، ۳۳ درصد، مشکل در ارگاسم، ۲۵ درصد مشکل در برانگیختگی فیزیولوژیکی و ۱۰ درصد نیز فقدان لذت جنسی را گزارش داده‌اند. محققین دریافتند که اجتناب از آمیزش جنسی نیز در حداقل نیمی از زنان دارای وسواس وجود دارد. فونتلی^{۱۰} و همکاران [۹۸]، به مقایسه حضور بدکار کردی‌های جنسی در ۳۱ بیمار با وسواس و ۲۶ بیمار با اضطراب اجتماعی پرداختند. نتایج به دست آمده نشان داد بیماران با وسواس، نسبت به بیمارانی که اضطراب اجتماعی دارند، مشکلات بیشتر در رسیدن به ارگاسم و مشکلات کمتری در ارتباط با نعوظ را تجربه می‌کنند. آکسوی و همکاران [۹۵]، در مطالعه خود بر روی ۴۰ بیمار دارای وسواس، ۴۰ بیمار دارای اختلال وحشت‌زدگی و ۴۰ نفر به‌عنوان گروه کنترل دریافتند، مردان دارای اختلال وسواس در سنین پایین‌تری خودارضایی و انزال شبانه را تجربه کرده‌اند. کمی فراوانی رفتار جنسی در زنان و مردان دارای وسواس فکری به ترتیب ۶۳/۶ درصد و ۵۷/۱ درصد

به‌عنوان گروه کنترل بررسی شدند. تمامی گروه‌های به‌پرسشنامه ارزیابی کارکردهای جنسی پاسخ دادند. گروه‌های دارای اختلال استرس پس از سانحه به دو پرسشنامه مجزای دیگر به‌منظور بررسی علائم و شدت اختلال استرس پس از سانحه نیز پاسخ دادند. هر دو گروه دارای اختلال استرس پس از سانحه عملکرد جنسی ضعیفی در تمامی ابعاد کارکردهای جنسی گزارش دادند. در مقایسه با گروه کنترل، بیمارانی که با اس.اس.آی. آر. اس تحت درمان بودند آسیب بیشتری در میل، برانگیختگی و فراوانی فعالیت جنسی گزارش دادند. رابطه معنی‌دار بالایی بین بدکار کردی جنسی و خصومت (ارزیابی شده توسط آزمون اس. سی. ال - ۹۰) در گروه‌های با اختلال استرس پس از سانحه به دست آمد.

درمان مردان دارای اختلال استرس پس از سانحه، با استفاده از سیلدنافیل با دوز ۵۰ میلی‌گرم، بهبودی قابل توجهی (۵۳،۵ درصد) در عملکرد نعوظ داشته و هم‌زمان بهبودی قابل قبولی در میل جنسی، ارگاسم و رضایت‌مندی جنسی نشان داده‌اند [۸۷]. این مطالعه نشان داد بهبودی یکی از کارکردهای جنسی می‌تواند در یک چرخه مؤثر منجر به بهبودی ابعاد دیگر نیز گردد.

حملات وحشت‌زدگی^۱ و بدکار کردی جنسی

کاپلان [۹] معتقد بود برخی از بیماران ممکن است به هنگام دست دادن کنترل خود، هنگام برانگیختگی یا ارگاسم دچار حملات وحشت‌زدگی شوند. در موقعیت‌های شدیدتر، ممکن است بیماران ترس از مردن در اثر چنین حملاتی را نیز، داشته باشند. جانوسین و گریفیون^۲ [۸۸]، دریافتند که افزایش ضربان قلب به هنگام برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌تواند منجر به شکل‌گیری ترس و وحشت‌زدگی در افراد گردد. وان مینن و کامپمان^۳ [۸۹]، گزارش دادند زنانی که اختلالات وحشت‌زدگی دارند از اختلال بی‌میلی جنسی نیز رنج می‌برند.

اختلال وسواس فکری - عملی و بدکار کردی‌های جنسی

اختلال وسواس فکری چهارمین اختلال شایع در میان اختلالات روان‌پزشکی به حساب می‌آید و ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی را در طول عمر درگیر می‌کند. این اختلال با افکار، تصاویر و رفتارهای تکراری مشخص می‌شود که باعث آشفتگی و ناتوانی می‌شوند [۹۰]. فروید^۴ تصور می‌کرد اختلال وسواس در خیال‌پردازی‌ها و امیال جنسی سرکوب شده، ریشه دارد [۹۱]، از دیدگاه شناختی، افکار، تکانه‌ها و تصورات وسواسی معمولاً موضوعاتی را در برمی‌گیرند که از لحاظ شخصی ناسازگار باشند، یکی از محتوی‌های عمده در وسواس، امور جنسی (تمایلات جنسی، اشتغال ذهنی درباره اندام‌های جنسی و اعمال جنسی غیرقابل پذیرش) هستند [۹۲].

⁵ Aksoy

⁶ Stekete

⁷ Freund

⁸ Yelken

⁹ Vulink

¹⁰ Fontenelle

¹ Panic

² Jonusiene and Griffioen

³ Van Minnen and Kampman

⁴ Freud

مورگان^۵ و همکاران [۱۰۳]، به بررسی بدکارکردی‌های جنسی در ۴۲ زن که برای بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی درمان شده بودند، پرداختند. نتایج نشان داد در زنانی که قبلاً بیماری بی‌اشتهایی عصبی داشتند، تمایل کمتری به رابطه جنسی وجود داشت. با این حال تقریباً همه زنان رابطه جنسی را تجربه کرده بودند. زنانی که بی‌اشتهایی عصبی داشتند نسبت به زنانی که پراشتهایی عصبی داشتند، خودارضایی کمتری داشته و نمرات پایین‌تری در عزت نفس جنسی داشتند. بین دو گروه در سطوح مختلف کارکردهای جنسی، ترس از رابطه جنسی و رضایت جنسی تفاوت معنی‌داری ملاحظه نگردید. تقریباً همه زنان (بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی) نسبت به گروه نرمال، میل جنسی کمتر و افکار منفی بیشتری حین رابطه جنسی، گزارش دادند. علاوه بر این حدوداً ۴۰ درصد از زنان، ناسازگاری‌های جنسی معناداری با شریک جنسی خود گزارش دادند. زمیشلانی و وایزمن^۶ [۳]، معتقدند که در بیمارانی که اختلال خوردن دارند، حتی بعد از طی دوره درمانی، فقدان تجربه ارگاسم، بی‌زاری جنسی و بی‌میلی جنسی ملاحظه می‌گردد. علاوه بر این، محققین خاطرنشان می‌سازند که افراد دارای اختلال خوردن، اغلب علائمی از اختلالات شخصیت (نظیر اختلال شخصیت مرزی^۷، اختلال شخصیت خودشیفته^۸) و اختلالات خلقی نظیر افسردگی را نشان می‌دهند.

اختلالات شخصیت و بدکارکردی‌های جنسی

افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، الگوهای ریشه‌ای عمیق، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگاری در شرح حال دادن و ادراک محیط و خودشان دارند. خصیصه اصلی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دی. اس. ام. ۵- عبارت است از پراثرزی بودن، بی‌ثباتی، احساس خطر نکردن (نترس بودن) و نوسان داشتن بین شخصیت ایده‌آل و تنزل یافتن از آن شخصیت. از دیگر ویژگی‌های آن‌ها می‌توان به آشوب و مزاحمت، تکانشگری و پرخاشگری‌های شدید و نامناسب اشاره کرد؛ در این صورت منطقی است انتظار داشته باشیم این ویژگی‌های ارتباطی مخرب، بتوانند در عملکرد جنسی و توانایی برقراری روابط صمیمانه توسط آن‌ها، تأثیرگذار باشد [۳].

اگرچه نقش ابعاد شخصیت در سبب‌شناسی و تداوم بدکارکردی‌های جنسی، هنوز به شکلی منظم در مطالعات، بررسی نشده است، با این حال افرادی که دارای اختلالات شخصیتی هستند مشکلات جنسی مختلفی را تجربه می‌کنند، از بی‌قیدوبندی در روابط جنسی گرفته تا پرهیز و اجتناب از داشتن رابطه جنسی [۴۲].

تاکنون تحقیقات و مطالعات کمی در زمینه بدکارکردی‌های جنسی در افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی انجام شده است. عمده مطالعات در مورد اختلال شخصیت نمایشی و اختلال

بود. این مسئله در بیماران دارای اختلال وحشت‌زدگی به ترتیب ۳۶ و ۳۸ درصد بود. پرهیز از رابطه جنسی در ۶۰٫۶ درصد از بیماران زن وسواسی و ۶۴ درصد از بیماران زن با اختلال وحشت‌زدگی یافت شد. فقدان تجربه اوج لذت جنسی نیز در ۲۴/۲ درصد از زنان دارای وسواس ملاحظه گردید.

اختلالات خوردن و بدکارکردی‌های جنسی

مطالعات مختلف نشان داده است بیمارانی که از بی‌اشتهایی عصبی^۱ رنج می‌برند، اغلب دارای بدکارکردی‌های جنسی هستند [۳، ۱۱]. میل جنسی پایین، رفتارهای بازدارنده فعالیت جنسی، احساس انزجار و بی‌زاری نسبت به رابطه جنسی و ترس از صمیمیت در مطالعات مختلفی گزارش شده است [۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱]. افرادی که دارای بی‌اشتهایی عصبی هستند اغلب تصویر بدنی^۲ ضعیفی از خود داشته و احساس چاقی، بدشکلی و اضافه وزن دارند [۳]. بی‌اشتهایی عصبی، اغلب در زنان شایع بوده و معمولاً در دوره نوجوانی شکل می‌گیرد. عمده مطالعات صورت گرفته نیز در مورد بدکارکردی‌های جنسی در زنان می‌باشد [۱۱].

در مطالعه‌ای که توسط رابوچ و فالتوس^۳ [۱۰۰]، صورت گرفت، بدکارکردی‌های جنسی در ۳۰ زن بزرگسال با بی‌اشتهایی عصبی و ۵۰ زن در گروه کنترل انجام شد، نتایج نشان داد ۶۳ درصد از زنان با بی‌اشتهایی عصبی، دوران قاعدگی نامنظم یا فقدان قاعدگی را تجربه می‌کنند. عمده زنان تا سن ۲۴ سالگی ازدواج نکرده و اغلب روابط جنسی رضایت‌بخشی با شریک جنسی نداشته‌اند. به نظر می‌رسد مراحل رشد دگرجنس‌خواهی به شکل نرمال در این زنان صورت گرفته است، اما سازگاری روانی-جنسی در بزرگسالی آسیب دیده است؛ ۲۰ درصد از بیماران هیچ نوع تجربه مقاربت جنسی نداشتند و ۸۰ درصد نیز نوعی از بدکارکردی‌های جنسی را گزارش دادند. در مقابل ۹۲ درصد از گروه کنترل روابط جنسی رضایت‌بخشی را گزارش دادند.

نتایج این مطالعه و همچنین مطالعه تویتن^۴ و همکاران [۱۰۲]، نشان داد که در دوران نوجوانی و قبل از شکل‌گیری بی‌اشتهایی عصبی، رشد و تحول جنسی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی نرمال است. تویتن و همکاران [۱۰۲]، معتقدند که مشکلات و بدکارکردی‌های جنسی در افراد مبتلا تنها بعد از ظهور علائم هیپوگنادیسم (تضعیف پیش‌رونده یا فقدان وجود تخمدان و کاهش سطح هورمون‌ها جنسی) به مثابه پیامد لاغری شکل می‌گیرند. این مطالعه نشان داد بیماران قبل از ابتلا به بی‌اشتهایی، کارکردهای جنسی همچون گروه‌های نرمال دارند. بیماران مبتلا در مقایسه با گروه نرمال، در دوره‌های بی‌اشتهایی، میل جنسی پایین‌تری را گزارش دادند.

⁵ Morgan

⁶ Zemishlany and Weizman

⁷ Borderline Personality Disorder

⁸ Narcissistic Personality Disorder

¹ Anorexia Nervosa

² Body Image

³ Raboch and Faltus

⁴ Tuiten

شخصیت مرزی بوده‌اند.

ضعیف، کاهش فعالیت جنسی و مشکل در رسیدن به ارگاسم از جمله بدکار کردی‌های جنسی در گروه مورد مطالعه بود.

اختلال شخصیت نمایشی^۱ و بدکار کردی‌های جنسی

جانوسین و گریفین [۸۸]، شخصیت بیماران دارای اختلال نمایشی را به‌گونه‌ای نیازمند اطمینان بخشی مداوم در راستای خشونودی ایگو و خودمحوری توصیف می‌کنند. این مسئله نشان‌دهنده درماندگی و وابستگی آن‌ها می‌باشد. در نتیجه آن‌ها نسبت به هرگونه انتقادی از کارکرد جنسی‌شان، ظاهر فیزیکی، جذابیت ظاهری و جنسی‌شان، حساس هستند. افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی به‌شدت نگران ظاهر و جذابیت جنسی‌شان هستند [۱۰۴، ۱۰۵] و فقدان یا کاهش میل جنسی را به‌ویژه در سال‌های اولیه زندگی زناشویی تجربه می‌کنند [۱۰۴]. اوینل و کمپلر^۲ [۱۰۶]، معتقدند که ناسازگاری جنسی در بین افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی چندان رایج نیست. در مطالعه‌ای که رابوچ [۹۹]، انجام داد ۳۰ بیمار زن مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی مورد مطالعه قرار گرفتند، بررسی‌ها نشان داد که این زنان، تاریخچه‌ای آشفته از رشد و تحول جنسی داشته و سطوح پایین‌تری از فعالیت جنسی و تجربه ارگاسم را داشته‌اند. گورتون و اختر^۳ [۱۰۵]، گزارش دادند که زنان دارای اختلال شخصیت نمایشی، اغلب درگیری فکری، در ارتباط با جذابیت‌های ظاهری و اغواگری جنسی دارند. مطالعات نشان داده است افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی، عمدتاً تمایل به خیال‌پردازی‌ها و رؤیاهای جنسی دارند، اغلب تکانشی بوده و اظهار ناراضی‌هایی از روابط جنسی دارند [۸۸، ۱۰۴].

هالبرت و اپت^۴ [۱۰۷]، در مطالعه خود بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی دریافتند که این زنان، عناصری از خودشیفتگی جنسی را نشان داده و الگویی از رفتار جنسی مبتنی بر خودپسندی را نشان می‌دهند. اپت و هالبرت [۱۰۸]، به مقایسه گروهی از زنان دارای اختلال شخصیت نمایشی با گروهی از زنان فاقد هرگونه اختلال شخصیت (گروه سنی ۲۴ تا ۳۱ سال) پرداختند. زنان دارای اختلال شخصیت نمایشی، به شکل معنی‌داری جرئتمندی جنسی کمتر، ترس و هراس بیشتر نسبت به فعالیت جنسی، عزت نفس پایین‌تر و ناراضی‌تری زناشویی بیشتری را تجربه می‌کردند. بعلاوه زنان دارای اختلال شخصیت نمایشی مشغولیت‌های ذهنی جنسی بیشتر، میل جنسی پایین‌تر، خستگی جنسی بیشتر، بدکار کردی ارگاسم بیشتر و احتمال بیشتر برای درگیر شدن در روابط جنسی خارج از روابط زناشویی داشتند. با این حال عزت نفس جنسی این گروه به شکل قابل توجهی و با وجود عزت نفس کلی پایین‌تر، بالا بود.

رابوچ [۱۰۹]، در مطالعه‌ای که بر روی ۳۰ زن با میانگین سنی ۳۴ سال که با تشخیص اختلال شخصیت نمایشی بستری شده بودند، انجام داد، دریافت که این بیماران رشد جنسی ناهماهنگ و غیرمتجانسی را گزارش داده‌اند. عملکرد جنسی

اختلال شخصیت مرزی و بدکار کردی‌های جنسی

بیمارانی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، از درجات مختلفی از الگوهای ناسازگارانه مرتبط با محیط پیرامون رنج می‌برند. روابط بین فردی این بیماران اغلب پرتنش و بی‌ثبات بوده و با ترس از رها کردن رابطه و ارزیابی‌های ایده‌آل‌نگرانه همراه هستند. تصور بر این است که این ویژگی‌ها، احتمالاً با کارکردهای جنسی و ظرفیت روابط صمیمانه و عاطفی این بیماران، تداخل ایجاد کند. بیماران با اختلال شخصیت مرزی، تعداد زیادی الگوی رفتار جنسی متفاوت، تمایل بالا به مورد تجاوز قرار گرفتن و تجاری از خشونت جنسی در دوران کودکی دارند [۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳]. بعلاوه رفتارهای جنسی تکانشی و روابط عاطفی بی‌ثبات ممکن است منجر به شکل‌گیری اختلال بی‌میل جنسی، پرهیز از روابط جنسی یا بی‌قیدوبندی در رفتارهای جنسی گردد [۱۱۴].

مطالعات اندکی [۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶]، به بررسی بدکار کردی‌های جنسی در زنان دارای اختلال شخصیت مرزی پرداخته‌اند. نتایج نشان داده است که این زنان احتمالاً رفتارهای جنسی پرخطر، سطوح بالای جرئتمندی جنسی، عزت نفس جنسی بالا و مشغولیت‌های ذهنی بیشتری تجربه می‌کنند.

در یک مطالعه طولی ۶ ساله [۱۱۷]، بر روی یک گروه نمونه بزرگ (۲۹۰ نفری) از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و یک گروه ۷۲ نفری به‌عنوان گروه مقایسه که اختلال شخصیت مرزی نداشتند، اما در محور ۲ (دی.اس. ام.) قرار داشتند، بدکار کردی‌های جنسی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد بدکار کردی‌ها و مشکلات جنسی که در روابط جنسی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وجود داشت، به‌طور قابل توجهی در افراد گروه مقایسه که مبتلا به دیگر اختلالات شخصیتی هم بودند وجود دارد. ۶۱ درصد از بیماران اختلال شخصیت مرزی، همان مشکلاتی را گزارش کرده بودند که ۱۹ درصد از بیماران مبتلا به دیگر اختلالات شخصیتی گزارش داده بودند. در گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، این مشکلات در بین زن‌ها شایع‌تر بود؛ یعنی ۶۵ درصد از زنان و ۴۳ درصد از مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که دیگر نشانگان بیماری (از قبیل گسستگی، تمایل به خودکشی، خودآزاری) را نیز گزارش کرده بودند، به این دلیل رضایت جنسی نداشتند که به خاطر ترس از نشانه‌های بیماری‌شان، از داشتن روابط جنسی اجتناب می‌کردند. این رفتار به‌طور قابل توجهی باعث می‌شد مدت‌زمان رابطه جنسی آن‌ها کاهش یابد. به شکل قابل توجهی درصد زیادی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که مشکلاتی را در روابط جنسی‌شان داشتند، در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند. این الگو در افرادی که در بزرگ سالی هم مورد تجاوز قرار گرفته بودند وجود داشت. محققین معتقدند آسیب‌های جنسی که در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی،

¹ Histrionic Personality Disorder

² O'Neill and Kempler

³ Gorton and Akhtar

⁴ Hurlbert and Apt

بررسی رابطه بین اسکیزوفرنی و بدکارکردی‌های جنسی هر چند متأثر از عواملی نظیر ماهیت بیماری و داروهای مصرفی توسط بیماران می‌باشد؛ با این حال نتایج نشان می‌دهد اسکیزوفرنی منجر به کاهش میل جنسی و ضعف در عملکرد جنسی در هر دو جنس می‌گردد. به نظر می‌رسد بیماری که با ضدسایکوزها درمان می‌شوند اختلالات دیگری نظیر بدکارکردی نعوظ در مردان و مشکل در ارگاسم و کاهش رضایت در هر دو جنس را تجربه خواهند کرد. نوع داروی مصرفی، طول مدت درمان و دوز مصرفی و استفاده هم‌زمان از چند دارو در شکل‌گیری نوع و شدت بدکارکردی‌های جنسی مؤثر می‌باشد. مطالعات اخیرتر نشان داده‌اند که داروهای نظیر اولانزاپین، کوتیپین و زیراسیدون اثرات منفی کمتری بر کارکرد جنسی دارند.

تأثیر اختلال افسردگی و داروهای ضدافسردگی نیز در مطالعات متعددی ثابت شده است، همچون افسردگی این مسئله نیز متأثر از عوامل متعددی می‌باشد. کاهش میل جنسی، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در مبتلایان می‌باشد که با کاهش خلق ارتباط معناداری دارد. کاهش برانگیختگی جنسی و مشکل در ارگاسم در هر دو جنس در درجات بعدی هستند. افزایش شدت افسردگی در مردان منجر به بدکارکردی نعوظ می‌گردد. به نظر می‌رسد افزایش سن منجر به افزایش شدت بدکارکردی‌ها در بیماران می‌گردد. انواع داروهای ضدافسردگی بر کارکردهای جنسی تأثیرگذار هستند. شایع‌ترین تأثیر اس.اس.آی.آر. اس مشکل در رسیدن به ارگاسم و کاهش میل و برانگیختگی جنسی گزارش شده است. به نظر می‌رسد شایع‌ترین اثر ام.ای.آی. اس در ارتباط با مشکلات ارگاسم است. در افرادی که از اس.ان.آر. آی.اس استفاده می‌کنند بدکارکردی نعوظ در بین مردان و مشکلات کلی عملکرد جنسی در زنان و به‌ویژه میل و برانگیختگی جنسی، بالاترین میزان شیوع را داشته‌اند. مطالعات متعددی در مورد داروهای ضدافسردگی و کارکردهای جنسی انجام شده است، در این مطالعات از داروهای متعدد، دوز مصرفی متفاوت، گروه‌های مورد مطالعه، طول درمان‌های متفاوت و استفاده هم‌زمان از چند دارو استفاده شده که همگی بر نتایج به دست آمده از مطالعات تأثیرگذار بوده‌اند.

اختلالات اضطرابی عمدتاً بر کارکرد نعوظ در مردان و کاهش عزت نفس جنسی و مشکل در برانگیختگی جنسی در هر دو جنس تأثیر گذاشته‌اند. هراس اجتماعی، به‌ویژه بر انزال زودرس در مردان تأثیر داشته است و منجر به کاهش لذت جنسی و رضایت جنسی در هر دو جنس بوده است. بدکارکردی نعوظ و انزال زودرس شایع‌ترین بدکارکردی در مردان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند و در زنان مشکل در میل و برانگیختگی جنسی. حملات وحشت‌زدگی عمدتاً بر برانگیختگی جنسی و ارگاسم در هر دو جنس تأثیر گذاشته‌اند. در زنان بی‌میلی جنسی نیز به جمع بدکارکردی‌ها افزوده می‌شود. مطالعات در این زمینه اندک بوده‌اند. به نظر می‌رسد اختلال وسواس منجر به کاهش شدید رضایتمندی جنسی و بروز طیف

شایع است، چه در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته باشند، چه در بزرگسالی. بسیاری از آن‌ها را به دلیل ترس از بازگشت خاطرات مرتبط با تجربه‌های آسیب‌زا، مستعد اجتناب از روابط جنسی می‌کند. کوا^۱ و همکاران [۱۱۸]، معتقدند سوءاستفاده جنسی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دوران کودکی منجر به آسیب شدید در تنظیم هیجانی می‌گردد و این مسئله بر تنظیم پاسخ‌های عاطفی مبتلایان مؤثر خواهد بود. اختلال در میل جنسی، مشکل برانگیختگی جنسی و فیزیکی و فقدان پاسخ‌های عاطفی چه در روابط جنسی و چه در روابط عاطفی می‌تواند متأثر از آسیب‌ها و سوءاستفاده‌های رفتاری و جنسی مبتلایان در دوران کودکی باشد. نرخ متفاوت جنسیتی که در سوءاستفاده‌های دوران کودکی یا بزرگسالی در این مطالعه وجود دارد، می‌تواند علت تفاوت نرخ مشکلات جنسیتی بین زنان و مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تبیین کند. مشکلات جنسی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مشکلات بین فردی عودکننده‌ای که در ارتباط با اعضای خانواده، شرکای جنسی و دیگر افراد مهم زندگی شان تجربه می‌کنند، منشعب می‌شود. پس به نظر می‌رسد با کار کردن بر روی ترس این بیماران، بتوانیم تا حد زیادی کیفیت روابط بین فردی آن‌ها، به‌ویژه روابط جنسی‌شان را بهبود ببخشیم [۱۱۹].

شالته-هربرگان^۲ و همکاران [۱۱۴]، در مطالعه خود نشان دادند در زنانی که اختلال شخصیت مرزی دارند و از نظر جنسی نیز فعال هستند، احتمال تاریخچه‌ای از آسیب جنسی در دوران گذشته بیشتر از زنانی است که صرفاً اختلال شخصیت مرزی دارند. وجود علائمی از افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه و بالطبع استفاده از داروهای گروه اس.اس.آی.آر. اس همراه با علائم اختلال شخصیت مرزی، مشکلات جنسی این گروه از زنان را بیشتر می‌کند.

نکته جالب توجه این است زنانی که اختلال شخصیت مرزی دارند، احتمال بیشتری دارد که خود را هردو جنس گرا توصیف کنند [۱۱۴، ۱۱۹]، یا حتی به شکل معنی‌داری بیشتر خود را هم‌جنس‌گرا نشان دهند [۱۱۹].

بحث و نتیجه‌گیری

مروری بر مطالعات صورت گرفته نشان‌دهنده شواهدی مبنی بر نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی می‌باشد. به نظر می‌رسد دوپامین به‌ویژه بر کارکردهای جنسی مردان نظیر نعوظ و ارگاسم تأثیر می‌گذارد. سروتونین تقریباً باعث افت کارکردهای جنسی در هر دو جنس می‌گردد. اپی نفرین در مردان باعث شکل‌گیری بدکارکردی نعوظ و در زنان منجر به آسیب به برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌گردد. نوراپی نفرین بر مشکلات برانگیختگی جنسی در هر دو جنس و پاسخ نعوظ در مردان تأثیر می‌گذارد و در نهایت استیل کولین بر پاسخ‌های نعوظ در مردان تأثیر می‌گذارد.

¹ Kuo

² Schulte-Herbruggen

مطالعاتی که به بررسی تأثیر داروها پرداخته شده است، داروهای متفاوت، دوزهای متفاوت مصرف، طول مدت آزمایشی متفاوت و گروه‌های متفاوت مورد آزمایش بوده‌اند که همان مشکلات را در تعمیم و مقایسه نتایج و گردآوری اطلاعات معتبر به دست داده‌اند. بررسی کارکردهای جنسی در زوجین به مشاهده و ارزیابی رفتارهای جنسی آنان در زندگی وابسته است و انجام این همیشه با مشکلات و محدودیت‌های نظیر مسائل اخلاقی مواجه بوده است، بررسی همه عوامل مؤثر در رفتارهای جنسی که می‌تواند منجر به بدکارکردی جنسی در گروه‌های نرمال و مبتلا به اختلالات روانی گردند نیز در اکثر مطالعات و به دلیل ضعف در روش‌های تحقیق و ابزارها، امکان‌پذیر نبوده است و مطالعات این حوزه را با چالش‌هایی مواجه ساخته است، برخلاف این تصور غالب که استفاده از داروهای روان‌پزشکی علت اصلی مشکلات جنسی در افراد مبتلا می‌باشد، باید اذعان داشت بسیاری از بیماری‌های روان‌پزشکی خود باعث بروز مشکلات جنسی در فرد می‌گردند؛ تفکیک این مسئله که چه اندازه از مشکلات و بدکارکردهای جنسی به دلیل بیماری روان‌پزشکی است و چه میزان به دلیل استفاده از دارو، کار ساده‌ای نخواهد بود. با تمام این مشکلات بر سر راه مطالعات این حوزه، به نظر می‌رسد پژوهشگران و محققین این حیطه با انجام مطالعات گسترده در حوزه‌ها و گروه‌های مختلف به دنبال کسب شواهد علمی و معتبری در این باره هستند. مطالعات و بررسی‌های بیشتر که منجر به افزایش دانش ما در باب اختلالات روانی و درمان آن‌ها خواهد بود، به درک بهتر ماهیت بدکارکردی‌های جنسی، ارزیابی و درمان آن‌ها، ضروری است.

منابع

1. Laumann, E. O., Paik, A. & Rosen. R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. J. AMA.: Vol. 281: PP. 537-544.
2. سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا و روئیز، پدرو (۱۳۹۴). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
3. Zemishlany, Z. & Weizman, A. (2008). The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction. J. Sexual. Dysfunction. Vol. 29: pp. 89-106.
4. مقدم نیا، مسعود و قاندي، غلامحسین (۱۳۸۶). بررسی رابطه مصرف داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین و بدکارکردی جنسی. تهران: سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی.

وسیع‌تری از بدکارکردی‌های جنسی در هر دو جنس می‌گردد؛ مشکل در میل و برانگیختگی، انزال زودرس، بدکارکردی نعوظ و مشکل در ارگاسم.

مطالعاتی که بر اختلالات خوردن تمرکز داشته‌اند نشان می‌دهند، بی‌میلی جنسی، انزجار و بی‌زاری جنسی، کاهش عزت نفس جنسی و فقدان رضایتمندی از رابطه جنسی، شایع‌ترین مشکلات در ارتباط با بدکارکردی‌های جنسی در این گروه از بیماران می‌باشند.

مطالعاتی که به اختلالات شخصیت پرداخته‌اند عمدتاً بر اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت مرزی تمرکز داشته‌اند. فقدان یا کاهش میل جنسی، ناسازگاری جنسی، مشکل در ارگاسم و فقدان رضایت از روابط جنسی مهم‌ترین بدکارکردی‌های در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی می‌باشند. در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی فقدان رضایت جنسی، اجتناب از برقراری رابطه جنسی، کاهش میل جنسی و مشکل در ارگاسم شایع‌ترین مشکلات این گروه می‌باشند. به نظر می‌رسد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، عوامل پایه در شکل دادن به اختلال شخصیت مرزی نظیر سوءاستفاده‌های جنسی کودکی و روابط خانوادگی، در رفتارهای جنسی آنان در بزرگسالی مؤثر باشد.

انجام مطالعات پژوهشی معتبر، درباره کارکردهای جنسی نوع انسان، به دلیل وابستگی آن به مشاهده و ارزیابی رفتارهای جنسی زوجین در محیط منزل، همیشه با چالش‌های جدی همراه بوده است که اعتبار این مطالعات را زیر سؤال برده است. با این حال در دو دهه گذشته در حوزه پزشکی جنسی و در زمینه آن دسته از بدکارکردی‌های جنسی که به خوبی شناخته شده‌اند، پیشرفت‌های قابل توجهی دیده می‌شود. علیرغم اینکه مطالعات خوبی در مورد اثرات منفی داروهای روان‌پزشکی نظیر ضدافسردگی، ضدسایکوزها و مانند آن انجام شده است، با این حال پژوهش‌های داروشناسی جنسی هنوز در ابتدای راه هستند و به نظر می‌رسد مسیری طولانی، پیش روی مطالعات بالینی و داروشناسی جنسی باشد. این مسئله در مورد بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی نظیر اختلالات شخصیت، بیشتر خود را نشان می‌دهد، مطالعات در مورد روابط بین اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی با کارکردهای جنسی محدود به بررسی افسردگی و در ادامه اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی بوده‌اند و به نظر می‌رسد، این مطالعات در مورد اختلالات دیگر هنوز در ابتدای راه هستند. به نظر می‌رسد این مسئله به دلیل محدودیت‌های نسبتاً زیادی است که در حوزه روش‌شناسی، طرح‌های تحقیقاتی، ابزارهای سنجش و نیز محیط‌ها و گروه‌های مورد بررسی وجود دارد. قبل از هر چیزی، عمده ابزارهای گردآوری اطلاعات در این حوزه مبتنی بر پرسشنامه‌های مداد-کاغذی هستند و کمتر از ابزارهای عینی برای بررسی بدکارکردی‌های جنسی استفاده می‌گردد، دوم گروه‌های نمونه متفاوتی که در پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته‌اند، امکان تعمیم نتایج و بررسی تفاوت‌ها و شباهت‌ها را با مشکل مواجه ساخته است، سوم و به‌ویژه در حیطه

14. Pfaus, J. G. & Everitt, B. J. (1995). The psychopharmacology of sexual behavior. In Bloom, F. E, & Kupfer, D. J. (Eds), *Psychopharmacology: The fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press, pp .743-758.
 15. Meston, C. M. & Frohlich, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Arch. Gen. Psychiatry*.: Vol. 57: pp. 1012-1030.
 16. Finkel, M. S., Laghrissi-Thode, F., Pollock, B. G. & Rong, J. (1996). Paroxetine is a novel nitric oxide synthase inhibitor. *J. Psychopharmacol. Bull.*: Vol. 32: pp. 653-658.
 17. Kumarsha, S. (2013). A Comparative Study of Sexual Dysfunction in Schizophrenia Patients Taking Aripiprazole versus Risperidone. *J. Kathmandu. Univ. Med.*: Vol. 42(2): pp. 121-125.
 18. Ghadirian, A. M., Chouinard, G. & Annable, L. (1982). Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic- treated schizophrenic outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*: Vol. 170: pp. 463-467.
 19. Smith, S. M., O'Keane, V. & Murray, R. (2002). Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br. J. Psychiatry*.: Vol. 181: pp. 49-55.
 20. Aizenberg, D., Zemishlany, Z., Dorfman-Etrog, P. & Weizman, A. (1995). Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 56: pp. 137-141.
 21. Macdonald, S., Halliday, J., MacEwan, T., Sharkey, V., Farrington, S., Wall, S. & McCreadie, R. G. (2003). Nithsdale schizophrenia surveys 24: sexual dysfunction. *Br. J. Psychiatry*. Vol. 182: pp. 50-56.
 22. Angrist, B. & Gershon, S. (1997). Clinical response to several dopamine agonists of schizophrenic and non-schizophrenic subjects. In Costa, E. & Gessa, G. L. (Eds), *Adv Biochem psychopharmacol*. New York: Raben Press, vol. 16, pp. 677-680.
 5. Peuskens, J., Sienaert, P. & De Hert, M. (1998). Sexual dysfunction: the unspoken side effect of antipsychotics. *J. Eur Psychiatry*.: Vol. 13: pp. 23-30.
 6. Rosen, R. C., Lane, R. M. & Menza, M. (1999). Effects of SSRI's on sexual function: a critical review. *J. Clin. Psychopharmacol*. Vol. 19: pp. 67-85.
 7. Clayton, A. H., Pradko, J. F., Croft, H. A., Montano, C. B., Leadbetter, R. A., Bolden-Watson, C., Bass, K. I., Donahue, R. M. J., Jamerson, B. D. & Metz, A. (2002). Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 63: pp. 357-366.
 8. Osvath, P., Fekete, S., Voros, V. & Vitrai, J. (2003). Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants - a Hungarian retrospective study. *J. Eur. Psychiatry*. Vol. 18: pp. 412-414.
 9. Kaplan, H, S. (1998). Anxiety and sexual dysfunction. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 49: pp. 21-25.
 10. Letourneau, E. J., Schewe, P. A. & Frueh, B. C. (1997). Preliminary evaluation of sexual problems in combat veterans with PTSD. *J. Trauma. Stress*. Vol. 10: pp. 125-132.
 11. Waldinger, M. (2015). Psychiatric disorders and sexual dysfunction. In. Vodusek, D. B. & Bpller, F. *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 130: pp. 469-489.
۱۲. قائدی، غلامحسین؛ ثابتی، آزاد و ساسانی نژاد، مهدیه (۱۳۹۲). اختلالات روانی و بدکارکردی‌های جنسی. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی*، سال بیستم، شماره ۱۰۴، صص ۹-۱۸.
۱۳. سلگی، رحیم؛ افشین مجد، سیامک؛ قنبرلو، حمیده و قائدی، غلامحسین (۱۳۸۸). رابطه اختلالات جنسی و اختلالات روانی. تهران: چهارمین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی.

- sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. *J. Eur. Psychiatry.*: Vol. 21: pp. 251–258.
32. Hamner, M. (2002). The effect of atypical antipsychotics on serum prolactin levels. *Ann. Clin. Psychiatry.* Vol. 14: pp. 163–173.
33. Benatov, R., Reznik, I. & Zemishlany, Z. (1999). Sildenafil citrate (Viagra) treatment of sexual dysfunction in a schizophrenic patient. *J. Eur. Psychiatry.*: Vol. 14: pp. 353–355.
34. Aviv, A., Shelef, A. & Weizman, A. (2004). An open-label trial of sildenafil addition in risperidone-treated male schizophrenia patients with erectile dysfunction. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 65: pp. 197–103.
35. Gopalakrishnan, R., Jacob, K. S., Kuruvilla, A., Vasantharaj, B. & John, J. K. (2006). Sildenafil in the treatment of antipsychotic-induced erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose, two-way crossover trial. *Am. J. Psychiatry.*: Vol. 163: pp. 494–499.
36. Kessler, R. C., Berglund, P. & Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *J. AMA.*: Vol. 289: pp. 3095–3105.
37. Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *J. Depress. Anxiety.* Vol. 7: pp. 3–14.
۳۸. محمدی، ابوالفضل؛ قاندي، غلامحسین و محمدی جوینده، سمیه (۱۳۸۶). ارتباط باورهای بدکارکردی جنسی و افسردگی در افراد مبتلا به اختلالات جنسی. تهران: سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی.
۳۹. آقائی؛ الهام؛ عبادی، احمدی و جمالی پاقله، سمیه (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی/ رفتاری بر میزان نشانه‌های افسردگی (ایران ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰). روانشناسی بالینی و شخصیت، سال نوزدهم، دوره جدید، شماره ۶، صص ۸۰–۶۹.
23. Schiavi, R. C. & Segraves, R. T. (1995). The biology of sexual function. *Psychiatry. Clin. North. Am.*: Vol. 18: pp. 7–23.
24. Valevski, A., Modai, I., Zbarski, E., Zemishlany, Z. & Weizman, A. (1998). Effect of amantadine on sexual dysfunction in neuroleptic-treated male schizophrenic patients. *J. Clin. Neuropharmacol.* Vol. 21: pp. 355–357.
25. Kodesh, A., Weizman, A., Aizenberg, D., Hermesh, H., Gekkopf, M. & Zemishlany, Z. (2003). Selegiline in the treatment of sexual dysfunction in schizophrenia patients maintained on neuroleptics: a pilot study. *J. Clin. Neuropharmacol.* Vol. 26: pp. 193–195.
26. Cutler, A. J. (2003). Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. *J. Psychoneuroendocrinology.*: Vol. 28: pp. 69–82.
27. Hummer, M., Kemmler, G., Kurz, M., Kurthaler, I., Oberbauer, H. & Fleischhacker, W. (1999). Sexual disturbances during clozapine and haloperidol treatment for schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.*: Vol. 156: pp. 631–633.
28. Aizenberg, D., Modai, I., Landa, A., Gil-Ad, I. & Weizman, A. (2001). Comparison of sexual dysfunction in male schizophrenic patients maintained on treatment with classical antipsychotics versus clozapine. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 62: pp. 541–544.
29. Bitter, I., Basson, B. R. & Dossenbach, M. R. (2005). Antipsychotic treatment and sexual functioning in first-time neuroleptic-treated schizophrenic patients. *Int. Chil. Psychopharmacology.* Vol. 20: pp. 19–21.
30. Tran, P. V., Hamilton, S. H, Kuntz, A. J., Potvin, J. H., Andersen, S. W., Beasley, C. & Tollefson, G. D. (1997). Doubleblind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. *J. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 17: pp. 407–418.
31. Dossenbach, M., Dyachkova, Y., Pirildar, S., Anders, M., Khalil, A., Araszkievicz, A., Shakhnovich, T., Akram, A., Pecenek, J., McBride, M. & Treuer, T. (2006). Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on

49. Yang, J. C., Park, K. & Eun, S. J. (2008). Assessment of cerebocortical areas associated with sexual arousal in depressive women using functional MR imaging. *J. Sex. Med.* Vol. 5: pp. 602-609.
50. Kennedy, S. H. & Rizvi, S. (2009). Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 29: pp. 157-164.
51. Cyranowski, J. M., Bromberger, J. & Youk, A. (2004). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch. Sex. Behav.* Vol. 33: pp. 539-548.
52. Dording, C. M., Schettler, P. J., Dalton, E. D., Parkin, S. R., Walker, R. S. W., Fehling, K. B., Fava, M., & Mischoulon, D. (2015). A Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Maca Root as Treatment for Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction in Women. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.*: vol. 2015: Article ID 949036, 9 pages.
53. Harrison, W. M., Rabkin, J. G., Ehrhardt, A. A., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Ross, D. & Quitkin, F. M. (1986). Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. *J. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 6: pp. 144-149.
54. Monteiro, W. O., Noshirvani, H. F. & Marks, I. M. (1987). Anorgasmia from clomipramine in obsessive compulsive disorder: a controlled trial. *Br. J. Psychiatry.*: Vol. 151: pp. 107-112.
55. Monteiro, W. O., Noshirvani, H. F., Marks, I. M. & Lelliott, P. T. (1987). Anorgasmia from clomipramine in obsessive compulsive disorder: a controlled trial. *Br. J. Psychiatry.*: Vol. 151: pp. 107-112.
56. Patterson, W. M. (1993). Fluoxetine-induced sexual dysfunction. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 54: pp. 71-87.
57. Clayton, A. H., Zajecka, J., Ferguson, J. M., Filipiak-Reisner, J. K., Brown, M. T. & Schwartz, G. E. (2003). Lack of sexual dysfunction with the selective noradrenaline reuptake inhibitor reboxetine during treatment for major depressive disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 18: pp. 151-156.
40. Casper, R. C., Redmond, D. E., Katz, M. M., Schaffer, C. B., Davis, J. M. & Doslow, S. H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.*: Vol. 42: pp. 1098-1104.
41. Laurent, S. M. & Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin. Psychol. Rev.*: Vol. 29: pp. 573-585.
42. Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *J. Sex. Med.*: Vol. 8: pp. 461-469.
43. Lin, C. F., Juang, Y. Y. & Wen, J. K. (2012). Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang. Gung. Med. J.*: Vol. 35: pp.323-331.
44. Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.*: Vol. 151: pp. 54-61.
45. Thase, M. E., Reynolds, C. F., Jennings, J. R., Frank, E., Howell, J. R., Houck, P. R., Berman, S. & Kupfer, D. (1998). Nocturnal penile tumescence is diminished in depressed men. *J. Biol. Psychiatry.*: Vol. 24: pp. 33-46.
46. Kennedy, S. H., Rizvi, S. & Fulton, K. (2008). A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. *J. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 28: pp. 329-333.
47. Perelman, M. A. (2011). Erectile dysfunction and depression: screening and treatment. *Urol. Clin. North. Am.*: Vol. 38: pp. 125-139.
48. Yang, J. C. (2004). Functional neuroanatomy in depressed patients with sexual dysfunction: blood oxygenation level dependent functional MR imaging. *Korean. J. Radiol.*: Vol. 5: pp. 87-95.

65. Delgado, P. L., Brannan, S. K., Mallinckrodt, C. H., Tran, P. V., McNamara, R. K., Wang, F., Watkin, J. G. & Detke, M. J. (2005). Sexual functioning assessed in 4 double-blind placebo- and paroxetine-controlled trials of duloxetine for major depressive disorder. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 66: pp. 686-692.
66. Rothschild, A. J. (1995). Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: efficacy of a drug holiday. *Am. J. Psychiatry*.: Vol. 152: pp. 1514-1516.
67. Aizenberg, D., Zemishlany, Z. & Weizman, A. (1995). Cyproheptadine treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors. *Clin. Neuropharmacol*. Vol. 18: pp. 320-324.
68. Aizenberg, D., Gur, S., Zemishlany, Z., Granek, M., Jeczmiem, P, & Weizman, A. (1997). Mianserin, a 5-HT_{2a/2c} and alpha 2 antagonists, in the treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors. *Clin. Neuropharmacol*. Vol. 20: pp. 210-214.
69. Aizenberg, D., Naor, S., Zemishlany, Z. & Weizman, A. (1999). The serotonin antagonist mianserin for treatment of serotonin reuptake inhibitor induced sexual dysfunction in women: an open-label add-on study. *Clin. Neuropharmacol*. Vol. 22: pp. 347-350.
70. Feiger, A., Kiev, A., Shrivastava, R. K., Wisselink, P, G. & Wilcox, C. S. (1996). Nefazodone versus sertraline in outpatients with major depression: focus on efficacy, tolerability, and effects on sexual function and satisfaction. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 57: pp. 53-62.
71. Norden, M. J. (1994). Buspirone treatment of sexual dysfunction associated with selective serotonin reuptake inhibitors. *J. Depression*.: Vol. 2: pp. 109-112.
72. Masand, P. S., Ashton, A. K., Gupta, S. & Frank, B. (2001). Sustained-release bupropion for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Am. J. Psychiatry*.: Vol. 158: pp. 805-807.
58. Balon, R., Yeragani, V. K., Pohl, R. & Ramesh, C. (1993). Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 54: pp. 209-212.
59. Gonzales, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., Ledesma, A., Bouso, M., Calcedo, A., Carrasco, J. L., Ciudad, J., Daniel, E., Dela Gand, J., Derecho, J., Franco, M., Gomez, M.J., Macias, J. A., Martin, T., Perez, V., Sanchez, J. M., Sanchez, S. & Vicens, E. (1997). SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J. Sex. Marital. Ther*. Vol. 23: pp. 176-194.
60. Williams, V. S., Baldwin, D. S, Hogue, S. L., Fehnel, S. E, Hollis, K. A., & Edin, H. M. (2006). Estimating the prevalence and impact of antidepressant induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 67: pp. 204-210.
61. Khazaie, H, Rezaie, L. Rezaei Payam, N. & Najafi, F. (2015). Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline and trazodone; a randomized controlled trial. *General. Hospital. Psychiatry*. Vol. 37: pp. 40-45.
62. Clayton, A. H., McGarvey, E. L. & Clavet, G. J. (1997). The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol. Bull*.: Vol. 33: pp. 731-745.
63. Landén, M., Hgberg, P., Thase, M. E. (2005). Incidence of sexual side effects in refractory depression during treatment with citalopram or paroxetine. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 66: pp. 100-106.
64. Walker, P. W., Cole, J. O., Gardner, E. A., Hughes, A. R., Johnston, J. A., Batey, S. R. & Lineberry, C. G. (1993). Improvement in fluoxetine-associated sexual dysfunction in patients switched to bupropion. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 54: pp. 459-465.

81. Leary, M. R. & Dobbins, S. E. (1983). Social anxiety, sexual behavior, and contraceptive use. *J. Pers.Soc. Psychol.*: Vol. 45: pp. 1347-1354.
82. Figueira, I., Possidente, E., Marques, C. & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch. Sex. Behav.* Vol. 30: pp. 369-377.
83. Bodinger, L., Hermesh, H., Aizenberg, D., Valevski, A., Marom, S., Shiloh, R., Gothelf, D., Zemishlany, Z. & Weizman, A. (2002). Sexual function and behavior in social phobia. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 63: pp. 874-879
84. Fossey, M. D. & Hamner, M. B. (1995). Clonazepam-related sexual dysfunction in male veterans with PTSD. *J. Anxiety.*: Vol. 1: pp. 233-236.
85. Yehuda, R., Lehrner, A. & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *J. Sex. Med.*: Vol. 12: pp. 1107-1119.
86. Kotler, M., Cohen, H., Aizenberg, D., Matar, M., Loewenthal, U., Kaplan, Z., Miodownik, H. & Zemishlany, Z. (2000). Sexual dysfunction in male posttraumatic stress disorder patients. *Psychother. Psychosom.* Vol. 69: pp. 309-315.
87. Reznik, I., Zemishlany, Z., Kotler, M., Spivak, B., Weizman, A. & Mester, R. (2002). Sildenafil citrate for the sexual dysfunction in antidepressant treated male patients with posttraumatic stress disorder. A preliminary pilot open-label study. *Psychother. Psychosom.* Vol. 71: pp. 173-176.
88. Jonusiene, G. & Griffioen, T. (2013). Psychiatric disorders and sexual dysfunctions. In Kirana, F., Tripodi, Y., Reisman, H. (Eds.). *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology: ESSM Educational Committee, Medix Publishers. Amsterdam. The Netherlands*, pp. 380-927.
89. Van Minnen, A. & Kampman, M. (2000). Interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual. And. Relationship. Therapy.* Vol. 15: pp. 47-57.
73. Koutouvidis, N., Pratikakis, M. & Fotiadou, A. (1999). The use of mirtazapine in a group of 11 patients following poor compliance to selective serotonin reuptake inhibitor treatment due to sexual dysfunction. *Int. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 14: pp. 253-255.
74. Clayton, A. H., Warnock, J. K., Kornstein, S. G., Pinkerton, R., Sheldon-Keller, A. & McGarvey, E. L. (2004). A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 65: pp. 62-67.
75. Nurnberg, H. G., Gelenberg, A., Hargreave, T. B., Harrison, W. M., Siegel, R. L. & Smith, M. D. (2001). Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *Am. J. Psychiatry.*: Vol. 158: pp. 1926-1928.
76. Fava, M., Nurnberg, H. G., Seidman, S. N., Holloway, W., Nicholas, S., Tseng, L. J. & Stecher, V. J. (2006). Efficacy and safety of sildenafil in men with serotonergic antidepressant-associated erectile dysfunction: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 67: pp. 240-246.
77. Aizenberg, D., Weizman, A. & Barak, Y. (2003). Sildenafil for selective serotonin reuptake inhibitor-induced erectile dysfunction in elderly male depressed patients. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 29: pp. 297-303.
78. Hedon, F. (2003). Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life. *Int. J. Impot. Res.*: Vol. 15: pp. 16-S19.
79. Janssen, P. L. (1985). Psychodynamic study of male potency disorders: An overview. *Psychother. Psychosom.* Vol. 44: pp. 6-17.
80. Heimberg, R. G & Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics.* Vol. 29: pp. 27-37.

99. Raboch, J. (1984). The sexual development and life of female schizophrenic patients. *Arch. Sex. Behav.* Vol. 13: pp. 341–349.
100. Raboch, J. & Faltus, F. (1991). Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta. Psychiatr. Scand.* Vol. 84: pp. 9–11.
101. Simpson, W. S. & Ramberg, J. A. (1992). Sexual dysfunction in married female patients with anorexia and bulimia nervosa. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 18: pp. 44–45.
102. Tuiten, A., Panhuysen, G. & Everaerd, W. (1993). The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 19: pp. 259–275.
103. Morgan, C. D., Wiederman, M. W. & Pryor, T. L. (1995). Sexual functioning and attitudes of eating-disordered women: a followup study. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 21: pp. 67–77.
104. Caligor, E., Levy, K. N. & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *Am. J. Psychiatry.* Vol. 172: pp. 5–17.
105. Gorton, G. & Akhtar, S. (1990). The literature on personality disorders, 1985-88: trends, issues and controversies. *Hosp. Community. Psychiatry.* Vol. 41: pp. 39–51.
106. O'Neill, M. & Kempler, B. (1969). Approach and avoidance responses of the hysterical personality to sexual stimuli. *J. Abnorm. Psychol.* Vol. 74: pp. 300–305.
107. Hurlbert, D. F., & Apt, C. (1991). Sexual narcissism and the abusive male. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 17: pp. 279–292.
108. Apt, C. & Hurlbert, D. F. (1994). The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 20: pp. 125–133.
109. Raboch, J. (1986). Sexual development and life of psychiatric female patients. *Arch. Sex. Bahav.* Vol. 15: pp. 341–353.
90. طوبائی، مصطفی؛ شعیری، محمدرضا؛ قاندي، غلامحسین و شمس، گیتی (۱۳۹۳). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، سال بیست و یکم، دوره جدید، شماره ۱۱، ص ۱۳۲–۱۲۱.*
91. دلیر، مجتبی و علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۱). تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس-بی‌اختیاری. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، سال نوزدهم، دوره جدید، شماره ۷، ص ۱۰۲–۹۱.*
92. Freund, B. & Steketee, G. (1989). Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patient. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 15: pp. 31–41.
93. Staebler, C. & Pollard, C. A. (1993). Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 19: pp. 147–153.
94. Aksaray, G. & Yelken, B. (2001). Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 27: pp. 30–41.
95. Aksoy, U. M., Aksoy, S. G. & Maner, F. (2012). Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatr. Danub.* Vol. 24: pp. 381–385.
96. Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive – compulsive disorder. *Can. J. Psychiatry.* Vol. 42: pp. 919–928.
97. Vulink, N. C. C., Denys, D. & Bus, L. (2006). Sexual pleasure in women with obsessive compulsive disorder. *J. Affect. Disord.* Vol. 91: pp. 19–25.
98. Fontenelle, L. F., Souza, W. F. & Menezes, G. B. (2007). Sexual function and dysfunction in Brazilian patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* Vol. 195: pp. 254–257.

119. Reich, D. B. & Zanarini, M. C. (2008). Sexual orientation and relationship choice in borderline personality disorder over ten years of prospective follow-up. *J. Personal. Disord.* Vol. 22: pp. 564-572.
110. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R. & Reich, D. B. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *J. Nerv. Ment. Dis.:* Vol. 187: pp. 65-71.
111. Sansone, R. A. & Wiederman, M. W. (2009). Borderline personality symptomatology, casual sexual relationships, and promiscuity. *Psychiatry*. (Edgmont). Vol. 6: pp. 36-40.
112. Sansone, R. A., Chu, J. W. & Wiederman, M. W. (2011a). Sexual behaviour and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *Int. J. Psychiatry*. Vol. 15: pp. 69-73.
113. Sansone, R. A., Lam, C. & Wiederman, M. W. (2011b). The relationship between borderline personality disorder and number of sexual partners. *J. Personal. Disord.* Vol. 25: pp. 782-788.
114. Schulte-Herbruggen, O., Ahlers, C. J. & Kronsbein, J. M. (2009). Impaired sexual function in patients with borderline personality disorder is determined by history of sexual abuse. *J. Sex. Med.:* Vol. 6: pp. 3356-3363.
115. Hurlbert, D. F., Apt, C. V. & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 18: pp. 231-242.
116. Hull, J. W., Clarkin, J. F. & Yeomans, F. (1993). Borderline personality disorder and impulsive sexual behavior. *Hosp. Community Psychiatry*. Vol. 44: pp. 1000-1002.
117. Zanarini, M. C., Parachini, E. A. & Frankenburg, F. R. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *J. Nerv. Ment. Dis.* Vol. 191: pp. 479-482.
118. Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *J. of Child. Abuse. & Neglect.* Vol. 39: pp. 147-155.

Psychiatric disorders and sexual dysfunctions

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 01/12/2015

Accept Date: 09/04/2016

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 157-178

Ghaedi, G.^{1*}

1. Associate Professor of Psychiatric, Neurophysiology Research Center, Shahed University, Tehran, Iran

*Email: ghaedi.psychiatrist@gmail.com

Abstract

Sexual dysfunctions are highly prevalent among patients with psychiatric disorders. These dysfunctions may be caused by the psychopathology and pharmacotherapy of the psychiatric disorders. A lot of researches have studied the relationship between sexual dysfunctions and psychiatric disorders. The results of the researches show that psychiatric disorders have an important role in the development of sexual dysfunctions. Positive (e.g., psychosis, hallucinations) and negative symptoms (e.g., anhedonia) of schizophrenia may have a negative impact on interpersonal and sexual relationships. Depression and mood disorders may affect libido, sexual arousal, orgasm, and erectile function. Classic antipsychotics might have more sexual side-effects than second generation antipsychotics on sexual functions. Moreover, anxiety disorders affect sexual dysfunctions such as sexual desire disorder, erectile dysfunction and orgasm problems. Patients with eating disorders may suffer from sexual difficulties. Personality disorders, especially borderline personality disorder, are also associated with sexual dysfunctions. In spite of these results, research in this field has substantial methodological limitations which should be considered in the future researches.

Keywords: Psychiatric disorders, Sexual dysfunctions

Validity and Reliability Cues for Sexual Desire Scale (CSDS)

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 13/12/2015

Accept Date: 12/04/2016

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 145-154

Hashemnejad, F.S.^{1}; Roshan Chesli, K.²; Mantashloo, S.³*

1. *M.A in Clinical Psychology, Khwarazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*
2. *Professor of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran*
3. *M.A in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran*

*Email: hashemi-407n@yahoo.com

Abstract

Introduction: The main purpose of this study was validate Cues for Sexual Desire Scale (CSDS) on a sample of married women aged 18-75 in the city of Qom.

Method: 160 women were selected among the women who referred to Qom Gynecology Clinics in the summer of 2015. The subjects were selected by convenience sampling. They completed the Cues for Sexual Desire Scale (CSDS), Female Sexual Function Index (FSFI), Depression Anxiety Scale (Dass21) AND neo.

Results: The results obtained from internal consistency reliability coefficients were satisfactory especially those for Cronbach's alpha (for 40 items) which was 0.86. convergent validity coefficients showed that Cues for Sexual Desire Scale (CSDS) has a significant negative relationship with anxiety, a significant positive relationship with FSFI and a positive and significant correlation with extraversion dimensions and openness to experience of NEO questionnaire ($p < 0.05$).

Discussion and Conclusion: Psychometric indices obtained from this study show that the results are in accordance with the previous researches. CSDS can be used in clinical and research situation, and also in measuring the cues for sexual desire because of its convergent validity and reliability.

Keywords: Cues for Sexual Desire Scale (CSDS), Validate, Validity and Reliability

A Preliminary Study on the Psychometric Characteristic of Dark Triad Questionnaire

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 25/12/2014

Accept Date: 09/09/2015

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 137-144

Hajloo, N.^{1}; Ghaseminejad, M.A.²; Ansar Haosseini, S.²; Seyedi Asl, T.²*

*1. Professor of Psychology Department, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
(Corresponding Author)*

2. PhD Student of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

*Email: mohamad-psy25@yahoo.com

Abstract

Introduction: The Dark Triad Scale is a new tool for quick and easy recognition in the field of personality. This study examined the Construct Validity of Dark Triad Questionnaire.

Methods: The population included all active users who have an email. 272 people were selected as the sample by using the snowball sampling method. Data were analyzed by confirmatory factor analysis and AMCS-22 software.

Results: The finding showed that Cronbach's alpha was 0.74, 0.63, 0.83 for personality factors of Machiavellianism, antisocial and narcissism, respectively. The correlation of total score-item ranged from 0.42 to 0.90. Studying the internal consistency by Cronbach's alpha, test- retest, the interscorer agreement and correlation of question with total score of the test showed that the scale has a good reliability. Investigations related to content validity and construct validity of the scale indicate the desirable validity of the aforementioned questionnaire. Findings obtained from confirmatory factor analysis reveal three distinct but correlated factors as follows: Machiavellianism, antisocial, and narcissistic.

Discussion and Conclusion: According to these results we can say that the Dark Triad Scale is a valid and reliable tool for measuring these three personality characteristics in Iran.

Keywords: Personality, Dark Triad, Narcissism, Antisocial, Machiavellianism

Perfectionism and Academic Procrastination: The mediating role of rumination

Biannual Journal of

**Clinical
Psychology
& Personality**

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 22/07/2015

Accept Date: 05/03/2016

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 125-134

Mahmoudzadeh, R.^{1}; Mohammadkhani, SH.²*

1. M.A, Clinical Psychology Department, Khwarazmi University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)

2. Associate Professor of Clinical Psychology Department, Khwarazmi University,
Tehran, Iran.

*Email: Mahmoudzade@gmail.com

Abstract

Introduction: Perfectionism has different complicated relationships with procrastination, and on the other hand few studies have examined the underlying mechanisms in the relationship between perfectionism and procrastination. Therefore, the purpose of this study is to investigate the mediating role of rumination as a cognitive factor in the relationship between perfectionism and procrastination.

Method: For this purpose, a sample of 277 students (male and female) at the undergraduate, master's and doctorate levels were selected by multi-stage cluster sampling method from four State University. For collecting data student answered Frost Multidimensional perfectionism scale (MPS), Solomon & Rothblum Academic Procrastination Scale and Ruminative Response Styles Questionnaire. Data were analyzed by structural equation modeling (SEM).

Results: The results showed that perfectionism and rumination are considered as good predictors for Procrastination. In addition, according to the findings of structural equation modeling (SEM), there are significant and positive causal relationships between perfectionism, rumination and procrastination, and the mediating role of rumination has been confirmed in relation with perfectionism and procrastination.

Discussion and Conclusion: The findings show that using rumination as a coping strategy in people with negative perfectionism leads to procrastination and negligence.

Keywords: Perfectionism, Rumination, Procrastination

Effectiveness comparison of parent-child interaction therapy and mother's coping therapy on reduction of intensity of child behavior problems in 3-6 year old children

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 09/11/2014

Accept Date: 01/07/2015

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 111-123

Roshan, M.^{1}; Aghayousefi, A.²; Alipour, A.³; Rezaee, A.⁴*

1. Assistant of Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
2. Associate Professor of Qom Payame Noor University, Qom, Iran.
3. Professor of Tehran Payame Noor University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor of Tabriz Payame Noor University, Tabriz, Iran.

*Email: m.r.roshan1974@gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of this research is to investigate and compare the effectiveness of parent-child therapy based on behavioral techniques and coping therapy based on cognitive techniques on reduction of the intensity of child behavior problems in a sample of preschool children.

Method: This was a semi experimental study with pre and post test along with 6 month follow up. 90 children with behavior disorder were selected from the kindergartens of Shahindej city. Then three groups of the children were selected randomly and mothers were also randomly assigned to two experimental groups (29 subjects) and a comparison group (30 subjects). Each group completed the Eyberg child behavior inventory before and after the intervention. This measurement was done again six month later to investigate the effect of the therapy. Parent-child interaction therapy and coping therapy were carried out for 12 sessions (three times a week) for experimental group. The control group received no intervention. Data were analyzed by Levine test, analysis of variance with repeated measure

Results: The findings showed that parent-child therapy and coping therapy were very effective in reducing the intensity of behavior problem. The result of therapy in 6-month follow up also showed lower levels of intensity of child behavior problems.

Discussion and Conclusion: Generally, the results indicate that both therapies were effective equally in reducing the intensity of the symptoms. But there's no significant difference in the result of the two therapy groups by the method of analysis of variance and repeated measure.

Keywords: Children Behavior Disorder, Parent-Child Interaction Therapy, Coping Therapy

The comparison of stress features, coping strategies, type C and type D personality in patient with multiple sclerosis and normal

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 15/09/2015

Accept Date: 24/02/2016

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 99-109

Moradi, K.^{1}; AghaYousefi, A.²; Alipour, A.³; Bahrami, P.⁴*

1. Instructor, Psychology Department of Khoramabad Payame Noor University, Khoramabad, Iran. (Corresponding Author)

2. Associate Professor of Qom Payame Noor University, Qom, Iran.

3. Professor of psychology Department of Tehran Payame Noor, Tehran, Iran.

4. Associate professor of Neurology Department of Lorestan medical science University School, Khoramabad, Iran.

*Email: moradi283@gmail.com

Abstract

Introduction: Since the psychological factors are very effective in incidence and severity of chronic disease such as Multiple sclerosis, this study intended to compare stress, coping strategies, type C and type D personality in MS patients and normal individuals

Methods: The research method was post facto or cause and effect. The population included all normal and MS patients who referred to neurologist in Lorestan province during the summer and fall in 2014. 150 subjects (75 normal subjects and 75 patients) were selected from the population by convenience sampling. Then they completed the type C and type D personality questionnaire, coping style questionnaire and stress questionnaire (their life events and changes). Data were analyzed by using the multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: The results showed that among terms stress, avoiding and management solving strategy, the total score of type C personality and social inhibition of type D personality was significantly different between the two groups. The patient group had higher scores in all indices except for management solving strategy.

Discussion & Conclusion: The findings indicated that stress as a major factor in intensifying the symptoms of MS and also personality traits and coping strategies as modifying factors of stress and disease, have an important role in multiple sclerosis. People with type C and type D personality are susceptible to physical illness. Researchers consider these two types of personality as one of the pathological factors which may affect health and longevity and require psychological treatment.

Keywords: Multiple Sclerosis, Stress, Coping Strategies, Type C Personality, Type D Personality

The Role of Mindfulness and Coping Styles in Predicting Students' Clinical Disorders

Biannual Journal of

**Clinical
Psychology
& Personality**

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 10/09/2015

Accept Date: 08/03/2016

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 89-98

Shafaghi, M.^{1}; Farah Bijari, A.²*

1. M.A in clinical psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Assistant Professor of Psychology Department, Alzahra University, Tehran, Iran.

*Email: m.shafaghi86@ gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of this study is to predict the clinical disorders of the students based on their coping styles and mindfulness.

Method: All B.A technical engineering students of Golpayegan University were the statistical population, from which 222 subjects were selected by convenience sampling. Three questionnaires of Five Facet of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Boer et.al, 2006), the coping inventory for stressful situation (CISS) (Endler and Parker, 1990) and Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogates, 2000) were used for data collection. This is a correlation research and linear regression and Pearson correlation were used for analyzing the data.

Results: Data analysis showed that there's a significant negative relationship between all the mindfulness components, except observation, and clinical disorder. Among coping styles, problem focused coping has a significant negative relationship with clinical disorder and emotion focused and avoiding focused coping have a significant positive relationship with clinical disorder. The finding also showed that acting with awareness (one of the mindfulness components) and coping styles such as problem focused and emotion focused can determine 35.6% of clinical disorder variance.

Discussion and Conclusion: According to the findings, it is recommended that clinicians use coping strategies and mindfulness exercises in designing the treatment plans of clinical disorder.

Keywords: Mindfulness, Coping Styles, Clinical Disorders

Metacognitive Intervention effectiveness on anxiety, body image and other symptoms of body dysmorphic disorder patients (BDD)

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 14/11/2014

Accept Date: 07/07/2015

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 81-88

Mousavi, S. H.^{1}; Rostami, R.²; Gholamali Lavasani, M.³*

1. M.A in Clinical Psychology, Tehran University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Associate Professor of Clinical Psychology Department, Tehran University, Tehran, Iran

3. Associate Professor of Psychology Department, Tehran University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction, The purpose of the study is to investigate the effectiveness of metacognitive intervention on anxiety, body image and other symptoms of body dysmorphic disorder patients (BDD).

Method: This semi-experimental study which is a random clinical training. It was conducted by voluntary sampling on BDD patients who referred to dermatology and cosmic surgery clinics. 30 patients were selected and were randomly assigned to the experimental and control group. Post-test and pretest was done by the Yale-Brown obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder [BOD-YBOCS], Fisher body test and Beck Anxiety inventory [BAI]. The experimental group received 8 weekly metacognitive training sessions. The control group receives no training. The results were analyzed by covariance test. Patient symptoms in experimental group reduced significantly during the post test.

Results: The study showed that metacognitive treatment has a significant effect on reducing anxiety, improving the body image and also improving other symptoms of body dysmorphic disorder of patients.

Discussion and Conclusion: Metacognitive intervention has been effective on the improvement of the symptoms of BDD, stress reduction and the improvement of body image of these patients.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder (BDD), Metacognition, Anxiety, Body Image, Metacognitive Intervention

Personality traits difference between client with completing and uncompleting rehabilitation treatment process

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 29/04/2015

Accept Date: 19/12/2015

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 71-79

Siahjani, L.^{1}; Oraki, M.²; Zare, H.³*

1. M.A in Psychology, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Associate Professor of Psychology Department, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Professor of Psychology Department, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran.

*Email: siahjani@gmail.com

Abstract

Introduction: Leaving treatment process during drug abuse treatment has been always one of the main problems, and access to effective methods to keep clients until the end of the treatment process is one of the important treatment goals of this field. The purpose of this study is to investigate the personality traits of drug abusers as an effective factor in following up the treatment, completing the treatment period or giving up the treatment procedure.

Method: The sample included 200 methamphetamine abusers (100 men and 100 women) aged 0-40 under rehabilitation treatment who were selected by convenience sampling. The length of the treatment was 28 days (4 weeks) and treatment adherence was to complete the process of the therapy. Personality traits were measured by Cloninger's Treatment and Character Inventory in the dimension of treatment and character. Data were analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: The finding showed that participants who completed their treatment period had high scores in harm avoidance and persistence dimension and those who failed to complete the treatment period had high scores in novelty seeking dimension.

Discussion and Conclusion: The finding showed that participants who completed their treatment period had high scores in harm avoidance and persistence dimension and those who failed to complete the treatment period had high scores in novelty seeking dimension.

Keywords: Personality Traits, Drug Abuse, Methamphetamine, Treatment Adherence

The relationship between Emotion Regulation and Metacognitive Beliefs Regarding Pain Management in Patient with Chronic Headache

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 02/12/2014

Accept Date: 19/08/2015

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 61-70

Golabi, N.^{1}; Abdollahi, M. H.²; Shahgholian, M.³*

1. M.A in Psychology, Khwarazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Associate Professor of Psychology, Psychology Department, Khwarazmi University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor of Psychology, Psychology Department, Khwarazmi University, Tehran, Iran.

*Email: golabinazanin@yahoo.com

Abstract

Introduction: The purpose of this research is investigating the relationship between emotion regulation and metacognitive beliefs with pain management in patient with chronic headache and also determining the role of those variables in relieving the pain.

Method: 100 patients, residing in Tehran, who had diagnosed for chronic headache by a specialist, were selected by convenience sampling as the population of this study. They were asked to fill in the following questionnaire: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Metacognitive Belief Questionnaire and Mc Gill pain questionnaire.

Result: The result showed all cognitive-emotion factors are significantly related to pain management strategies. Positive cognitive-emotion regulation factors (such as acceptance, positive re-focus, and focus on planning, positive reassessment and perspective taking) and negative cognitive-emotion regulation factors (such as self-blaming, rumination, catastrophic considering and blaming others) have significant negative and positive relationship with pain management method, respectively. Negative metacognitive belief factors (uncontrollability and risk and need to control the thought) have a positive relationship with pain variables. Self-awareness cognitive factor, among positive metacognitive belief factors, has a negative relationship with pain variables. According to stepwise regression, rumination has more predictive potential among cognitive emotion regulation and metacognitive belief variables.

Discussion and Conclusion: The results of this research support the view that cognitive emotion regulation and metacognitive belief components are effective in pain management.

Keywords: Pain Management, Emotion Regulation, Metacognitive Beliefs, Chronic Headache

The Effectiveness of Self Regulation Couple Therapy on Marital Satisfaction, Identity Style and Family Problem Solving

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 25/10/2015

Accept Date: 04/04/2016

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 51-60

Mansouri, N.¹; Kimiaee, S.A.^{2}; Mashhadi, A.³; Mansouri, A.⁴*

1. M.A in Family Counseling, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

2. Associate Professor of Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author)

3. Associate Professor of Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

4. Faculty Member of Azad Islamic University of Neyshabur.

*Email: Kimiaee@um.ac.ir

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of self regulation couple therapy on marital satisfaction, identity style and family problem solving.

Method: This is a semi experimental research with pre and post test and control group. 10 couples who referred to psychiatrists, neurologists and counseling centers in the city of Kashmar were selected by convenience sampling, and then designed randomly into two experimental and control groups. The experimental group participated in 8 treatment sessions of self regulation couple therapy (Halford, 2004), while the control group received no treatment. The participants completed the ENRICH Couple Scale (ECS), objective measure of Ego Identity Status (OMEIS-II) and family problem solving questionnaire (FPS). Data were analyzed by SPPSS20 software, and one way analysis of covariance (ANCOVA) and descriptive statistics indices.

Results: The findings showed that self regulation couple therapy increases the couple marital satisfaction and problem solving skills of experimental group in comparison with control group. In addition, self regulation couple therapy decreases the mean score of diffusion, foreclosure, and moratorium and identity style. In contrast, this therapy increases the mean scores of achievement identity style.

Discussion and Conclusion: In general, self regulation couple therapy has a great effect on increasing the marital satisfaction, modifying the identity styles and increasing the family problem solving of the couples. Couple therapists can use self regulation therapy for improving the marital satisfaction, identity styles and family problem solving.

Keywords: Self Regulation Couple Therapy, Marital Satisfaction, Identity Styles, Family Problem Solving

The Comparison of Eysnck Personality Dimension in people with morning-evening cycle

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 03/01/2014

Accept Date: 17/09/2014

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 43-50

Maghsudloo, M.^{1}; Azadfallah, P.²; Rasoolzadeh Tabatabaee, K.³; Mansouri Sepehr, R.⁴*

1. PhD Student of Psychology, Psychology and Education University, Shahed Beheshti University. (Corresponding Author)

2. Associate Professor of Psychology, Psychology ND Education University, Tarbit Modares University.

3. Associate Professor of Psychology, Psychology ND Education University, Tarbit Modares University.

4. PhD Student of Psychology, Psychology and Education University, Shahed Beheshti University.

*Email:m.maghsudloo@gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of this study is the comparison of Eysnck personality dimensions of extraversion, neuroticism and phsychoticism in people with morning-evening cycles.

Method: The method of the study is ex post facto. 90 M.A students of Tarbit Modares University were selected by purposeful sampling (30 people with morning cycle and 30 people with evening cycle and 30 balanced people). They completed morning-evening personality questionnaire and also the Eysnck personality questionnaire. Data were analyzed by ANOVA.

Results: The results showed that there's no significant difference between the three groups of morning-evening and balanced in relation with extraversion and neuroticism. However, phsychoticism was significantly different in these groups and each group showed higher scores in phychoticism.

Discussion and Conclusion: The results show that people with evening cycle has higher psychoticism in comparison with people with morning cycle. This difference is probably due to the wide similarities between eveningness and psychoticism. For example, impulsivity which is a salient feature of psychotic people has a strong relationship with evening cycle. The result can be useful in better planning of optimal usage of people abilities during the day.

Keywords: Morning-Evening Cycle, Extraversion, Neuroticism, Psychoticism

Prediction of Self-Efficacy and Self-Esteem based on Self-compassion

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 13/06/2015

Accept Date: 23/11/2015

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 33-42

Hossein Khanzadeh, A. A.^{1}; Taher, M.²; Fallah MortezaNejad, Z.³; Seyyed Nouri, S. Z.⁴*

1. Associate Professor of Psychology, University of Gilan, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

2. Assistant Professor of Psychology Department, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

3. M.A in Psychometry, Alame Tabatabaee University, Tehran, Iran.

4. M.A in Psychology, University of Gilan, Rasht, Iran.

*Email: abbaskhanzade@gmail.com

Abstract

Introduction: Self-compassion is a new concept in personality psychology which it is based on discussed ideas in Buddhist beliefs. The purpose of this study is to predict self-efficacy and self-esteem based on self-compassion.

Method: The research design is correlation. The statistical population included all students of Gilan University in 2014-2015 from whom 320 students were selected by randomized multistage cluster sampling method. They completed the self-compassion (Neff, 2003), self-efficacy (Scherer & et al, 1982) and self-esteem (Rosenberg, 1965) scales.

Results: The result of correlation analysis showed that self-compassion has a direct and significant correlation with self-efficacy and self-esteem ($P < 0/01$). Results of stepwise regression analysis showed that among self-compassion subscales, self-kindness and Self-judgment can explain 25 percent of self-efficacy changes. In addition three subscales of self-kindness, self-judgment, and common humanity can explain 13 percent of self-esteem changes.

Discussion and Conclusion: The results show that self-compassion is very important in predicting self-efficacy and self-esteem.

Keywords: Self-Compassion, Self-Efficacy, Self-Esteem

The Effectiveness of Group Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on severity of symptoms of Attention Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD)

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 20/07/2014

Accept Date: 05/01/2016

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 19-31

Nejati, A.¹; Mousavi, R.^{2*}; Roshan Chesli, R.³; Mahmoudi Qaraee, J.⁴

1. PhD Student of Health Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Alborz, Iran.

2. Assistant Professor of Education and Counseling Department, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

3. Professor of Clinic Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

4. Associate Professor of Psychiatry, Medical Science University o Tehran, Tehran, Iran.

*Email: mousavi@shahed.ac.ir

Abstract

Introduction: The purpose of this study is to investigate the effectiveness of group Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on severity of Symptoms of ADHD in children aged 8-11.

Method: In this experimental study 30 couples (from 69 child-parent couples suffering from ADHD) were selected randomly based on pretest, posttest design with placebo treatment group. They assigned into two groups of experimental and placebo treatment group. The subjects of the two groups were assessed by Conner's Parents Rating Scale (CPRS-48)". Data were analyzed by parametric tests algorithms Multivariate analysis of variance (MANOVA) for studying the statistical meaning and clinical meaning.

Results: The findings of the study showed that there's a significant statistical and clinical reduction in general problems and a significant statistical reduction in the intensity of symptoms of learning and attention in children suffering from the disorder.

Discussion and Conclusion: According to the findings of the current study and previous researches we can conclude that these therapies along with pharmacotherapy can control the behavior of the children suffering from ADHD and offers significant facilities for future use in Iranian population.

Keywords: Child-Parent Relationship Therapy (CPRT), ADHD, Conner's Parents Rating Scale (CPRS-48)

The Effectiveness of Marlata Cognitive-Behavioral Model on Reducing craving and Relapse Prevention in females with drug dependency

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Recive Date: 19/09/2015

Accept Date: 06/04/2016

Vol. 14, No. 1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 7-17

Niknam, M.¹; Madahi, M. A.^{2}; Shafiabadi, A.³*

1. PhD in Counseling, Islamic Azad University, Research and Science Branch, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor of Clinic Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

3. Professor of Psychology and Education, Alameh Tabatabaee, Tehran, Iran.

*Email:memadahi@yahoo.com

Abstract

Introduction: This study investigates the effectiveness of Marlata cognitive-behavioral training on reducing the craving and prevention in female with drug dependency.

Method: In a semi experimental study, 30 addict women with diagnosis of drug dependency who successfully detoxified in Tehran therapeutic community of women center were selected by convenience sampling, then divided into two experimental group (15 subjects) and control group (15 subjects). The experimental group received 12 sessions of training (every week a group session), While, the control group did not receive any training during the same period. The subjects were assessed by Gorsciss (1989) relapse prevention scale and Franken et.al, (2002) craving reduction scale and urine test before the treatment, random during the treatment, after the treatment and after 3-month follow up. Data were analyzed by repeated measure ANOVA and chi square test.

Results: The results of repeated measure ANOVA showed that there's a significant relationship between experimental and control group in craving and relapse prevention in the period of post test and follow up, the results of chi square test also showed that there's a significant relationship between relapse frequencies.

Discussion and Conclusion: The results showed that Marlata cognitive-behavioral model is effective in reducing craving and relapse prevention of addict women.

Keywords: Marlata Cognitive-Behavioral Training, Relapse Prevention, Craving, Drug Dependency



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 تاری 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 Guerries In Clinical Psychology And Personality"

- ◆ **The Effectiveness of Marlata Cognitive-Behavioral Model on Reducing craving and Relapse Prevention in females with drug dependency** 1/192
Niknam, M.; Madahi, M. A.; Shafiabadi, A.
- The Effectiveness of Group Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on severity of symptoms of Attention Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD)** 2/192
Nejati, A.; Mousavi, R.; Roshan Chesli, R.; Mahmoudi Qaraee, J.
- ◆ **Prediction of Self-Efficacy and Self-Esteem based on Self-compassion**3/191
Hossein Khanzadeh, A. A.; Taher, M.; Fallah MortezaNejad, Z.; Seyyed Nouri, S. Z.
- ◆ **The Comparison of Eysnck Personality Dimension in people with morning-evening cycle**4/190
Maghsudloo, M.; Azadfallah, P.; Rasoolzadeh Tabatabaee, K. ;Mansouri Sepehr, R.
- ◆ **The Effectiveness of Self Regulation Couple Therapy on Marital Satisfaction, Identity Style and Family Problem Solving**5/189
Mansouri, N.; Kimiaee, S.A.; Mashhadi, A.; Mansouri, A.
- ◆ **The relationship between Emotion Regulation and Metacognitive Beliefs Regarding Pain Management in Patient with Chronic Headache**6/188
Golabi, N.; Abdollahi, M. H.; Shahgholian, M.
- ◆ **Personality traits difference between client with completing and uncompleting rehabilitation treatment process**7/187
Siahjani, L.; Oraki, M.; Zare, H.
- ◆ **Metacognitive Intervention effectiveness on anxiety, body image and other symptoms of body dysmorphic disorder patients (BDD)**8/186
Mousavi, S. H.; Rostami, R.; Gholamali Lavasani, M.
- ◆ **The Role of Mindfulness and Coping Styles in Predicting Students' Clinical Disorders**9/185
Shafaghi, M.; Farah Bijari, A.
- ◆ **The comparison of stress features, coping strategies, type C and type D personality in patient with multiple sclerosis and normal** 10/184
Moradi, K.; AghaYousefi, A.; Alipour, A.; Bahrami, P.
- ◆ **Effectiveness comparison of parent-child interaction therapy and mother's coping therapy on reduction of intensity of child behavior problems in 3-6 year old children** 11/183
Roshan, M.; Aghayousefi, A.; Alipour, A.; Rezaee, A.
- ◆ **Perfectionism and Academic Procrastination: The mediating role of rumination** 12/182
Mahmoudzadeh, R.; Mohammadkhani, SH.

"Personality and Clinical Evaluation"

- ◆ **A Preliminary Study on the Psychometric Characteristic of Dark Triad Questionnaire**13/181
Hajloo, N.; Ghaseminejad, M.A.; Ansar Haossein, S.; Seyedi Asl, T.
- ◆ **Validity and Reliability Cues for Sexual Desire Scale (CSDS)**14/180
Hashemnejad, F.S.; Roshan Chesli, K.; Mantashloo, S.

"Culture and Knowledge Expanding In Personality And Clinical Psychology"

- ◆ **Psychiatric disorders and sexual dysfunctions** 15/179
Ghaedi, G.

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar Raftar)

Vol. 14, No. 1, Serial 26, Spring & Summer 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:** June 2017
- **Print Publication Date:** October 2017
- **P-ISSN:** 2345-2188
- **E-ISSN:** 2345-4784

Address:

Shahed University, Opposite to Holy Shrine of
Imam Khomeini, Khalije 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>

