

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

دوره ۲۲، شماره ۱، پیاپی ۴۲، بهار و تابستان ۱۴۰۳

ویراستار ادبی (انگلیسی): میلا ملک‌الکلامی

صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد

شاپای چاپی: ۲۳۴۵-۲۱۸۸

مدیر مسئول: رسول روشن چسلی

شاپای الکترونیکی: ۲۳۴۵-۴۷۸۴

سرمدبیر: رسول روشن چسلی

مدیر اجرائی: لیلا هاشمی

اعضای هیئت تحریریه

| نام و نام خانوادگی | مرتبه علمی |
|--------------------------------|---|
| ۱- محمدعلی اصغری مقدم | استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران |
| ۲- غلامعلی افروز | استاد روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران |
| ۳- علی دلاور | استاد روش‌های تحقیق و آمار دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران |
| ۴- رسول روشن چسلی | استاد روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران |
| ۵- فیروزه سپهریان آذر | استاد روانشناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران |
| ۶- فرامرز سهرابی اسمرود | استاد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران |
| ۷- محمدرضا شعیری | دانشیار روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران |
| ۸- حسین شکرکن | استاد روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران |
| ۹- مهناز علی‌اکبری دهکردی | استاد روانشناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب، تهران، ایران |
| ۱۰- ابوالقاسم عیسی‌مراد رودبند | دانشیار روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران |
| ۱۱- علی فتحی آشتیانی | استاد روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران |
| ۱۲- ابوالقاسم یعقوبی | استاد دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران |

صفحه‌آرا: ام‌البنین خزائی

نشانی: تهران، آزاد راه تهران - قم (خلیج فارس) روبروی حرم امام خمینی (ره)، دانشگاه شاهد

صندوق پستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱

فاکس: ۰۲۱-۵۱۲۱۵۱۲۴

تلفن دفتر مجله: ۰۲۱-۵۱۲۱۵۱۲۶

E-mail: cpap@shahed.ac.ir

cpap.shahed.ac.ir

اهداف و چشم‌انداز مجله

نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت، با هدف کمک به پیشبرد و توسعه علمی در حوزه‌های مختلف مرتبط با روانشناسی بالینی و شخصیت به انتشار مقالات پژوهشی اصیل (Original Article) پژوهشگران مختلف می‌پردازد.

برخی از زمینه‌های موضوعی قابل انتشار در این نشریه عبارتند از:

روان‌سنجی، روان‌درمانی، افسردگی، اضطراب، سلامت روان، شخصیت، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی، باورهای فراشناختی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، حرمت خود، ذهن‌آگاهی، خودکارآمدی، پرخاشگری، درمان شناختی رفتاری، تعارضات زناشویی، ویژگی‌های شخصیتی.

راهنمای نویسندگان

• نحوه تایپ مقاله:

۱. تایپ در محیط نرم افزار Microsoft Office Word با تنظیم های کامل زبان فارسی، انجام شود.
۲. تایپ متن فارسی با رعایت فاصله و نیم فاصله باشد (به طور نمونه؛ "می شود"، "کتابها"، "کم تر"، "بیش تر" و ...).
۳. رسم جداول، تایپ اعداد و ارقام " به فارسی بوده و "اعداد اعشاری" نیز به شکل نمونه (۳/۴۷) تایپ شود. از " فاصله گذاشتن" به وسیله، "تب" و یا "اینتر" در این جا، خودداری شود.
۴. از قلم بولد شده B Nazanin با اندازه ۱۲ برای تایپ متن فارسی، قلم معمولی B Zar با اندازه ۱۱ برای چکیده فارسی و نیز قلم Time new roman با شماره ۹ برای متن انگلیسی، استفاده کنید.
۵. منحنی ها، 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 تامین کننده اعتبار طرح پژوهشی، مراتب زیرنویس شود.

• 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 نویسندگان، در چکیده فارسی و انگلیسی، ضروری است به علاوه توصیه می شود؛ آخرین شماره چاپ شده مجله را برای تنظیم مقاله خود، ملاحظه کنید)؛
- نام و نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان (در چکیده فارسی با قلم بولد شده BZar با شماره ۱۱). - شماره گذاری روی اسامی نویسنده/گان و زیر نویس مشخصات آنان به ترتیب با رعایت؛ (۱) سطح تحصیلی/ مرتبه علمی، (۲) گروه آموزشی، (۳) نام دانشگاه (در چکیده فارسی با قلم معمولی B Lotus با شماره ۱۱). - ستاره گذاری و تعیین نویسنده مسئول در صورت تعدد نویسندگان به همراه آدرس پست الکترونیک وی (در چکیده فارسی با قلم معمولی BZar با شماره ۹).
۳. چکیده فارسی (۲۰۰ تا ۳۰۰ کلمه) به همراه کلید واژه ها (حداکثر هفت کلمه) شامل مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه)
۴. چکیده انگلیسی: شامل مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه)
۵. مقدمه.
۶. فرضیه ها یا سوال های پژوهش (در صورت وجود)
۷. روش: شامل (نوع پژوهش، آزمودنی: جامعه آماری و نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش، شیوه انجام پژوهش و شیوه تحلیل داده ها).
۸. نتایج.
۹. بحث و نتیجه گیری.
۱۰. محدودیت ها و پیشنهادهای پژوهش (در صورت وجود)
۱۱. سپاسگزاری (در صورت وجود)
۱۲. منابع.

راهنمای نویسندگان

• شیوه ارجاع دهی در متن و فهرست منابع مقاله:

۱. استناددهی (ارجاع دهی) هم در متن و هم در فهرست منابع مقاله باید براساس سبک استناددهی ونکوور (Vancouver Style) باشد.
۲. استناددهی در متن مقاله را از ابتدای مقاله و از شماره ۱ شروع و 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). چنانچه استفاده از منبعی، تکرار شده است، شماره همان منبع مورد استفاده را مجدداً در متن، اشاره کنید.
۳. در فهرست منابع پایانی، منابع مورد استفاده را به ترتیب شماره آن در متن مقاله، پشت سر هم قرار دهید. نحوه ذکر مشخصات کتابشناختی منابع مورد استفاده باید به سبک ونکوور باشد.

• شرایط داوری و پذیرش مقاله:

۱. مقاله ارسالی نباید در نشریه داخلی و خارجی دیگر و یا همایش، به چاپ رسیده باشد به علاوه مقاله همزمان برای سایر نشریه ها نیز، ارسال نشده باشد.
۲. مقاله باید حاصل پژوهش نویسنده/ نویسندگان باشد.
۳. داوری اولیه برای مقاله های دریافتی انجام و سپس در صورت احراز شرایط عمومی اولیه فوق الذکر، جهت داوری برای سه داور، ارسال می گردد. چنانچه مقاله مورد تایید حداقل دو نفر از آنان، قرار نگرفت، عدم اولویت به نویسنده ابلاغ می گردد. اگر حداقل دو نفر از داوران، اصلاح مقاله را پیشنهاد دهند، نظر داوران، به اطلاع نویسنده خواهد رسید. نویسندگان محترم باید مقاله اصلاح شده را که در آن بخش های تغییر یافته با رنگ قرمز مشخص شده است به همراه نامه شرح نحوه اصلاحات، در سایت مجله درج نمایند.
۴. مقاله اصلاحی نگارنده/گان، جهت داور نهایی ارسال می شود و در صورت دریافت تایید نهایی از سوی وی به علاوه تامین همه شروط نگارشی و تنظیمی فوق الذکر، در اولویت چاپ قرار می گیرد.
۵. هویت نویسنده/گان و داوران برای یکدیگر، نامشخص است.
۶. نویسندگان در ارجاعات خود به حداقل دو مقاله از شماره های قبلی نشریه روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) ارجاع و آن ها را در فهرست منابع مقاله خود، رنگی کنند.
۷. مقاله های پژوهشی حوزه فرهنگ ایثار و شهادت چنانچه در راستای حیطه موضوعی نشریه باشند، در اولویت قرار می گیرند.
۸. مقالات ارسالی که مطابق راهنمای نگارش مقاله در این نشریه تنظیم نشده باشند، بررسی نخواهند شد.

• فرمها و فایل های مورد نیاز:

بارگذاری و ارسال فایل های زیر با توجه به نکات مطرح شده ضروری است. از بارگذاری و ارسال سایر فایل های اضافه و یا تکراری خودداری شود.

۱. فایل مشخصات نویسندگان:

- در این فایل باید مشخصات کامل کلیه نویسندگان مقاله به ترتیب مندرج در مقاله و به زبان فارسی و مطابق فایل نمونه مشخصات نویسندگان، درج شده باشد.
- نویسنده مسئول و نشانی ایمیلی که می خواهد در فایل نهایی منتشر شده مقاله درج شود باید در این فایل مشخص شوند.

راهنمای نویسندگان

- مشخصات، تعداد و ترتیب اسامی مندرج در این فایل باید با مشخصات، تعداد و اسامی مندرج در فایل فرم تعهدنامه نویسندگان مقاله یکسان باشد.
- تعداد و ترتیب اسامی مندرج در این فایل غیرقابل تغییر بوده و هرگونه تغییر آن برخلاف قوانین نشریه بوده و منجر به عدم پذیرش نهایی مقاله خواهد شد. فقط در صورتیکه مرتبه علمی نویسندگان در زمان انتشار نهایی مقاله تغییر یافته باشد، اصلاح آن پیش از انتشار نهایی مقاله بلامانع خواهد بود.
- در مقالات برگرفته از پایان‌نامه، ترتیب اسامی نویسندگان باید به صورت نام دانشجو، نام استاد راهنما و نام استاد مشاور باشد. همچنین استاد راهنما باید نویسنده مسئول مقاله باشد.
- این فایل باید در فرمت docx بارگذاری و ارسال شود.

۲. فایل اصل مقاله (بدون نام نویسندگان):

- فایل اصل مقاله باید شامل عنوان کامل مقاله، چکیده فارسی، کلیدواژه‌ها و بقیه متن کامل مقاله بوده و مطابق راهنمای نگارش مقاله در این نشریه (همین راهنما) تنظیم شده باشد.
- این فایل باید فاقد هرگونه مشخصات نویسندگان (از قبیل نام و نام خانوادگی، نشانی ایمیل و ...) و فاقد چکیده انگلیسی باشد.
- این فایل باید در فرمت docx بارگذاری و ارسال شود.

۳. فرم تعهدنامه نویسندگان (نامه به سردبیر):

- فرم تعهدنامه نویسندگان باید به صورت کامل و خوانا تکمیل و توسط همه نویسندگان و نویسنده مسئول مقاله امضا شده باشد. (دانلود فرم خام تعهدنامه نویسندگان)
- این فرم باید با کیفیت مناسب اسکن شده و در فرمت jpg و یا pdf و یا docx بارگذاری و ارسال شود.
- نکته مهم: عهده‌دار مکاتبات با نشریه می‌تواند هر یک از نویسندگان مقاله باشد که در فرم تعهدنامه نویسندگان معرفی می‌شود و اقدام به ارسال مقاله در سامانه نشریه می‌کند. بدیهی است کلیه مکاتبات نشریه صرفاً با این فرد انجام می‌شود. لذا در هنگام ارسال مقاله در سامانه نشریه دقت شود که اگر نویسنده مسئول مقاله، پیگیر و عهده‌دار مکاتبات با نشریه نیست، به اشتباه به عنوان عهده‌دار مکاتبات تیک نخورد.

۴. فایل چکیده انگلیسی:

- این فایل باید شامل عنوان مقاله، مشخصات کامل نویسندگان مقاله، چکیده و کلیدواژه‌های مقاله به زبان انگلیسی باشد.
- مشخصات انگلیسی نویسندگان مقاله باید دقیقاً مطابق مشخصات فارسی نویسندگان بوده و نویسنده مسئول (Corresponding Author) و نشانی ایمیل وی نیز مشخص باشد.
- این فایل باید در فرمت docx بارگذاری و ارسال شود.

۵. فرم تعارض منافع:

- فرم تعارض منافع باید به صورت کامل و خوانا و توسط نویسنده مسئول مقاله (از جانب کلیه نویسندگان) تکمیل و امضا شده باشد. (دانلود فرم خام تعارض منافع)
- این فرم باید با کیفیت مناسب اسکن شده و در فرمت jpg و یا pdf و یا docx بارگذاری و ارسال شود.
- توجه: هزینه انتشار مقاله در نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت، یک میلیون ریال (صد هزار تومان) می‌باشد.

فهرست مطالب

«جستارهایی در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

- نقش تحول‌یافتگی من و بازنمایی‌های روابط موضوعی در تصمیم‌گیری برای مهاجرت
مریم‌السادات حسینی، فریبا زرانی، محمود حیدری، پرویز آزادفلاح و صبا صفدر ۱
- اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور: یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی
زهره خادم‌دزفولی، سیده زهره علوی و مسعود شهبازی ۱۷
- فرا تحلیل اثر بخشی مداخلات درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان
سیدقاسم مصلح، رامین حبیبی کلپور، فاطمه علیپور و عمادالدین احراری ۲۹
- بررسی الگوی ساختاری رابطه بین سندرم فومو با نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری در نوجوانان شهر اصفهان
منیره حیدری و فاطمه ایزدی ۵۱
- مقایسه تحمل پریشانی، واکنش‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی در افراد دارای اضطراب بیماری و اضطراب فراگیر
معصومه مقبلی هنزائی، زهرا زنجانی و مینا خلیلی صفت ۶۵
- بررسی اثر بخشی مداخله مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II
فرنوش میرباقر آجریز و اکرم دهقانی ۷۷
- رابطه آسیب‌ها و تجارب ناگوار دوران کودکی و رضایت زناشویی: نقش واسطه‌ای کشمکش‌های مذهبی و معنوی
فاطمه فولادی، زهرا جانتقریبیان و حسین پورشهریار ۸۹
- مقایسه توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی در افراد مبتلا به افسردگی با افراد سالم
محمد بهمنی نیا و نادره سهرابی شگفتی ۹۹
- مقایسه بازشناسی حالات هیجانی چهره و هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه بین دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر و عادی
مصطفی حکم‌آبادی و عزت‌الله احمدی ۱۱۱
- وفاداری به طرح درمان در مداخله‌های مدرسه‌مبنا
محمد مهدی کاوه سمنانی، سعید اکبری‌زردخانه، امید شکری و جلیل فتح‌آبادی ۱۲۳

فهرست مطالب

نقش اعتیاد به اینترنت در سلامت روانی و تصویر بدنی

لیلا رضوانیان و سوسن رحیمزاده ۱۳۷

طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم وسواس در نوجوانان: نقش تعدیلگر جنسیت

محدثه احمدی، مصطفی خانزاده و پریناز سجادیان ۱۵۱

اثربخشی بسته غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی بر رضایت زناشویی زوجین

مجتبی ساتکین، سید ابوالقاسم مهری نژاد، نعمت ستوده اصل و حسن اسدزاده ۱۶۷

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب

منیر رحیمی و منصوره بهرامی‌پور ۱۷۹

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر (مطالعه موردی)

زهرا عسکری و مرضیه هاشمی ۱۹۷

مدل‌یابی روابط ساختاری علائم شخصیت مرزی بر اساس روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی در نوجوانان: نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی

کوثر حسینیان لنگوری سرخی، زینب خانجانی و تورج هاشمی ۲۱۳

«ارزیابی بالینی و شخصیت»

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی

مهدیه غفاری موحد و رسول روشن چسلی ۲۳۳

پرسشنامه خودانزجاری SDS-R: بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی

مرضیه علی‌وندی وفا، فاطمه میرزا آقازاده و فواد جسیمی ۲۵۳

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سه‌گانه روشن (LTS) در دانشجویان ایرانی

مریم صفری شیرازی، مرضیه صادق زاده و فضل‌الله میردربکوند ۲۶۳

ساخت و رواسازی پرسشنامه سلامت جنسی همسران براساس الگوی سلامت جنسی اسلامی

امیر اکبیا، محمدرضا بنیانی و حسن تقیان ۲۷۷

فهرست مطالب

«فرهنگ و دانش گسترى در روان شناسى بالينى و شخصيت»

اختلالات روان پزشکی و بدکارکردی های جنسی

غلامحسین قائدی و سمانه شاکری حسین آباد ۲۹۳

چکیده انگلیسی ۳۱۵ - ۳۳۵

نقش تحول‌یافتگی من و بازنمایی‌های روابط موضوعی در تصمیم‌گیری برای مهاجرت

نویسندگان

مریم السادات حسینی^۱، فریبا زرانی^{۲*}، محمود حیدری^۳، پرویز آزادفلاح^۴، صبا صدر^۵

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

hosseinimaryam.h@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. m.heidary@sbu.ac.ir

۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. azadfallahparviz@gmail.com

۵. استاد گروه روانشناسی اجتماعی به کار بسته، دانشگاه گوئلف، اونتاریو، کانادا. ssafdar@uoguelph.ca

چکیده

مقدمه: از رهیافت نظریه روابط موضوعی، انتخاب مهاجرت تحت‌تأثیر میزان تحول‌یافتگی من ممکن است ماهیت انطباقی یا غیرانطباقی داشته باشد. نظر به اهمیت روابط موضوعی و تحول‌یافتگی من در تصمیم‌گیری مهاجرت و سازگاری پس از آن، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میزان تحول‌یافتگی من و بازنمایی‌های روابط موضوعی در تصمیم‌گیری به مهاجرت بود.

روش: نمونه شامل ۳۷۶ نفر از افراد در محدوده سنی ۲۰-۴۵ که تاکنون تجربه مهاجرت نداشتند بود. داده‌ها با استفاده از مقیاس روابط موضوعی بل (بل و همکاران، ۱۹۸۶)، سیاهه روانی اجتماعی تحول‌یافتگی من (مارکستروم و همکاران، ۱۹۹۷) و دو پرسش محقق ساخته در مورد قصد مهاجرت و اقدام جمع‌آوری شد. بر اساس پاسخ آزمودنی‌ها، سه گروه از افراد مورد مقایسه قرار گرفتند: افرادی که قصد ماندن در ایران دارند، افرادی که قصد مهاجرت دارند و گروه سوم که در مورد مهاجرت دچار تردید هستند. هم‌چنین در گروهی که قصد مهاجرت داشت، مقایسه‌ای بین افرادی که اقدامات خود را آغاز کرده بودند و افراد بدون اقدام، انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل چندمتغیری کوواریانس در نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

نتایج: یافته‌های این مطالعه نشان داد که پس از کنترل متغیرهای جنسیت، تحصیلات و درآمد، افرادی که قصد ماندن دارند در مقایسه با گروهی که قصد مهاجرت دارند، نمرات بالاتری در مؤلفه‌های وفاداری، عشق، امید، خرد و اراده و نمرات پایین‌تری در ابعاد بیگانگی و خودمحوری روابط موضوعی کسب می‌کنند. علاوه بر این، نتایج نشان داد، در گروهی که قصد مهاجرت دارند، افرادی که اقدامات مهاجرتی را آغاز کرده‌اند، نمرات بالاتری در مؤلفه‌های خرد، هدف و کفایت از خرده‌مقیاس‌های تحول‌یافتگی من و نمرات پایین‌تری در ابعاد بیگانگی و بی‌کفایتی اجتماعی روابط موضوعی کسب کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها بر اهمیت عواملی مانند امید، دل‌بستگی، وفاداری را در قصد ماندن در ایران و عوامل اراده، هدف و کفایت در اقدام برای مهاجرت صحنه می‌گذارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد، شناخت پویایی‌های روان‌شناختی می‌تواند به درک بهتر الگوهای مهاجرت و پیش‌بینی رفتار مهاجرتی کمک کند و در فرایند سازگاری پس از هجرت ملاحظات بالینی به ارمغان آورد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۱/۰۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۷/۰۳



کلیدواژه‌ها

تصمیم‌گیری، قصد مهاجرت، اقدام مهاجرت، روابط موضوعی، تحول‌یافتگی من

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

f_zarani@sbu.ac.ir

مقدمه

اگرچه عوامل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در ایجاد تمایل به مهاجرت نقش ایفا می‌کنند، اما زمانی که افراد فراتر از آرزومندی، تصمیم به مهاجرت می‌گیرند و سپس برای این تصمیم اقدامی ترتیب می‌دهند، نقش سازوکارهای روانی پررنگ‌تر می‌شود [۲۰، ۱۹، ۱۸].

با وجود اهمیت مؤلفه‌های روان‌شناختی در تبیین تصمیم‌گیری مهاجرت، عمده پژوهش‌های داخلی با تکیه بر نظریات کشش - رانش، به مطالعه عوامل اجتماعی و اقتصادی خرد و کلان که فرد را به سمت مهاجرت سوق می‌دهد، پرداخته‌اند [۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱]. یافته‌های این پژوهش‌ها حاکی از آن است، عوامل رانشی مانند بی‌کاری و دستمزد پایین، تبعیض و بی‌عدالتی ادراک شده، نبود ثبات سیاسی و عوامل کششی جامعه مقصد مانند فرصت اشتغال، رفاه، فرصت تحصیلی، کسب منزلت موجب تمایل و گرایش فرد به مهاجرت می‌شود [۲۱]. در همین راستا، یافته‌های فلاحی [۲۳] نشان می‌دهند، عوامل کششی و رانشی مربوط به مهاجرت ایرانیان را می‌توان در چهار دسته: تحصیل، رفاه، زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی و سیاسی - مدیریتی تقسیم‌بندی کرد. هم‌چنین طبق یافته‌های قرابی [۲۴] رابطه‌بین عواملی چون امکان کاریابی، امنیت شغلی، تأمین منزلت اجتماعی، شایسته‌سالاری، حقوق زنان، فضای اجتماعی مناسب، امکانات آموزشی، آزادی عقیده، آزادی در نوع پوشش، تعلقات قومی و متغیر میزان گرایش زنان به کشورهای مهاجرپذیر مثبت، معنادار و نسبتاً قوی است.

نظر به اهمیت عوامل رانشی در ایران، مطالعه تصمیم‌گیری مهاجرت ممکن است در نگاه اول عجیب به نظر برسد؛ گویی تصمیم‌گیری برای رفتن پاسخی خودکار به شرایط دفعی کشور است. یکی از علل مهم این امر می‌تواند اتکا به نظریات کلاسیک مانند نظریه کشش - رانش باشد که موجب می‌شود عوامل روانی دخیل در تصمیم‌گیری مهاجرت مورد غفلت قرار بگیرد. این در حالی است که اگر بنیان تصمیم‌گیری برای مهاجرت را تنها میزان تخمین جذابیت‌های مقصد و عوامل رانشی مبدأ بدانیم، قادر به پاسخگویی به این پرسش نخواهیم بود و با وجود عوامل رانشی متعدد که ذکر آن رفت، چرا درصد بالایی از ایرانیان انتخاب می‌کنند که در ایران بمانند؟ چه عواملی موجب می‌شود ایرانیان فراتر از آرزومندی، قصد مهاجرت داشته باشند و سپس اقدام کنند؟ یافته‌های پژوهشی نشان

مطالعه ابعاد روانی مهاجرت در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده‌است و نظریه‌ها و صورت‌بندی‌های مهمی از مسئله سازش یافتگی^۱ و پیامدهای روانی فرهنگ‌پذیری^۲ ارائه شده است [۳، ۲، ۱]. اگرچه هدف عمده مطالعات در حیطه مهاجرت، تبیین فرایند فرهنگ‌پذیری و سازگاری پس از مهاجرت است، برخی از محققان در حوزه روانشناسی به مرحله پیش از مهاجرت و کشف عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار مهاجرت علاقه‌مندی نشان داده‌اند [۸، ۷، ۶، ۵، ۴]. با وجود این، رویکرد غالب در تبیین فرایند تصمیم‌گیری مهاجرت، رویکرد جامعه‌شناختی، سیاسی و اقتصادی برای شناسایی متغیرهای خرد و کلان مؤثر بر تصمیم مهاجرت است [۱۰، ۹]. یکی از نظریات کلاسیک موجود در این حوزه، نظریه محبوب کشش - رانش^۳ است که برای سال‌ها نظریه غالب در تبیین تصمیم‌گیری برای مهاجرت بوده است. طبق این نظریه که توسط اورت لی^۴ (۱۹۶۶) مطرح شد، تمایل به مهاجرت برآمده از تخمین میزان جذابیت‌های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی کشور مقصد و عوامل دفع‌کننده کشور مبدأ است [۹]. به همین دلیل زمانی که شرایط زیست در کشوری برای مردمانش دشوار می‌گردد، آرزوی مهاجرت به یک سرزمین آرمانی شدت می‌گیرد؛ گویی مردمان آن سرزمین در سودای مهاجرت^۵ به کشوری به سر می‌برند که دور از تمام دشواری‌های سرزمینشان است. این نظریات با تأکید بر عوامل اقتصادی، به ویژه بی‌کاری و کمبود درآمد [۱۱]، اشاره می‌کنند که افراد با شرایط دشوارتر اقتصادی تمایل بیشتری به مهاجرت پیدا می‌کنند. با این حال برخی از شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که عوامل اقتصادی اجتماعی به تنهایی قادر به تبیین تصمیم‌گیری مهاجرت نیستند. این پژوهش‌ها بر لزوم شناسایی عوامل روان‌شناختی در کنار عوامل اجتماعی - اقتصادی صحه می‌گذارند [۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲] و با ایجاد تمایز بین مفاهیم میل، قصد و اقدام به مهاجرت استدلال می‌کنند که

1. Adaptation .
2. Psychological Acculturation.
3. Push/Pull theory.
4. Everett Lee.
5. Immigration aspiration.

که مهاجرت می‌کند^۹، علاقه‌مند است [۳۳،۳۲،۳۱،۳۰،۱۳]. برخی از این پژوهش‌ها از شخصیت‌های مستعد مهاجرت^{۱۰} سخن به میان می‌آورند. یافته‌های این پژوهش‌ها حاکی از آن است که خصایصی چون خودکارآمدی^{۱۱} [۳۴،۴]، گشودگی به تجربه^{۱۲} [۳۱]، ممارست و پیگیری [۱۳]، خطرپذیری^{۱۳} [۳۵]، انگیزه پیشرفت [۳۲] و هدفمندی^{۱۴} [۳۶] می‌تواند یک شخصیت را مستعد مهاجرت سازد. علاوه بر این، پژوهش‌ها بر نقشی که دلبستگی در مهاجرت ایفا می‌کند نیز صحنه گذاشته‌اند [۳۷،۳۳]. برخی یافته‌ها حاکی از آن است که سبک‌های دلبستگی ناایمن به ویژه نوع دوری‌گزین^{۱۵}، ممکن است فرد را به سمت مهاجرت سوق دهند [۳۷]. هم‌چنین، در افرادی که نیاز به خودمختاری^{۱۶} بر نیاز به پیوندجویی^{۱۷} غلبه دارد، قصد مهاجرت بیشتر مشاهده می‌شود [۳۲].

یکی از نظریه‌هایی که تصمیم به مهاجرت و انطباق پس از مهاجرت را در ارتباط با شخصیت و سازه‌های بنیادین آن تبیین می‌کند، نظریه^{۱۸} ارائه شده توسط سلمان اختر^{۱۸} است. او بر اساس رهیافت روابط موضوعی^{۱۹} و نظریه‌ی تفرد - جدایی^{۲۰} ماہلر هجرت را از زمان تصمیم‌گیری در جامعه مبدأ، تا انطباق در جامعه مقصد تبیین می‌کند [۳۸،۳۰]. اختر با بررسی دو سازه روابط موضوعی و تحول‌یافتگی من، به صورت جامعی تاریخچه زندگی فرد، کیفیت روابط و دلبستگی و کارکردهای من را در قصدمندی برای مهاجرت لحاظ می‌کند. از این منظر، انتخاب مهاجرت تحت‌تأثیر میزان تحول‌یافتگی من می‌تواند ماهیت انطباقی یا غیرانطباقی داشته باشد. ممکن است مهاجرت از بخش سالم و تحول یافته^{۲۱} من نشأت گیرد؛ به این معنا که فرد به شکل سازنده‌ای برای منطبق کردن محیط با نیازهایش، تصمیم

می‌دهند، با وجود عوامل رانشی موجود در جامعه ایران و میل گسترده ایرانیان برای مهاجرت [۲۶،۲۵]. تعداد کمتری از افراد در عمل مهاجرت می‌کنند و میزان تمایل به مهاجرت بسیار بالاتر از قصد مهاجرت است [۲۷].

شایان ذکر است، آنچه دو مفهوم میل^۱ و قصد^۲ را متمایز می‌کند، قابلیت اجرا^۳ و اقدام محوری^۴ است [۱۶]؛ میل کمتر از قصد قابلیت اجرا دارد و به میزان کمتری با کنشگری در ارتباط است. در مقابل، قصدمندی زمانی مطرح می‌شود که فرد تمرکز و هدفش را به سمت موضوع خاصی هدایت می‌کند و تصمیم می‌گیرد برای رسیدن به هدف تلاش کند. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد طبق آمارهای جهانی جمعیت گسترده‌ای از افراد با وجود داشتن میل زیاد به مهاجرت، میل خود را مبدل به قصد و کنش نمی‌کنند [۲۹،۲۸]. بنابراین، در حوزه مهاجرت زمانی که صحبت از قصدمندی فرای آرزومندی می‌شود، نیاز به شناسایی عوامل روانشناختی ضرورت بیشتری می‌یابد [۲۰،۱۹،۱۸]. یکی از نظریات تمایز بین سودای مهاجرت و کنشگری برای مهاجرت؛ نظریه آرزومندی - توانمندی^۵ است که توسط کارلینگ^۶ (۲۰۱۸م.) ارائه شده است. این نظریه بیان می‌دارد؛ ممکن است افراد زیادی آرزومند مهاجرت باشند و به دنبال ادراک دشواری‌های سرزمینشان فانتزی مهاجرت را در سر بیورانند اما آنچه می‌تواند آرزومندی را به مهاجرت در واقعیت سوق دهد، ظرفیت و توانمندی‌های فرد به عنوان یک عامل^۷ است [۱۹]. همانگونه که مشاهده می‌شود، مهاجرت به مثابه یک رفتار تحت‌تأثیر ساز و کارهای روانی قرار می‌گیرد؛ ممکن است افراد زیادی سودای مهاجرت را در سر بیورانند اما، پرسش مهم این است که چه خصلت‌های روانی و سازوکارهایی در قصدمندی و اقدام برای مهاجرت نقش ایفا می‌کنند؟

در پاسخ به چنین کمبودی، حوزه نسبتاً نوپایی در روانشناسی مهاجرت در حال شکل‌گیری است که به شناسایی ویژگی‌های شخصیتی فردی که می‌ماند^۸ و فردی

9 . Leaver.
10 . Migrant personality.
11 . Self-efficacy.
12 . Openness to Experience.
13 . Risk taking.
14 . Goal pursuit .
15 . Avoidant.
16 . Autonomy.
17 . Relatedness.
18 . Salman Akhtar.
19 . Object relations.
20 . Individuation-separation.

1 . Desire.
2 . Intention.
3 . Performability .
4 . Action-connectedness.
5 . Aspiration-capabilities.
6 . Carling.
7 . Agent.
8 . Stayer.

تحول‌یافتگی من، محصول توانایی‌هایی است که در دوره تحول، فرد بسته به میزان موفقیت در حل تعارض‌های روانی و اجتماعی، کسب کرده است [۴۰، ۳۹]. توانایی‌هایی مثل امید^۵ که از دل رابطه امن و قابل اعتماد با مراقب اولیه خلق می‌شود و برای داشتن چشم‌اندازی مثبت و ارزشمند از آینده ضروری است، اراده^۶ که به فرد قدرت می‌دهد که در عین داشتن کنترل بر روی خود، مصمم باشد و آزادانه انتخاب کند [۳۹]. هدف^۷، که به او شجاعت پیش‌بینی و حرکت به سمت هدف ارزشمند را می‌دهد؛ تا بدون بازداری، حس گناه و ترس از تنبیه شدن، روی اهدافش سرمایه‌گذاری کند، شایستگی^۸ که به فرد توان بهره‌گیری از مهارت‌ها و توانایی‌هایش را بدون ترس از شکست اعطا می‌کند؛ به او کمک می‌کند تا کار کند و در دنیای حرفه‌ای مسئولیت‌پذیر و واجد صلاحیت باشد [۴۰]. وفاداری^۹ و تعهد که او را نسبت به اجتماعش دغدغه‌مند و متعهد می‌سازد [۴۱]. عشق و مراقبت^{۱۰} که امکان صمیمیت و برقراری رابطه پایدار را فراهم می‌کند و او را نسبت به هم‌نوعانش همدل و دلسوز می‌سازد و خرد^{۱۱} که به او پختگی، هوشمندی و قدرت تأمل‌گری می‌بخشد. شایان ذکر است، توانایی‌های من در صورت‌بندی‌های متفاوت، به اشکال گوناگونی تعریف می‌شوند. با توجه به اینکه، مهاجرت، پدیده‌ای است که در بستر اجتماع و بر اثر تعامل فرد با ساختار سیاسی، اجتماعی و اقتصادی شکل می‌گیرد، صورت‌بندی روانی- اجتماعی اریکسون از توانایی‌های من، بستر مناسبی را برای مطالعه تعامل دنیای روانی و اجتماعی که در مهاجرت تلاقی می‌کنند، فراهم می‌آورد [۴۳، ۴۲].

با توجه به اینکه توانایی‌ها و کارکردهای من در بستر بازنمایی‌های روابط موضوعی شکل می‌گیرد و رشد می‌کند، در مطالعات روان تحلیلی مهاجرت به این دو سازه به عنوان مؤلفه‌های بنیادین شخصیت توجه ویژه‌ای مبذول می‌گردد [۴۴]. هم‌چنین پژوهش‌هایی که به مطالعه ارتباط بین دلبستگی و تحول‌یافتگی من پرداخته‌اند، نشان می‌دهند،

به تغییر آن بگردد^۱ [۳۰]. از سوی دیگر، ممکن است من در در واکنش قهرآلود برآمده از پرخاشگری نسبت به موضوع‌های اولیه میل به مهاجرت پیدا کند. به این معنا که با جابه‌جایی جغرافیایی، از موضوع بد و ناکام‌کننده^۲ دور شود، امری که در واقعیت محقق نمی‌شود اما برآمده از نوعی آرزومندی بدوی است که با فاصله‌گیری از موضوع آزارگر بتواند به خود انسجام بخشد [۳۸]. می‌توان روابط موضوعی را بستری دانست که تمام کارکردهای من در آن رشد می‌کند. روابط موضوعی ظرفیت روابط انسانی را در فرد شکل می‌دهد و در عین حال بازنمایی فرد از خود و جهان‌ش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر این اساس می‌توان گفت در مهاجرت از چند جنبه می‌توان به نقش روابط موضوعی و تحول‌یافتگی ایگو نگریست. نخست آنکه روابط موضوعی خوب و ایمن که در آن کارکردهای من رشد می‌یابد، به فرد در اعتماد به خود برای تصمیم‌گیری و همچنین سازگاری با محیط جدید یاری می‌رساند. چنین توانمندی‌هایی در عین حال که بر تصمیم‌گیری فرد برای مهاجرت تأثیر می‌گذارد، می‌تواند سازگاری پس از هجرت را نیز تحت تأثیر قرار دهد. فرد با اتکا به ایمنی دنیای درونی، شروع به کشف دنیای جدید می‌کند و قدرت مواجهه با چالش‌های سازگاری را در خود می‌یابد. چنین فردی در عین حال که قادر به سوگواری برای فقدان روابط به دنبال هجرت است، می‌تواند دل‌بند و روابط جدیدی را در کشور میزبان تجربه کند. من تحول یافته او کمک می‌کند تا در مدیریت تعارض‌ها، اضطراب و ابهام مهاجرت بهتر عمل کند و تصمیم‌های واقع‌بینانه اتخاذ کند. از سوی دیگر زمانی که دنیای درونی فرد نایمن است و من از تحول‌یافتگی کمتری برخوردار است، ممکن است تصمیم‌هایش برآمده از ارزیابی‌های واقع‌بینانه و متکی به قدرت و توانمندی‌هایش نباشد؛ امری که در صورت مهاجرت می‌تواند انطباق را تحت تأثیر قرار دهد و فرد قادر به مدیریت اضطراب و ابهام ذاتی مهاجرت نباشد. بر همین اساس، یکی از مؤلفه‌هایی که در مطالعه تصمیم‌گیری مهاجرت و هم‌چنین سازگاری پس از آن می‌تواند مدنظر قرار گیرد، بازنمایی‌های روابط موضوعی و کارکردهای من^۳ و میزان تحول‌یافتگی^۴ آن است.

- 4 . Strength.
- 5 . Hope.
- 6 . Will.
- 7 . Purpose.
- 8 . Competence.
- 9 . Fidelity.
- 10 . Care.
- 11 . Wisdom.

- 1 . Alloplastic .
- 2 . Bad object.
- 3 . Ego functions.

داشته ولی به ایران بازگشتند از تحلیل کنار گذاشته شدند. در نهایت ۳۷۶ نفر وارد تحلیل نهایی شدند. براساس پاسخ افراد به پرسش‌های مربوط به قصد مهاجرت (در بخش ابزار تشریح شده‌است)، سه گروه مشخص شدند: ۱. گروهی که قصد مهاجرت دارند؛ ۲. گروهی که قصد مهاجرت ندارند؛ ۳. گروهی که در تصمیم‌گیری دچار تردید هستند. هم‌چنین، در گروهی که قصد مهاجرت دارند، مقایسه‌ای بین دو گروه صورت گرفت: ۱. گروهی که اقدامات عملی را برای قصد مهاجرت شروع کرده‌اند؛ ۲. گروهی که اقدامی نداشته است. جنسیت، درآمد و تحصیلات در زمره ملاک‌های ورود نبودند اما در تحلیل داده‌ها به عنوان متغیر هم‌پراش وارد تحلیل کوواریانس شدند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در گروهی که قصد مهاجرت ندارد، میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۴/۸ با انحراف معیار ۶/۹۷ بود. ۶۵ درصد را زنان و ۳۵ درصد را مردان تشکیل می‌دادند. ۴۳ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد، ۳۰ درصد مدرک کارشناسی، ۱۶ درصد دکتری و ۱۱ درصد بدون مدرک دانشگاهی بودند. در گروهی که قصد مهاجرت دارند، میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۱/۵ با انحراف معیار ۶/۲۶ بود. ۵۷ درصد را زنان و ۴۳ درصد را مردان تشکیل می‌دادند. ۵۱ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد، ۲۶ درصد مدرک کارشناسی، ۱۹ درصد دکتری و ۳/۵ درصد بدون مدرک دانشگاهی بودند. در گروهی که تصمیم نگرفته است، میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۴/۰۹ با انحراف معیار ۶/۳۱ بود. ۶۷ درصد را زنان و ۳۳ درصد را مردان تشکیل می‌دادند. ۴۱ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد، ۲۷ درصد مدرک کارشناسی، ۲۷ درصد دکتری و ۶ درصد بدون مدرک دانشگاهی بودند.

ابزارهای پژوهش

میل مهاجرت:

قصد مهاجرت: قصد مهاجرت بدین‌صورت مورد پرسش قرار گرفت: گزینه‌ای را که بیشتر از همه منطبق بر وضعیت فعلی شماست انتخاب کنید:

- اصلاً قصد مهاجرت ندارم.
- قصد مهاجرت دارم.
- دچار تردید هستم و هنوز تصمیم نگرفته‌ام.
- سایر (وضعیت خود را شرح دهید)

بین کارکردهای من و دلبستگی ایمن ارتباط مثبتی وجود دارد و ایمنی دلبستگی، پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی برای کارکردهای من است [۴۵]. تصمیم‌گیری اساساً در زمره کارکردهای من^۱ است [۴۶] و تصمیم‌گیری برای مهاجرت نیز از این قاعده مستثنی نیست. در مجموع نظریه روابط موضوعی تأثیر بازنمایی‌های درونی شده افراد مهم را بر تصمیمات مهاجرت برجسته می‌کند، در حالی که نیرومندی من نقشی در مدیریت جنبه‌های روانی و عاطفی فرآیند تصمیم‌گیری ایفا می‌کند. روابط موضوعی امن و تحول‌یافتگی می‌تواند به احساس امنیت، سازگاری و تصمیم‌گیری خردمندانه در مورد مهاجرت کمک کند، در حالی که روابط موضوعی ناامن و تحول‌یافتگی من ضعیف‌تر ممکن است منجر به تمایل به فرار از محیط‌های چالش برانگیز یا مشکلات در مدیریت استرس‌های پس از مهاجرت شود.

بنابراین، با توجه به نقشی که من در تصمیم‌گیری ایفا می‌کند و همین‌طور اهمیت روابط موضوعی به مثابه بستری که توانمندی‌های من در آن رشد می‌یابد، در پژوهش حاضر کوشش خواهیم کرد، نقش این دو سازه را در تصمیم‌گیری برای مهاجرت از رهیافتی پویایی‌مورد مطالعه قرار دهیم.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای است.

آزمودنی

جامعه و نمونه

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، زنان و مردان ۲۰-۴۵ سال بود که تاکنون تجربه مهاجرت نداشته‌اند و در حال حاضر ساکن ایران هستند. نمونه‌ای به حجم ۴۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت آنلاین از طریق شبکه‌های اجتماعی انتخاب شدند. در گروه‌های پرتعداد شبکه‌های اجتماعی لینک پاسخگویی به پژوهش همراه با معرفی آن، به اشتراک گذاشته شد و زنان و مردانی که تاکنون تجربه مهاجرت نداشته‌اند و در حال حاضر در ایران ساکن بودند، انتخاب شدند. از این تعداد افرادی که در دسته مهاجران قرار می‌گرفتند و یا کسانی که تجربه مهاجرت

1. Ego.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی آزمودنی‌ها

| تصمیمی نگرفته است (مرد) | قصد مهاجرت دارد | | قصد مهاجرت ندارد | | سن | درآمد (میلیون تومان) | تحصیلات | بدون تحصیلات دانشگاهی | کارشناسی | کارشناسی ارشد | دکتری | جنسیت |
|-------------------------|-----------------|---------|------------------|---------|---------|----------------------|---------|-----------------------|----------|---------------|-------|-------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | | | | | | | |
| ۶/۳۱ | ۳۴/۰۹ | ۶/۲۶ | ۳۱/۵ | ۶/۹۷ | ۳۴/۸ | | | | | | | |
| ۵/۵۶ | ۷۰/۴۱ | ۵/۴۶ | ۶۰/۱۵ | ۶/۰۸ | ۷۰/۳۶۰ | | | | | | | |
| درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | | | | | | | |
| ۶ | ۸ | ۳/۵ | ۵ | ۱۰/۸ | ۱۱ | | | | | | | |
| ۲۷/۱ | ۳۶ | ۲۶/۲ | ۳۷ | ۳۰/۴ | ۳۱ | | | | | | | |
| ۴۰/۶ | ۵۴ | ۵۱/۱ | ۷۲ | ۴۳/۱ | ۴۴ | | | | | | | |
| ۲۶/۳ | ۳۵ | ۱۹/۱ | ۲۷ | ۱۵/۷ | ۱۶ | | | | | | | |
| ۶۷/۷ | ۹۰ | ۵۷/۴ | ۸۱ | ۷/۶۴ | ۶۶ | زن | | | | | | |
| ۳۲/۳ | ۴۳ | ۴۲/۶ | ۶۰ | ۳۵/۳ | ۳۶ | مرد | | | | | | |

مقیاس روابط موضوعی بل^۲

دارای ۴۵ پرسش با پاسخ‌دهی به صورت درست/نادرست است که بازنمایی‌های روابط موضوعی را در قالب ۴ خرده مقیاس بیگانگی^۳، دلبستگی ناایمن^۴، بی‌کفایتی اجتماعی^۵ و خودمحوری^۶ می‌سنجد [۴۷]. در پژوهش حاضر از نسخه استاندارد شده فارسی [۴۸] که اعتبار و روایی مطلوبی دارد، استفاده شده است. در این پژوهش، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های بیگانگی، دلبستگی ناایمن، بی‌کفایتی اجتماعی و خودمحوری به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۶۹ و ۰/۷۴ است.

شیوه انجام پژوهش

توزیع پرسشنامه به صورت آنلاین و از طریق سایت پرسلاین صورت گرفت. از طریق شبکه‌های اجتماعی مثل واتساپ، اینستاگرام و لینکدین لینک پاسخگویی به پرسشنامه فراهم آمد. از افراد در سنین ۲۰-۴۵ سال که تاکنون مهاجرت نکرده‌اند و هم‌اکنون در ایران ساکن هستند، برای شرکت در پژوهش دعوت شد. لینک پاسخگویی به همراه معرفی پژوهش در گروه‌های اجتماعی با تعداد بالای اعضا به اشتراک گذاشته شد.

اقدام به مهاجرت: شرکت‌کنندگانی که در پرسش قبلی، گزینه قصد مهاجرت دارم را انتخاب کردند، پرسش تکمیلی «آیا تاکنون برای مهاجرت خود اقدام کرده‌اید؟ بله-خیر» پرسیده شد.

سیاهه روانی-اجتماعی نیرومندی من^۱

این پرسشنامه براساس نظریه اریکسون توسط مارکستروم و مارشال [۴۰، ۳۹] ساخته شده است. پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت از ۵ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) صورت گرفته است و شامل ۶۴ پرسش و ۸ خرده مقیاس امید، خرد، هدف، خواسته، شایستگی، مراقبت، عشق و تعهد است. مارکستروم و مارشال اعتبار و روایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند و روایی صوری، محتوا و سازه این پرسشنامه را تأیید و همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند. الطافی آن را به فارسی ترجمه کرده و در ایران هنجاریابی کرده است. اعتبار از طریق آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است [۴۶]. در پژوهش حاضر آلفای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به این شرح است: امید (۰/۶۷)، خرد (۰/۶۸)، هدف (۰/۷۹)، خواسته (۰/۷۰)، شایستگی (۰/۷۸)، مراقبت (۰/۷۴)، عشق (۰/۵۲)، تعهد (۰/۶۵).

2. Bell object relation inventory (BORI).

3. Alienation (ALN).

4. Insecure attachment (IA).

5. Social incompetency (SI).

6. Egocentricity (EGC).

1. Psychosocial inventory of Ego strength (PIES).

ایران بازگشته‌اند. با توجه به این که وضعیت انتخابی این افراد با هدف پژوهش منطبق نبود، از تحلیل کنار گذاشته شدند.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش از محاسبه شاخص‌های آمار توصیفی، همچون میانگین و انحراف استاندارد برای ارائه اطلاعات توصیفی پژوهش استفاده شد و برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از آزمون تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۲ نرم‌افزار اس. پی. اس. اس استفاده گردید.

نتایج

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی پژوهش

| گروه‌ها | | | | | | |
|-----------------------------|---------|-----------------|---------|------------------|---------|------------------------------------|
| تصمیمی نگرفته است (مردم ۵۵) | | قصد مهاجرت دارد | | قصد مهاجرت ندارد | | متغیرها |
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| ۲۶/۱۵ | ۲۳۲/۸ | ۲۸/۴۶ | ۲۳۳/۲۲ | ۲۹/۰۰ | ۲۴۶/۰۴ | نمره کلی تحول‌یافتگی من |
| ۶/۵۱ | ۱۳/۹۷ | ۷/۳۸ | ۱۵/۱۸ | ۶/۹۶ | ۱۳/۵۴ | نمره کلی بازنمایی‌های روابط موضوعی |

واریانس-کواریانس استفاده شد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F=0/33$ $M\ box=1/96$) $p>0/05$). نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داد، بین ۳ گروه در ترکیب خطی متغیرها تفاوت معنادار مشاهده می‌شود (لامبدای ویلکز $F=3/95$ $0/96$) $p<0/01$). نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، این اثر در رابطه با کدام متغیرها معنادار است. برای مشاهده تفاوت‌ها بین زوج گروه‌ها، از آزمون بونفرونی استفاده شد (جدول ۵). نتایج آزمون بونفرونی نشان داد، تحول‌یافتگی من در گروهی که قصد مهاجرت ندارد نسبت به گروهی که قصد دارد ($0/428$) $II=0/452$) $P<0/01$ و گروهی که تردید دارد ($0/452$) $II=0/452$) $P<0/01$ نمره بالاتری دارد. هم‌چنین در بازنمایی‌های روابط موضوعی، نتایج نشان داد که گروهی که قصد مهاجرت ندارد در مقایسه با گروه قصدمند ($0/326$) $II=0/326$) $P<0/05$ در نمره کلی روابط موضوعی نمره پایین‌تری دارد و از کیفیت بالاتر روابط موضوعی برخوردار است. در گروه‌های دیگر تفاوت معناداری مشاهده نشد.

پس از پرسش از عوامل جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، متوسط درآمد، تحصیلات)، از شرکت‌کنندگان خواسته شد بین ۴ وضعیت (اصلاً قصد مهاجرت ندارم- قصد مهاجرت دارم- مطمئن نیستم، هنوز به تصمیمی نرسیده‌ام- سایر) گزینه‌ای که بیش از همه با وضعیت آنها منطبق است انتخاب کنند. افرادی که گزینه قصد مهاجرت دارم را انتخاب کردند به پرسش تکمیلی «آیا تاکنون برای مهاجرت خود اقدام کرده‌اید؟ اقداماتی چون یادگیری زبان، ثبت درخواست برای دانشگاه یا شغل، درخواست ویزا، مصاحبه سفارت» پاسخ دادند.

افرادی که گزینه سایر را انتخاب کردند از آنان خواسته شد توضیح مختصری در خصوص وضعیت خود ارائه دهند. عمده این افراد یا هم اکنون مهاجرت کرده بودند یا جز افرادی بودند که در گذشته مهاجرت کرده و هم اکنون به

به منظور مقایسه ۳ گروه (قصد مهاجرت ندارد- قصد مهاجرت دارد- دچار تردید است) در متغیرهای روابط موضوعی و تحول‌یافتگی من و به منظور کنترل متوسط درآمد، جنسیت و تحصیلات از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. با توجه به همبستگی تحول‌یافتگی من با روابط موضوعی، ترکیب خطی این دو مقیاس با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت.

پیش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، نخست مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها چولگی و کشیدگی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد چولگی و کشیدگی متغیرها بین (۱ و -۱) است و شرط نرمال بودن برقرار است. جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد، سطح معناداری آماره F بزرگتر از $0/01$ است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها بین گروه‌ها برقرار است. هم‌چنین از آزمون ام. باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس

درآمد، جنسیت، تحصیلات از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج در جدول ۴ گزارش شده است.

همچنین، با توجه به همبستگی بالای خرده مقیاس‌ها، امکان استفاده از آزمون مانکوا فراهم نبود. بنابراین، برای مقایسه هر خرده مقیاس در سه گروه با کنترل متوسط

جدول ۳. بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها در ۳ گروه

| منابع | متغیر وابسته | SS | df | MS | F | معنی داری | مجذوراتا |
|-------|---------------------------|-------|----|------|------|-----------|----------|
| گروه | تحول‌یافتگی من | ۱۳/۸۰ | ۲ | ۶/۹۰ | ۷/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۳۹ |
| | بازنمایی‌های روابط موضوعی | ۶/۲۱ | ۲ | ۳/۱۰ | ۳/۲۳ | ۰/۰۴ | ۰/۰۱۷ |

جدول ۴. نتایج آزمون آنکوا برای خرده مقیاس‌های روابط موضوعی و تحول یافتگی من

| متغیر | SS | df | MS | F | معنی داری | مجذوراتا |
|-------------------|-------|----|------|------|-----------|----------|
| امید | ۱۸/۹۷ | ۲ | ۹/۴۸ | ۹/۹۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵۲ |
| وفاداری (تعهد) | ۱۳/۰۵ | ۲ | ۶/۵۲ | ۶/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۳۶ |
| عشق | ۱۴/۸۸ | ۲ | ۷/۴۴ | ۷/۷۹ | ۰/۰۰ | ۰/۰۴۱ |
| مراقبت | ۲/۱۲ | ۲ | ۱/۰۶ | ۱/۰۶ | ۰/۳۴ | ۰/۰۰۶ |
| خرد | ۶/۵۷ | ۲ | ۳/۲۸ | ۳/۳۸ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۱۸ |
| هدف | ۴/۷۵ | ۲ | ۲/۳۷ | ۲/۴۷ | ۰/۰۸۶ | ۰/۰۱۳ |
| کفایت و شایستگی | ۳/۰۴ | ۲ | ۱/۵۲ | ۱/۶۰ | ۰/۲۰ | ۰/۰۰۹ |
| اراده | ۹/۸۶ | ۲ | ۴/۹۳ | ۵/۱۶ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۲۸ |
| بیگانگی | ۱۰/۳۳ | ۲ | ۵/۱۶ | ۵/۴۴ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۲۹ |
| دلبستگی نایمن | ۳/۸۸ | ۲ | ۱/۹۴ | ۱/۹۹ | ۰/۱۴ | ۰/۰۱۱ |
| بی کفایتی اجتماعی | ۲/۱۹ | ۲ | ۱/۰۹ | ۱/۱۲ | ۰/۳۳ | ۰/۰۰۶ |
| خودمحوری | ۸/۷۲ | ۲ | ۴/۳۶ | ۴/۴۷ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۲۴ |

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت ۳ گروه در خرده مقیاس‌های روابط موضوعی و تحول یافتگی من

| متغیر | گروه ۱ | گروه ۲ | میانگین تفاوت‌ها | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|----------|----------|--------|------------------|----------------|--------------|
| امید | بدون قصد | قصد | ۰/۵۰۲ | ۰/۱۲۹ | ۰/۰۰۰ |
| | | تردید | ۰/۵۳۰ | ۰/۱۳۱ | ۰/۰۰۰ |
| وفاداری | بدون قصد | قصد | ۰/۴۵۶ | ۰/۱۳۰ | ۰/۰۰۱ |
| | | تردید | ۰/۳۸۷ | ۰/۱۳۲ | ۰/۰۱۱ |
| عشق | بدون قصد | قصد | ۰/۴۴۸ | ۰/۱۲۹ | ۰/۰۰۲ |
| | | تردید | ۰/۴۶۶ | ۰/۱۳۱ | ۰/۰۰۱ |
| خرد | بدون قصد | قصد | ۰/۳۱۶ | ۰/۱۳۰ | ۰/۰۴۷ |
| | | تردید | ۰/۲۸۸ | ۰/۱۳۲ | ۰/۰۹۱ |
| اراده | بدون قصد | قصد | ۰/۳۹۵ | ۰/۱۲۹ | ۰/۰۰۷ |
| | | تردید | ۰/۳۳۸ | ۰/۱۳۱ | ۰/۰۳۱ |
| بیگانگی | بدون قصد | قصد | -۰/۴۱۹ | ۰/۱۲۹ | ۰/۰۰۴ |
| | | تردید | -۰/۱۸۷ | ۰/۱۳۱ | ۰/۴۶۴ |
| خودمحوری | بدون قصد | قصد | -۰/۳۹۰ | ۰/۱۳۱ | ۰/۰۰۹ |
| | | تردید | -۰/۲۱۸ | ۰/۱۳۳ | ۰/۳۰۷ |

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد، در خرده مقیاس‌های تحول‌یافتگی من، مؤلفه‌های امید، عشق، وفاداری، خواسته و خرد در گروهی که قصد مهاجرت ندارند، نسبت به گروه قصدمند نمره بالاتری دارد. همچنین میان دو گروه مردد و گروهی که قصد ندارد، مؤلفه‌های امید، وفاداری و عشق و خواسته به طور معناداری متفاوت است. گروهی که قصد ندارد در این مؤلفه‌ها نمرات بالاتری

به خود اختصاص داده‌است. در رابطه با ابعاد روابط موضوعی، مؤلفه‌های بیگانگی و خودمحوری در گروه بدون قصد نسبت به گروه قصدمند نمره پایین‌تری دارد. در این رابطه بین گروه مردد با هیچ یک از گروه‌ها تفاوتی یافت نشد. لازم به ذکر است که بین گروه مردد و گروه قصدمند در هیچ یک از متغیرها تفاوتی مشاهده نشد.

جدول ۶. شاخص‌های توصیفی برای تحول‌یافتگی من و بازنمایی‌های روابط موضوعی در گروه‌های اقدام/بدون اقدام

| گروه‌ها | | | | |
|----------------------|---------|-------------------------|---------|------------------------------------|
| اقدام نکرده است (۵۰) | | اقدام کرده است (۹۱ نفر) | | |
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | متغیرها |
| ۲۷/۷۳ | ۲۲۳/۸۶ | ۳۰/۱۹ | ۲۳۶/۲۰ | تحول یافتگی من |
| ۶/۲۴ | ۱۶/۲۰ | ۶/۴۹ | ۱۳/۶۷ | نمره کلی بازنمایی‌های روابط موضوعی |

در پایان، به منظور مقایسه دو گروهی که برای مهاجرت اقدام کرده‌اند و گروهی که اقدام نکرده‌اند، در تحول‌یافتگی من و بازنمایی‌های روابط موضوعی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. پس از برقراری شرط همسانی واریانس‌های خطا از طریق آزمون لون و همگنی ماتریس واریانس کواریانس ($F=۰/۷۳$ $box=۲/۲۱$)، از آزمون چند متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد (جدول ۶) تفاوت دو گروه در تحول‌یافتگی من و روابط موضوعی معنادار است ($P<۰/۰۵$ $F=۳/۲۰$ و $یلکز=۰/۹۶$).

بررسی تفاوت‌های بین دو گروه در خرده‌مقیاس‌ها نشان داد، مؤلفه‌های خرد ($F=۶/۵۶$ $P<۰/۰۱$)، هدف ($F=۵/۶۸$) و بی‌کفایت ($F=۸/۵۴$ $P<۰/۰۱$) و مؤلفه‌های بیگانگی ($F=۸/۷۶$ $p<۰/۰۱$) و بی‌کفایتی اجتماعی تفاوت معنادار است. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در این خرده مقیاس‌ها نشان داد، گروهی که برای قصد خود اقدام کرده است نمرات بالاتری در خرده مقیاس‌های خرد، هدف و کفایت و نمرات پایین‌تری در بیگانگی و بی‌کفایتی اجتماعی کسب کرده است.

جدول ۷. بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها در ۲ گروه

| متغیر | F | معنی داری | مجذور اتا |
|-------------------|-------|-----------|-----------|
| تحول یافتگی من | ۵/۸۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۴۰ |
| خرد | ۶/۹۶ | ۰/۰۰۹ | ۰/۰۴۸ |
| هدف | ۴/۶۴ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳۳ |
| کفایت | ۱۰/۰۸ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۶۸ |
| روابط موضوعی | ۴/۸۰ | ۰/۰۴ | ۰/۰۲۹ |
| بیگانگی | ۸/۳۸ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۵۷ |
| بی‌کفایتی اجتماعی | ۵/۲۴ | ۰/۰۲ | ۰/۰۳۷ |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش تحول‌یافتگی من و بازنمایی‌های روابط موضوعی در تصمیم به مهاجرت بود. به همین منظور ۳ گروه از افراد مورد مقایسه قرار گرفتند: گروهی که قصد مهاجرت ندارد، گروهی که دچار تردید است و هنوز تصمیمی برای مهاجرت نگرفته است و گروهی که قصد مهاجرت دارد. هم‌چنین در گروهی که قصد مهاجرت دارد مقایسه‌ای بین افرادی که اقدام برای مهاجرت را شروع کرده‌اند و گروهی که اقدام نداشته‌اند صورت گرفت. با توجه به نقش وضعیت اقتصادی و اجتماعی بر قصد مهاجرت، متغیرهای جنسیت، متوسط درآمد و تحصیلات در میزان تمایل و قصدمندی مهاجرت به عنوان متغیرهای هم‌پراش وارد تحلیل کوواریانس شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد بین دو گروهی که قصد مهاجرت دارد و قصد مهاجرت ندارد، در تحول‌یافتگی من و بازنمایی‌های روابط موضوعی، تفاوت معنادار است؛ گروهی که قصد مهاجرت ندارد در تحول‌یافتگی من نمره بالاتر کسب کرده است. این تفاوت به طور مشخص در مؤلفه‌های عشق، امید، خواسته، خرد و وفاداری دیده می‌شود. هم‌چنین این گروه در مؤلفه‌های بیگانگی و خودمحوری روابط موضوعی نمره پایین‌تری به دست آورده است.

علاوه‌براین، تحلیل داده‌ها در سطح خرده مقیاس‌های تحول‌یافتگی من نشان داد، امید، عشق، وفاداری، خرد و خواسته در تصمیم فرد برای ماندن در کشور، نقش ایفا می‌کند. این یافته‌ها با پژوهش‌هایی که از نقش شخصیت و ابعاد بنیادین آن در تصمیم به مهاجرت حمایت کرده‌اند، همسو است [۳۳،۳۲،۳۱،۳۰،۱۷،۱۳].

این یافته‌ها گواه آن است، اگرچه متغیرهای اجتماعی و اقتصادی می‌توانند زمینه‌ساز مهاجرت شوند اما نمی‌توان از نقش مؤلفه‌های روان‌شناختی و سازه‌های بنیادین شخصیت در مبحث مهاجرت غفلت کرد. تفاوت‌های مشاهده شده در مؤلفه‌های تحول‌یافتگی من و روابط موضوعی بین افرادی که قصد ماندن در ایران دارند و افرادی که قصد کرده‌اند هجرت کنند، بینش‌هایی را در مورد پویایی روان‌شناختی زیربنای تصمیم‌های مهاجرت ارائه می‌دهد. در ادامه به نقش مؤلفه‌های نیرومندی من در تصمیم‌گیری مهاجرت می‌پردازیم. یافته‌ها نشان داد، افرادی که قصد ماندن در ایران دارند

در مؤلفه‌های امید، عشق و وفاداری نمرات بالاتری کسب می‌کنند و در مجموع از ایمنی بالاتری در روابط موضوعی برخوردار هستند. در تبیین بالاتر بودن مؤلفه امید در گروهی که قصد مهاجرت ندارند، می‌توان گفت: این خصیصه به فرد کمک می‌کند، فارغ از دشواری‌هایی که در حال حاضر ادراک می‌کند، چشم‌انداز مثبتی به آینده داشته باشد. در همین راستا یافته‌های پژوهشی نشان‌می‌دهد، تصاویر ذهنی معطوف به آینده، نقش مؤثری در تصمیم‌گیری برای مهاجرت ایفا می‌کند [۲۷]. خصیصه امید که از دل رابطه امن و قابل اعتماد با مراقب زاده می‌شود، منجر به شکل‌گیری تصاویری مثبت از آینده می‌گردد [۴۰،۳۹]. این نگاه مثبت ممکن است لزوماً با واقعیت منطبق نباشد اما خوش‌بینی به بهتر شدن اوضاع زیست موجب می‌شود فرد با رنج‌های فعلی منطبق شود. هم‌چنین این افراد در مؤلفه وفاداری نمره بالاتری را به خود اختصاص دادند. طبق صورت‌بندی اریکسون وفاداری یا تعهد، خصیصه‌ای است که فرد در خلال هویت‌یابی به آن نائل می‌شود [۴۲]. وفاداری در زمره توانمندی‌هایی است که در آن زمینه اجتماعی بسیار پررنگ است و فرد را به یک عضو فعال و کنشگر در جامعه بدل می‌سازد. به عبارتی، چنین خصیصه‌ای، فرد را نسبت به اجتماعش دغدغه‌مند و متعهد می‌سازد [۴۳]. طبق یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد، خصلت وفاداری با دلبستگی به اجتماع و سرزمین پیوند نزدیکی دارد. بنابراین، افرادی که این خصیصه در آنها قدرت بیشتری دارد، احتمال دارد کمتر به مهاجرت گرایش پیدا کنند. این یافته با پژوهش‌هایی که بر ارتباط بین هویت و غرور ملی با قصد مهاجرت صحنه می‌گذارند، همسو است [۵۰].

هم‌چنین مؤلفه عشق به‌عنوان یک خصیصه همبسته با وفاداری، در گروهی که قصد مهاجرت ندارد نمره بالاتری به خود اختصاص داده است. چنین یافته‌ای هم‌خوان با پژوهش‌هایی است که تمایل به مهاجرت را در افرادی که نیاز به پیوندجویی بر نیاز به خودمختاری و پیشرفت اولویت دارد، کمتر گزارش کرده‌اند [۳۶]. با توجه به این‌که کارکردهای «من» در بستر روابط موضوعی شکل می‌گیرد و رشد می‌یابد، بالاتر بودن این مؤلفه‌ها با ایمنی بالاتر روابط موضوعی همراه است؛ امری که در یافته‌های این پژوهش نیز تأیید می‌شود. در همین راستا، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افرادی که قصد مهاجرت ندارند در ابعاد

عاملیت و تأثیرگذاری خود را در جریان زندگی ادراک کند [۳۹]. یک تفسیر می‌تواند این باشد که این افراد با ادراک کنترل درونی، کمتر احتمال دارد که با تغییر محیط بیرون سعی در سازش داشته باشد؛ این افراد با بهره‌مندی از شیوه انطباقی درون‌دگر ساز ممکن است به سازش‌یافتگی برسند. از منظر پویایی، تحول‌یافتگی «من» با راهکارهای سازگاری مؤثر در ارتباط است. مجموعه توانمندی‌های «من» فرد را در برابر شرایط فشارزای بیرونی تاب‌آور می‌سازد و به او امکان مواجهه مناسب‌تر با چالش‌های بیرونی می‌دهد. از نگاه سلمان اختر، در مهاجرت شیوه سازگاری فرد آلوپلاستیک^۱ یا برون‌دگر ساز است [۵۲، ۳۰]. این گفته بدان معناست که فرد تصمیم می‌گیرد شرایط بیرونی را به خود نزدیک‌تر سازد و به این شیوه فرد به سازش‌یافتگی نائل می‌گردد. بنابراین، نمی‌توان مدعی شد که افرادی که مهاجرت می‌کنند از تحول‌یافتگی و تاب‌آوری پایین‌تری برخوردار هستند؛ در واقع نوع راه مقابله‌ای آنان متفاوت است [۳۰].

دیگر یافته پژوهش در خصوص مقایسه بین‌گروهی از افراد که هنوز تصمیم نگرفته‌اند با گروهی که قصد مهاجرت ندارند، نشانگر تفاوت در میزان تحول‌یافتگی من بود. این تفاوت در مؤلفه‌های امید، عشق و خرد قابل مشاهده است. به این معنا که افرادی که قصد مهاجرت ندارند نسبت به افرادی که نسبت به مهاجرت تردید دارند، افراد امیدوارتری هستند. شاید بتوان گفت، این افراد لزوماً چشم‌انداز مثبتی به آینده ندارند به همین دلیل جز افرادی هستند که به مهاجرت فکر می‌کنند با این حال هنوز به مرحله‌ای نرسیده‌اند که فکر خود را به تصمیم برای مهاجرت مبدل کنند و به نوعی در وضعیت تعلیق به سر می‌برند. همچنین بین این گروه و گروهی که قصد مهاجرت دارد در هیچ متغیری تفاوت معناداری دیده نشد. به نظر می‌رسد، مؤلفه‌های روابط موضوعی و تحول‌یافتگی «من» نمی‌تواند این گروه را از افرادی که تصمیم به مهاجرت گرفته‌اند متمایز کند و عوامل روان‌شناختی و اجتماعی دیگری لازم است در ارتباط با این افراد مورد بررسی قرار گیرد. یک دلیل دیگر می‌تواند این باشد که تمایز دقیقی بین گروهی که قصد مهاجرت دارد؛ اما اقدامی برای آن صورت نداده است با گروهی که تردید دارد و هنوز تصمیم مشخصی

بیگانگی و خودمحوری روابط موضوعی نمرات کمتری کسب کرده‌اند. خرده‌مقیاس‌های بیگانگی و خودمحوری، نشانگر فقدان اعتماد بنیادین در روابط، ناتوانی در نزدیکی و ناامیدی از برقراری رابطه پایدار و صمیمی است. نمرات بالای بیگانگی به این معناست که فرد باور دارد نمی‌تواند دنیای درونی خود را با کسی به اشتراک بگذارد و صمیمیت را تجربه کند؛ او باور دارد دیگران او را سرخورده خواهند کرد و نمی‌توانند نیازهایش را ارضا کنند [۵۱]. در تأیید این یافته می‌توان به مطالعاتی اشاره کرد که ارتباط سبک دلبستگی را با قصد مهاجرت مطالعه کرده‌اند. به گزارش این پژوهش‌ها سبک دلبستگی دوری‌گزین با میزان تمایل به مهاجرت ارتباط مثبت دارد [۳۳]. با توجه به ارتباط مثبت سبک دلبستگی دوری‌گزین با ابعاد بی‌کفایتی اجتماعی، بیگانگی و خودمحوری روابط موضوعی [۵۱]، می‌توان به این نتیجه رسید، برخی از گونه‌های مهاجرت را می‌توان به مثابه فرار از موضوع ناکام‌کننده و آزاردهنده دانست؛ یا به تعبیر اختر، گویی پرخاشگری و قهر معطوف به موضوع آزارگر فرد را به سوی هجرت می‌کشاند. با این حال لازم است در اعمال چنین تفسیری جانب احتیاط را رعایت کرد. نمره بسیار بالا در این خرده‌مقیاس، جنبه آسیب‌شناختی دارد و به ندرت ممکن است در جمعیت غیر بالینی این نمره بالا باشد [۵۱، ۴۸]. نمره بالاتر در گروهی که قصد مهاجرت دارند به این معنا نیست که این افراد به شکل آسیب‌شناختی در این خرده‌مقیاس نمرات بالایی دریافت می‌کنند؛ مقایسه میانگین‌ها نیز نشان می‌دهد در این گروه نمرات به شکل ناهنجاری بالا نبوده است بلکه از گروهی که قصد مهاجرت ندارند، نمره بالاتری کسب کرده‌اند. نمرات میانه این خرده‌مقیاس می‌تواند به این معنا باشد که در فرد گرایش بیشتری به سمت خودمختاری تا پیوندجویی دیده می‌شود؛ بدین معنا که ممکن است راحت‌تر بتواند از علقه‌ها و پیوندهایش جدا شود و تن به پذیرش سوگ‌های ناشی از مهاجرت دهد.

تفاوت دیگری که بین دو گروه قصدمند/ بدون قصد دیده می‌شود، در خصیصه‌های اراده و خرد است. البته شایان توجه است که اندازه اثر این دو مؤلفه در قیاس با مؤلفه‌های عشق، امید و وفاداری کمتر است. خصیصه اراده به فرد قدرت می‌دهد تا در انتخاب‌هایش احساس آزادی داشته باشد و استقلال و خودمختاری را تجربه کند، تا

نتواند اقدامات لازم را برای مهاجرت ترتیب داده و صرفاً یک فرد آرزومند باقی بماند. علاوه بر این، مهاجرت فرد را از نقطه امن خارج می‌کند و یک آینده با احتمالات بی‌شمار پیش روی او قرار می‌دهد. خرد به‌مثابه خصیصه‌ای که به فرد قدرت مواجهه با امور غیرمنتظره و همین‌طور پذیرش اشتباهات را می‌دهد، در این میان نقش مؤثری ایفا می‌کند. با توجه به پایین‌تر بودن نمره این توانایی در افرادی که اقدام برای مهاجرت نداشته‌اند، می‌توان گفت؛ عامل بازدارنده، ترس از ناشناخته‌بودن فرایند مهاجرت و نداشتن تحمل ابهام است.

در ادامه، یافته‌ها نشان داد افرادی که برای مهاجرت اقدام کرده‌اند در مؤلفه‌های بیگانگی و بی‌کفایتی اجتماعی نمرات پایین‌تری کسب می‌کنند و ایمنی روابط موضوعی در آنها بالاتر است. مقایسه میزان تحول‌یافتگی «من» و بازنمایی روابط موضوعی بین این دو گروه نشان از آن دارد که افرادی که متناسب با قصد خود اقداماتی را ترتیب می‌دهند، از تحول‌یافتگی «من» و روابط موضوعی پخته‌تری برخوردارند. افراد آرزومند مهاجرت ممکن است در عمل هیچ اقدامی برای آرزوی خود نداشته باشند. نکته‌ای که لازم است مدنظر قرار گیرد این است که بخش بزرگی از افرادی که عنوان می‌کنند قصد مهاجرت دارند ممکن است بیشتر آرزوی مهاجرت داشته باشند و در عمل هیچگاه اقدامی برای رفتن ترتیب ندهند. در پژوهش حاضر امکان کنترل این مسئله فراهم نبود. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مقایسه‌ای بین افرادی که قصد مهاجرت ندارند و قصد مهاجرت دارند با افراد مهاجر صورت گیرد تا نقش تحول‌یافتگی «من» و روابط موضوعی در مهاجرت شفاف‌تر گردد.

در مجموع نتایج این پژوهش بیانگر آن است که همسو با صورت‌بندی‌های روانکاوانه و مطالعات اختر [۳۸،۳۳،۳۰] تحول‌یافتگی «من» و بازنمایی‌های روابط موضوعی می‌تواند در امر مهاجرت نقش ایفا کند. به طور خلاصه، نظریه روابط موضوعی تأثیر بازنمایی‌های درونی شده را بر تصمیمات مهاجرت برجسته می‌کند، در حالی که تحول‌یافتگی «من» که در بستر روابط موضوعی و در ماتریس ارتباطی شکل می‌گیرد، نقش مهمی در مدیریت جنبه‌های روانی و عاطفی فرآیند تصمیم‌گیری ایفا می‌کند. روابط موضوعی مثبت و نیرومندی و تحول‌یافتگی «من» می‌تواند به احساس امنیت،

نگرفته است، نمی‌توان قائل شد. ممکن است تعداد زیادی از افرادی که اعلام می‌کنند قصد مهاجرت دارند، در سودای مهاجرت به سر ببرند و هیچ‌گاه هیچ اقدامی ترتیب ندهند.

هدف دیگر پژوهش حاضر، مقایسه دو گروه اقدام‌بدون اقدام در گروهی که قصد مهاجرت دارند بود. همان‌طور که جداول ۵ و ۶ نشان می‌دهد، گروهی که اقدام کرده است نمرات بالاتری در تحول‌یافتگی من و به طور مشخص در مؤلفه‌های خرد، هدف و کفایت کسب کرده‌اند. نکته جالب‌توجه این است که دو مؤلفه هدف و کفایت با کنش‌وری در ارتباط است [۴۳،۳۹]. طبق نظریه اریکسون هدف در مرحله ابتکار در مقابل حس گناه شکل می‌گیرد و فرد را قادر می‌سازد تا اهداف واقع‌بینانه‌ای خلق کند و درعین حال برای رسیدن به اهدافش تلاش کند. نقطه مقابل هدف، بازداری و ترس است. به این معنا که فرد در راه رسیدن به اهدافش، مردد است و از شکست و موفقیت هراس دارد. در مرحله بعد که مرحله تولید در مقابل احساس حقارت است، فرد در صورت حل موفقیت‌آمیز تعارض‌های این مرحله واجد کفایت می‌شود. چنین فردی نسبت به مهارت‌ها و دانش ارزیابی واقع‌بینانه دارد و از این که بخواهد از آنها استفاده کند، هراسی ندارد. در مقابل فردی که به طور موفقیت‌آمیز این مرحله را پشت سر نمی‌گذارد، اعتمادش به خود متزلزل بوده و نمی‌تواند ارزیابی دقیق و واقع‌بینانه‌ای از توانایی‌هایش داشته باشد [۳۹]. همچنین خصلت خرد به‌عنوان آخرین توانایی که من کسب می‌کند، از دو منظر قابل توجه است: نخست آنکه، خرد فرد را قادر به پذیرش گذشته می‌کند که بتواند اشتباهاتش را ببیند و بپذیرد. چنین فردی ترس از اشتباه‌کردن و شکست‌خوردن ندارد. دوم آنکه، خرد به فرد توان و شجاعت مواجهه با آینده نامعلوم را می‌دهد و به‌نوعی او را برای تحمل ابهام آماده می‌سازد [۴۰]. در راستای تبیین قوی‌تر بودن این خصلت‌ها در افرادی که اقدام کرده‌اند می‌توان گفت: اقدام برای مهاجرت فرایند دشواری است؛ فرایند یادگیری زبان، مکاتبه با استادان و کارفرمایان برای دریافت پذیرش تحصیلی و شغلی، فرایند مصاحبه در سفارت و اخذ ویزا، همگی در زمره فعالیت‌هایی است که فرد را در معرض شکست قرار می‌دهد. چنانچه فرد ارزیابی واقع‌بینانه‌ای از توانایی‌ها و مهارت‌هایش نداشته باشد و ترس از شکست به او اجازه پیش‌روی ندهد، ممکن است

مطالعاتی، به ندرت در این حوزه از این روش استفاده شده است. اما ایده‌آل آن است که از زمانی که افراد تصمیم به مهاجرت می‌گیرند تا زمانی که در کشور مقصد ساکن می‌شوند و وارد فرایند فرهنگ‌پذیری می‌شوند مورد مطالعه قرار گیرند.

در پایان، پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی نقش روابط موضوعی و نیرومندی «من» بر سازگاری‌های پس از مهاجرت و نحوه مواجهه با چالش‌ها، پژوهش‌هایی بر روی مهاجران صورت گیرد تا تأثیر این سازه‌ها را بر تاب‌آوری مدیریت اضطراب و تعارض‌ها و سوگواری پس از هجرت واکاوی کند.

منابع

- 1- Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied psychology*. 1997 Jan; 46(1): 5-34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
- 2- Safdar S, Lay C, Struthers W. The process of acculturation and basic goals: Testing a multidimensional individual difference acculturation model with Iranian immigrants in Canada. *Applied Psychology*. 2003 Oct; 52(4): 555-79. <http://dx.doi.org/10.1111/1464-0597.00151>
- 3- Sam DL, Berry JW. editors. *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge University Press; 2006 Aug 3.
- 4- Hoppe A, Fujishiro K. Anticipated job benefits, career aspiration, and generalized self-efficacy as predictors for migration decision-making. *International journal of intercultural relations*. 2015 Jul 1; 47:13-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2015.03.025>
- 5- Ajzen I. *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. Springer Berlin Heidelberg; 1985.
- 6- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991 Dec 1; 50(2): 179-211. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- 7- Kley S. Facilitators and constraints at each stage of the migration decision process. *Population Studies*. 2017 Oct 31; 71(sup1):35-49. <http://dx.doi.org/10.1080/00324728.2017.1359328>

سازگاری و تصمیم‌گیری متفکرانه در مورد مهاجرت کمک کند، در حالی که روابط موضوعی ناایمن و نیرومندی پایین‌تر «من» ممکن است منجر به تمایل به فرار از محیط‌های چالش‌برانگیز یا مشکلات در مدیریت استرس‌های مهاجرت شود. به همین دلیل بررسی این سازه‌ها در سازگاری‌های پس از مهاجرت نیز می‌تواند کمک کننده باشد. بهتر است در پژوهش‌های آتی به مطالعه میزان سازش‌پذیری افرادی که مهاجرت کرده‌اند در ارتباط با تحول‌یافتگی من و همین‌طور بازنمایی‌های روابط موضوعی پرداخت تا نقش آن در فرایند سازش‌پذیری پس از مهاجرت روشن‌تر گردد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تصمیم به مهاجرت تنها در پاسخ به مشکلات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی کشور مبدأ شکل نمی‌گیرد، بلکه فرد یک عامل فعال است که با ارزیابی تاریخیچه زندگی خود، روابط، توانمندی‌ها و خودپنداره‌اش، دست به انتخاب بین رفتن یا ماندن می‌زند. در مجموع پژوهش حاضر تلاشی برای نشان دادن نقش عوامل درون روانی دخیل در تصمیم‌گیری برای مهاجرت است و می‌توان گفت؛ در زمره نخستین تلاش‌هایی است که در پژوهش‌های داخلی برای شناخت عوامل روان‌شناختی قصد و اقدام برای مهاجرت صورت گرفته است. انجام این پژوهش همراه با محدودیت‌ها و نواقصی بوده است که از چشم پژوهشگرانش پوشیده نیست.

نخست آنکه ماهیت چند وجهی پدیده مهاجرت به گونه‌ای است که به هیچ عنوان نمی‌توان با اتکای صرف به روش‌های مبتنی بر خودگزارشی و تحلیل‌های کمی، شناخت جامعی از آن کسب کرد. عوامل اقتصادی، جامعه‌شناختی، فرهنگی و روان‌شناختی بی‌شماری بر فرایند مهاجرت تأثیرگذار خواهند بود. پیشنهاد می‌شود، موضوع تصمیم‌گیری برای مهاجرت، از طریق پژوهش‌های کیفی به صورت جدی‌تر دنبال شود. به ویژه با توجه به تازگی و نوظهور بودن این گرایش، بهتر است از روش‌هایی چون نظریه داده بنیاد برای اکتشاف فرایندی که افراد برای تصمیم‌گیری به مهاجرت و سپس اقدام طی می‌کنند، استفاده کرد.

همچنین با توجه به اینکه مهاجرت فرایندی است که در طول زمان اتفاق می‌افتد، بهره‌گیری از روش‌های مطالعاتی طولی می‌تواند در شناخت مسیر مهاجرت کمک شایانی بکند؛ با توجه به هزینه بر و دشوار بودن انجام چنین

- 17-Shuttleworth I, Stevenson C, Bjarnason P, Finell E. Geography, psychology and the 'Big Five' personality traits: Who moves, and over what distances, in the United Kingdom?. *Population, Space and Place*. 2021 Apr; 27(3): e2418.
https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/42013/1/1396820_Stevenson.pdf
- 18-De Haas H. A theory of migration: the aspirations-capabilities framework. *Comparative Migration Studies*. 2021 Dec; 9(1): 1-35.
<https://comparativemigrationstudies.springeropen.com/articles/10.1186/s40878-020-00210-4>
- 19-Carling J, Schewel K. Revisiting aspiration and ability in international migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2018 Apr 26; 44(6): 945-63.
<http://dx.doi.org/10.1080/1369183X.2017.1384146>
- 20-Carling JR. Migration in the age of involuntary immobility: Theoretical reflections and Cape Verdean experiences. *Journal of ethnic and migration studies*. 2002 Jan 1; 28(1): 5-42.
<http://dx.doi.org/10.1080/13691830120103912>
- ۲۱-سهامی، سوسن؛ فتحی، کریم. عوامل اجتماعی - اقتصادی مؤثر بر گرایش به مهاجرت دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز، پژوهش/اجتماعی. ۱۳۹۷؛ ۳۹: صص ۱۵۱-۱۸۵
<https://sanad.iau.ir/fa/Article/1111231?FullText=FullText>
- ۲۲-خواجه نوری، بیژن؛ سروش، مریم. بررسی عوامل مؤثر بر نگرش جوانان به مهاجرت از کشور (نمونه مورد مطالعه: جوانان شهر شیراز). *علوم اجتماعی (دانشگاه فردوسی مشهد)*. ۱۳۸۵؛ ۷(۳): صص ۴۷-۸۱
<https://doi.org/10.22067/jss.v0i0.6263>
- ۲۳-فلاحی، کیومرث (۱۳۸۹). مقایسه عوامل کششی و رانشی جامعه ایران با جوامع پیشرفته صنعتی از نگاه دانش آموزان تهرانی، نشریه رفاه اجتماعی، ۳۹، صص ۲۷۳-۳۱۰.
<https://refahj.uswr.ac.ir/article-1-330-fa.html>
- ۲۴-قرابی تبریزی، فریده؛ سری دیوشلی، ابراهیم؛ کفاشی، مجید. عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر میزان گرایش بانوان تهرانی برای مهاجرت به کشورهای مهاجرپذیر در سال ۱۳۸۹. *نشریه پژوهش/اجتماعی*. ۱۳۹۲؛ ۱۹: صص ۸۳-۱۰۴.
<https://www.sid.ir/paper/164805/fa>
- 8- Kley SA, Mulder CH. Considering, planning, and realizing migration in early adulthood. The influence of life-course events and perceived opportunities on leaving the city in Germany. *Journal of housing and the built environment*. 2010 Apr; 25: 73-94.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10901-009-9167-8>
- 9- Lee ES. A theory of migration. *Demography*. 1966 Mar; 3:47-57.
- 10-Zhang Z, Zhang T, Zhang Q. The push-pull theory of migration and its application. *Chinese journal of population science*. 1997; 9(3): 255-63. <http://dx.doi.org/10.1108/HESWBL-04-2023-0084>
- 11-Di Pietro G. On migration and unemployment: evidence from Italian graduates. *Economic Issues*. 2005 Sep 1; 10(2): 11-28.
<https://ideas.repec.org/a/eis/article/205pietro.html>
- 12-Tabor AS, Milfont TL, Ward C. International migration decision-making and destination selection among skilled migrants. *Journal of Pacific Rim Psychology*. 2015 Jun; 9(1): 28-41.
<http://dx.doi.org/10.1017/prp.2015.3>
- 13-Tabor AS, Milfont TL, Ward C. The migrant personality revisited: Individual differences and international mobility intentions. *New Zealand Journal of Psychology (Online)*. 2015 Apr 1; 44(2): 89.
https://www.researchgate.net/publication/305209479_The_migrant_personality_revisited_Individual_differences_and_international_mobility_intentions
- 14-Winchie DB, Carment DW. Intention to migrate: A psychological analysis 1. *Journal of Applied Social Psychology*. 1988 Jul; 18(9): 727-36.
- 15-Ostrachshenko, V. and Popova, O. Life (Dis)Satisfaction and the Intention to Migrate: Evidence from Central and Eastern Europe. *Journal of Socio-Economics*. (2014); 48: 40- 49.
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1982502>
- 16-Perugini M, Bagozzi RP. The distinction between desires and intentions. *European Journal of Social Psychology*. 2004 Jan; 34(1): 69-84.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.186>

- 35-Williams AM, Baláz V. Migration, risk, and uncertainty: Theoretical perspectives. *Population, Space and Place*. 2012 Mar; 18(2): 167-80. <http://dx.doi.org/10.1002/psp.663>
- 36-Toth-Bos A, Wisse B, Farago K. Goal pursuit during the three stages of the migration process. *International Journal of Intercultural Relations*. 2019 Nov 1; 73: 25-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2019.07.008>
- 37-Ali A, Toner BB. Symptoms of Depression Among Caribbean Women and Caribbean-Canadian Women. *Psychology of Women Quarterly*. 2001 Sep; 25(3): 175-80. <https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/symptoms-of-depression-among-caribbean-women-and-caribbean-canadi>
- 38-Akhtar S. Technical challenges faced by the immigrant psychoanalyst. *The Psychoanalytic Quarterly*. 2006 Jan; 75(1): 21-43. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00031.x>
- 39-Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence*. 1997 Dec; 26(6): 705-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.11.003>
- 40-Markstrom CA, Marshall SK. The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of adolescence*. 2007 Feb 1; 30(1): 63-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.11.003>
- 41-Markstrom-Adams C, Hofstra G, Dougher K. The ego-virtue of fidelity: A case for the study of religion and identity formation in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 1994 Aug; 23(4): 453-69. <https://faculty.weber.edu/eamsel/Classes/Applyin%20Psychology/Adolescence%203140/Readings/Ego.PDF>
- 42-Erikson EH. Youth: Fidelity and diversity. *Daedalus*. 1962 Jan 1: 5-27.
- 43-Erikson EH. Identity: Youth and crisis. WW Norton & company; 1968.
- 44-Lijtmaer RM. Splitting and nostalgia in recent immigrants: Psychodynamic considerations. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 2001 Sep 1; 29(3): 427-38. <https://doi.org/10.1521/jaap.29.3.427.17301>
- 25-Entezarkheir M. Why is Iran Experiencing Migration and Brain Drain to Canada?. Available at SSRN 2808151. 2005.
- 26-Rahmandoust M, Ahmadian S, Shah IM. Iranian entrepreneurs in Malaysia: Reasons for their migration. *World Applied Sciences Journal*. 2011; 13(9): 2075-81. https://www.researchgate.net/publication/286375352_Iranian_entrepreneurs_in_Malaysia_Reasons_for_their_migration
- ۲۷-آسایش، امید؛ کاظمی‌پور، عبدالمحمد؛ صدیقی، بهرنگ. سودای مهاجرت: میل به مهاجرت و تصویر ذهنی از غرب در تجربه دانشجوی-مهاجران ایرانی، نشریه مطالعات فرهنگی و ارتباطات. ۱۳۹۸؛ ۱۵(۵۷)، صص ۵۱-۸۳. <https://doi.org/10.22034/jscs.2020.38265>
- 28-Van Mol C, Snel E, Hemmerchts K, Timmerman C. Migration aspirations and migration cultures: A case study of Ukrainian migration towards the European Union. *Population, space and place*. 2018 Jul; 24(5): e2131. <https://doi.org/10.1002/psp.2131>
- 29-Esipova N, Pugliese A, Ray J. More than 750 million worldwide would migrate if they could. *WORLD*. 2018 Dec 10; 13: 14.
- 30-Akhtar S. A third individuation: Immigration, identity, and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1995 Aug; 43(4): 1051-84. <https://doi.org/10.1177/000306519504300406>
- 31-Canache D, Hayes M, Mondak JJ, Wals SC. Openness, extraversion and the intention to emigrate. *Journal of Research in Personality*. 2013 Aug 1; 47(4): 351-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2013.02.008>
- 32-Boneva BS, Frieze IH. Toward a concept of a migrant personality. *Journal of Social Issues* 2001; 57(3): 477-91.
- 33-Van Ecke Y. Immigration from an attachment perspective. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2005 Jan 1; 33(5): 467-76. <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2005.33.5.467>
- 34-Van Dalen HP, Henkens K. Emigration intentions: Mere words or true plans? Explaining international migration intentions and behavior. *Explaining International Migration Intentions and Behavior* (June 30, 2008).

۴۹- مسگریان، فاطمه؛ آزادفلاح، پرویز؛ فراهانی، حجت‌الله؛ قربانی، نیما. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس بازنمایی‌های روابط موضوعی بل. *روانشناسی بالینی و شخصیت(دانشور رفتار)*، ۱۳۹۶؛ ۱۵(۲): ۱۹۳-۲۰۴.
https://cpap.shahed.ac.ir/article_2828_492b4ddf1d5842c9b33e08174e32c15e.pdf

۵۰- مظاهری، محمدعلی؛ میناکاری، محمود؛ صادقی، منصوره سادات. مقایسه غرور ملی در ایرانیان مقیم کانادا، متقاضی مهاجرت به کانادا و ساکن تهران. *مجله روانشناسی*. ۱۳۷۸؛ ۱۲(۴۶): ۱۵۴-۱۶۹.

51-Goldman GA, Andersom T. Quality of object relations, security of attachment, and interpersonal style as predictors of the early therapeutic alliance (Doctoral dissertation, Ohio University). *Journal of Counseling Psychology*. April 2007; 54(2): 111-117.
<https://doi.org/10.1037/0022.0167.54.2.111>

52-Akhtar S. *Comprehensive dictionary of psychoanalysis*. Routledge; 2018 May 1.

۴۵- توپچی، یاور؛ روشن چسلی، رسول؛ جان بزرگی، مسعود. پیش‌بینی نیرومندی من و ویژگی‌های آن براساس سبک‌های دلبستگی. *روانشناسی بالینی و شخصیت(دانشور رفتار)*. ۱۴۰۲؛ (در حال انتشار).
<https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17129.1305>

46-Rangell L. Choice-conflict and the decision-making function of the ego: A psychoanalytic contribution to decision theory. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1969; 50: 599-602.

۴۷- نیکوصفت، زهرا؛ قره‌باغی، فاطمه. نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای توانمندی ایگو در رابطه بین روابط موضوعی و حالات هویت در دانشجویان. *روانشناسی بالینی و شخصیت(دانشور رفتار)*، ۱۳۹۹؛ ۱۸(۲): ۱۰۹۱-۱۱۸.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2944>

48-Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*. 1986 Sep; 42(5): 733-41.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198609\)42:5%3C733::aid-jclp2270420509%3E3.0.co;2-c](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198609)42:5%3C733::aid-jclp2270420509%3E3.0.co;2-c)

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور: یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی

نویسندگان

زهرا خادم دزفولی^۱، سیده زهرا علوی^{۲*}، مسعود شهبازی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

zahrakhadem1984@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سوسنگرد، دانشگاه آزاد اسلامی، سوسنگرد، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.

Masoudshahbazi66@yahoo.com

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور بود.

روش: جامعه آماری پژوهش دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره شهر اهواز در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه‌ای شامل ۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و کسب حداقل نمره خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور انتخاب شدند. این مطالعه از نوع طرح شبه آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه همزمان بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. مشارکت‌کنندگان مقیاس سطوح خودانتقادی و انتظارات زناشویی را تکمیل نمودند.

نتایج: داده‌ها در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری جمع‌آوری و به روش شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و ترسیم دیداری تحلیل شدند. نتایج درصد بهبودی نشان داد، آزمودنی‌ها در مرحله درمان در متغیر خودانتقادی (۲۱/۴۲) و در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه (۱۸/۲۳) و در مرحله پیگیری در متغیر خودانتقادی (۵۱/۶۸) و در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه (۲۴/۸۶) بهبود پیدا کردند. هم‌چنین شاخص تغییر پایای هر دو متغیر در مرحله پس از درمان و پیگیری معنی‌دار ($Z=1/96$ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵) بود.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، باعث کاهش خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۶/۲۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۲/۱۲



کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودانتقادی، کمال‌گرایی، دختران

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Zahra.Alavi@iaui.ac.ir

مقدمه

مقایسه‌ی خود با استانداردهای سطح بالای شخصی ایجاد می‌شود، که این استانداردها و انتظارات، درونی شده‌اند. وجه اشتراک هر دو نوع خودانتقادی ذکر شده، آن است که فرد عمل و کارکرد خود را اشتباه می‌داند. خودانتقادگری شامل الگویی از عادت‌های خودسرزنشگر، احساس فاصله‌گرفتن و دور شدن از استانداردهای دیگران یا خود و معطوف شدن توجه و تمرکز بر پیشرفت است. همینطور خود انتقادی را تمایل فرد به داشتن توقعات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خود تعریف کرده‌اند [۵].

از طرفی افراد کمال‌گرای منفی و روان‌رنجور خود را ملزم به بی‌نقص بودن می‌کنند و ملاک‌های غیرواقع‌گرایانه و سطح بالا برای اجتماع و خود در نظر می‌گیرند که انتظارات آن‌ها را از خود و دیگران تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که تعیین استانداردهای سطح بالا، باعث می‌شود که رفتار مردم را سخت‌گیرانه مورد قضاوت قرار داده و انتظارات افراطی و نامعقول از دیگران و شریک عاطفی خود داشته باشند [۶]. از باورها و انتظارات مهم، می‌توان به انتظار از همسر آینده و ازدواج اشاره کرد. انتظار از ازدواج مفهومی شناختی است و شامل ۳ بعد انتظارات واقع‌بینانه، ایده‌آل‌گرایانه و بدبینانه است [۷]، که در این پژوهش بعد انتظارات بدبینانه مد نظر است. پیش از ازدواج پیش‌فرض‌ها و تصوراتی در مورد ازدواج وجود دارد و افراد انتظاراتی از شریک عاطفی خود دارند که از فلسفه وجودی این تصورات و انتظارات آگاهی ندارند. پیش‌فرض‌ها و باورهایی که افراد از ازدواج دارند، به نظر می‌رسد بر اساس یک چارچوب از پیش تعیین شده به افراد انتقال یافته است و امکان دارد این انتظارات و تصورات واقعیت نداشته باشند. این انتظارات می‌تواند ریشه در تحریف‌های شناختی و باورهای غیرعقلانی افراد داشته باشد، هر چه میزان باورها و نگرش‌های غیرواقع‌بینانه بیشتر باشد به همان نسبت انتظارات بدبینانه و غیرواقع‌گرایانه افزایش می‌یابد. بی‌شک، به طور قابل ملاحظه‌ای رفتار در چارچوب روابط، تحت‌تأثیر عوامل شناختی قرار دارد. به دلیل این که افراد با مجموعه‌ای از انتظارات و باورها درباره همسر آینده، و به‌طور کلی درباره ازدواج، پا به عرصه انتخاب می‌گذارند؛ و به نظر می‌رسد بسیاری از این باورها غیرمنطقی است، در نتیجه انتظارات غیرواقعی و بدبینانه را به دنبال دارد [۸]. پس می‌توان گفت: گرایش به کامل و ایده‌آل‌بودن در

کمال‌گرایی، یکی از موضوعات در جامعه‌ی امروزی است و بسیاری از افراد با آن روبه‌رو هستند؛ به طوری که بسیاری از افراد تلاش می‌کنند در زندگی خود عالی‌ترین‌ها را داشته باشند و حتی اغلب کارهای خود را به خاطر همین کمال‌گرایی به تأخیر می‌اندازند. افراد دارای کمال‌گرایی منفی و نابهنجار، خواسته‌های و معیارهای سطح بالایی برای خود در نظر می‌گیرند که غیرواقع‌گرایانه بوده و عملاً قابل اجرا نمی‌باشند. باور مربوط به این که کامل بودن امری ضروری است؛ و باورهای کمال‌گرایان درباره ناتوانی در مواجهه با نابلغی و مبهم بودن، موجب می‌شود، افراد کمال‌گرا دارای تفکر همه یا هیچ بوده و محیط پیرامون خود را به صورت سیاه و سفید بنگرند. نتیجه این گونه نگرش‌ها، موفقیت و کامیابی‌های کامل یا شکست‌های کامل است [۱]. افراد کمال‌گرا به دلیل برگزیدن معیارهای افراط‌آمیز و معطوف کردن توجه خود بر نقص‌ها و شکست‌ها، رفتارهای اضطراب‌آمیز و غیرشجاعانه و مشکلاتی از قبیل ترس از انتقاد، احساس عجز و بیچارگی، اغراق کردن و بزرگ‌نشان دادن زمینه‌های منفی زندگی، ناچیز شمردن توانایی خود و به طور کلی نارضایتی از زندگی دارند [۲]. در پژوهشی گینگراس و همکاران [۳] اشاره کرده‌اند؛ کمال‌گرایان نابهنجار، معیارهای عملکرد شخصی بالایی برای خود تنظیم می‌کنند و بر روی اشتباهات کوچک خود تمرکز می‌کنند و از خود انتقاد می‌کنند. یعنی کمال‌گرایان روان‌رنجور اگر در رسیدن به اهداف خود شکست بخورند، احساس کوچکی می‌کنند و به دلیل نرسیدن به ایده‌آل‌های خود، دچار خودسرزنش‌گری و خودانتقادی می‌شوند و این ویژگی آسیب‌پذیری آن‌ها را در برابر شکست افزایش می‌دهد. تامپسون و زاروف [۴]. معتقدند: خودانتقادی بر روی یک پیوستار قرار دارد؛ یک سوی این پیوستار، سطحی از خودانتقادی وجود دارد که بر استانداردهای بیرونی متکی است و در سوی دیگر آن سطحی از خودانتقادی وجود دارد که مستلزم استانداردهای درونی است؛ بنابراین دو نوع خودانتقادی در افراد مشاهده می‌شود؛ خودانتقادی مقایسه‌ای که به سبب مقایسه نامطلوب خود با دیگران ایجاد می‌شود، و فرد نگرشی خصمانه و منتقدانه نسبت به دیگران نشان می‌دهد. و خودانتقادی درونی شده که به سبب

درمان مؤثر، می‌تواند جهت کاهش خودانتقادی و پردازش‌های خودارجاعی منفی (نشخوار فکری و نگرانی) بیماران دیابتی با آسیب‌پذیری افسردگی در مراکز درمانی به کار گرفته شود. در تاج و همکاران [۵]، تأثیر درمان پذیرش و تعهد را بر ابعاد و سطوح خودانتقادی دختران گرفتار شکست عاطفی بررسی کردند. نتایج حاکی از آن بود که این درمان بر خودانتقادی این دختران تأثیر معنادار داشته و دخترانی که تحت درمان مداخله مذکور قرار گرفتند، خودانتقادی کمتری گزارش کردند. یافته‌های پژوهش حاج‌رضایی [۷]، معنی‌داری تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش انتظارات ایده‌آل‌گرایانه و بدبینانه از ازدواج نشان داد.

با توجه به توضیحات مذکور و پژوهش‌های ذکر شده، از آنجا که گرایش‌های کم‌گرایانه رو به افزایش است [۱۲] و با ارزیابی‌های خودانتقادی‌گرایانه همراه می‌شود، همین‌طور کم‌گرایان ناهنجار و منفی، استانداردهای بالا و انتظارات غیرواقعی از خود و دیگران و شریک عاطفی داشته، که اگر به آن‌ها دست نیابند، ارزیابی انتقادی آن‌ها بیشتر می‌شود؛ بنابراین، آگاه‌بودن افراد از نگرش‌ها، سخت‌گیری‌ها و طرز تفکر آن‌ها درباره‌ی خویش و ارتباط با دیگران، همسر آینده و همچنین اتخاذکردن موضعی منطقی و واقع‌بینانه، می‌تواند نقش به‌سزایی در کسب ازدواج رضایت‌بخش آن‌ها داشته باشد؛ لذا، با توجه به ماهیت شناختی و رفتاری متغیرهای تحقیق و احساس نیاز به درمانی که تعهد برای تغییر ایجاد می‌کند و همچنین بررسی پیشینه، یافتن پژوهش‌های اثربخشی‌معدود بر روی نمونه‌ی کم‌گرای نوروپیک، هدف تحقیق حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کم‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهرستان اهواز بود. با توجه به هدف مذکور این فرضیه مطرح شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کم‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهرستان اهواز، تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش حاضر، طرح شبه‌آزمایشی تک آزمودنی^۱ بود؛ که از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی از طرح

کمال‌گرایان روان‌رنجور شرایطی را ایجاد می‌کند که نتیجه‌ی آن تنهایی، اجتناب از خطا و شکست، خودسرزنش‌گری و انتقادگری است [۶]. از طرفی کمال‌گرایان منفی، به دلیل الزام‌ها، معیارها و انتظارات غیرواقع‌گرایانه از خود و دیگران، به تدریج از دیگران و از شریک عاطفی خود فاصله گرفته و رضایت از روابط بین‌فردی در آنان، کاهش می‌یابد [۳]؛ بنابراین، جهت بهبود و کاهش نشانه‌هایی چون خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه از میان مداخلات روان‌شناختی متفاوت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت اثرگذاری برگزیده شد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از رویکرد شناختی-رفتاری پدید آمده است و بزرگترین مزیت آن نسبت به دیگر درمان‌های موجود، توجه به جنبه‌های انگیزشی در کنار جنبه‌های شناختی است، که به همین سبب، به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با احساسات و افکارش افزایش می‌یابد و می‌تواند عملکرد بهتری در برخورد با محرک‌های محیطی داشته باشد. در این درمان هدف اصلی رساندن افراد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است یعنی توانایی انتخاب عملی از بین سایر انتخاب‌ها که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از احساسات، افکار یا خاطره‌های آشفته‌کننده انجام یا به فرد تحمیل شود. در درمان پذیرش و تعهد فرض بر این است که افراد بسیاری از افکار، احساسات، یا هیجانات درونی خود را آزاردهنده دانسته و همواره در صدد تغییر این تجربه‌های درونی و یا رهایی از آن‌ها می‌باشند. تغییر، اجتناب و به طور کلی تلاش برای کنترل این تجارب بی‌تأثیر بوده و به‌گونه‌ای متضاد سبب تقویت افکار، هیجانات و احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کرد در ابتدا از آن‌ها دوری نماید. علت اصلی انتخاب این درمان در مقایسه با سایر درمان‌ها این است که فرد یاد می‌گیرد که در ابتدا هیجانات خودش را بپذیرد و در اینجا و اکنون از انعطاف‌پذیری روانی بالاتری برخوردار شود، به همین دلیل در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فنون شناختی درمانی سنتی را با توجه‌آگاهی و ذهن‌آگاهی تلفیق می‌کنند [۹]. اوه و سان [۱۰] در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش خودانتقادی، تفکر دومقوله‌ای و کم‌گرایایی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود و پناهی و همکاران [۱۱]، پی بردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک

1. Single Subject Experiment.

خودانتقادی که توسط تامپسون و زاروف [۴]، تدوین شده است، و نخستین بار در ایران در پژوهش موسوی و قربانی [۱۳]، به فارسی ترجمه شده است، استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه ۲۲ ماده دارد، که ۱۲ پرسش به زیرمقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و ۱۰ پرسش به خودانتقادی درونی‌شده اختصاص دارد. افراد به هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از صفر (اصلاً توصیف‌کننده من نیست) تا ۶ (بسیار خوب توصیف‌کننده من است) پاسخ می‌دهند. کسب نمره‌های بالاتر در پرسشنامه خودانتقادی دلالت بر خودانتقادی بیشتر در افراد است. اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی برای دو زیرمقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای (۰/۸۴-۰/۸۱) و خودانتقادی درونی (۰/۸۸-۰/۸۷) محاسبه شده که مناسب بوده است. همینطور روایی همگرا و افتراقی مناسبی برای این آزمون وجود دارد [۴]. مشاک و همکاران [۱۴]، در پژوهش خود پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه کردند.

مقیاس انتظار از ازدواج^۵ (EMS): در این پژوهش از مقیاس انتظار از ازدواج جونز و نلسون^۶ [۱۵]، استفاده خواهد شد که ابتدا در ایران توسط نیلفروشان و همکاران [۱۶] مورد استفاده و هنجاریابی واقع شده است. افراد مجرد در این آزمون در سه عامل انتظارات بدبینانه، واقع‌بینانه و ایده‌آل‌گرایانه طبقه‌بندی می‌شوند. این ابزار دارای ۴۰ ماده است که به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵، درجه‌بندی شده است. یکی از ویژگی‌های این مقیاس این است که پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها به یک زیرمقیاس، تأثیری بر سایر زیرمقیاس‌ها ندارد. پدیدآورندگان این مقیاس، پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و دیلون^۷ [۱۷]، آن را ۰/۷۹ گزارش کردند. نیلفروشان و همکاران [۱۶] با استفاده از تحلیل عاملی اثبات کردند که مقیاس انتظار از ازدواج از سه عامل انتظار بدبینانه، واقع‌گرایانه و ایده‌آل‌گرایانه تشکیل یافته است. به منظور تعیین روایی همگرایی این ابزار، همبستگی آن را با نمرات ابزار نگرش به ازدواج، ارزیابی کردند که همبستگی معنی‌دار (۰/۴۳) به دست آمد. هم‌چنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ مقیاس انتظار از ازدواج را، ۰/۸۸ گزارش کردند.

تجربی «خط پایه چندگانه^۱» استفاده شد. در طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی گروه گواه وجود ندارد و خط پایه هر فرد، گروه کنترل خود فرد محسوب می‌شود. در این پژوهش، افراد در یک‌زمان وارد دو مرحله خط پایه^۲ شده و سپس وارد چهار مرحله درمان و دو نوبت پیگیری^۳ (در طی یک دوره ۳ ماهه) شدند. در فرایند انجام جلسات درمانی، کلیه پرسش‌نامه‌ها در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۱ و در ۲ جلسه پیگیری (در طی یک دوره ۳ ماهه) تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها تحلیل آن‌ها با استفاده از شاخص تغییر پایا، ترسیم دیداری و درصد بهبودی انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش همه دختران جوان کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره (بین‌الملل، بهشت زندگی، مشاوره تغذیه، دانشگاه) شهرستان اهواز در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۵ نفر از افراد جامعه آماری در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بود، که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه فراخوانی در مراکز مشاوره شهر اهواز منتشر گردید. با توجه به جامعه هدف پژوهش حاضر (دختران کمال‌گرای نوروتیک)، در ابتدا به افراد مراجعه‌کننده‌ای که دارای ملاک‌های ورود بودند، پرسشنامه کمال‌گرایی روان‌رنجور داده شد. دخترانی که حداقل نمره خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور را کسب کردند، به عنوان نمونه پژوهش حاضر به روش هدفمند انتخاب شدند. سپس با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج دختران کمال‌گرای روان‌رنجور وارد مرحله خط پایه شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: وجود کمال‌گرایی در آزمودنی‌ها بر اساس کسب نمره بالاتر از ۱۴۵ در مقیاس کمال‌گرایی روان‌رنجور، رضایت‌آگاهانه و علاقه افراد جهت شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارتند از: شرکت همزمان در درمان‌های دیگر به صورت فردی و گروهی، و ممکن نبودن پیگیری افراد در مراحل مداخله و پیگیری.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل:

مقیاس سطوح خودانتقادی^۴ ((LSCS): در این پژوهش برای سنجش خودانتقادی، از مقیاس سطوح

5 . Expectation of Marriage Scale.
6 . Jones & Nelson.
7 . Dillon.

1 . Multiple Baseline.
2 . Base Line Step.
3 . Follow up.
4 . The Levels of Self-Criticism Scale.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد [۲۰]

| اهداف | جلسات |
|--|-------------|
| معرفه، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح مختصری در مورد روش درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسه درمان (حضور داشتن، شرکت به موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل، آموزش روانی و توصیف کلی از رویکرد درمانی)، شناسایی رنج و مشکل اصلی مراجع و ذهن آگاه کردن مراجع نسبت به این رنج و تمرین ذهن آگاهی، شرح ناامیدی خلاقانه و استفاده از استعاره چاله و بیلچه و تکلیف شناسایی بیلچه‌ها | اول |
| بررسی تکلیف، ایجاد بینش در فرد درباره مشکل و به چالش کشیدن کنترل، کمک به درک و احساس پیامدهای واقعی کنترل ذهن و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت، تمرین کارایی کنترل هیجانی/شناختی/رفتاری (احساس اضطراب نکن، به ... فکر نکن)، گفتگو پیرامون کاربرد قانون بیرون برای دنیای درون و بی‌فایده‌گی این کاربرد، معرفی و تکلیف رنج پاک و ناپاک، پیشنهاد پذیرش به عنوان جایگزین و تمثیل هیولا | دوم |
| بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور پذیرش و تشبیه معلم مدرسه، توصیف هم‌جوشی‌زدایی یا گسلش شناختی (تمرینات: توصیف در مقابل ارزیابی تجربیات، تمرین ذهن آگاهانه برچسب‌زدن به افکار، نقض قوانین)، تقویت مفهوم پذیرش با استعاره مهمان | سوم و چهارم |
| بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور پذیرش (تمرینات: خودشفقتی، توجه انعطاف‌پذیر همراه با هیجان دردناک، تغییر «اما» به «و»)، مرور هم‌جوشی‌زدایی یا گسلش (تمرینات: دیدن افکار به صورت عینی‌تر)، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی (تمرینات: قراردادن افکار روی پرده سینما، چراغ‌قوه)، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرآیند | پنجم و ششم |
| بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، مشاهده خود به‌عنوان زمینه (تمرینات: تو در نقش خانه، آسمان و ابر، صفحه شطرنج)، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر | هفتم و هشتم |
| بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی مفهوم ارزش، معرفی حوزه‌های زندگی، تعیین اولویت، اهمیت، موفقیت، استعاره (تشییع جنازه، تولد، کارگردان و ...)، شناسایی ارزش‌های زندگی فرد و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها | نهم |
| بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور ارزش‌ها، تعریف تعهدات رفتاری و تأکید بر اقدامات، ارائه راهکارهای عملی برای رفع موانع ارزش‌ها، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها و فراهم کردن منابع بعد از فرایند درمان | دهم |
| بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده طی جلسات، تشویق مراجع برای حرکت در مسیر هدفمند، درخواست فرد برای توضیح دستاوردهایش از جلسات درمان و سنجش نهایی | یازدهم |

اعتبار و همسانی درونی بالایی برخوردار است و آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۷ سنجش شد و همین‌طور روایی سازه پرسش‌نامه براساس تحلیل عامل محاسبه شد، که نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن بود که مقیاس کمال‌گرایی روان‌رنجور از روایی کافی برخوردار بوده و ساختار عاملی پرسشنامه، مورد تأیید قرار گرفت.

جلسات درمان بر اساس کتاب آموزش گام به گام ACT، راهنمای فراتشخیصی برای یادگیری درمان پذیرش و تعهد [۲۰] استخراج شده و درمان در یازده جلسه فردی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در ادامه خلاصه‌ای از جلسات درمانی ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی پژوهش

شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه خود در درمان شرکت نمودند و مجاز بودند در هر مرحله از درمان، تصمیم به ترک

پرسش‌نامه کمال‌گرایی روان‌رنجور^۱ (NPQ):

پرسش‌نامه کمال‌گرایی روان‌رنجور ابتدا توسط میتزمن^۲ و همکاران [۱۸] به منظور سنجش کمال‌گرایی روان‌رنجور در افراد مبتلا به اختلال خوردن ساخته و مطرح شد که در ایران توسط گندم‌کار و همکاران [۱۹]، مورد استفاده و هنجاریابی واقع شده است. این پرسش‌نامه یک نوع ابزار خودگزارشی است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تدوین شده است. آزمودنی در این پرسش‌نامه باید در لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵، پاسخ دهد. دامنه نمرات به‌دست‌آمده بین ۴۲ تا ۲۱۰ است و نمره ۱۴۵ نقطه برش این پرسش‌نامه محسوب می‌شود. در هنجار ایرانی گندم‌کار و همکاران [۱۹]، نشان دادند که آزمون از

1. Neurotic Perfectionism Questionnaire.

2. Mitzman.

تحصیلات کارشناسی؛ آزمودنی سوم ۲۲ ساله دانشجوی دوره کارشناسی؛ آزمودنی چهارم ۲۶ ساله با تحصیلات کارشناسی؛ و در نهایت آزمودنی پنجم این پژوهش، دختری ۳۵ ساله دارای مدرک کارشناسی ارشد بود.

جدول ۲ نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه خودانتقادی در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله‌ی درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

درمان بگیرند. قواعد رازداری در اطلاعات شخصی و محرمانه بودن نتایج پژوهش و همچنین گمنام ماندن آزمودنی‌ها رعایت شد.

یافته‌ها

پنج دختر کمال‌گرای روان‌رنجور در فرایند درمان شرکت داشتند. آزمودنی نخست این پژوهش، ۲۵ ساله با تحصیلات کارشناسی؛ آزمودنی دوم ۲۴ ساله دارای

جدول ۲. نتایج روند تغییر مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آزمودنی‌ها در متغیر خودانتقادی

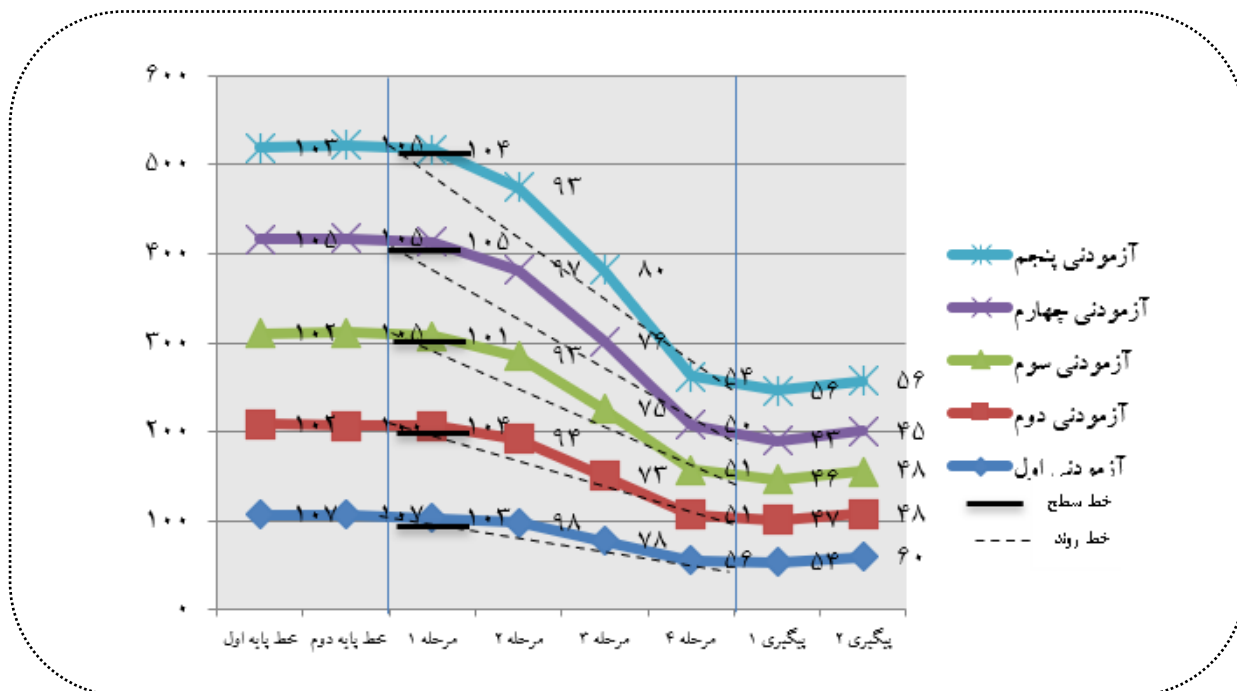
| میانگین کل آزمودنی‌ها | آزمودنی پنجم | آزمودنی چهارم | آزمودنی سوم | آزمودنی دوم | آزمودنی اول | مراحل درمان |
|-----------------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|
| ۱۰۳/۸ | ۱۰۳ | ۱۰۵ | ۱۰۲ | ۱۰۲ | ۱۰۷ | خط پایه اول |
| ۱۰۴/۴ | ۱۰۵ | ۱۰۵ | ۱۰۵ | ۱۰۰ | ۱۰۷ | خط پایه دوم |
| ۱۰۴/۱ | ۱۰۴ | ۱۰۵ | ۱۰۳/۵ | ۱۰۱ | ۱۰۷ | میانگین مراحل خط پایه |
| مرحله درمان | | | | | | |
| ۱۰۳/۴ | ۱۰۴ | ۱۰۵ | ۱۰۱ | ۱۰۴ | ۱۰۳ | جلسه سوم |
| ۹۵ | ۹۳ | ۹۷ | ۹۳ | ۹۴ | ۹۸ | جلسه ششم |
| ۷۶/۴ | ۸۰ | ۷۶ | ۷۵ | ۷۳ | ۷۸ | جلسه نهم |
| ۵۲/۴ | ۵۴ | ۵۰ | ۵۱ | ۵۱ | ۵۶ | جلسه یازدهم |
| ۸۱/۸ | ۸۲/۷۵ | ۸۲ | ۸۰ | ۸۰/۵ | ۸۳/۷۵ | میانگین مراحل درمان |
| ۲/۳۲ | ۲/۳۳ | ۲/۱۱ | ۲/۵۶ | ۲/۳۶ | ۲/۲۳ | شاخص تغییر پایا (درمان) |
| ۲۱/۴۲ | ۲۰/۴۳ | ۲۱/۹۰ | ۲۲/۷۰ | ۲۰/۲۹ | ۲۱/۷۲ | درصد بهبودی پس از درمان |
| ۲۱/۴۲ | | | | | | درصد بهبودی کلی |
| مرحله پیگیری | | | | | | |
| ۴۹/۲ | ۵۶ | ۴۳ | ۴۶ | ۴۷ | ۵۴ | پیگیری نوبت اول |
| ۵۱/۴ | ۵۶ | ۴۵ | ۴۸ | ۴۸ | ۶۰ | پیگیری نوبت دوم |
| ۴۹/۲ | ۵۶ | ۴۴ | ۴۷ | ۴۷/۵ | ۵۷ | میانگین مراحل پیگیری |
| ۵/۶۰ | ۵/۲۵ | ۵/۸۴ | ۶/۰۰ | ۵/۳۵ | ۵/۵۰ | شاخص تغییر پایا (درمان) |
| ۵۱/۶۸ | ۴۶/۱۵ | ۵۸/۰۹ | ۵۴/۵۸ | ۵۲/۹۷ | ۴۶/۷۲ | درصد بهبودی پس از پیگیری |
| ۵۱/۶۸ | | | | | | درصد بهبودی کلی پیگیری |

برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۰۷/۰، ۱۰۱/۰، ۱۰۳/۵، ۱۰۵/۰، ۱۰۴/۰؛ در مرحله مداخله، میانگین خودانتقادی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۸۳/۷۵، ۸۰/۵، ۸۰/۰، ۸۲/۰، ۸۲/۷۵؛ و در مرحله پیگیری

جدول ۲ نمره‌های خودانتقادی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری ارائه می‌کند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، میانگین خودانتقادی در مراحل خط پایه

این شاخص هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی $1/96$ به دست آمد؛ لذا، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان بیان کرد، بهبودی حاصل شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجاد شده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مربوط به آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر خودانتقادی در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری نمایش می‌دهد.

نیز به ترتیب $57/0$ ، $47/5$ ، $47/0$ ، $44/0$ ، $56/0$ بوده است که روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله مداخله میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب $21/72$ ، $20/29$ ، $22/70$ ، $21/90$ و $20/43$ و در کل $21/42$ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب $46/72$ ، $52/97$ ، $54/58$ ، $58/09$ ، $46/15$ و در کل $51/68$ به دست آمد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز به نقل از علوی [۲۱]، موفقیت مطلوب بوده است. همچنین برای شرکت‌کننده‌های اول تا پنجم به ترتیب مقدار شاخص تغییر پایا تعیین شده است. از آنجا که مقدار



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های خودانتقادی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

به علاوه با توجه به پیشینه موجود در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد، همان‌گونه که در نمودار ارائه شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهنده و در جهت منفی باشد که برای هر یک از آزمودنی‌ها در متغیر خودانتقادی نتایج به همین صورت بود. جدول ۳ نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه انتظار از ازدواج بدبینانه در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

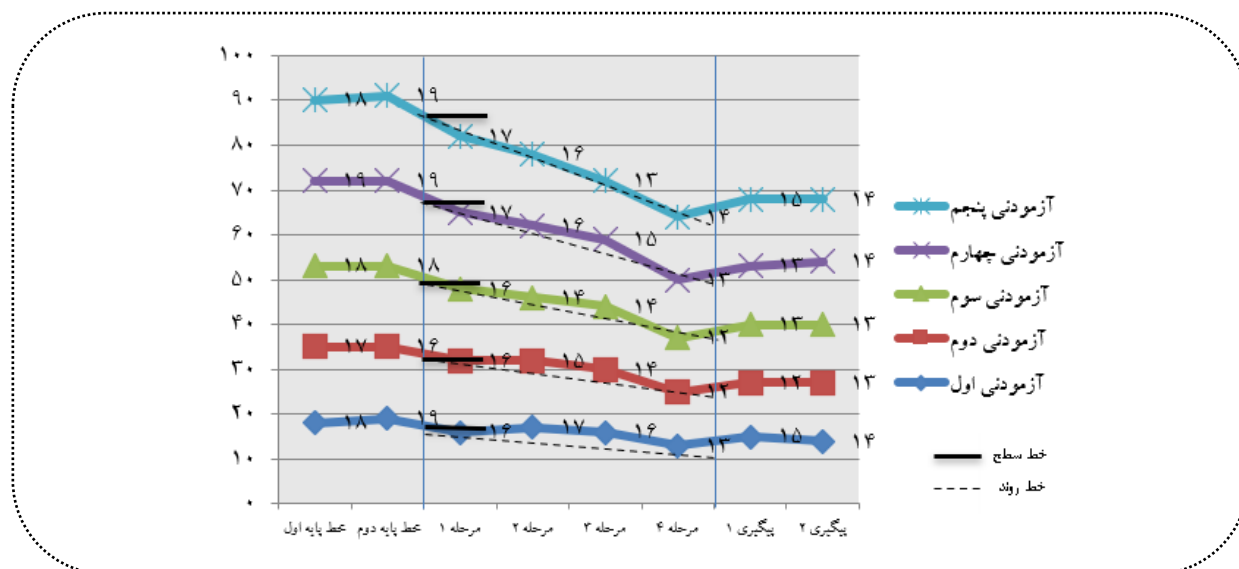
نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های خودانتقادی را به صورت دیداری در ۳ مرحله خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نمایش می‌دهد. بر طبق نظر اسکات و همکاران به نقل از علوی [۲۱] حداقل نقاط داده‌ای که جهت بررسی خط سطح لازم است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر یک از شرکت‌کننده‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح واقع شده است؛ بنابراین، می‌توان ذکر کرد که تغییر نمره‌های خودانتقادی به‌طور نظام‌دار صورت گرفته است.

جدول ۳. نتایج روند تغییر مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آزمودنی‌ها در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه

| میانگین کل آزمودنی‌ها | آزمودنی پنجم | آزمودنی چهارم | آزمودنی سوم | آزمودنی دوم | آزمودنی اول | مراحل درمان |
|-----------------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|
| ۱۸ | ۱۸ | ۱۹ | ۱۸ | ۱۷ | ۱۸ | خط پایه اول |
| ۱۸/۲ | ۱۹ | ۱۹ | ۱۸ | ۱۶ | ۱۹ | خط پایه دوم |
| ۱۸/۱ | ۱۹/۵ | ۱۹ | ۱۸ | ۱۶/۵ | ۱۸/۵ | میانگین مراحل خط پایه |
| مرحله درمان | | | | | | |
| ۱۶/۴ | ۱۷ | ۱۷ | ۱۶ | ۱۶ | ۱۶ | جلسه سوم |
| ۱۵/۶ | ۱۶ | ۱۶ | ۱۴ | ۱۵ | ۱۷ | جلسه ششم |
| ۱۴/۴ | ۱۳ | ۱۵ | ۱۴ | ۱۴ | ۱۶ | جلسه نهم |
| ۱۲/۸ | ۱۴ | ۱۳ | ۱۲ | ۱۲ | ۱۳ | جلسه یازدهم |
| ۱۴/۸ | ۱۵ | ۱۵/۲۵ | ۱۴ | ۱۴/۲۵ | ۱۵/۵ | میانگین مراحل درمان |
| ۴/۹۶ | ۴/۰۰ | ۳/۹۳ | ۵/۹۱ | ۵/۳۱ | ۳/۵۳ | شاخص تغییر پایا (درمان) |
| ۱۸/۲۳ | ۱۸/۹۱ | ۱۹/۷۳ | ۲۲/۲۲ | ۱۳/۶۳ | ۱۶/۲۱ | درصد بهبودی پس از درمان |
| ۱۸/۲۳ | | | | | | درصد بهبودی کلی |
| مرحله پیگیری | | | | | | |
| ۱۳/۶ | ۱۵ | ۱۳ | ۱۳ | ۱۲ | ۱۵ | پیگیری نوبت اول |
| ۱۳/۶ | ۱۴ | ۱۴ | ۱۳ | ۱۳ | ۱۴ | پیگیری نوبت دوم |
| ۱۳/۶ | ۱۵/۵ | ۱۳/۵ | ۱۳ | ۱۲/۵ | ۱۴/۵ | میانگین مراحل پیگیری |
| ۶/۷۷ | ۵/۱۶ | ۷/۵۹ | ۷/۲۱ | ۵/۵۲ | ۵/۴۴ | شاخص تغییر پایا (درمان) |
| ۲۴/۸۶ | ۲۱/۶۲ | ۲۸/۹۴ | ۲۷/۷۷ | ۲۴/۲۵ | ۲۱/۶۲ | درصد بهبودی پس از پیگیری |
| ۲۴/۸۶ | | | | | | درصد بهبودی کلی پیگیری |

پنجم به ترتیب ۲۱/۶۲، ۲۴/۲۵، ۲۷/۷۷، ۲۸/۹۴، ۲۱/۶۲ و در کل ۲۴/۸۶ به دست آمد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز به نقل از علوی [۲۱]، موفقیت کمتر از متوسط بوده است. برای شرکت‌کننده‌های اول تا پنجم نیز مقدار شاخص تغییر پایا به ترتیب به دست آمده است. از آنجا که مقدار این شاخص هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ حاصل شد؛ بنابراین، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان اذعان کرد که بهبودی کسب شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجاد شده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مربوط آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳، نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۸/۵، ۱۶/۵، ۱۸/۰، ۱۸/۰، ۱۹/۰، ۱۹/۵؛ در مرحله مداخله میانگین انتظارات زناشویی بدبینانه برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۵/۵، ۱۴/۲۵، ۱۴/۰، ۱۵/۰، ۱۵/۰؛ و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب ۱۴/۵، ۱۲/۵، ۱۳/۰، ۱۳/۵، ۱۵/۵ بوده است که روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله مداخله میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۶/۲۱، ۱۳/۶۳، ۲۲/۲۲، ۱۹/۷۳ و ۱۸/۹۱ و در کل ۱۸/۲۳ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

اوه و سان [۱۰] و حاج‌رضایی و همکاران [۷] همسو و هماهنگ بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: افراد کمال‌گرای روان‌رنجور، استانداردهای اخلاقی بالایی چون وظیفه‌شناسی افراطی و احساس وظیفه بیش از حدی را در خصوص خود، دیگران و جامعه تجربه می‌کنند و نه تنها در خود، بلکه در محیط اطراف، دوستان و افراد جامعه به دنبال بهترین‌ها هستند، اما وقتی نمی‌توانند به این ایده‌آل‌های خودمحورانه، جامعه‌محورانه و دیگرمحورانه برسند خودسرزنش‌گری می‌کنند و نمی‌توانند هیجان‌های خود را ابراز کنند [۲۲]. در واقع خودانتقادی سبب می‌شود، فرد کارکرد خود را ناقص بداند و برای خود معیارهای دست‌نیافتنی تعریف کند [۲۳]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر خودانتقادی باقی گذاشت. این درمان مشکل اصلی افراد را اجتناب از درد و تشویش بیان می‌کند؛ بنابراین، روش اصلی این درمان مواجهه‌سازی فرد با موقعیت‌ها و شرایطی است که پیشتر از آن کناره‌گیری کرده است. هدف اساسی درمان کمک به افراد جهت رسیدن به انعطاف‌پذیری رفتاری و روان‌شناختی است. این عمل از طریق شش مرحله درمان پذیرش و تعهد امکان‌پذیر است: «ارزش‌ها، عمل متعهدانه، گسلش شناختی (همجوشی‌زدایی)، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و پذیرش». این مراحل مهارت‌هایی هستند که سبب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربی می‌شوند [۲۴]. آزمودنی به مدد و

نمودار ۲، روند تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه را به شکل دیداری در ۳ مرحله‌ی خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) ارائه می‌کند. از منظر اسکات و همکاران به نقل از علوی و همکاران [۲۱] حداقل نقاط داده‌ای که جهت بررسی خط سطح ضرورت دارد، سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر کدام از شرکت‌کننده‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح واقع شده است؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه به شکل نظام‌دار روی داده است. بعلاوه با توجه به پیشینه حاضر در ارتباط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همان‌گونه که در نمودار نمایش داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهشی و در جهت منفی باشد که برای هر یک از آزمودنی‌ها در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه نتایج به همین صورت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه صورت گرفت. نتایج نهایی تحقیق نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه مؤثر است. در پایان درمان شاخص تغییر پایا و میزان درصد بهبودی از نظر آماری معنادار بودند و این اثر درمانی تا مرحله پیگیری ادامه داشت. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های پناهی و همکاران [۱۱]، درتاج و همکاران [۵]،

ناهمجوشی و پذیرش در فرایند درمان پذیرش و تعهد، موجب احساس رنج کمتر افراد در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود [۲۰]، یعنی در فرایند درمان، افراد از طریق گسیختن از باورها و انتظارات غیرواقع‌بینانه، بدبینانه و نظاره کردن آن‌ها و همچنین پذیرش احساسات، باید‌ها، نبایدها و انتظارات بدبینانه به عنوان ندایی درونی که متمایز از شخصیت فرد است، در نهایت ارزش‌ها و اهداف را تصریح و تعیین کرده و متعهدانه در جهت آن‌ها حرکت می‌کنند. ارزش‌گذاری دوباره در فرایند شناختی افراد و تصریح ارزش‌ها، موجب کاهش تفکر و انتظارات غیرواقع‌گرایانه و بدبینانه می‌شود [۷]. به عبارتی هنگامی که فرد نگرشی ارزشی و هدفمند به زندگی داشته باشد، میزان پایبندی و تعهد در او افزایش می‌یابد زیرا باید برای رسیدن به اهداف خویشتن مسئولیت‌پذیر و متعهد باشد. به علاوه در افرادی که نسبت به احساسات خود آگاهی بیشتری دارند، مسئولیت‌پذیری زیادتر است؛ بنابراین، در مدت زمان درمان، به کمک تکنیک‌های حضور در لحظه و ذهن‌آگاهی که از فرآیندهای مهم مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد است، فرد به جای هم‌جوشی و درهم‌آمیختگی با افکار و احساسات مربوط به گذشته و آینده، همین‌طور کناره‌گیری از مسئولیت‌ها و وظایف متناسب با نقش‌های خود، به رفتارهایی که متناسب با اهداف و ارزش‌هاست، می‌پردازد و مسئولیت‌پذیرانه در جهت اهداف حرکت می‌کند. در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث رشد شخصی و اجتماعی و سرانجام دست‌یابی به انتظارات واقع‌بینانه هم‌هنگام با ارزش‌ها در امتداد یک زندگانی غنی و پرمعنا و کاهش انتظارات بدبینانه می‌شود.

نتایج نهایی پژوهش نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود. کمال‌گرایان روان‌رنجور از طریق گسیختن و پذیرش افکار و باورهای غیرمنطقی‌شان و تصحیح انتظارات غیرواقع‌بینانه و بدبینانه نسبت به خود و شریک عاطفی، به اقدام در جهت ارزش‌ها پرداخته و در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روانی و کاهش سختگیری در حق خود و دیگران حرکت می‌کنند. در انتها قابل ذکر است؛ محدودیت‌هایی در این پژوهش بر تعمیم‌پذیری نتایج اثرگذار است. به دلیل استفاده از پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها و استفاده از طرح موردی

یاری این درمان و استفاده از تکنیک‌های گسلش و خود-مشاهده‌گر و استعاره‌های آسمان و صفحه شطرنج، از ماهیت خشن انتقادهای نسبت به خود آگاه شده و بین خود و انتقادهایی که ابراز می‌کند، تمایز ایجاد می‌کند. در نتیجه نسبت به قبل باجرات و شجاع‌تر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خود و همین‌طور تصویر انتظارات بالا از خود را زیر سؤال برده و با نگاه و دیدی تازه و مشفقانه نسبت به خود؛ معیارهای صحیح و خواسته‌های قابل دسترسی که موجب سختی و آزار نباشد را مجدداً برنامه‌ریزی کند [۵]. درحقیقت نگرش‌های مبتنی بر پذیرش، به جای اصرار بر کاهش خودانتقادی، تمایل به تجربه کردن آن را مطرح می‌کنند و روبرو شدن با احساسات نامطلوب و ناگوار را از راه تصریح کردن ارزش‌ها و ایجاد ارتباط بین رفتار، ارزش‌ها و اهداف شخصی، تسهیل می‌نمایند که این توجه به اهداف و ارزش‌ها در کاهش خودانتقادی مؤثر است.

از سویی دیگر کمال‌گرایان روان‌رنجور با نگرانی شدید درباره خطاها و نقایص خود، ادراک رنج و فشار بسیار از محیط جهت بی‌نقص‌بودن، ادراک فاصله زیاد بین فعالیت‌های شخصی و معیارها مشخص می‌شوند و استانداردها و انتظارات غیرواقعی و بدبینانه در روابط بین فردی دارند. باورها و نبایدها و انتظارات غیرمعقول با پیدایش انگاره‌های منفی دیدگاه فرد نسبت به زندگی را تغییر داده و سبب جلوگیری از تعامل سازنده فرد با افراد و در آینده با همسر خویش گردد. پژوهش حاضر نشان داد، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش انتظارات زناشویی بدبینانه تأثیر دارد. این درمان، به عنوان رویکردی عمل‌گرا درمورد انجام عملی تأثیرگذار است که در زمانی که ما به‌طور کامل مهیا و متعهد هستیم، توسط عمیق‌ترین ارزش‌های ما رهبری می‌شود. تنها به وسیله اقدام آگاهانه و متعهدانه می‌توان یک زندگی غنی ساخت. البته به محض اینکه شروع به تلاش برای ساختن زندگی پرمعنا کنیم، با انواع مشکلات و موانع به صورت تجربه‌های درونی نامطلوب مواجه خواهیم شد (افکار، احساسات، تصورات، تکانه و خاطرات، حواس بدنی). این درمان به افراد آموزش می‌دهد، تکنیک‌هایی را که برای کنترل فکر به کار می‌بستند، رها کنند، چگونه با افکار مخل و اضطراب‌زا آمیخته نشوند و چگونه هیجان‌ات خود را مدیریت و کنترل کنند؛ لذا، استفاده از تکنیک‌های

- 3- Gingras AS, Lessard I, Mallette F, Brassard A, Bernier-Jarry A, Patrick Gosselin P, de Pierrepont C. Couple adaptation to the birth of a child: The roles of attachment and perfectionism. *J Marital and Family Therapy*. 2021; 47(3): 581-594. <https://doi.org/10.1111/jmft.12453>
- 4- Thompson R, Zuroff DC. The levels of self-criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(2): 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)

۵- در تاج، فریبرز؛ آقاجانی، فرنوش؛ دلاور، علی؛ نوایی نژاد، شکوه؛ مردانی‌راد، مژگان. تدوین برنامه درمانی آموزش گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد و بررسی اثربخشی آن بر مؤلفه‌های خودانتقادی دختران دچار شکست عاطفی. *علوم روان‌شناختی*. ۱۳۹۹؛ ۱۹(۹۵): ۱۳۸۹-۱۳۹۹.

<https://psychologicalscience.ir/article-1-752-fa.html>

۶- مهرافزون، داریوش؛ ستوده اصل، نعمت؛ مکوند حسینی، شاهرخ. تدوین مدل علی خودانتقادی بر اساس کمال‌گرایی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران. *سبک زندگی با محوریت سلامت*. ۱۳۹۹؛ ۴(۱۹): ۱۴۹-۱۵۶.

https://www.islamiilife.com/article_189245.html

۷- حاج‌رضایی، بهار. مقایسه اثربخشی رویکردهای مختلف بر بهبود انتظار از ازدواج دختران مجرد مانده. *نشریه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۱۳۹۸؛ ۶۲(۵): ۱۸۱۵-۱۸۲۳.

<https://doi.org/10.22038/MJMS.2019.15798>

۸- سیدکاووسی، سپیده‌سادات؛ مردوخی، محمدسعید؛ مقرب تورتولش، مینا. پیش‌بینی انتظار از ازدواج بر اساس باورهای ارتباطی و نگرش به ازدواج در دختران در آستانه ازدواج. *فصلنامه خانواده‌درمانی*. ۱۴۰۰؛ ۲: ۳۷۱-۳۵۱.

<https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.265323.1046>

۹- صادقی، مریم؛ محب، نعیمه؛ علیوند وفا، مرضیه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*. ۱۴۰۰؛ ۲: ۷۳-۹۱.

<https://doi.org/10.22034/AFTJ.2021.296762.1146>

می‌بایست تفسیر نتایج محتاطانه انجام گیرد. از محدودیت‌های دیگر، روش نمونه‌گیری بود که نمونه از بین افرادی انتخاب شد که به مراکز مشاوره مراجعه کرده و منحصراً دختر بودند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر پژوهشگران یافته‌های این تحقیق را در مقایسه با سایر درمان‌ها و به صورت روش آزمایشی با گروه کنترل و در جامعه آماری پسران نیز بررسی کنند، همین‌طور روش‌های نمونه‌گیری تصادفی بکار گرفته شود. بدیهی است، یافته‌های تکمیلی می‌توانند نکات تازه و افق‌های نوینی را در این راه آشکار سازند تا تعمیم نتایج در حد قابل اطمینان تسهیل گردد. به خانواده درمانگران، مشاوران، روان‌شناسان و کلیه افرادی که با جوانان سروکار دارند پیشنهاد می‌شود که از این درمان، در کار با مراجعه‌کنندگان استفاده کنند.

موازن اخلاقی

به کلیه مشارکت‌کنندگان پژوهش به لحاظ محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. همه مشارکت‌کنندگان فرم رضایت‌آگاهانه را برای شرکت در پژوهش پر کردند. این پژوهش با کد شناسه IR.IAU.AHVAVZ.REC.1401.088 مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۲۵ تصویب شده است.

سیاسگزاری

از همه کسانی که نویسنده را یاری نمودند به‌ویژه دختران جوان شرکت‌کننده در این پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

۱- رمضان‌پور، فرزانه؛ جوزی، حسن. الگوی ساختاری کمال‌گرایی خودانتقادی و نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و نشخوار فکری (کمال‌گرایی خودانتقادی به نشانگان روان‌شناختی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و نشخوار فکری). *روان‌شناسی معاصر*. ۱۳۹۹؛ ۱۵(۲): ۳۳-۴۸. <https://bjcp.ir/article-1-1828-fa.html>

2- Molnár PK, Bitz CM, Holland MM, Kay, JE, Penk SR, Amstrup SC. Fasting season length sets temporal limits for global polar bear persistence. *Nature Climate Change*. 2020; 10(8): 732-738. <https://doi.org/10.1038/s41558-020-0818-9>

- 18-Mitzman SF, Slade Peter, Dewey Michael E. Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 1994; 50: 516-522. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199407\)50:4<516::AID-JCLP2270500406>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199407)50:4<516::AID-JCLP2270500406>3.0.CO;2-0)
- ۱۹- گندم کار، محبوبه؛ لیاقت، ریتا؛ شهریاری احمدی، منصوره. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس کمال‌گرایی نوروتیک در بین دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳۹۸؛ ۸(۸)، ۹-۱۶. https://frooyesh.ir/browse.php?a_id=414&sid=1&slc_lang=fa
- ۲۰- توهیگ، مایکل؛ لوین، مایکل؛ اونگ، کلاریسا. آموزش گام به گام. ACT: راهنمای فراتشخیصی برای یادگیری درمان پذیرش و تعهد. ترجمه عباس عبداللهی، آرزو ضاربی، شعبانعلی شعبان‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۲۰۲۱. <https://www.gisoom.com/book/11828148/>
- ۲۱- علوی، سیده زهرا. اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر صمیمیت، تعهد زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار. [آپایان‌نامه دکتری مشاوره]، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز؛ ۱۳۹۷.
- 22-Pinto A, Dargani N, Wheaton MG, Cervoni C, Rees CS, Egan SJ. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should be treating clinicians know? *J Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017; 12: 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
- 23-Loew CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2020; 75: 101808. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808>
- 24-Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *J Contextual Behavioral Science*. 2020; 18: 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- 10-Oh JE, Son CN. (2018). Effects of acceptance and commitment therapy on evaluative concerns perfectionism, self-criticism, dichotomous thinking, and depression in university students with evaluative concerns perfectionism and depression. *Journal of Digital Convergence*. 2018; 16(4), 343-354. <https://doi.org/10.14400/JDC.2018.16.4.343>
- ۱۱- پناهی، طاهره؛ شهبابی‌زاده، فاطمه؛ محمودی‌راد، علیرضا. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توأم با و بدون شفقت‌ورزی بر نگرانی، نشخوار خشم و خودانتقادگری بیماران دیابتی افسرده غیربالینی؛ یک کارآزمایی بالینی. *نشریه آموزش پرستاری*. ۱۳۹۹؛ ۹(۴): ۹۵-۱۰۸. https://jne.ir/browse.php?a_id=1250&sid=1&slc_lang=fa
- 12-Curran T, Hill, AP. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*. 2019; 145(4): 410-429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- ۱۳- موسوی، اشرف‌السادات؛ قربانی، نیما. خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۳۸۵؛ ۲(۴-۳): ۹۱-۷۵. <https://doi.org/10.22051/PSY.2006.1688>
- ۱۴- مشاک، رویا؛ نادری، فرح؛ چین‌اوه، محبوبه. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت‌نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور شهرستان اهواز. *نشریه پژوهش پرستاری*. ۱۴۰۰؛ ۱۶(۳): ۵۹-۷۳. <http://ijnr.ir/article-1-2532-fa.html>
- 15-Jones GD, Nelson ES. Expectations for marriage among college students from intact and non-intact homes. *J Divorce Remarriage*. 1996; 26(1): 171-89. https://doi.org/10.1300/J087v26n01_09
- ۱۶- نیل‌فروشان، پریسا؛ عابدی، احمد؛ احمدی، احمد؛ نویدیان، علی. بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی مقیاس انتظار از ازدواج. *نشریه علوم رفتاری*. ۱۳۹۰؛ ۵(۱): ۱۱-۱۹. <http://fa.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?id=134428>
- 17-Dillon HN. Family violence and divorce: Effects on marriage expectations [Dissertation]. Tennessee: East Tennessee State University; 2005. <https://core.ac.uk/download/pdf/214069384.pdf>

فرا تحلیل اثربخشی مداخلات درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان

نویسندگان

سیدقاسم مصلح^{۱*}، رامین حبیبی کلیبر^۲، فاطمه علیپور^۳، عمادالدین احراری^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
habibikaleybar@gmail.com
۲. استاد گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
alipour.fatemeh97@gmail.com
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
pillar1364@yahoo.com
۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

چکیده

مقدمه: از منظر روانشناسی معاصر، تنظیم هیجان یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت روان محسوب می‌شود و نقص در آن، با گستره‌ای از اختلال‌های روانی همراه است. بررسی فرایندها و مداخله‌هایی که به تنظیم هیجان موفق کمک می‌کنند، در دو دهه گذشته محور پژوهش‌های متعددی بوده‌اند و در این میان مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به ماهیت خاص و تأکید بر هیجان‌ها در این حوزه از جایگاه ویژه‌ای برخوردار گشته‌اند.

روش: پژوهش حاضر، باهدف ترکیب مطالعات انجام‌شده در زمینه مداخله‌های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان به شیوه فرا تحلیل انجام شد. جامعه آماری شامل پژوهش‌های مرتبط، تمام متن و در دسترس بود که به صورت مقاله، پایان‌نامه و طرح پژوهشی در بین سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر کشور منتشر شده‌اند. بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و نیز تحلیل حساسیت ۲۱۴ اندازه اثر از ۶۱ مطالعه اولیه توسط نرم‌افزار CMA مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد مداخله‌های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر راهبردهای تنظیم هیجان دارد و اندازه اثر خلاصه مدل تصادفی ۱/۲۲ بود و مداخله درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بین راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان بر مؤلفه نشخوار فکری و بین راهبردهای سازگار تنظیم هیجان بر مؤلفه باز ارزیابی بیشترین تأثیر را داشته است. همچنین نتایج نشان داد؛ جنسیت آزمودنی‌ها تأثیری بر میزان اثربخشی مداخله‌ها نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج فرا تحلیل تحقیقات انجام‌شده در مورد تأثیر مداخلات درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان نشان داد؛ این روش مطابق جدول تفسیر اندازه اثر کوهن به معنی اندازه اثر بالاست و در بهبود فرایند تنظیم هیجان مؤثر است. بنابراین، ارائه برنامه‌هایی در راستای آموزش، رشد و ارتقاء مهارت ذهن آگاهی به افراد جامعه، ضرورتی است که باید بیش‌ازپیش مورد ملاحظه قرار گیرد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۴/۱۲

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۱۰/۱۶



کلیدواژه‌ها

فرا تحلیل، درمان ذهن آگاهی، تنظیم هیجان.

بست الکترونیکی
نویسنده مسئول

aram.moslehi@gmail.com

مقدمه

روان‌شناختی نقش حیاتی ایفا می‌کند، از این رو بهبود و اصلاح تنظیم هیجان، هدف اصلی بسیاری از مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری موسوم به موج سوم، به ویژه رویکرد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفته است [۱۳].

یافته‌های علوم اعصاب نشان می‌دهد، در فرایند تنظیم هیجان قسمت پیش پیشانی مغز فعال شده و از فعالیت آمیگدال مغز کاسته می‌شود، این در حالی است که در پردازش ذهن آگاهی نیز مناطق مشابهی در مغز دخیل هستند، از این رو انتظار می‌رود افرادی که درگیر تمرین ذهن‌آگاهی عمدی هستند، تفاوت‌های عملکردی و ساختاری در کنترل و تنظیم هیجان نشان دهند [۱۴]؛ بنابراین، درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به تأکید بر هیجان‌ها و توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و به‌دوراز قضاوت، از جایگاه ویژه‌ای برای تنظیم هیجان برخوردارند [۱۵]. به‌طور کلی ذهن آگاهی شامل ویژگی‌هایی چون کیفیت‌های مختلف توجه و خودتنظیمی، با تأکید بر غیر قضاوتی بودن، آگاهی از ادراکات، احساسات، افکار و هیجان‌ها است که منجر می‌شود افراد به شیوه‌ای مؤثر به هیجان و احساسات خود واکنش نشان دهند [۱۶]. تاکنون اثرات مثبت و نیرومند مداخله‌های درمانی ذهن آگاهی بر سلامت روان، افزایش بهزیستی، کاهش استرس و هیجان‌های منفی [۱۷]، کاهش شدت درد در بیماران با درد مزمن - التهابی [۱۸]، سرطان [۱۹]، کاهش بازگشت به مصرف مواد مخدر و الکل [۲۰]، کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش کیفیت زندگی [۲۱] در طیف وسیعی از مطالعات مورد تأیید قرار گرفته است. از دلایل توجه زیاد و روزافزون به مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی وجود این ادعاست که راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان عامل راه انداز و محرک بیشتر اختلال‌های بالینی است و ذهن آگاهی ممکن است ظرفیت‌های تنظیم هیجان را دوباره ایجاد کند و به این شکل منجر به بهبودی علائم بالینی شود [۲۲].

با توجه به آنچه ذکر شد مطالعه اثرات مداخله‌های درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان به‌صورت و روش‌های مختلف مورد کاوش قرار گرفته و از غنای پژوهشی کافی برخوردار است. پژوهش‌های داخلی: خواجه‌زاده و صباحی [۲۳]؛ هدایتی، امامی پور و رفیعی پور [۲۴]؛ هدایتی، امامی پور و

هیجان یکی از مؤلفه‌های اصلی زندگی روزمره انسان و بخش جدانشدنی از سلامت روان و بهزیستی آدمی است. پژوهشگران هیجان را به‌عنوان سیستمی مجزا، جهانی، تکاملی، کارکردی و سازمان‌یافته، متشکل از پاسخ‌های رفتاری، روان- فیزیولوژیکی، تجربی و شناختی در پاسخ به چالش‌ها و فرصت‌های ادراک‌شده در نظر می‌گیرند. هیجان‌ها به‌ویژه، پاسخ‌های ذهن به خواسته‌های سازگار موقعیتی را سازمان‌دهی می‌کنند [۱].

افراد دارای نگرش‌ها و باورهایی هستند که بر نحوه تجربه، ابراز و واکنش به هیجان‌ها تأثیر می‌گذارد و این تصور که مردم هیجان را ارزیابی می‌کنند در کاربردهای نظری و بالینی تنظیم هیجان، مورد مطالعه فراوان قرار گرفته است [۲]. گروس [۳] فرایند تنظیم هیجان را در سه مرحله ۱. شناسایی، شامل تمایز پاسخ‌های هیجانی و تصمیم‌گیری برای تنظیم هیجان‌ها ۲. انتخاب، شامل انتخاب راهبردهایی برای استفاده و ۳. اجرا، شامل به‌کارگیری راهبردهای مناسب، توصیف می‌کند که از نظر مفهومی، این فرایندهای تنظیم هیجان، پایه‌ای را برای رویکردهای مداخله چندوجهی ایجاد می‌کنند که می‌تواند استراتژی‌های سازگار تنظیم هیجان را بهبود بخشد و استراتژی‌های ناسازگار تنظیم هیجان را کاهش دهد [۴]. بر این اساس تنظیم هیجان فرایندی است که هر فرد آشکارا و یا به صورت ضمنی، آن را به منظور تنظیم کاهشی یا افزایشی حالت هیجانی و دستیابی به اهداف شخصی به کار می‌گیرد [۳].

در دو دهه گذشته پژوهش‌های متعددی نقش مهم تنظیم هیجان در بهزیستی، سلامت روان، عملکردهای شناختی و موفقیت‌های اجتماعی و شغلی را نشان داده‌اند [۵ و ۶] و در مقابل نقص در راهبردهای تنظیم هیجان به‌عنوان مشخصه بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی معرفی شده [۸] و عامل خطر ساز مهمی برای اختلالات عاطفی محسوب می‌شود [۹] که می‌تواند با گستره‌ای از پیامدهای منفی روان‌شناختی چون پرخاشگری [۱۰]، مصرف مواد مخدر [۱۱]، اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه در ارتباط باشد [۱۲]. به‌طور کلی تنظیم هیجان به یک ساختار کلیدی در روانشناسی و روانشناسی بالینی تبدیل شده است و در حوزه آسیب‌های

حوزه تنظیم هیجان دست‌یافت.

در خارج از کشور چند مطالعه فراتحلیل به جمع بندی و تلخیص یافته‌های مربوط به مداخله‌های درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان پرداخته‌اند. هاگ، آکابچوک، کیمیل، مویترا، بریتون، دومایس و همکاران [۳۶]، طی یک پژوهش فراتحلیل که روی نتایج ۷۲ مطالعه اولیه صورت گرفت، به این نتیجه دست یافتند که مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به طور کلی به بهبود قابل توجهی در پردازش مرتبط با هیجان‌ها منجر شده است و جوامع بالینی متفاوت مورد بررسی و ابزارهای سنجش مطالعات اولیه، منجر به تعدیل نتایج نشده‌اند.

ابرت و سدلمایر [۱۷]، نیز در یک مطالعه فراتحلیل به ترکیب نتایج ۳۹ مطالعه اولیه بر اساس ۶ ملاک ورود و خروج پرداختند و تأثیر مداخله‌های درمانی ذهن آگاهی در حوزه‌های مختلف را بررسی کرده بودند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد؛ مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به طور کلی بر بهزیستی، کاهش استرس، کاهش هیجان‌های منفی و اضطراب بیشترین اندازه اثر را داشته است و در این حوزه‌ها دارای کارکرد بیشتری بوده است. همچنین در فراتحلیل لیلاند، راوز و امرسون [۳۷] نتایج مداخله‌های ذهن آگاهی ۲۷ مطالعه در سه حوزه تنظیم عاطفه منفی، راهبردهای تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی باهم ترکیب و مقایسه شده‌اند که نتایج کلی حاکی از تأثیر مطلوب مداخله‌ها بوده و نشان داد بیشترین تأثیر مداخله‌ها بر تنظیم عاطفه منفی بوده و در بین راهبردهای تنظیم هیجان مؤلفه نشخوارگری به شکل مطلوب کاهش پیدا کرده است. نتایج فراتحلیل داوسون، براون، اندرسون، داتا، دونالد، هنگ و همکاران [۳۸] با ۵۱ مطالعه اولیه نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، متغیرهای پریشانی، اضطراب، افسردگی، بهزیستی و راهبرد نشخوار فکری را با اندازه‌های اثر کوچک تا متوسط بهبود می‌بخشد.

بررسی پیشینه پژوهش به طور واضح نشان داد که همچنان بخشی از پژوهش‌ها مصروف بررسی اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان می‌شود و نتایج پژوهش‌های مذکور نیز گاهاً ضدونقیض و با اندازه اثرهای افراطی گزارش می‌شود. بنابراین، وجود پراکندگی نتایج بیشتر در این حوزه دور از انتظار نیست، علاوه بر این در داخل کشور پژوهشی منسجم در راستای یکپارچه نمودن

رفیعی پور [۲۵]؛ سلطانی زاده، کاظمی، دارابی و قدرتی پور [۲۶]؛ زمستانی و فاضلی نیکو [۲۷]؛ راکی و نادری [۲۸]؛ مبارکی، عزت پور و احمدیان [۲۹]؛ طباطبایی و این‌یمین [۳۰]؛ قاصدی [۳۱]؛ عالم دیانتي و محب [۳۲] بخش کوچکی از مطالعات صورت گرفته در چند سال اخیر بوده‌اند که مؤید اثرات مثبت و کارآمدی مداخلات ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان بوده‌اند. با این حال، برخی از پژوهش‌ها که نسبت به پژوهش‌های ذکر شده، دارای تعداد اندکی هستند، نتایج متفاوت و گاهاً متناقضی از مؤثر بودن ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان گزارش نموده‌اند. به طور مثال در پژوهش محدث، خانجانی و اقدسی [۳۳] که به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های تنظیم هیجانی پرداخته شده بود، نتایج پژوهش نشان داد که این آموزش تأثیر معنی داری بر مؤلفه‌های مشکل در رفتار هدفمند و فقدان وضوح هیجانی نداشته و یا نتایج به دست آمده از پژوهش شعبانی و خلعتبری [۳۴] حاکی از آن بود که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های دشواری بر کنترل تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی تأثیری معنادار نداشته است. همچنین در پژوهش بخشی، سپهوندی، غلامرضایی [۳۵] اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود راهبرد نشخوارگری فراگیران مؤثر واقع نشده است.

گرچه این پژوهش‌ها در پاسخ به پرسش‌های نسبتاً یکسانی صورت گرفته‌اند، اما نتایج مطالعات اولیه حاکی از وجود تناقض و تفاوت‌هایی در بین پژوهش‌هاست. علاوه بر این بررسی، پژوهش‌های مذکور گویای این مهم است که کاربست مداخله‌ها در جوامع با علائم بالینی متفاوت صورت گرفته که می‌تواند در حصول نتایج کلی، ابهام ایجاد کند. وجود انبوه اطلاعات حاصل از کاربست مداخله‌های ذهن آگاهی بعضاً با نتایج ناهمخوان، از یک سو و از سوی دیگر نیاز متخصصان و درمانگران این حوزه به استخراج سریع و دقیق منابع ساختاریافته و کاهش ابهام، سوگیری و خطا در انتخاب روش درمانی بیانگر این واقعیت است که یکپارچه نمودن مطالعات صورت گرفته این حوزه، در قالب فراتحلیل به منظور ترکیب نتایج کمی پژوهش‌ها ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. به بیان روشن‌تر با انجام مطالعه‌ای مبتنی بر فراتحلیل در داخل کشور می‌توان به بینش و دیدگاه جامع‌تری نسبت به کارایی این روش درمانی در

نداشتند. پژوهش‌های واحدی که با عنوان‌های مختلف در مجله‌های مختلف چاپ شده بودند. مقالاتی که دارای ضعف‌های روش‌شناختی و کتاب‌شناختی جدی بودند. مقالاتی که به‌صورت موردی، رابطه‌ای و توصیفی انجام شده بودند.

ابزارهای پژوهش

۱. چک لیست مشخصات طرح پژوهشی: برای جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست مشخصات طرح پژوهشی که توسط مصرآبادی (۱۳۸۹) طراحی شده است استفاده شد.

شیوه انجام پژوهش

برای تعیین نمونه آماری در فراتحلیل حاضر مراحل شناسایی، غربالگری، شایستگی و شامل شدن به شرح ذیل انجام شد: در مرحله شناسایی ابتدا پیشینه پژوهشی مرور و واژه‌های کلیدی معتبر برای جستجوی پژوهش‌های اولیه انتخاب شده و استراتژی‌های جستجو برای هر یک از پایگاه‌های داده تدوین شد. در ادامه تمام مقالات پژوهشی حاصل از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی؛ آموزش ذهن آگاهی؛ بهبودیاری؛ توجه آگاهی در منابع اطلاعاتی فارسی زبان شامل پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (www.sid.ir)، پایگاه مجلات تخصصی نور: (www.noormags.ir)، بانک اطلاعات نشریات کشور (www.magiran.com)، پرتال جامع علوم انسانی (<http://ensani.ir>)، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایرانداک) (<http://irandoc.ac.ir>) و سیویلیکا (<http://civilica.com>) جستجو شدند. در ادامه یک نمونه استراتژی جستجو در پایگاه اطلاعاتی بانک اطلاعات نشریات کشور ارائه شده است: «مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی» یا «آموزش ذهن آگاهی» یا «بهبودیاری» یا «توجه آگاهی» یا «درمان ذهن آگاهی» یا «اثربخشی حضور ذهن». از آنجا که تعداد مقالات جستجو شده زیاد بود برای رسیدن به مقالات با کیفیت عناوین مقالات مرور شد. پس از حذف موارد تکراری و مواردی که عنوان، ارتباطی با ابعاد موضوع تحقیق نداشت، سایر مقالات وارد فرایند غربالگری شدند.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این فراتحلیل فقط تحقیقات چاپ شده به صورت مقالات تمام متن نمایه شده در بانک‌های اطلاعاتی بیان

نتایج مداخله‌های ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان به صورت فراتحلیل انجام نشده است، بر این اساس مطالعه فراتحلیلی حاضر علاوه بر اینکه متضمن گسترش دانش نظری و تجربی در حوزه موردنظر است با ترکیب و تلخیص نتایج تحقیقات موجود منجر به برآوردی کلی از میزان کارآمدی اعمال آزمایشی، انتخاب بهترین راهبردهای درمانی و کاربرد آن‌ها می‌شود که انتقال یافته‌ها و راهکارها به درمانگران و متخصصان امر را تسهیل نموده و تا حدودی از دوباره کاری، اتلاف وقت و هزینه جلوگیری می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش‌هاست: مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی براساس نتایج ترکیبی این پژوهش‌ها تا چه حد بر تنظیم هیجان آزمودنی‌ها مؤثر است؟ مداخله ذهن آگاهی بر کدام یک از راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان اثربخشی بیشتری دارد؟ و آیا در اثربخشی مداخله درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان، جنسیت آزمودنی‌ها نقش تعدیل کننده دارد؟

روش

نوع پژوهش

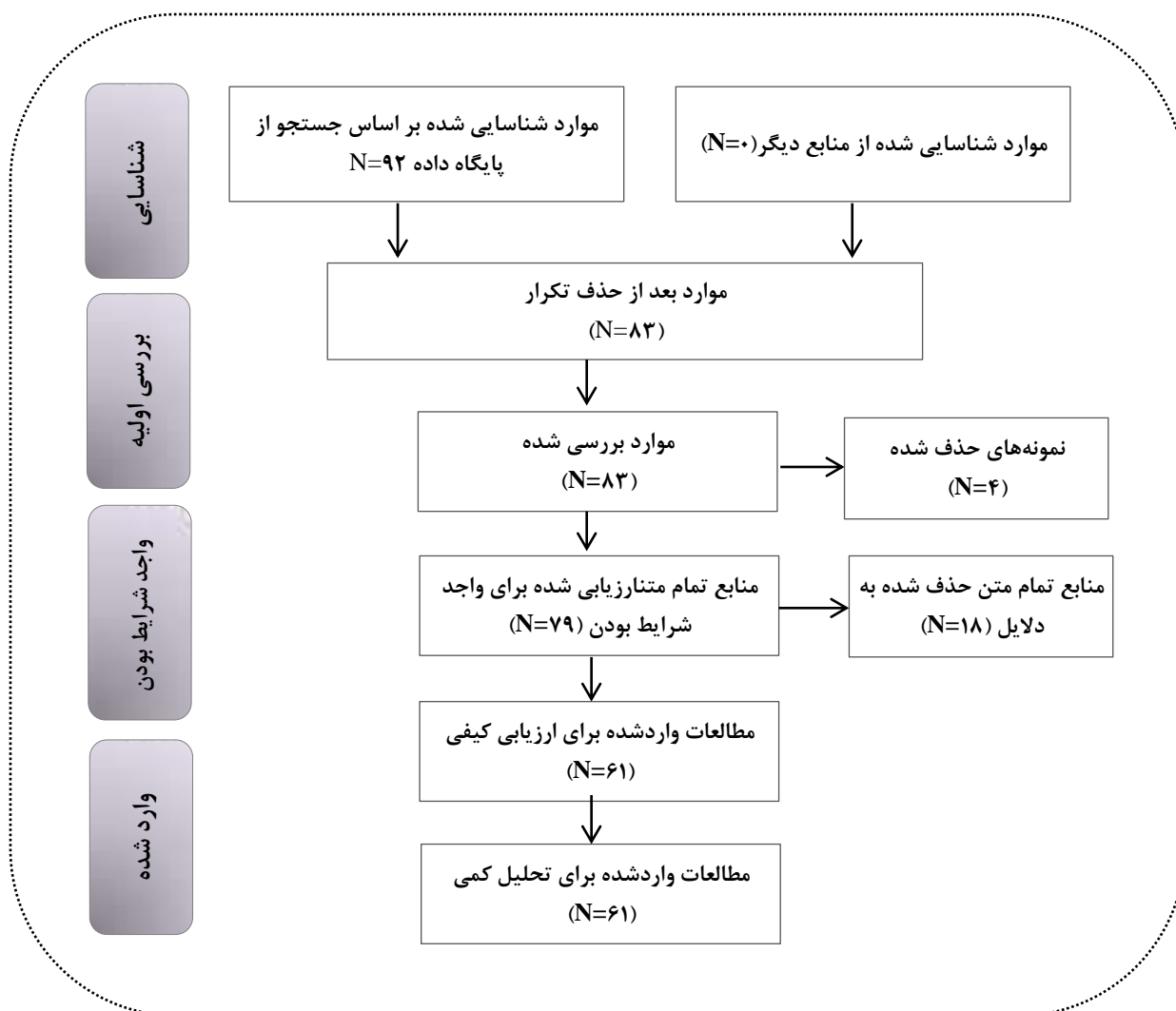
در این پژوهش، با توجه به اهداف و ماهیت از روش فراتحلیل استفاده شد.

الف. جامعه آماری: در این پژوهش، جامعه آماری شامل تمام مقاله‌های علمی، پایان‌نامه و طرح‌های پژوهشی تمام متن در حوزه روانشناسی است که با روش آزمایشی و نیمه آزمایشی در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ به بررسی اثربخشی مداخلات درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان پرداخته‌اند.

ب. نمونه پژوهش: حجم نمونه را ۶۱ مطالعه تشکیل داد. در فراتحلیل حاضر ملاک‌های ورود تحقیقات عبارت بود از: مقالات و پژوهش‌های چاپ شده که با طرح‌های آزمایشی یا نیمه آزمایشی اثربخشی مداخلات درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان را موردبررسی قرار داده‌اند. پژوهش‌هایی با داده‌های مکفی جهت محاسبه اندازه اثر. البته پژوهش‌ها باید در ایران و به زبان فارسی منتشرشده و به‌صورت تمام متن از اینترنت قابل دسترسی باشند. ملاک‌های خروج تحقیقات از فراتحلیل حاضر عبارت بودند از: مقالاتی که در ارائه اطلاعات لازم برای محاسبه اندازه اثر کفایت لازم را

و معنی‌داری آن و نیز شاخص مجذور I برای تعیین میزان ناهمگنی موجود بین اندازه‌های اثر پژوهش‌های اولیه، مورد استفاده قرار گرفت. در گام بعدی به منظور برطرف کردن ناهمگنی و سوگیری انتشار احتمالی، اندازه‌های اثر پرت یا افراطی از طریق تحلیل حساسیت شناسایی و حذف شدند. ضمن اینکه معنی‌داری تفاوت‌های مشاهده در اندازه اثرها، با تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی مورد بررسی قرار گرفتند. در پژوهش حاضر به منظور انجام فعالیت‌های آماری مربوط به ترکیب نتایج از نرم‌افزار CMA نسخه ۲ و SPSS نسخه ۲۴ استفاده و شاخص g هگز از بین انواع شاخص‌های d انتخاب شد.

شده به عنوان جامعه آماری تعریف شدند. نتایج جستجوی الکترونیکی از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی ذکر شده بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج، در نهایت منجر به شناسایی ۶۱ مطالعه شد که دارای شرایط مطلوب علمی و روش‌شناختی جهت محاسبه اندازه اثر بودند. در جدول ۱ مشخصات پژوهش‌های وارد شده در فرایند فراتحلیل با ذکر جزئیات ارائه شده است. همچنین مراحل انجام جستجوها و انتخاب مطالعات در شکل ۱ توضیح داده شده است. به منظور بررسی، تجزیه و تحلیل پژوهش‌های اولیه و برآورد اندازه اثر ترکیبی، از دو مدل اثرات ثابت و تصادفی استفاده شد. همچنین از نمودار کیفی و آماره S-NF برای بررسی سوگیری انتشار، آزمون Q کوکران به منظور بررسی ناهمگنی



شکل ۱. دیاگرام فرایند گردآوری مطالعات اولیه در مراحل مختلف نمونه‌گیری (اقتباس از PRISMA)

جدول ۱. مشخصات پژوهش‌های وارد شده در فرایند فراتحلیل

| ردیف | نام پژوهشگران | سال انتشار | نوع طرح | ابزار سنجش متغیر وابسته | حجم نمونه | جنسیت | نوع مداخله درمانی |
|------|---------------------------------|------------|--|---------------------------------------|---|--------|---|
| ۱ | فرهاد منش و همکاران | ۱۳۹۶ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتر و رومر | ۳۰ دانشجوی | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۲ | حاتمیان و همکاران | ۱۳۹۹ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گروس و جان | ۵۰ سالمند دارای سابقه بیماری قلبی | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۳ | سلطانی‌زاده و همکاران | ۱۴۰۰ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارفنسکی | ۳۰ آتش نشان | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۴ | زمستانی و فاضلی‌نیکو | ۱۳۹۸ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل و پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گروس و جان | ۳۰ زن باردار | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۵ | راکی و نادری | ۱۳۹۷ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارفنسکی | ۳۰ ورزشکار | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۶ | کیانی پور و همکاران | ۱۳۹۷ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتر و رومر | ۴۵ زن با اختلال وحشت زدگی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی - طرحواره درمانی |
| ۷ | مبارکی و همکاران | ۱۳۹۷ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارفنسکی | ۲۰ مصرف کننده مواد افیونی | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۸ | طباطبایی نژاد و ابن یمین | ۱۳۹۹ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان شوت | ۲۰ نفر زن ناراضی از همسر | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۹ | رضوی زاده و همکاران | ۱۳۹۷ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتر و رومر | ۳۰ نفر زن مبتلا به دیابت | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۰ | وطن خواه محمد آبدی و همکاران | ۱۴۰۰ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتر و رومر | ۳۶ دانش آموز دارای اضافه وزن | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۱ | اسماعیلیان و همکاران | ۱۳۹۴ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل | چک لیست تنظیم هیجان شیلد و سیچتی | ۳۰ فرزند طلاق | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۲ | گلشنی و قاصدی | ۱۳۹۸ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۲۰ زن خیانت دیده از همسر | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |

ادامه جدول ۱. مشخصات پژوهش های وارد شده در فرایند فراتحلیل

| ردیف | نام پژوهشگران | سال انتشار | نوع طرح | ابزار سنجش متغیر وابسته | حجم نمونه | جنسیت | نوع مداخله درمانی |
|------|-----------------------|------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|--------|---|
| ۱۳ | مهری نژاد و ساعت چی | ۱۳۹۵ | شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۶۰ همسر جانباز | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۴ | علم دیانتی و محب | ۱۳۹۶ | شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ نفر با اختلال وسواسی-جبری | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۵ | صدری دمیرچی و همکاران | ۱۳۹۶ | شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ زن وابسته به مواد | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۶ | شالیکاری و همکاران | ۱۴۰۰ | شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل و پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۲ زن دارای افسردگی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۷ | حسینی و همکاران | ۱۴۰۰ | شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل و پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ مرد مصرف کننده مت آمفتامین | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۸ | قنبری و شهابی زاده | ۱۳۹۷ | شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر | ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۱۹ | طاهری فرد و میکاییلی | ۱۳۹۸ | شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۳۲ زن قربانی خشونت خانوادگی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۲۰ | محدث و همکاران | ۱۳۹۸ | شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر | ۴۰ نفر با علایم سلوک | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۲۱ | فروزش یکتا و همکاران | ۱۳۹۷ | نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر | ۶۰ خانم دارای رضایت زناشویی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۲۲ | امامدوست و همکاران | ۱۳۹۹ | نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۶ مادر دارای کودک اختلال طیف اوتیسم | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی-واقعیت درمانگری |
| ۲۳ | ایزدی خواه و همکاران | ۱۳۹۸ | نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ نفر مبتلا به سردرد های میگرنی | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |

ادامه جدول ۱. مشخصات پژوهش‌های وارد شده در فرایند فراتحلیل

| ردیف | نام پژوهشگران | سال انتشار | نوع طرح | ابزار سنجش متغیر وابسته | حجم نمونه | جنسیت | نوع مداخله درمانی |
|------|--------------------------|------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|--------|---|
| ۲۴ | هدایتی زفرقندی و همکاران | ۱۴۰۰ | به آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۴۰ دانش‌آموز | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۲۵ | بت شکن و همکاران | ۱۳۹۹ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان بنفورد | ۴۰ نفر با اختلال نقص توجه- فزون کنشی | مرد-زن | شناخت درمانی - نوروفیدبک- درمان ادراکی- حرکتی |
| ۲۶ | مهاجری اول و همکاران | ۱۳۹۹ | شبه آزمایشی - پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ نفر دارای اختلال اضطراب فراگیر | مرد-زن | درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۲۷ | شعبانی و خلعتبری | ۱۳۹۸ | نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر | ۳۰ زن مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۲۸ | حکم آبادی و همکاران | ۱۳۹۹ | نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۴۰ سرباز | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۲۹ | نوروزی و هاشمی | ۱۳۹۶ | نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۲۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۳۰ | وجدیان و همکاران | ۱۳۹۹ | نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۳۰ نوجوان دختر دارای شکست عاطفی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۳۱ | صادقی و همکاران | ۱۳۹۷ | نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و خنثی | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۶۰ مادر با کودکان کم‌توان ذهنی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۳۲ | اصغری و همکاران | ۱۳۹۴ | نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجانی شوت | ۲۰ زن دارای همسر معتاد | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۳۳ | بخشی و همکاران | ۱۳۹۸ | نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۲۴ بیمار مبتلا به پسوریازیس | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |

ادامه جدول ۱. مشخصات پژوهش های وارد شده در فرایند فراتحلیل

| ردیف | نام پژوهشگران | سال انتشار | نوع طرح | ابزار سنجش متغیر وابسته | حجم نمونه | جنسیت | نوع مداخله درمانی |
|------|-----------------------|------------|--|------------------------------------|---|--------|---|
| ۳۴ | عسگری و همکاران | ۱۳۹۸ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۶۰ نفر مرد داوطلب ترک مواد کند کننده | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی-تن آرامی |
| ۳۵ | داوودی و همکاران | ۱۳۹۸ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتر و رومر | ۶۰ نوجوان دختر | زن | ذهن آگاهی نوجوان محور- درمان هیجان مدار- درمان شناختی- رفتاری |
| ۳۶ | برمال و همکاران | ۱۳۹۷ | شبه آزمایشی، با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۲۰ دختر با افسردگی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۳۷ | بحرینی و ثنا گوی محرر | ۱۳۹۸ | نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۶۰ زن باردار دارای اختلال اضطراب | زن | درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس |
| ۳۸ | نادری و همکاران | ۱۳۹۴ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۳۹ | اسماعیلی و همکاران | ۱۳۹۴ | نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۴ نفر معتاد | مرد | درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۴۰ | دمهری و همکاران | ۱۳۹۹ | نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ نفر با میزان نظم جویی شناختی پایین | مرد | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۴۱ | فتاحی و همکاران | ۱۴۰۰ | نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۶ بیمار مبتلا به دیابت | مرد-زن | درمان شناختی رفتاری کلاسیک- کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۴۲ | پور محمدی و همکاران | ۱۳۹۹ | نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه | چک لیست تنظیم هیجان شیلد و سیچتی | ۲۴ دانش آموز پنجم ابتدایی | زن | آموزش ذهن آگاهی |
| ۴۳ | ساتوری و همکاران | ۱۴۰۰ | نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ مادر دارای کودک با ناتوانی های تحولی | زن | درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس |

ادامه جدول ۱. مشخصات پژوهش‌های وارد شده در فرایند فراتحلیل

| ردیف | نام پژوهشگران | سال انتشار | نوع طرح | ابزار سنجش متغیر وابسته | حجم نمونه | جنسیت | نوع مداخله درمانی |
|------|-----------------------|------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------|--|
| ۴۴ | فیروزه مقدم و همکاران | ۱۴۰۰ | نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ بیمار مبتلا به سوء هاضمه | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۴۵ | میرمهدی و رضا علی | ۱۳۹۷ | نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۴۶ | صامت و مهدیان | ۱۴۰۰ | نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۳۰ نوجوان | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۴۷ | زارعی و لیلی | ۱۳۹۹ | نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ زن مراجعه کننده به شبکه سلامت | زن | آموزش ذهن آگاهی |
| ۴۸ | معنوی پور و حیدری | ۱۳۹۷ | نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر | ۳۰ مرد میانسال | مرد | کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۴۹ | فنائی | ۱۳۹۸ | نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ نوجوان دختر | زن | درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۵۰ | رحیمیان بوگر و نقی | ۱۳۹۶ | نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۶۰ مرد معتاد به مواد مخدر | مرد | آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی |
| ۵۱ | قنبرزاده و مسعودی | ۱۳۹۵ | نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۴۰ دانشجوی واجد شرایط | مرد-زن | آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی |
| ۵۲ | ثابت فر و همکاران | ۱۴۰۰ | نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۲ بیمار داوطلب مبتلا به فشار خون | مرد-زن | گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۵۳ | قنبری و همکاران | ۱۳۹۸ | نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ زن مطلقه | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۵۴ | امیری و همکاران | ۱۳۹۸ | نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۳۰ دانش آموز تیز هوش | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۵۵ | نوری فرد و همکاران | ۱۳۹۸ | شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۶ بیمار همودیلالیز | مرد-زن | آموزش ذهن آگاهی - آموزش اختصاصی سازی حافظه |

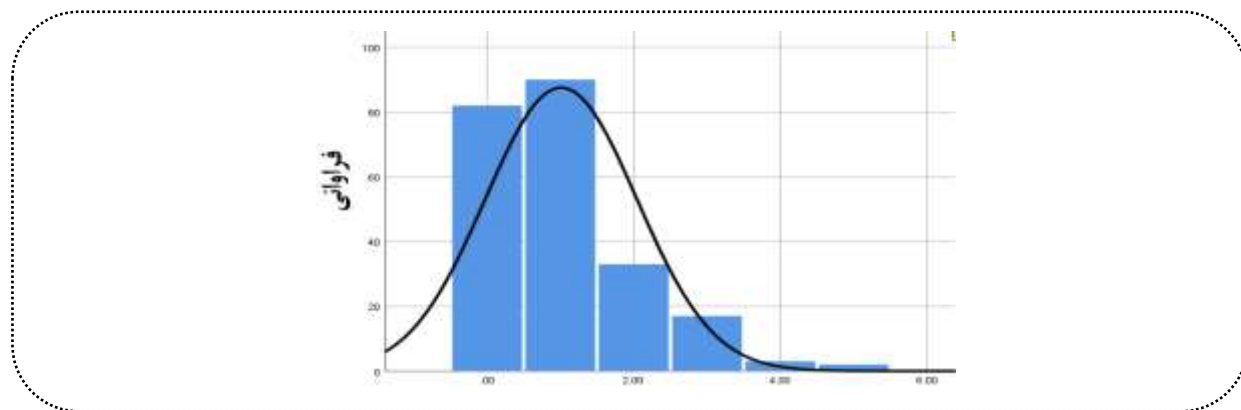
ادامه جدول ۱. مشخصات پژوهش های وارد شده در فرایند فراتحلیل

| ردیف | نام پژوهشگران | سال انتشار | نوع طرح | ابزار سنجش متغیر وابسته | حجم نمونه | جنسیت | نوع مداخله درمانی |
|------|---------------|------------|---|---------------------------------|-------------------------|--------|---------------------------------|
| ۵۶ | زاهدی | ۱۳۹۷ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۳۰ بیمار مبتلا به استرس | مرد-زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۵۷ | ابراهیمی مقدم | ۱۳۹۴ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۶۰ معتاد تحت درمان | مرد | درمان مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۵۸ | فرزانی پور | ۱۳۹۴ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل | پرسش نامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۲۴ زن متاهل | زن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
| ۵۹ | باشوکی | ۱۳۹۷ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری | پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان | ۲۴ دانش آموز افسرده | زن | درمان ذهن آگاهی گروهی |
| ۶۰ | بلوچی | ۱۳۹۹ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ داوطلب بهبود یافته | مرد | آموزش ذهن آگاهی |
| ۶۱ | صادقی | ۱۳۹۸ | نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل | پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی | ۳۰ فرد بالای ۱۸ سال | مرد-زن | درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی |

نتایج

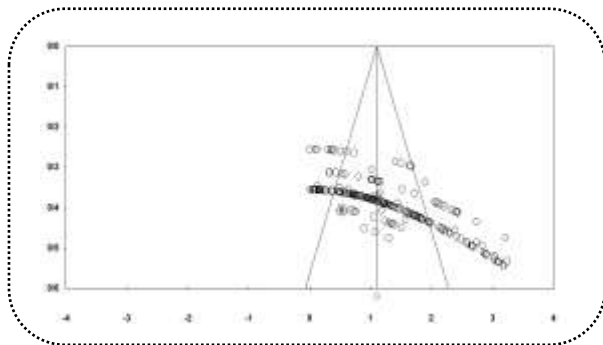
به منظور بررسی نرمال بودن توزیع اندازه اثرها از نمودار هیستوگرام استفاده شد. نتایج مربوط به این تحلیل در شکل ۲ نشان داد که بیشتر اندازه های اثر محاسبه شده تقریباً در فاصله ۰/۵- تا ۲ توزیع شده اند. ضمن اینکه تعدادی اندازه اثر بالا نیز در شکل ۲ مشهود است که چولگی مثبت نمودار را رقم زده و به نوعی با داده های پرت در پژوهش های اولیه قابل قیاس اند.

از ۶۱ مطالعه که با روش آزمایشی و نیمه آزمایشی که تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر تنظیم هیجان مورد بررسی قرار داده بودند، با اعمال ملاک های ورود و خروج، ۲۲۵ اندازه اثر محاسبه و وارد فرایند فراتحلیل شدند. قبل از تحلیل یافته ها چون روش فراتحلیل نیز مانند سایر روش های آماری مستلزم بررسی پیش فرض هایی است،



شکل ۲. نمودار هیستوگرام توزیع اندازه های اثر پژوهش های اولیه

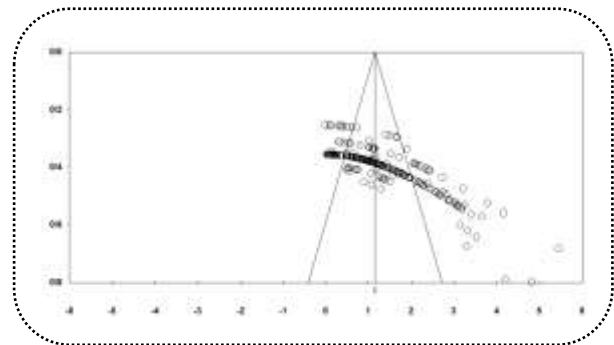
نمودار به شکل متقارن پراکنده نشده باشند؛ بنابراین در چنین حالتی، لازم است برای کاهش سوگیری انتشار، اندازه‌های اثر پرت و افراطی حذف شوند. با مشاهده شکل ۲ مشخص شد که تعدادی از پژوهش‌ها با اندازه‌های اثر پرت منجر به نامتقارن شدن نمودار کیفی شکل ۳ گشته که با حذف تدریجی ۱۱ اندازه اثر پرت نمودار کیفی شکل ۴ حاصل آمد که حالت متقارن‌تری دارد.



شکل ۴. نمودار کیفی بعد از تحلیل حساسیت

است که در جامعه آماری ماهیت روابط بین متغیر مستقل و وابسته، تحت تأثیر متغیرهای تعدیل‌کننده تغییر می‌یابد. علاوه بر این مقدار شاخص Q ، $855/916$ است که از لحاظ آماری معنادار است ($P \leq 0/001$) و نشانگر وجود ناهمگنی بین اندازه‌های اثر پژوهش‌های اولیه است؛ اما باید توجه داشت که معناداری شاخص Q تحت تأثیر حجم نمونه قرار دارد. بر همین اساس توصیه می‌شود که از شاخص مجذور I استفاده شود (برنشتاین، هگز، هیگن و روتشتین، ۲۰۰۹). طبق نتایج حاصله، مقدار شاخص مجذور I $75/11$ به دست آمده که نشان می‌دهد ناهمگنی موجود در نتایج پژوهش‌های اولیه بیش از ۷۵ درصد است و می‌تواند ناشی از وجود متغیرهای تعدیل‌کننده باشد؛ بنابراین بر اساس هر دو شاخص ناهمگنی که نقش متغیرهای تعدیل‌کننده را در روابط بین دو متغیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و تنظیم هیجان مشهود می‌سازد، مدل منتخب فراتحلیل حاضر، مدل تصادفی با اندازه اثر ترکیبی $1/22$ می‌باشد. در شکل ۵، فاصله اطمینان‌های ۹۵ درصد مربوط به ۲۱۴ اندازه اثر محاسبه شده با استفاده از نمودار بیشه‌ای^۱ ارائه شده

از جمله پیش‌فرض‌های فراتحلیل که پیش از انجام تحلیل باید مورد بررسی قرار گیرد، نبود سوگیری (تورش) انتشار است. در فرا تحلیل برای آگاهی از این مسئله، از تحلیل حساسیت استفاده می‌شود. تحلیل حساسیت به دو روش گرافیکی نمودار کیفی و شاخص آماری تعداد امن از تخریب قابل انجام است. بر اساس نمودار کیفی زمانی سوگیری انتشار قابل تشخیص است که نقاط در اطراف



شکل ۳. نمودار کیفی قبل از تحلیل حساسیت

مقدار آماره امن از تخریب (NF-S) نیز پس از تحلیل حساسیت 4580 به دست آمد که این مقدار مطلوب است. به عبارت بهتر این آماره نشان می‌دهد که پس از ورود 4580 مطالعه غیر معنادار به فرایند تحلیل، اندازه اثر محاسبه شده غیر معنادار خواهد شد. جدول ۲ اندازه‌های اثر ترکیبی پژوهش‌های مربوط به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و شاخص‌های ناهمگنی اندازه‌های اثر در بین پژوهش‌های اولیه را بعد از تحلیل حساسیت نشان می‌دهد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین اندازه اثر ترکیبی مطالعات انجام شده در زمینه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان برای مدل اثرات ثابت برابر با $1/09$ و برای اثرات تصادفی برابر با $1/22$ است که هر دو در سطح $0/001$ معنی‌دار هستند بر اساس ملاک کوهن، تأثیر مذکور به صورت بزرگ ارزیابی می‌شود. به منظور تصمیم‌گیری برای تعیین مدل نهایی فرا تحلیل، ناگزیر از انجام تحلیل‌های ناهمگنی هستیم. در صورت وجود ناهمگنی در اندازه‌های اثر پژوهش‌های اولیه، مدل تصادفی انتخاب شده و در چنین حالتی فرض بر این

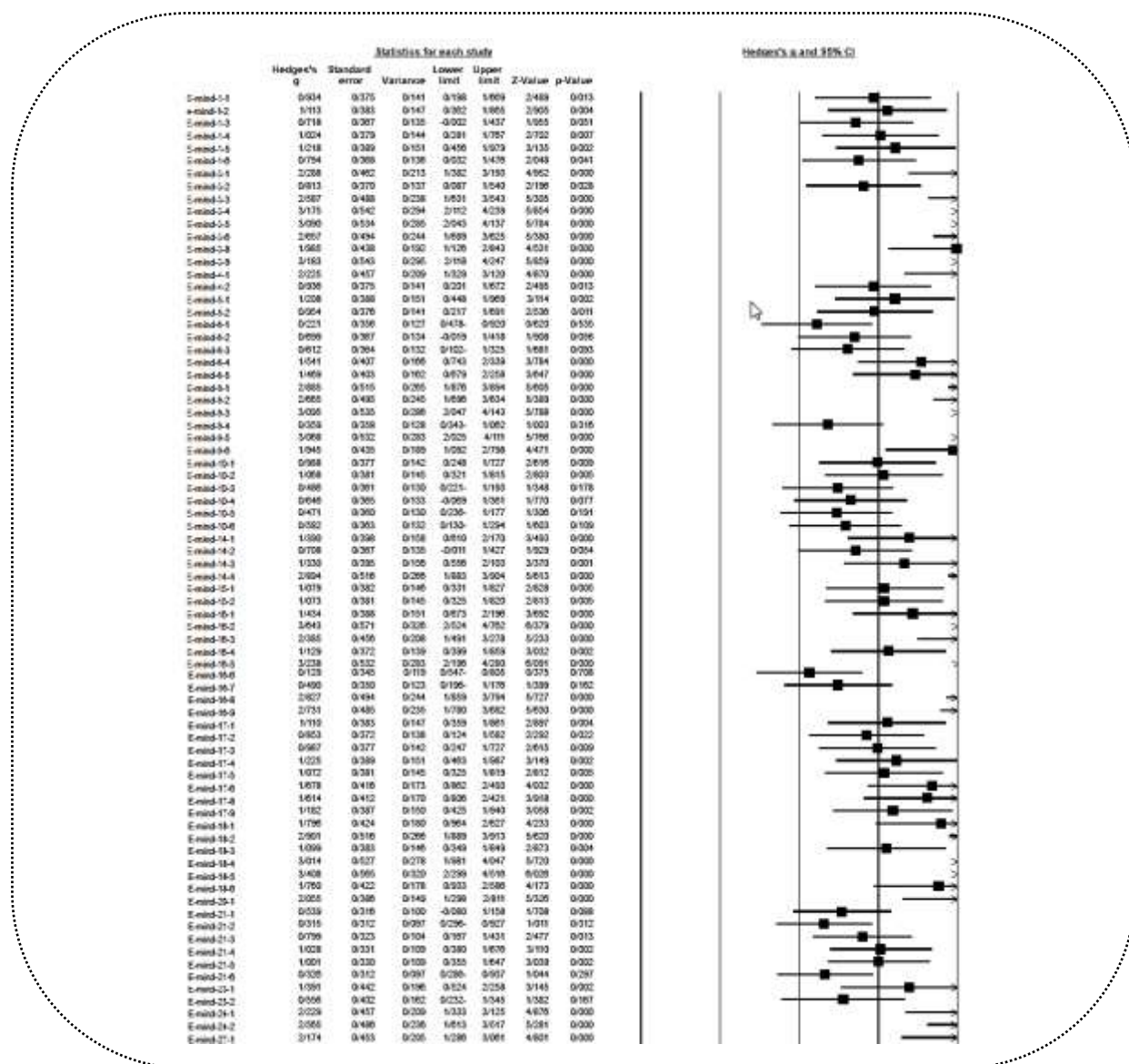
1 . forest plot

اثر وارد شده تعداد ۵۵ اندازه اثر غیر معنادار هستند. علاوه بر این نمودار مذکور بیانگر تأثیر مثبت مداخله‌های درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان است.

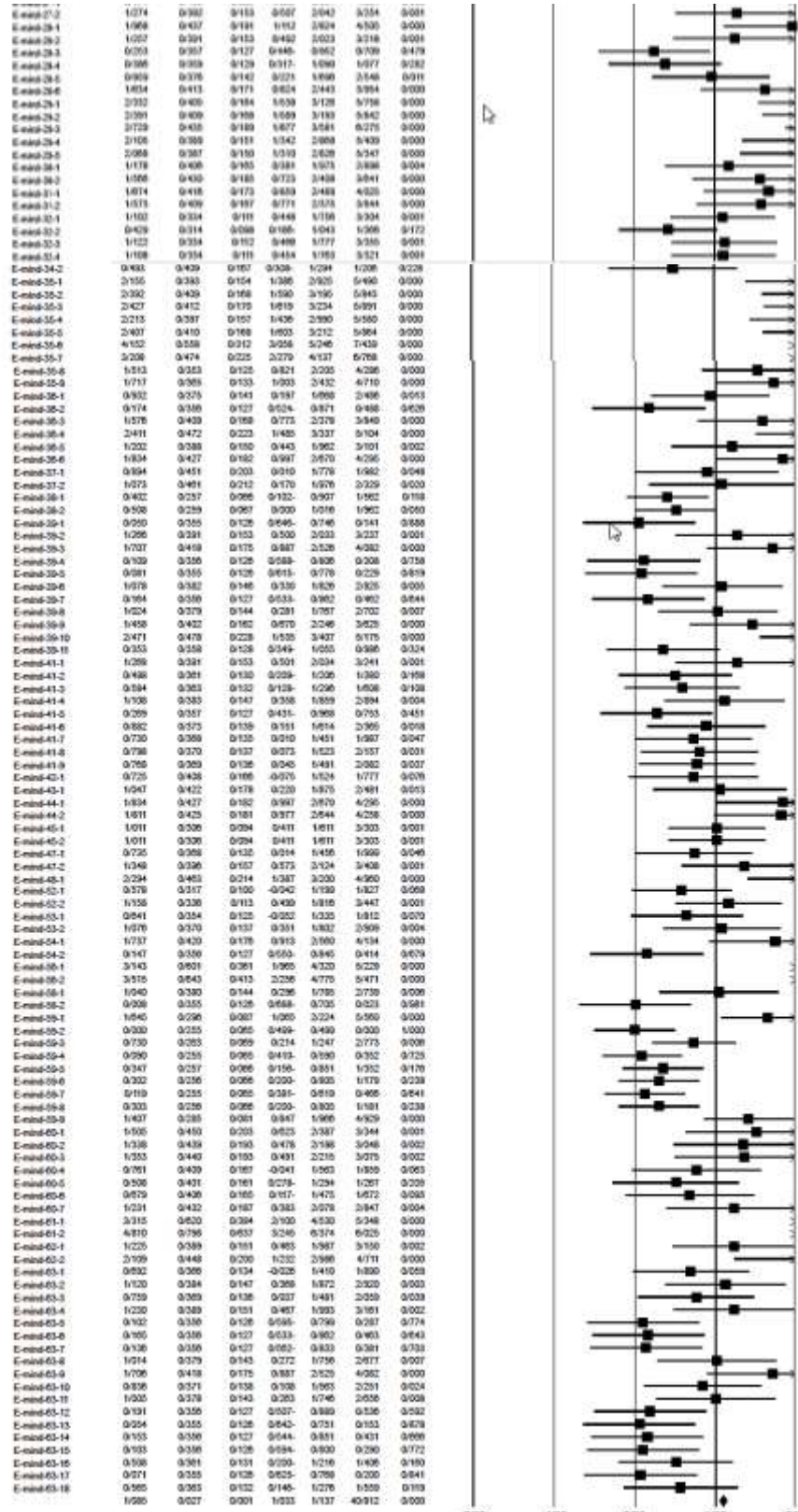
است. همان طور که نمودار نشان می دهد، اندازه اثرهایی که فاصله‌های اطمینان آن‌ها وارد نیمه منفی نمودار شده‌اند از لحاظ آماری معنادار نمی باشند که از مجموع ۲۱۴ اندازه

جدول ۲. اندازه اثر ترکیبی اثربخشی مداخلات درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و شاخص‌های ناهمگنی

| شاخص‌های ناهمگنی اندازه‌های اثر | | | | | P | Z | فاصله اطمینان %۹۵ | | اندازه اثر ترکیبی | تعداد اندازه اثر | مدل |
|---------------------------------|-----|-------|---------|-------|------|------|-------------------|----------------------|-------------------|------------------|------|
| معناداری | | | | | | | Q کوکران | I مجذور I درجه آزادی | | | |
| ۰/۰۰۱ | ۲۱۳ | ۷۵/۱۱ | ۸۵۵/۹۱۶ | ۰/۰۰۱ | | | | | ۴۲/۴۴ | ۱/۱۴ | ۱/۰۹ |
| ۰/۰۰۱ | | | ۰/۰۰۱ | ۲۳/۵۷ | ۱/۳۳ | ۱/۱۲ | ۱/۲۲ | ۲۱۴ | تصادفی | | |



شکل ۵. نمودار بیشه‌ای اندازه‌های اثر با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و وزن نسبی هر پژوهش



ادامه شکل ۵. نمودار بیشه‌ای اندازه‌های اثر با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و وزن نسبی هر پژوهش

جدول ۳. اندازه اثر ترکیبی مدل تصادفی اثربخشی مداخلات درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان به تفکیک راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان

| P | Z | فاصله اطمینان ۹۵٪ | | اندازه اثر ترکیبی | تعداد اندازه اثر | مؤلفه‌ها | |
|-------|-------|-------------------|----------|-------------------|------------------|---------------------------|---|
| | | حد بالا | حد پایین | | | | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۱/۳۷ | ۱/۵۳ | ۱/۰۸ | ۱/۳۱ | ۱۱ | سرزنش خود | راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان |
| ۰/۰۰۱ | ۷/۴۱ | ۱/۷۳ | ۱ | ۱/۳۶ | ۱۲ | سرزنش دیگران | |
| ۰/۰۰۱ | ۵/۲۰ | ۱/۵۶ | ۰/۷۰ | ۱/۱۳ | ۱۱ | فاجعه انگاری | |
| ۰/۰۰۱ | ۵/۲۰ | ۲/۱۰ | ۰/۹۵ | ۱/۵۳ | ۱۱ | نشخوار فکری | |
| ۰/۰۰۱ | ۴/۱۱ | ۱/۸۶ | ۰/۸۴ | ۱/۳۵ | ۹ | عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی | |
| ۰/۰۰۱ | ۴/۶۷ | ۱/۷۵ | ۰/۷۱ | ۱/۲۳ | ۹ | دشواری‌های رفتار هدفمند | |
| ۰/۰۰۱ | ۴/۳۴ | ۱/۶۹ | ۰/۶۴ | ۱/۱۶ | ۹ | دشواری‌های کنترل تکانه | |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۸۹ | ۱/۳۸ | ۰/۴۵ | ۰/۹۱ | ۹ | فقدان آگاهی هیجانی | |
| ۰/۰۰۱ | ۵/۲۵ | ۱/۸۹ | ۰/۸۶ | ۱/۳۷ | ۸ | دسترسی محدود به راهبرد | |
| ۰/۰۰۱ | ۴/۶۶ | ۱/۸۱ | ۰/۷۴ | ۱/۲۷ | ۸ | فقدان شفافیت هیجانی | |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۳۷ | ۱/۶۵ | ۰/۸۷ | ۱/۲۶ | ۴ | فرونشانی | |
| ۰/۰۰۱ | ۲۲/۴۱ | ۱/۴۰ | ۱/۱۷ | ۱/۲۸ | ۱۲۲ | کل راهبردهای ناسازگار | راهبردهای سازگار تنظیم هیجان |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۱۷ | ۱/۲۵ | ۰/۲۹ | ۰/۷۷ | ۱۱ | پذیرش | |
| ۰/۰۰۱ | ۴/۶۴ | ۱/۶۸ | ۰/۶۸ | ۱/۱۸ | ۱۲ | تمرکز مجدد مثبت | |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۳۹ | ۲/۰۴ | ۰/۵۴ | ۱/۲۹ | ۱۰ | تمرکز مجدد برنامه‌ریزی | |
| ۰/۰۰۱ | ۵/۱۰ | ۱/۷۷ | ۰/۷۹ | ۱/۲۸ | ۱۱ | ارزیابی مجدد مثبت | |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۳۰ | ۱/۳۹ | ۰/۳۵ | ۰/۸۷ | ۱۰ | اتخاذ دیدگاه | |
| ۰/۰۰۱ | ۴/۷۶ | ۲/۱۰ | ۰/۸۷ | ۱/۴۸ | ۴ | باز ارزیابی | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۳/۱۵ | ۱/۲۵ | ۰/۹۲ | ۱/۰۹ | ۷۷ | کل راهبردهای سازگار | |

اندازه اثر بیشتری است. ضمن اینکه بیشترین اندازه اثر مربوط به اثربخشی درمان ذهن آگاهی در بین راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان مربوط به مؤلفه نشخوار فکری و کمترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه نبود آگاهی هیجانی بوده است. همچنین در بین راهبردهای سازگار تنظیم هیجان بیشترین اندازه اثر ترکیبی مربوط به مؤلفه باز ارزیابی و کمترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه پذیرش بوده است. از این رو به منظور مشخص کردن وجود تفاوت معنی‌دار بین اندازه اثر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان دو تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) به صورت مجزا انجام شد.

از آنجاکه در بیشتر مطالعات اولیه اثربخشی مداخله شناختی ذهن آگاهی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان مورد بررسی قرار گرفته لازم شد در تحلیل متغیرهای پیامد چندگانه، مؤلفه‌های این دو راهبرد کلی مورد تحلیل قرار گیرند. در جدول ۳ اندازه اثر ترکیبی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان به تفکیک راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان (تحلیل متغیرهای پیامد چندگانه) ارائه شده است. مطابق این جدول اثربخشی درمان شناختی ذهن آگاهی بر راهبردهای ناسازگار نسبت به راهبردهای سازگار تنظیم هیجان دارای

میان راهبردهای سازگار تنظیم هیجان با استفاده از آزمون گیمز-هاول^۲ نشان داد بین اندازه اثر ترکیبی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای سازگار: باز ارزیابی و ارزیابی مجدد مثبت (۰/۳۲)، باز ارزیابی و پذیرش (۰/۷۳)، باز ارزیابی و تمرکز مجدد بر برنامه (۰/۵۵)، باز ارزیابی و اتخاذ دیدگاه (۰/۶۹)، باز ارزیابی و تمرکز مجدد مثبت (۰/۴۳)، ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش (۰/۴۱)، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه (۰/۳۶) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$) و در سایر تفاوت‌های جفتی بین میانگین‌های راهبردهای سازگار موردبررسی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P \geq 0/05$).

در جدول ۴، اندازه اثر ترکیبی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان به تفکیک جنسیت ارائه شده است. بر اساس ۸۹ اندازه اثر اولیه حاصل از مطالعات انجام گرفته بر روی زنان، اندازه اثر ترکیبی مدل تصادفی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان در گروه زنان $1/16$ ($Z=28/13$) بوده است. همچنین ۷۵ اندازه اثر به دست آمده از مطالعات بر روی مردان نشان داد میزان اندازه اثر ترکیبی در این گروه $1/07$ ($Z=26/18$) می‌باشد که هر دو این مقادیر معنادار هستند ($P \leq 0/001$). گرچه نتایج بالا نشان‌دهنده تفاوت مختصری در اندازه اثر بین دو گروه به نفع زنان است اما این قضاوت ظاهری بر اساس مقدار اندازه اثرها نیازمند بررسی معنی‌داری این تفاوت از لحاظ آماری است. شاخص‌های ناهمگنی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان به تفکیک جنسیت نیز نشان داد که مقدار شاخص Q در درون گروه زنان $318/59$ و در گروه مردان $354/96$ محاسبه شد که هر دو مقدار معنی‌دار می‌باشند ($P \leq 0/001$). مقدار Q کل محاسبه شده نیز برابر $675/90$ بود که می‌توان آن را به دو پراکنش درون گروهی و بین گروهی تفکیک نمود. مقدار Q درون گروهی $673/56$ و بین گروهی $2/33$ حاصل شد. مقدار بالای Q درون گروهی نسبت به بین گروهی بیانگر این است که فقط اندکی از میزان ناهمگنی مشاهده شده مربوط به جنسیت گروه‌ها بود لذا درصد زیادی از ناهمگنی را باید به متغیرهای تعدیل‌کننده دیگری جستجو نمود. ضمن اینکه مقدار شاخص I^2 گروه مردان

قبل از انجام تحلیل واریانس جهت مشخص کردن تفاوت معنی‌دار بین اندازه اثر راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان فرض همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لون بررسی شد. مقدار این آزمون $14/64$ محاسبه شد که از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P \leq 0/05$). در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها رعایت نشده است. در این شرایط برای بررسی تفاوت معنی‌دار در میانگین گروه‌ها از آزمون براون-فورسیت^۱ به جای آزمون F استفاده شد، چراکه این آزمون نسبت به تخطی از پیش فرض همگنی واریانس‌ها مقاوم است. بر اساس آزمون براون-فورسیت مقدار آماره برابر $5/30$ بود که با درجه آزادی 10 و $910/71$ در سطح $0/001$ معنی‌دار بود. بر این مبنا می‌توان گفت: اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انواع راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان متفاوت است. در ادامه به منظور انجام مقایسه‌های دوبه دو میان راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان از آزمون گیمز-هاول استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد بین اندازه اثر ترکیبی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای ناسازگار: نبود پذیرش پاسخ‌های هیجانی و فقدان آگاهی هیجانی (۰/۳۸)، دسترسی محدود به راهبرد و فقدان آگاهی هیجانی (۰/۴۲)، دشواری‌های کنترل تکانه و سرزنش خویش (۰/۲۸-)، فاجعه‌انگاری و فرونشانی (۰/۲۵-)، فاجعه‌انگاری و سرزنش خویش (۰/۳۰-)، فقدان آگاهی هیجانی و فرونشانی (۰/۴۳-)، فقدان آگاهی هیجانی و سرزنش دیگران (۰/۴۷-)، فقدان آگاهی هیجانی و سرزنش خویش (۰/۴۸-)، فقدان آگاهی هیجانی و نشخوار فکری (۰/۴۵-) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$) و در سایر تفاوت‌های جفتی بین میانگین‌های راهبردهای سازگار مورد بررسی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P \geq 0/05$). در ادامه آزمون تحلیل واریانس برای بررسی وجود تفاوت معنی‌دار بین اندازه اثر راهبردهای سازگار تنظیم هیجان انجام شد و به دلیل تخطی از پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون براون-فورسیت استفاده شد که مقدار آماره آن برابر $10/71$ بود که با درجه آزادی 5 و $527/72$ در سطح $0/001$ معنی‌دار بود. از این رو اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انواع راهبردهای سازگار تنظیم هیجان متفاوت است و مقایسه‌های دوبه دو

جدول ۵، نتایج آزمون t دوگروهی مستقل برای اثربخشی درمان شناختی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان دو جنس را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر این است که مقدار آماره t، ۰/۱۸ محاسبه شده و از نظر آماری معنادار نیست. ($P \geq 0/05$). بنابراین، بین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان، در گروه‌های مردان و زنان تفاوتی وجود ندارد.

بیشتر از گروه زنان بود که حاکی از وجود ناهمگنی بیشتر در این گروه است و ممکن است متغیرهای تعدیل کننده اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان را در گروه مردان بیش از گروه زنان تحت تأثیر قرار دهند. در ادامه وجود معنی داری تفاوت‌های مشاهده شده در اثربخشی درمان شناختی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان، در گروه‌های مردان و زنان از طریق آزمون تی مستقل بررسی شد.

جدول ۴. اندازه اثر ترکیبی مدل تصادفی اثربخشی مداخلات ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان به تفکیک جنسیت

| P | Z | فاصله اطمینان ۹۵٪ | | اندازه اثر ترکیبی | تعداد اندازه اثر | جنسیت |
|-------|-------|-------------------|----------|-------------------|------------------|-------|
| | | حد بالا | حد پایین | | | |
| ۰/۰۰۱ | ۲۸/۱۳ | ۱/۲۴ | ۱/۰۸ | ۱/۱۶ | ۸۹ | زن |
| ۰/۰۰۱ | ۲۶/۱۸ | ۱/۱۵ | ۰/۹۹ | ۱/۰۷ | ۷۵ | مرد |

جدول ۵. نتایج آزمون t دوگروهی مستقل اثربخشی مداخلات ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان دو جنس

| متغیر | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار تفاوت | درجه آزادی | t | سطح معنی داری | بر آورد فاصله‌ای ۹۵٪ | |
|-------|------------------|------------------|------------|------|---------------|----------------------|----------|
| | | | | | | حد بالا | حد پایین |
| جنسیت | ۰/۰۲ | ۰/۱۱ | ۱۹۸ | ۰/۱۸ | ۰/۸۵ | -۰/۲۰ | ۰/۲۴ |

پژوهش‌های اولیه از جمله [۲۳]، [۲۴]، [۲۵]، [۲۶]، [۲۷]، [۲۸]، [۲۹]، [۳۰]، [۳۱]، [۳۲] و پژوهش‌های فراتحلیل [۳۶]، [۱۷] و [۳۷] همسو است.

مبانی نظری و تجربی مؤید تأثیر مداخله ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان است. در فراتحلیل هاگ و همکاران [۳۶] که باهدف بررسی ساختارهای مرتبط با هیجان‌ات که توسط مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی مدیریت شده‌اند، انجام شده است از ۷۲ پژوهش اولیه اندازه اثر کلی برای ساختارهای هیجانی مختلفی به دست آمد و مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به طور کلی به بهبود قابل توجهی در پردازش مرتبط با هیجان‌ها منجر شده است. کیسا، سرتی و یاکوبسن [۳۹] نیز مطالعات این حوزه را با هدف بررسی تأثیر تمرینات ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان تلخیص و مرور نموده و نتیجه مطالعه آن‌ها نشان داد که ذهن آگاهی و راهبردهای تنظیم هیجان به صورت کوتاه و بلندمدت به هم مرتبط اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت: طبق مدل واگو و سیلبرسوايگ ذهن آگاهی از طریق رشد خودآگاهی (فرا آگاهی)،

بحث و نتیجه‌گیری

این فراتحلیل باهدف ترکیب مطالعات انجام شده در حوزه اثربخشی مداخلات درمانی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان در طول یک دهه گذشته در داخل کشور انجام شد. پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج مطالعات اولیه، ۶۱ مطالعه که شرایط انجام فراتحلیل برای آن‌ها وجود داشت، انتخاب شدند. از این مطالعات تعداد ۲۲۵ اندازه اثر به دست آمد که پس از تحلیل حساسیت و با حذف اندازه اثرهای پرت، تعداد ۲۱۴ اندازه اثر باقی ماند که در تحلیل نهایی از آن‌ها استفاده شد.

نتایج حاصل از فراتحلیل نشان داد که به‌طور کلی تأثیر مداخله‌های ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان در دو الگوی ثابت و تصادفی معنی دار است، ضمن این‌که مقدار اندازه اثر ترکیبی محاسبه شده بر اساس ملاک تفسیری کوهن بزرگ به دست آمد. به عبارت دیگر نتایج فراتحلیل حاضر نشان داد، مداخله‌های ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معنی داری دارد. این یافته با بسیاری از

حالتی تعریف می‌شود که در آن افراد به‌طور مکرر و منفعلانه بر علائم پریشانی، دلایل و نتایج احتمالی این علائم تمرکز می‌کنند [۴۳] و از سوی دیگر تمرینات ذهن آگاهی به تشکیل دیدگاهی مستقل و غیرمتمرکز از افکار و احساسات و هیجان‌ها در افراد کمک می‌کند. بنابراین، می‌توان فرضیه تمرکززدایی را برای توضیح اثربخشی ذهن آگاهی بر نشخوار فکری در نظر گرفت. تمرکززدایی به معنای توانایی تمرکز بر لحظه حال و دستیابی به حالتی از قضاوت نکردن در مورد افکار و احساسات و پذیرش آن‌ها دانست. تمرکززدایی شامل فاصله گرفتن، جداسازی، اجازه دادن، پذیرش و کنار گذاشتن افکار و ایده‌های منفی است. لذا، با تقویت مکانیسم‌های شناختی از طریق تمرینات ذهن آگاهی انتظار می‌رود فرایند تمرکززدایی منجر به کاهش نشخوار فکری در آزمودنی‌ها شده باشد. مطالعات نشان داده‌اند که تمرکززدایی می‌تواند سطح نشخوار فکری را با آموزش دادن به بیمار به روشی خاص کاهش دهد. همچنین در تبیین اثربخشی درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بازاریابی می‌توان گفت، بازاریابی به معنای یافتن معنای جدید برای یک موقعیت هیجانی است و در این میان حلقه اتصال بین بازاریابی و ذهن آگاهی را می‌توان در توانایی مهارت‌های ذهن آگاهی در مدیریت عواطف و هیجانات منفی از طریق افزایش آشنایی با زندگی درونی دانست. چراکه گارلند، گیلورد و فردریکسون [۴۴] بیان می‌کنند که ذهن آگاهی قادر است با فراهم کردن گستره وسیع‌تری از آگاهی و توجه، شکل‌گیری تفسیرهای بهتر و قوی‌تری از حوادث تنیدگی را تسهیل کند، تفسیرهایی که هیجان‌های منفی و پریشانی‌های شناختی را به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کاهش خواهد داد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد، جنسیت به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده نمی‌تواند تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان ایجاد کند. به‌عبارتی دیگر می‌توان گفت در اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان، بین دو جنس تفاوتی وجود ندارد. در راستای این یافته، پژوهش‌های باون و مارلت [۴۵] و ویتکیویز و باون [۴۶] نیز که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در جوامع با مشکلات بالینی پرداخته‌اند تفاوت معنی‌داری بین دو جنس مشاهده نکرده‌اند. هرچند در برخی از پژوهش‌ها نیز نتایج متناقضی

خودتنظیمی (تعدیل رفتار) و خود فراروی یا تعالی شخصی (کسب ویژگی‌های اجتماعی مطلوب) منجر به تغییراتی در پردازش خود می‌شود. این تغییرات منعکس‌کننده تلفیق شبکه‌های عصب شناختی مرتبط با قصد و انگیزه، توجه و تنظیم هیجان، خاموشی و تحکیم مجدد، اجتماعی بودن، نبود دل‌بستگی و تمرکززدایی در افراد می‌شود. طبق یافته‌های نوروساینس نیز با ایجاد یادگیری‌های جدید از طریق تمرینات ذهن آگاهی و ایجاد شبکه‌های عصبی جدید و پیوندهای سیناپسی انتظار می‌رود، نحوه پذیرش و برخورد با رویدادها و وقایع استرس‌زا و به‌طور کلی راهبردهای دخیل در تنظیم هیجان دچار تغییر شده و به شکل مطلوب بهبود یابند. در واقع از آنجایی که هدف اصلی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که فراگیر، از طریق پایش خود آیند، از اثرات فعالیت مجدد ذهنی، مطلع شود و از طریق ایجاد و به‌کارگیری حالت حضور ذهن و تمرین‌های مکرر با جهت‌دهی هدفمندانه، توجه به یک محرک خنثی (مانند دم و بازدم تنفس) به مشاهده افکار و احساسات خود بپردازد که به‌نوبه خود منجر به توانایی ادراک بدون تحریف و آزادانه واقعیات درونی و بیرونی در فراگیران می‌شود که به توانمندی افراد در هنگام مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربیات اعم از تجارب خوشایند و ناخوشایند کمک می‌کند. لذا، بر همین اساس به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان مؤثر واقع شوند [۴۰].

علاوه بر این یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد، اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان به‌طور معنی‌داری متفاوت است و از بین راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان، مداخله درمانی ذهن آگاهی بر مؤلفه نشخوار فکری و از بین راهبردهای سازگار، مداخله درمانی ذهن آگاهی بر باز ارزیابی بیشترین اثربخشی را دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اولیه [۴۱]، [۴۲] و فراتحلیل [۳۷] همسو است که در آن مطالعه نتایج مداخله‌های ذهن آگاهی ۲۷ مطالعه در سه حوزه تنظیم عاطفه منفی، راهبردهای تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی باهم ترکیب و مقایسه شده بودند که نتایج نشان داد، بیشترین تأثیر مداخله‌ها بر تنظیم عاطفه منفی بوده و در بین راهبردهای تنظیم هیجان مؤلفه نشخوارگری به شکل مطلوب کاهش پیدا کرده است. نشخوار فکری به‌عنوان

منابع

- 1- Chirico A, Shiota MN, Gaggioli A. Positive emotion dispositions and emotion regulation in the Italian population. *Plos One*. 2021; 16(3):1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245545>
- 2- Goodman FR, Kashdan TB, İmamoğlu A. Valuing emotional control in social anxiety disorder: A multimethod study of emotion beliefs and emotion regulation. *Emotion*. 2021 Jun; 21(4): 842-855. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000750>
- 3- Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*. 2015 Jan 2; 26(1): 1-26. <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- 4- Eadeh HM, Breaux R, Nikolas MA. A meta-analytic review of emotion regulation focused psychosocial interventions for adolescents. *Clinical child and family psychology review*. 2021 Dec; 24(4) 684-706. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-021-00362-4>
- 5- Hoffmann JD, Brackett MA, Bailey CS, Willner CJ. Teaching emotion regulation in schools: Translating research into practice with the RULER approach to social and emotional learning. *Emotion*. 2020 Feb; 20(1): 105-109. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000649>
- 6- Mehta A, Young G, Wicker A, Barber S, Suri G. Emotion regulation choice: Differences in US and Indian populations. *International Journal of Indian Psychology*. 2017; 4(2), 2348-5396. <http://dx.doi.org/10.25215/0402.160>
- 7- St-Louis AC, Rapaport M, Poirier LC, Vallerand RJ, Dandeneau S. On emotion regulation strategies and well-being: The role of passion. *Journal of Happiness Studies*. 2021 Apr; 22(4): 1791-1818. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-020-00296-8>
- 8- Millgram Y, Huppert JD, Tamir M. Emotion goals in psychopathology: A new perspective on dysfunctional emotion regulation. *Current Directions in Psychological Science*. 2020 Jun; 29(3): 242-247. <http://dx.doi.org/10.1177/0963721420917713>

برای اثربخشی درمان ذهن آگاهی بین دو جنس ارائه شده است اما تفاوت‌های مشاهده‌شده را می‌توان به تعیین‌کننده‌های فرهنگی و زبانی جوامع یا روش‌شناختی مطالعات نسبت داد. برای نمونه در مطالعه مروری و باهدف بررسی نقش تفاوت‌های جنسیتی در اثربخشی مداخلات ذهن آگاهی در اختلال مصرف مواد انجام شده از مجموع ۳۶ مطالعه فقط ۶ مطالعه تفاوت جنسیتی را بررسی کرده‌اند و نکته جالب توجه این است که مطالعاتی که به صورت کار آزمایی بالینی تصادفی انجام شده‌اند در اثربخشی مداخلات ذهن آگاهی بین دو جنس تفاوتی گزارش نکردند اما در سایر روش‌های بررسی تفاوت جنسیتی مشاهده‌شده که نشان می‌دهد بررسی نقش جنسیت نیاز به مطالعات بیشتر با متدولوژی نوین و خاص است. لذا، می‌توان گفت: تمرین ذهن آگاهی بر پذیرش بدون قضاوت تجربیات درونی تأکید دارد و از سرکوب نیازها یا خودسانسوری در فرد جلوگیری می‌نماید. به این ترتیب، صرف‌نظر از جنسیت، ذهن آگاهی می‌تواند آگاهی از درد یا استرس درونی را افزایش دهد و به پرورش عادات خود مراقبتی در هر دو جنس به یک شکل کمک کند.

با وجود نتایج فوق، این فرا تحلیل دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است که می‌توان به مواردی از قبیل احتمال گزارش کمتر پژوهش‌های غیر معنی‌دار در خصوص رابطه آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان و نبود دسترسی به همه آن‌ها با توجه به محدودیت‌ها و نبود اطلاعات توصیفی در برخی از مقالات اشاره کرد. بر اساس نتایج این فرا تحلیل پیشنهاد می‌شود؛ پژوهشگران در پژوهش‌های آتی اندازه اثر ترکیبی مرحله پیگیری مطالعات اولیه را برآورد نمایند تا تداوم این مداخلات در گذر زمان بررسی شود و سایر متغیرهای تعدیل‌کننده همچون سن آزمودنی‌ها مورد توجه قرار گیرد. به طور کلی از نتایج پژوهش حاضر چنین استنباط می‌شود؛ مداخلات درمانی ذهن آگاهی و به کار بستن آن می‌تواند راهبردهای سازگار تنظیم هیجان را بهبود بخشد و راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان را کاهش دهد. بر این اساس به طراحان و برنامه‌ریزان پیشنهاد می‌شود که برنامه‌هایی را برای آموزش، رشد و ارتقاء مهارت ذهن آگاهی در سطوح مختلف جامعه با توجه به نقش آن در فرایندهای تنظیم هیجان مدنظر قرار دهند.

- 17-Eberth J, Sedlmeier P. The effects of mindfulness meditation: a meta-analysis. *Mindfulness*. 2012 Sep 1; 3(3):174-189. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x>
- 18-Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC complementary and alternative medicine*. 2012 Dec; 12(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-162>
- 19-Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2009 Jun; 18(6): 571-9. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2009 Jun; 18(6): 571-579.
- 20-Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, Carroll HA, Harrop E, Collins SE, Lustyk MK, Larimer ME. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2014 May 1; 71(5): 547-556. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- 21-Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchione GL, Hunink MM. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS one*. 2015 Apr 16; 10(4):1-17. e0124344.
- 22-Guendelman S, Medeiros S, Rampes H. Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Frontiers in psychology*. 2017 Mar 6; 8: 220.
- ۲۳-خواجهزاده، پیمان؛ صباحی، پرویز. اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در نمونه‌های غیر بالینی و سواس فکری - عملی. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۴۰۰. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.21199.1950>
- ۲۴-هدایتی زفرقندی، سعید؛ امامی‌پور، سوزان؛ رفیعی‌پور، امین. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های تنظیم هیجان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۴۰۰؛ ۶۴(۱): ۲۳۷۴-۲۳۸۰. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18853>
- 9- Preece DA, Becerra R, Hasking P, McEvoy PM, Boyes M, Sauer-Zavala S, Chen W, Gross JJ. The Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric properties and relations with affective symptoms in a United States general community sample. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Apr 1; 284: 27-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.071>
- 10-Röll J, Koglin U, Petermann F. Emotion regulation and childhood aggression: Longitudinal associations. *Child Psychiatry & Human Development*. 2012 Dec; 43(6): 909-923. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-012-0303-4>
- 11-Garke MÅ, Isacsson NH, Sörman K, Bjureberg J, Hellner C, Gratz KL, Berghoff CR, Sinha R, Tull MT, Jayaram-Lindström N. Emotion dysregulation across levels of substance use. *Psychiatry Research*. 2021 Feb 1; 296: 113662. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113662>
- 12-Protopopescu A, Boyd JE, O'Connor C, Rhind SG, Jetly R, Lanius RA, McKinnon MC. Examining the associations among moral injury, difficulties with emotion regulation, and symptoms of PTSD, depression, anxiety, and stress among Canadian military members and Veterans: A preliminary study. *Journal of Military, Veteran and Family Health*. 2021 May 1; 7(2): 71-80. <http://dx.doi.org/10.3138/jmvfh-2020-0036>
- 13-Naragon-Gainey K, McMahon TP, Chacko TP. The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*. 2017 Apr; 143(4): 384-427. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000093>
- 14-Wheeler MS, Arnkoff DB, Glass CR. The neuroscience of mindfulness: How mindfulness alters the brain and facilitates emotion regulation. *Mindfulness*. 2017 Dec; 8(6):1471-1487. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-017-0742-x>
- 15-Segal ZV, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Publications. 2018 Jun 4.
- 16-Deng X, Yang M, An S. Differences in frontal EEG asymmetry during emotion regulation between high and low mindfulness adolescents. *Biological Psychology*. 2021 Jan 1; 158: 107990. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2020.107990>

- ۲۵- حاتمیان، پیمان؛ حیدریان، سجاد؛ احمدی فارسانی، مجتبی. تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی سالمندان با سابقه بیماری قلبی. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۱۳۹۹؛ ۶(۳): ۵۹-۶۵. <http://ijrn.ir/article-1-453-fa.html>
- ۲۶- سلطانی زاده، محمد؛ کاظمی، حمید؛ دارابی، ندا؛ قدرتی پور، سپیده. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در آتش نشانان شهر اصفهان. *مجله پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*. ۱۴۰۰؛ ۱۲(۲): ۸۳-۱۰۰. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.311613.643663>
- ۲۷- زمستانی، مهدی؛ فاضلی نیکر، زهرا. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. ۱۳۹۸؛ ۱۳(۱): ۱۱۹-۱۳۹. <https://doi.org/10.29252/apsy.13.1.119>
- ۲۸- راکی، شهرزاد؛ نادری، فرح. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب رقابتی ورزشکاران زن. *نشریه روان پرستاری*. ۱۳۹۷؛ ۶(۶): ۱۸-۲۶. <http://ijpn.ir/article-1-1162-fa.html>
- ۲۹- مبارکی، روناک؛ عزت‌پور، عمادالدین؛ احمدیان، حمزه. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی مصرف‌کنندگان مواد افیون. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۱۳۹۷؛ ۵(۵): ۱۰۳-۹۲. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-434-fa.html>
- ۳۰- طباطبائی نژاد، فاطمه سادات؛ ابن‌یمین، مریم. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و نشخوار فکری، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و باورهای ارتباطی زنان ناراضی از همسر. *مجله روانشناسی نظامی*. ۱۴۰۰؛ ۱۱(۴۴): ۴۳-۳۱. https://jmp.ihu.ac.ir/article_206026.html
- ۳۱- قاصدی، مسعود. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر بر تنظیم هیجانی، بخشش و صمیمیت زناشویی. *نشریه علمی روانشناسی اجتماعی*. ۱۳۹۸؛ ۷(۵۲): ۵۰-۴۱.
- ۳۲- عالم دیانتی، فاطمه؛ محب، نعیمه. تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به اختلال وسواسی - جبری. *آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)*. ۱۳۹۶؛ ۱۰(۴۰): ۱۷۱-۱۸۸. <https://ensani.ir/file/download/article/20180319115223-10100-280.pdf>
- ۳۳- محدث، نسرين؛ خانجانی، زینب؛ اقدسی، علی نقی. اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال سلوک. *آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)*. ۱۳۹۸؛ ۱۲(۴۸): ۶۳-۸۳. https://sanad.iau.ir/journal/jinev/Article/672761?j_id=672761
- ۳۴- شعبانی، مهشید؛ خلعتبری، جواد. اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری‌های تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در سندرم پیش از قاعدگی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۱۳۹۸؛ ۸(۲۹): ۱۳۴-۱۵۲. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.38051.3847>
- ۳۵- بخشی شکوفه، سپهوندی محمدعلی، غلامرضایی سیمین. اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در پسرهای یازده ساله. *فصلنامه پوست و زیبایی*. ۱۳۹۸؛ ۱۰(۴): ۲۰۱-۲۱۳. <https://jdc.tums.ac.ir/article-1-5415-fa.pdf>
- 36-Hoge EA, Acabchuk RL, Kimmel H, Moitra E, Britton WB, Dumais T, Ferrer RA, Lazar SW, Vago D, Lipsky J, Schuman-Olivier Z. Emotion-related constructs engaged by mindfulness-based interventions: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2021 May; 12(5):1041-62. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-020-01561-w>
- 37-Leyland A, Rowse G, Emerson LM. Experimental effects of mindfulness inductions on self-regulation: Systematic review and meta-analysis. *Emotion*. 2019 Feb; 19(1): 108. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000425>
- 38-Dawson AF, Brown WW, Anderson J, Datta B, Donald JN, Hong K, Allan S, Mole TB, Jones PB, Galante J. Mindfulness-based interventions for university students: a systematic review and meta-analysis of 49 randomized controlled trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2020 Jul; 12(2): 384-410. <https://doi.org/10.1111/aphw.12188>

- 43-Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008 Sep; 3(5), 400-24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- 44-Garland EL, Gaylord SA, Fredrickson BL. Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: *An upward spiral process*. *Mindfulness*. 2011 Mar; 2(1): 59-67. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-011-0043-8>
- 45-Bowen S, Marlatt A. Surfing the urge: brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2009 Dec; 23(4): 666. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017127>
- 46-Witkiewitz K, Bowen S. Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010 Jun; 78(3): 362. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019172>
- 39-Chiesa A, Serretti A, Jakobsen JC. Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clinical psychology review*. 2013 Feb 1; 33(1): 82-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.006>
- 40-Galla BM, Kaiser-Greenland S, Black DS. Mindfulness training to promote self-regulation in youth: Effects of the Inner Kids program. *In Handbook of mindfulness in education*. 2016 Springer, New York, NY. 295-311. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4939-3506-2_19
- ۴۱- رحمانی، نرگس؛ منصور، احمد. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۷(۱): ۳۲-۲۳. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2880>
- ۴۲- محمدپور، سمانه؛ تاجیک‌زاده، فخری؛ محمدی، نورالله. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۶(۱): ۱۸۷-۱۹۸. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2847>

بررسی الگوی ساختاری رابطه بین سندرم فومو با نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری در نوجوانان شهر اصفهان

نویسندگان

منیره حیدری^۱، فاطمه ایزدی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران.

monirehheidari514@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: استفاده زیاد از گوشی‌های هوشمند می‌تواند با تأثیر منفی روانشناختی موسوم به نوموفوبیا همراه باشد. پژوهش حاضر به بررسی الگوی ساختاری رابطه بین سندرم فومو با نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری در نوجوانان شهر اصفهان پرداخته است.

روش: روش مورد استفاده طرح توصیفی-ساختاری-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقطع تحصیلی دبیرستان دوره اول شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش شامل ۲۴۴ نفر از نوجوانان دختر و پسر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقطع تحصیلی دبیرستان دوره اول شهر اصفهان، که به شیوه در دسترس انتخاب شدند. افراد نمونه، مقیاس نوموفوبیا یلدریم و کوریا (۲۰۱۵)، مقیاس فومو پرزیبلسکی و همکاران (۲۰۱۳) و فرم کوتاه استرس والدگری آبی‌دین (۱۹۹۵) را تکمیل کردند. داده‌ها با روش تحلیل مسیر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS26 و Smart PLS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، سندروم فومو با نوموفوبیا رابطه مستقیم و معناداری دارد. همچنین رابطه سندروم فومو با استرس والدگری نیز معنادار می‌باشد. از طرفی استرس والدگری با نوموفوبیا رابطه مستقیم و معناداری دارد و نیز استرس والدگری به طور معناداری رابطه سندروم فومو با نوموفوبیا را میانجی‌گری می‌کند. ($p < 0.05$)

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد مدل بررسی الگوی ساختاری رابطه بین سندرم فومو با نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری از برآزش مطلوبی برخوردار است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۰/۲۶



کلیدواژه‌ها

نوموفوبیا، فومو، استرس والدگری.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

izadi@iaukhsh.ac.i

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

چک کردن مداوم تلفن، شارژ کردن باتری حتی زمانی که گوشی تقریباً شارژ شده است، ترس از اتصال نداشتن به شبکه داده، نگرانی در مورد حذف شدن از وضعیت آنلاین و اجتناب از فعالیت برای گذراندن وقت در تلفن همراه [۹].

گرچه نوموفوبیا هنوز به طور رسمی در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی لحاظ نشده است، اما طبق تعاریف مندرج در آن، نوموفوبیا با اختلال هراس خاص و به طور ویژه، هراس موقعیتی بیشترین مطابقت را دارد [۱۰]. پژوهش‌ها حاکی از آن است که نوموفوبیا در سال‌های اخیر در کاربران تلفن همراه بخصوص در نوجوانان و جوانان افزایش یافته است. در این راستا مطالعه مالیا، سانیل و همکاران^۳ (۲۰۱۸) [۱۱] نشان می‌دهد که ۸۱ درصد دانشجویان گزارش کردند که حتی هنگام حضور در کلاس درس و مطالعه نیز به طور مکرر تلفن همراه خود را بررسی می‌کردند. با وقوع نوموفوبیا، طیف مشکلات مختلفی در رفتار، دیدگاه و عملکرد افراد به خصوص جوانان و نوجوانان اتفاق می‌افتد. در این راستا نتایج نشان می‌دهد دانش‌آموزان مبتلا به نوموفوبیا شدید، عملکرد تحصیلی ضعیفی دارند [۹]. با توجه به شیوع نوموفوبیا و پیامدهای آن تحقیقات زیادی در زمینه سبب‌شناسی آن انجام شده است. یکی از متغیرهای مورد بررسی در این تحقیقات فومو (ترس از دست دادن) [۱۲] بوده است.

فومو به عنوان «هراس فراگیر از اینکه دیگران ممکن است تجربیات مفیدی داشته باشند که در آن، فرد غایب است» تعریف می‌شود [۱۳]. فومو به عنوان «احساس از دست دادن زندگی که دیگران در رسانه‌های اجتماعی به اشتراک گذاشتند و ارزش دیدن دارد»، توضیح داده شد و بیان شد که فومو با استفاده ناسالم از رسانه‌های اجتماعی مرتبط است [۱۴]. بر اساس این تعاریف، فومو را می‌توان به عنوان «ترس از ناتوانی در پیگیری آنچه در زندگی افراد دیگر می‌گذرد» تعریف کرد. این وضعیت می‌تواند افراد را به بازدید مداوم از پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی سوق دهد و باعث شود افراد زمان بیشتری را صرف آن کنند [۱۵]. کلمه ترس در عبارت فومو (ترس از دست دادن) به اضطرابی اشاره دارد که باعث می‌شود فردی که واقعاً مجبور به انجام

عصر حاضر، به عنوان عصر اطلاعات و ارتباطات در نظر گرفته می‌شود. در این زمینه استفاده از تلفن‌های هوشمند هر روز با طلوع فناوری جدید، رشد روزافزونی دارد [۱]. تحقیقات نشان می‌دهد، از سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۲م، تعداد کاربران گوشی‌های هوشمند در سراسر جهان از ۳/۶۶۸ به ۶/۵۶۷ میلیارد افزایش یافته و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۷م به ۷/۶۹۰ میلیارد برسد [۲]. علیرغم پیشرفت تکنولوژی، زندگی انسان‌ها را به مراتب ساده‌تر کرده است، اما باور عمومی بر این است که استفاده آسیب‌زا و افراطی از این فناوری‌ها، باعث تأثیرات روانشناختی منفی می‌شود [۳]. از جمله تأثیرات؛ بروز پدیده‌ای به نام نوموفوبیا (ترس از بدون موبایل بودن)^۱ است.

نوموفوبیا وضعیتی است که تلفن همراه وجود نداشته باشد و فرد به طور نامتناسبی از آن وضعیت ترسیده باشد، که در ادبیات به عنوان یک فوبی خاص در نظر گرفته می‌شود [۴]. نوموفوبیا در واقع ترس از زمانی است که فرد نمی‌تواند به تلفن همراه خود دسترسی داشته باشد و نمی‌تواند با آن ارتباط برقرار کند [۵]. کینگ و همکاران^۲ (۲۰۱۴م) [۶] این تعریف را به روز کردند و اظهار داشتند؛ نوموفوبیا، ترس یا فوبیای دور بودن از تلفن همراه است و شامل گروهی از علائم و رفتارهای مربوط به استفاده از تلفن هوشمند است. حتی تصور فرد از اینکه بدون موبایل باشد نیز برای وی اضطراب‌آور خواهد بود؛ به همین دلیل، شخص سعی می‌کند با انجام اقداماتی برای اجتناب از بدون موبایل ماندن (حمل باتری اضافه و شارژر، همراه داشتن دو گوشی) از اضطراب ناشی از آن پیشگیری کند [۷]. فرد مبتلا به این اختلال، از این رویداد که اگر تلفن همراهش به هنگام گفتگو با دوستان و نزدیکان قطع گردد و یا تماس و ارتباط خود را از دست بدهد و یا زمانی که باطری آن تمام شده و یا رو به اتمام باشد، بیش از حد مضطرب می‌شود. این ترس همچنین می‌تواند ناشی از مفقود شدن تلفن همراه باشد و اغلب اوقات با حس ناکامی شدیدی در فرد همراه می‌باشد [۸]. شایع‌ترین علائم نوموفوبیا عبارتند از: اضطراب، بی‌قراری، تاکی‌کاردی، ناتوانی در خاموش کردن تلفن همراه،

3 . Mallya N, Sunil R.

4 . Fomo (Fear of Missing Out).

1 . NOMOPHOBIA (No-Mobile-Phobia).

2 . King et al.

کاری نیست، احساس کند که باید آن کار را انجام دهد [۱۵]. فومو می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی مانند سن، جنسیت، ارتباط بین والدین و فرزندان، نیازهای روانی برآورده نشده در زمینه روابط بین فردی (میل یا از دست دادن ارتباط با افراد دیگر) و نیازهای فردی روانی برآورده نشده، در فرد ایجاد شود [۱۶]. همچنین به طور تجربی ثابت شده است که سطح روان رنجورخویی [۱۷] و ارتباط بین فردی ضعیف [۱۸] می‌تواند بر سطح ترس از دست دادن در نوجوانان تأثیرگذار باشد. از طرفی ترس از دست دادن باعث اضطراب، ترس و بی‌اعتمادی و همچنین کاهش قدرت ذهنی در افرادی می‌شود که فومو را تجربه می‌کنند [۱۹]. نتیجه تحقیقات نشان می‌دهد، روابط مثبت و معنی‌داری بین فومو و نوموفوبیا وجود دارد؛ به عبارتی دیگر با افزایش ترس از دست دادن به‌روزرسانی‌ها، ترسی که به هنگام دوری از تلفن هوشمند خود احساس می‌کنند در افراد افزایش می‌یابد [۲۰]. در همین راستا آریویلاگا، هالاور و همکاران^۱ (۲۰۲۳م) [۲۱] پژوهشی با عنوان رابطه بدتنظیمی هیجانی و شدت استفاده مشکل‌ساز از گوشی هوشمند با نقش میانجی ترس از دست دادن انجام دادند. شرکت‌کنندگان ۳۴۳ دانشجوی کارشناسی ایالات متحده (۶۴/۷ درصد زن، با میانگین سنی ۱۹ سال) بودند که معیارهای آنلاین اختلال تنظیم هیجان، فومو و استفاده مشکل‌ساز از گوشی هوشمند را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد؛ اختلال در تنظیم هیجان و فومو به عنوان مکانیسم‌های عاطفی و شناختی مرتبط با استفاده مشکل‌ساز از گوشی هوشمند می‌باشد.

علاوه بر عوامل روانشناختی، عوامل اجتماعی و محیطی نیز می‌تواند در ظهور و شدت نوموفوبیا تأثیرگذار باشد که در این زمینه می‌توان به نقش خانواده و بخصوص والدین اشاره کرد. نتایج تحقیقات کلاه‌کج، خلعتبری و همکاران (۱۴۰۱) [۲۲] نشان می‌دهد که رابطه مستقیم سبک‌های فرزندپروری والدین با نوموفوبیا معنی‌دار می‌باشد. همین‌طور بین کیفیت رابطه با والدین [۲۳]، نگرش‌های فرزندپروری والدین [۲۲] و سبک دلبستگی [۲۴] با اعتیاد و وابستگی به تلفن هوشمند، رابطه معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس پیش‌بینی می‌شود استرس والدگری نیز می‌تواند با

نوموفوبیا رابطه معناداری داشته باشد. استرس والدگری^۲ نوعی اضطراب و تنش افراطی است که به نقش والد و تعاملات والد - نوجوان، وابسته بوده و تأثیر قدرتمندی بر رفتار والدگرانه و رشد فرزندان دارد [۲۵]. در واقع استرس والدگری، ویژگی‌های استرس‌زای فرزند و پاسخ‌های والدین به این ویژگی‌ها را در بر می‌گیرد [۲۶]. برداشت والدین از رفتار فرزند، احساس شایستگی والدین در تربیت فرزندان و در دسترس بودن منابع حمایتی در فرزندپروری از جمله عوامل مهم در مفهوم‌سازی استرس والدگری است و زمانی که منابع مورد نیاز برای پاسخ‌دهی (به مقتضیات و مطالبات والدگری) با منابع در دسترس همخوان نباشد، استرس والدگری بروز می‌کند [۲۷]. تحقیقات نشان می‌دهد که استرس و ناکارآمدی والدگری با یکدیگر ارتباط خطی دارند و حتی سطوح پایین استرس می‌تواند در کیفیت والدگری اختلال ایجاد کند. در واقع استرس والدگری با قدرت پاسخگویی کمتر و نامناسب‌تر والد، قدرت‌طلبی و سلطه‌طلبی وی و ناکارآمدی او در تعامل با فرزند مشخص می‌شود و زمینه افزایش مشکلات رفتاری در فرزندان را ایجاد می‌کند [۲۸]. از آنجا که نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که روابط بین والدین و فرزندان در پیش‌بینی سندرم فومو نیز تأثیر بسزایی دارد [۱۶]. بنابراین، استرس والدگری می‌تواند در این پژوهش به عنوان یک متغیر واسطه‌ای مناسب، نقش ایفا کند. در واقع پیش‌بینی می‌شود با وجود استرس والدگری رابطه سندرم فومو و نوموفوبیا تقویت شود.

با توجه به اینکه در جوامع امروزی، نوموفوبیا در بین نوجوانان رشد روزافزونی داشته و تأثیر منفی آن بر جنبه‌های مختلف زندگی مانند روابط اجتماعی و عملکرد تحصیلی قابل انکار نیست و با در نظر گرفتن کمبود پژوهش در این زمینه، لزوم بررسی سبب‌شناسی نوموفوبیا احساس شد. بنابراین، پژوهش حاضر به بررسی الگوی ساختاری رابطه بین سندرم فومو و نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری پرداخته است.

روش

نوع تحقیق از لحاظ نوع هدف جز تحقیقات کاربردی و از لحاظ نوع داده‌ها جز تحقیقات کمی محسوب می‌شود. طرح پژوهشی، طرح توصیفی- ساختاری - همبستگی بود.

اعتبار بدست آمده برای این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ می‌باشد.

پرسشنامه فومو

پرسشنامه ترس از دست دادن توسط پرزیبلسکی و همکاران^۳ (۲۰۱۳م) [۱۳] طراحی و توسعه یافته است و شامل ۱۰ پرسش با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (صدق نمی‌کند، خیلی کم صدق می‌کند، به‌طور متوسط صدق می‌کند، زیاد صدق می‌کند و خیلی زیاد صدق می‌کند) است. نمره‌دهی از صدق نمی‌کند = ۱ تا خیلی زیاد صدق می‌کند = ۵ است، دامنه کل مقیاس بین ۱۰ تا ۵۰ است، جایی که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از ترس از دست دادن است. در مطالعه بایرامی و همکاران (۱۳۹۸) [۳۱]، پرسشنامه توسط فرد دوزبانه به‌صورت forward و back ward از انگلیسی به فارسی ترجمه شده و بعد از ترجمه، توسط ۱۰ نفر اعضای هیئت‌علمی، موردبررسی قرار گرفته و روایی آن تأیید شده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه ترس از دست دادن توسط بایرامی و همکاران (۱۳۹۸) [۳۱] ۰/۸۷ به دست آمده است.

پرسشنامه استرس والدگری

برای سنجش استرس والدگری از شاخص استرس والدینی، فرم کوتاه ۳۶ پرسشی استفاده شد. این ابزار توسط آبیدین^۴ (۱۹۹۵م) [۳۲] ساخته شده است. شیوه نمره‌گذاری روی طیف لیکرت از (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) انجام می‌شود. در نمره‌گذاری پرسش‌ها باید این نکته در نظر گرفته شود که روش نمره‌گذاری تمامی پرسش‌ها همانند نمی‌باشد [۳۳]. نمرات خام کل بالای ۹۰ از نظر بالینی نشانگر سطح بالای از نمرات استرس است [۳۴]. این مقیاس در مطالعات مختلف از اعتبار و روایی خوبی برخوردار بوده است. این مقیاس در ایران توسط فدایی و همکاران (۱۳۸۹) [۳۳] هنجاریابی شده است. پایایی با روش بازآزمایی روی ۲۸۰ نفر از مادران با فاصله زمانی ۲ ماه انجام شد و ضریب پایایی استرس کلی ۰/۸۴ گزارش گردید. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه بیانگر آن است که زیرمقیاس‌های این آزمون دارای همسانی درونی مناسبی بوده و بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۰ و نمره نهایی آن ۰/۹۴

در این پژوهش سندروم فومو متغیر پیش‌بین، استرس والدگری متغیر میانجی و نوموفوبیا متغیر ملاک است.

الف. جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام نوجوانان دختر و پسر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقطع تحصیلی دبیرستان دوره اول شهر اصفهان و والدین این نوجوانان می‌شد. **ب. نمونه پژوهش:** برای تعیین حجم نمونه تحقیق به منظور ارزیابی الگوی ساختاری، به ازای هر یک از متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون می‌شوند، دست کم ۵۰ نفر لحاظ شدند [۲۹]. بنابراین، حجم نمونه در مطالعه اول با وجود دو متغیر پیش‌بین و یک متغیر ملاک ۱۵۰ نفر برآورد شد. بنا به احتیاط بیشتر و پیشگیری از ریزش حجم نمونه، تعداد ۳۰۰ پرسشنامه بین آزمودنی‌های پژوهش که به روش در دسترس انتخاب شدند، توزیع شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه بی‌موبایل هراسی (NMP-Q)

این پرسشنامه به عنوان نخستین آزمون سنجش نوموفوبیا در سال ۲۰۱۵ م توسط یلدریم و کوریا^۱ [۷] با هدف کمک به ادبیات تحقیق نوموفوبیا و شناسایی و توصیف ابعاد آن و نیز توسعه و ترویج پرسشنامه‌ای برای سنجش نوموفوبیا ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ پرسش است که با استفاده از مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ «کاملاً مخالف» تا ۷ «بسیار موافق» در موارد شدید، درجه‌بندی می‌گردد. مجموع نمرات کل با جمع‌بندی پاسخ به هر پرسش محاسبه می‌شوند که در نتیجه از ۲۰ تا ۱۴۰ نمره‌گذاری می‌گردد. نمره ۲۰ نشانه نبود نوموفوبیا، نمره بیشتر از ۲۰ و کمتر از ۶۰ نوموفوبیای خفیف، نمره مساوی و بزرگتر از ۶۰ و کمتر از ۱۰۰ نوموفوبیای متوسط و نمره مساوی یا بزرگتر از ۱۰۰ مربوط به نوموفوبیای شدید است. یلدریم و کوریا (۲۰۱۵م) [۷] ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۴۵ عنوان کردند که نشان‌دهنده ثبات درونی خوبی است و به منظور بررسی روایی همگرا، بین پرسشنامه نوموفوبیا و پرسشنامه نقش تلفن همراه والش و همکاران (۲۰۱۰م) [۳۰] همبستگی مثبت یافتند. در ایران

3 . Przybylski et al

4 . Abidin

1 . Yildirim & Correia

2 . Walsh, S. P., White, K. M., & Young, R. M

نتایج

نمونه پژوهش حاضر را ۱۴۳ دختر (۵۸/۶ درصد) و ۱۰۱ پسر (۴۱/۴ درصد) تشکیل داده بودند. همچنین اکثریت پاسخ‌دهندگان، در پایه هفتم (۴۱ درصد) بوده و پایه هشتم (۳۲/۸ درصد) و نهم (۲۶/۲ درصد) به ترتیب در رده‌های بعدی قرار دارد. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۱ میانگین نوموفوبیا ۵۹/۷۴ و انحراف استاندارد ۲۷/۵۴ می‌باشد و میانگین استرس والدگری ۷۵/۱۴ و انحراف استاندارد ۲۰/۲۲ گزارش شده است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد فومو نیز به ترتیب ۲۲/۶۷ و ۷/۳۶ است. از سوی دیگر مقدار چولگی و کشیدگی گزارش شده برای متغیرهای پژوهش در بازه (۱، ۱-) قرار دارد؛ یعنی از لحاظ کجی و برجستگی متغیرها نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. در ادامه جدول ۲ نتایج بررسی آزمون ضریب همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد.

بدست آمده است. بیابانی و همکاران (۲۰۱۹) [۳۵] نیز طی پژوهش خویش روایی نمره کل این ابزار را ۰/۷۵ و پایایی آن را ۰/۹۰ بدست آوردند.

شیوه انجام پژوهش

در ابتدا از بین نوجوانان که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در یکی از دبیرستان‌های دوره اول شهرستان اصفهان مشغول به تحصیل بودند، ۳۰۰ نفر انتخاب شدند و بعد از کسب رضایت و توضیح اهمیت کار پژوهشی، پرسشنامه‌های کاغذی مربوط به متغیرها، توسط نوجوانان و والدینشان تکمیل شد. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1401.112 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر می‌باشد.

شیوه تحلیل داده‌ها

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات جهت تحلیل و تفسیر اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها و پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند جدول فراوانی، میانگین، درصد، نمودار، ضریب همبستگی با نرم‌افزار SPSS 26 و از روش‌های آماری استنباطی نظیر تحلیل مسیر با نرم‌افزار smart PLS استفاده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها | کمینه | بیشینه | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | برجستگی |
|---------------|-------|--------|---------|------------------|-------|---------|
| نوموفوبیا | ۲۰ | ۱۴۰ | ۵۹/۷۴ | ۲۷/۵۴ | ۰/۷۱ | -۰/۱۴ |
| استرس والدگری | ۳۳ | ۱۴۰ | ۷۵/۱۴ | ۲۰/۲۲ | ۰/۴۴ | ۰/۱۴ |
| فومو | ۱۰ | ۴۳ | ۲۲/۶۷ | ۷/۳۶ | ۰/۳۵ | -۰/۴۱ |

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها

| متغیرها | نوموفوبیا | فومو | استرس والدگری |
|---------------|-----------|----------|---------------|
| نوموفوبیا | ۱ | | |
| فومو | ۰/۶۲۷*** | ۱ | |
| استرس والدگری | ۰/۵۲۳*** | ۰/۴۷۸*** | ۱ |

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول ۲ ضریب همبستگی فومو با نوموفوبیا ۰/۶۲۷ می‌باشد که بیانگر رابطه معنادار در سطح آلفای ۰/۰۱ است. به عبارت دیگر زمانی که والدین سطح استرس بالاتری دارند، نوجوانان بیشتر مستعد نوموفوبیا می‌باشند. از طرفی نتایج نشان می‌دهد ضریب همبستگی سندروم فومو با استرس والدگری ۰/۴۷۸ بدست آمده، رابطه متوسط، مستقیم و معنادار در سطح

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول ۲ ضریب همبستگی فومو با نوموفوبیا ۰/۶۲۷ می‌باشد که بیانگر رابطه معنادار در سطح آلفای ۰/۰۱ است. علامت مثبت ضریب، بیانگر رابطه مستقیم بین دو متغیر است؛ به عبارتی نوجوانانی که سطح فومو بالاتری دارند، نوموفوبیا را بیشتر تجربه می‌کنند. همچنین ضریب همبستگی استرس والدگری با نوموفوبیا

رابطه مستقیم و معنادار دارد. از طرفی برای مسیر فومو - نوموفوبیا میزان بار عاملی ۰/۴۸۹ و مقدار T برابر با ۸/۶۶۶ گزارش شده است؛ که در سطح $P < 0/05$ معنادار می‌باشد. در ادامه نتایج آزمون بوت استراپ جهت بررسی نقش میانجی استرس والدگری در رابطه بین فومو و نوموفوبیا در جدول ۴ گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴ مقدار T برای رابطه فومو و نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری ۴/۵۰۶ گزارش شده است که در مقایسه با حداقل آماره T برای سطح ۰/۰۵ (۱/۹۶) بیشتر می‌باشد. بنابراین، رابطه فومو و نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. به عبارتی استرس والدگری به شکل معناداری می‌تواند رابطه فومو و نوموفوبیا را میانجی‌گری کند. نمودار ۱ مدل ساختاری پژوهش را نشان می‌دهد.

۰/۰۱ است. بدین معنی که زمانی که والدین شاهد سطح بالاتری از فومو در نوجوان خود باشند، میزان استرس والدگری بیشتری را تجربه می‌کنند. در ادامه مقادیر بار عاملی، ضرایب استاندارد، آماره آزمون و سطح معناداری برای تمامی مسیرهای مستقیم پژوهش در جدول ۳ گزارش شده است.

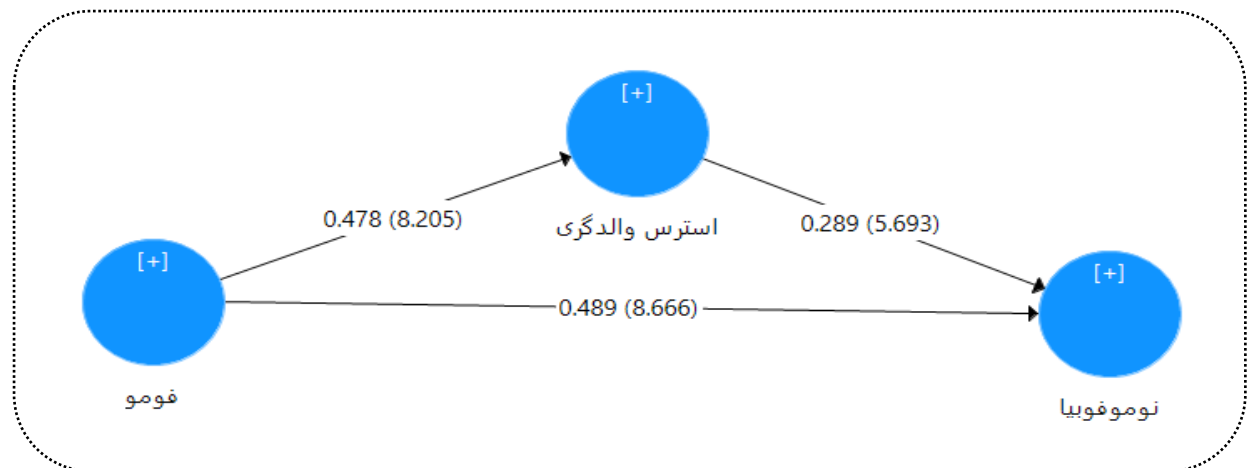
بر اساس نتایج جدول ۳ میزان ضریب تأثیر مسیر سندروم فومو - استرس والدگری ۰/۴۷۸ گزارش شده است، که با توجه به مقدار T بدست آمده برابر ۸/۲۰۵ در سطح $P < 0/05$ این مسیر معنادار می‌باشد. همچنین مسیر استرس والدگری - نوموفوبیا با ضریب بار عاملی ۰/۲۸۹ و نمره $T = 5/693$ برآورد شده است و با مقایسه مقدار P Values مشاهده می‌شود که این مسیر در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار است. به عبارت دیگر استرس والدگری با نوموفوبیا

جدول ۳. نتایج ارزیابی مسیر مستقیم مدل

| مسیرها | بار عاملی | ضریب استاندارد | T | P Values |
|---------------------------|-----------|----------------|-------|----------|
| استرس والدگری - نوموفوبیا | ۰/۲۸۹ | ۰/۰۵۱ | ۵/۶۹۳ | ۰/۰۰۰ |
| فومو - استرس والدگری | ۰/۴۷۸ | ۰/۰۵۸ | ۸/۲۰۵ | ۰/۰۰۰ |
| فومو - نوموفوبیا | ۰/۴۸۹ | ۰/۰۵۶ | ۸/۶۶۶ | ۰/۰۰۰ |

جدول ۴. خلاصه آزمون بوت استراپ جهت بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها

| متغیر مستقل | متغیر میانجی | متغیر وابسته | بار عاملی | ضریب استاندارد | T | P Values |
|-------------|---------------|--------------|-----------|----------------|-------|----------|
| فومو | استرس والدگری | نوموفوبیا | ۰/۱۳۸ | ۰/۰۲۹ | ۴/۵۰۶ | ۰/۰۰۰ |



نمودار ۱: مدل ساختاری پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مدل‌یابی نوموفوبیا بر پایه سندرم فومو و نقش میانجی استرس والدگری مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج، تحلیل مسیر بر اساس نتایج مقدار T برای رابطه فومو و نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری ۴/۵۰۶ گزارش شده است که در مقایسه با حداقل آماره T برای سطح ۰/۰۵ (۱/۹۶) بیشتر می‌باشد. بنابراین، رابطه فومو و نوموفوبیا با میانجی‌گری استرس والدگری در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. به عبارتی استرس والدگری به شکل معناداری می‌تواند رابطه فومو و نوموفوبیا را میانجی‌گری کند. این نتیجه همسو با پژوهش سیابانی (۲۰۱۹) [۱۶]، ارگین و اوزر^۱ (۲۰۲۳) [۳۶]، اسکین باکاکسز، تونا و همکاران^۲ (۲۰۲۲) [۳۷] و ، هونگ، یوم و لیم^۳ (۲۰۲۱) [۲۲] می‌باشد.

در این راستا پرزیبلسکی و همکاران (۲۰۱۳) [۱۳] به این نتیجه دست یافتند؛ در هنگام فومو، افراد احساس نگرانی می‌کنند، زیرا فکر می‌کنند دیگران تجارب با کیفیت‌تری دارند و آنها این تجربیات را از دست می‌دهند. به گفته گوتبرگ^۴ (۲۰۱۷) [۳۸]، فومو با ایجاد موقعیت‌های منفی بر زندگی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. در چنین شرایطی نوجوانان قدر چیزهایی را که دارند، نمی‌دانند و بنابراین نمی‌توانند از آن لذت ببرند. حتی ممکن است احساس طرد شدن و تنهایی کرده و یا نسبت به خود احساس حقارت و ناامنی داشته باشند. ممکن است این نوجوانان نسبت به تصمیماتی که گرفته و انتخاب‌هایی که انجام می‌دهند، مردد بوده و نسبت به درستی آنها نامطمئن باشد. نوجوان باتوجه به اینکه دائماً در تلاش برای کنترل چیزی است، نمی‌تواند در لحظه زندگی کند، دائماً در حال تماشای زندگی، تجربیات و مقایسه زندگی خود با دیگران است به مرور باعث افت کیفیت زندگی خود می‌شود. نوجوانی که به این ترتیب نوجوان لحظه یا محیط را دوست ندارد و شروع به نارضایتی از زندگی خود می‌کند. لذا، ممکن است اضطراب‌های مختلفی را تجربه کند و دچار احساس تنهایی، ناراحتی، افسردگی و عقب ماندگی شود. در

چنین شرایطی نوجوان به جهت سرکوب کردن احساسات ناخوشایند؛ اضطراب، افسردگی و ترس زیاد از نبود آگاهی از تحولات، به طور مکرر تلفن همراه خود را بررسی می‌کنند تا از آنچه در حال وقوع است آگاه شده و راه‌گریزی برای فرار از احساسات ناخوشایند خود بیابد. بنابراین، زمان استفاده از تلفن همراه و وابستگی به آن در این نوجوانان افزایش یافته و زمینه بروز نوموفوبیا فراهم می‌گردد.

از طرفی والدین این دسته از نوجوانان که شاهد افت کیفیت و عملکرد نوجوان خود هستند، احساس شایستگی کمتری می‌کنند و از آنجا که والد احساس می‌کند در جهت برآورده سازی تقاضاها و مسئولیت‌های برخاسته از نقش والدگری توانمند نبوده است، بنابراین، واجد استرس والدگری خواهد شد. از طرفی این استرس با قدرت پاسخ‌گویی کمتر و نامناسب والد، سلطه‌طلبی وی و تعاملات ناکارآمد با نوجوان مشخص می‌گردد. بطوری‌که حتی سطوح پایین استرس نیز می‌تواند در کیفیت والدگری خلل ایجاد کرده و زمینه‌ساز افزایش مشکلات رفتاری در نوجوانان شود [۲۸]. کوچانوا، پیتمن، مک نیلا^۵ (۲۰۲۰) [۳۹] بیان می‌کنند با افزایش استرس والدگری، مشکلات رفتاری نیز افزایش می‌یابد. در واقع هم افزایش مشکلات رفتاری در فرزند باعث افزایش استرس والدگری می‌شود و هم افزایش استرس والدگری باعث افزایش مشکلات رفتاری فرزندان و تعاملات ناکارآمد والد و نوجوان خواهد شد.

در واقع، نوجوانی که با کمبود محبت و حمایت والدین مواجه می‌شود، احساس نداشتن شایستگی و ارزشمندی در او بوجود می‌آید. لذا، نوجوانان در چنین شرایط متشنجی، برای فرار از این احساس، به تلفن همراه و اینترنت روی می‌آورند. در واقع آنها به تلفن همراه و اینترنت به‌عنوان یک جهان امن پناه می‌برند که در آن هیچگونه تهدید و چالشی نیست. بنابراین، استرس والدگری خود زمینه‌ساز بروز نوموفوبیا در نوجوان می‌شود و رابطه فومو با نوموفوبیا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عبارتی سندرم فومو از طریق تغییر در استرس والدگری بر نوموفوبیا نوجوانان اثر می‌گذارد. در این راستا چو و همکاران (۲۰۱۷) [۴۰] در پژوهش خود عنوان می‌کنند روابط ضعیف والدین و فرزند منجر به اعتیاد به اینترنت می‌شود. بنابراین، منطقی است

- 1 . Ergin Z, Ozer A
- 2 . Eskin Bacaksiz, Tuna et al
- 3 . Hong Y, Yeom Y & Lim
- 4 . Gottberg K

5 . Kochanova K, Pittman L, McNeela L

خفیف در قسمت‌های خاصی از بدن، اختلالات خواب نیز در این افراد شایع است. این موقعیت‌های منفی بر فرآیندهای آموزشی، اجتماعی، اقتصادی و رابطه‌ای تأثیر می‌گذارد (تانهان، اوزوک و همکاران، ۲۰۲۲م) [۴۲]. از آنجایی که رابطه والد با فرزندان چنان نزدیک و درهم تنیده است که هرگونه تغییر در یکی بر دیگری تأثیرگذار است لذا، این شرایط روابط نوجوان با والدین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و دچار چالش می‌کند. از آنجا که یکی دیگر از ابعاد استرس والدگری، مربوط به رابطه والد و فرزند می‌باشد، سندروم فومو از طریق آسیب به رابطه والد و نوجوان نیز می‌تواند منجر به استرس والدگری در والدین شود.

همچنین به استناد مطالعه حاضر استرس والدگری نیز با نوموفوبیا رابطه قوی، مستقیم و معناداری دارد. به عبارت دیگر زمانی که والدین سطح استرس بالاتری دارند، نوجوانان بیشتر مستعد نوموفوبیا می‌باشند.

این نتایج هم‌سو با پژوهش نتایج تحقیقات سلیمانی، محمدخانی و زهراکار (۱۴۰۲) [۴۳]، کلاه‌کج، خلعتبری و همکاران (۱۴۰۱) [۴۴]، شمسی‌زاده، افتخارصعادی و همکاران (۱۴۰۱) [۲۳]، هونگ، یوم و لیم (۲۰۲۱م) [۲۲] و لی و هاو^۱ (۲۰۲۱) [۲۴] مبنی بر اهمیت نقش والدین در پیش بینی نوموفوبیا می‌باشد. در جهت تبیین اثرگذاری استرس والدگری بر نوموفوبیا نوجوانان می‌توان اشاره کرد یکی از عوامل تعیین کننده رفتار پرخطر در نوجوانی، محیط خانواده است [۴۵]. لذا، والدینی که استرس والدگری بالاتری را تجربه می‌کنند، نسبت به نیازهای فرزندان خود شناخت و آگاهی کمتری دارند و جهت مدیریت رفتاری فرزندان، بیشتر از برخوردهای انضباطی سخت و تنبیه جسمانی استفاده می‌کنند و تعاملات ناکارآمد بیشتری را با فرزندان خود ایجاد می‌کنند [۴۶]. این تعاملات ناکارآمد، سبب می‌شود والدین از لحاظ عاطفی کمتر در دسترس نوجوانان قرار بگیرند. بنابراین، نوجوانان جهت رفع نیاز خود به تعاملات مجازی با افراد روی آورده و رفته رفته این ارتباط به یکی از بخش‌های ضروری زندگی آنها تبدیل می‌شود. تا جایی که نوجوان تمام تلاش خود را برای حفظ این تعاملات می‌کند و از قطع شدن ارتباط با تلفن همراه خود دچار ترس شدید می‌شود. چنین نوجوانانی زمان

که گفته شود استرس والدگری می‌تواند در رابطه بین سندروم فومو و نوموفوبیا نقش واسطه‌ای ایفا کند.

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش؛ سندروم فومو با استرس والدگری رابطه متوسط، مستقیم و معناداری دارد. بدین معنی که با افزایش سطح سندروم فومو در نوجوانان، والدین استرس بیشتری را تجربه می‌کنند.

این نتیجه هم‌سو با پژوهش سیابانی (۲۰۱۹م) [۱۶] است که نشان می‌دهد روابط بین والدین و فرزندان تأثیر بسزایی در پیش‌بینی سندروم فومو دارد. همچنین گوری، توپینو و همکاران (۲۰۲۳م) [۴۱] نیز در پژوهشی نشان دادند سبک‌های دلبستگی نایمن با فومو مرتبط بودند.

در جهت تبیین این فرضیه مطالعات نشان می‌دهد؛ نوجوانی که دچار سندروم فومو می‌شود به سبب ترسی که برای از دست دادن فرصت خیالی خود دارد برای و نیز در جهت کاهش این ترس، بیشتر به رسانه‌های اجتماعی نگاه می‌کنند و به صورت مداوم و غیرارادی به مرور سایت‌های رسانه‌های اجتماعی می‌پردازد. لذا، فومو باعث به وجود آمدن ترس و دلهره در شخص شده و همواره افکار شخص را درگیر خواهد کرد. اینگونه نوجوانانی که دائماً از اشتراکات دیگران پیروی می‌کنند، نمی‌توانند مسئولیت‌ها و وظایف خود را به درستی انجام دهند. این افراد معمولاً در انجام مسئولیت‌های خود کوتاهی کرده و به دنبال آن پشیمانی شدیدی را تجربه می‌کنند. لذا، شاهد افت کیفیت زندگی و عملکرد این نوجوانان هستیم [۱۵]. در چنین شرایطی که والد خود را در شرایط بحرانی می‌بیند، در امور مرتبط با فرزندپروری احساس ناکارآمدی، ضعف و عدم صلاحیت کرده و زمینه‌ساز بروز استرس والدگری در والدین خواهد شد. در تبیین دیگر می‌توان گفت؛ مشاهده شده است که نوجوانانی که به واسطه فومو با تلفن‌های هوشمند و اپلیکیشن‌های شبکه‌های اجتماعی روابط شدیدتری دارند، دائماً زندگی خود را با زندگی دوستان خود در دنیای مجازی مقایسه می‌کنند و زندگی خود را بی‌ارزش قلمداد می‌کنند. به خصوص این وضعیت می‌تواند باعث شود که این نوجوانان اضطراب و احساسات روانی منفی بیشتری را تجربه کنند. همچنین در مطالعات انجام شده بر روی این افراد مشاهده شده است که علی‌رغم تجربه نگرانی و اضطراب دائمی، تمایل به افسردگی و خلق و خوی افسردگی منفی نیز در این افراد دیده می‌شود. علاوه بر آن خستگی و درد

1. Li X & Hao C

می‌کنند، سطوح بالاتری از افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند [۵۰] و این امر خود منجر به تشدید استرس والدگری خواهد شد و یک چرخه معیوب را در پی خواهد داشت.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از رابطه مستقیم و قوی سندروم فومو با نوموفوبیا می‌باشد؛ به عبارتی نوجوانانی که سطح فومو بالاتری دارند، نوموفوبیا را بیشتر تجربه می‌کنند و با افزایش ترس نوجوانان در از دست دادن به‌روزرسانی‌ها، ترسی که هنگام دوری از تلفن هوشمند خود احساس می‌کنند نیز افزایش می‌یابد که این نتیجه همسو با پژوهش ارگین و اوزر (۲۰۲۳) [۳۶]، اسکین باکاکسیز، تونا و همکاران (۲۰۲۲) [۳۷]، اوکور، آکاربولوت و همکاران (۲۰۲۲) [۲۰] و یلدیز و همکاران (۲۰۲۰) [۵۱] می‌باشد، و نشان می‌دهند فومو با نوموفوبیا رابطه مستقیم و معناداری دارد. در جهت تبیین این رابطه می‌توان اشاره کرد نوجوانان واجد سندروم فومو گوشی‌های هوشمند خود را جزئی از هویت خود می‌دانند و از گوشی‌های هوشمند خود نه تنها برای برقراری ارتباط، بلکه مهم‌تر از همه، برای عقب‌نماندن از رسانه‌های اجتماعی استفاده می‌کنند. برای کسانی که ارتباط خود را در زندگی روزمره از طریق شبکه‌های اجتماعی حفظ می‌کنند، از دست دادن ارتباط یا از دست دادن به‌روزرسانی می‌تواند باعث ایجاد اضطراب در افراد شود [۱۲]. در واقع به‌روزرسانی‌ها ممکن است باعث نگرانی و اضطراب در فردی شود که می‌خواهد اخبار، پست‌ها، پیام‌ها یا هر موقعیتی را در محیط‌های اجتماعی که توجه فرد را به خود جلب می‌کند. این امر باعث استفاده فشرده‌تر از سایت‌های شبکه‌های اجتماعی شده و نوجوان برای رهایی از این نگرانی دائماً می‌خواهد از طریق تلفن‌های هوشمند در رسانه‌های اجتماعی آنلاین باشد. این وضعیت به خوبی دلیل وجود فرد در رسانه‌های اجتماعی را توضیح می‌دهد و نقش مهمی در بروز و تشدید نوموفوبیا را تبیین می‌کند. همچنین، در جهت تبیین این رابطه می‌توان اشاره کرد فرصت‌های ارائه شده توسط عصر تکنولوژی باعث تغییر فرهنگ روابط افراد شده است و این امکان را برای افراد فراهم کرده است تا مطالب، اشتراک‌گذاری و جریان اطلاعات بیشتری را در مورد زندگی دیگران دنبال کند. هنگامی که این جریان اطلاعات متوقف یا قطع شود، افراد ممکن است دچار اضطراب و ترس از دست دادن آن و یا به

بیشتری از روز را با تلفن همراه و در ارتباط با دوستانشان سپری می‌کنند. همین امر سبب بروز وابستگی به تلفن همراه در نوجوانان شده به این صورت که در مواقعی که تلفن همراه در دسترس نباشد یا اینترنتشان خاموش باشد احساس هراس و ترس می‌کند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت میزان بالای استرس والدگری با دل‌بستگی نایمن در کودکان ارتباط دارد (استلتر، هلبراستیت^۱، ۲۰۱۱م) [۴۷] و همین دل‌بستگی نایمن می‌تواند یکی از عوامل ایجادکننده مشکلات رفتاری در نوجوانان باشد. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد، یکی از پیامدهای استرس والدگری، سبک فرزندپروری بی‌ثبات می‌باشد. همچنین در مطالعاتی که رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و نوموفوبیا مورد بررسی قرار گرفته است، مشخص شد که افراد دارای سبک دل‌بستگی مضطرب و افراد دارای سبک دل‌بستگی اجتنابی، دارای ویژگی‌های نوموفوبیک هستند. از آنجایی که افرادی که سبک دل‌بستگی مضطرب دارند، بسیار نگران مکالمات رو در رو هستند و به معنای آنها فکر می‌کنند، در برقراری ارتباط با رسانه‌های اجتماعی و تلفن‌های همراه احساس راحتی بیشتری دارند. از طرفی بیان شده است که افراد دارای سبک دل‌بستگی اجتنابی، از آنجا که می‌توانند هنگام استفاده از تلفن همراه فاصله خود را با افراد حفظ کنند، ممکن است به تلفن همراه خود وابسته شوند (تاتهان و یلماز، ۲۰۲۰م) [۴۸]. لذا، استرس والدگری از طریق ایجاد خلل در سبک‌های فرزندپروری می‌تواند نوموفوبیا را پیش‌بینی کند.

از طرف دیگر پرا^۲ (۲۰۲۰م) [۴۹] اظهار داشت؛ استفاده بیش از حد و یا مشکل‌ساز از تلفن همراه می‌تواند نتایج منفی بر روی مغز انسان و فرآیندهای روانی مربوطه بگذارد. وی در ادامه توضیح داد؛ استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه با سلامت روانی - اجتماعی جوانان ارتباط منفی دارد و سلامت روان آنها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. همچنین استفاده بیش از حد از تلفن همراه می‌تواند، با شدت علائم افسردگی و علائم اضطراب، کاهش عزت نفس، حمایت اجتماعی درک‌شده و اختلال در تنظیم عاطفی مرتبط باشد [۴۹]. در این زمینه برآیند تحقیقات نشان می‌دهد؛ نوجوانانی که مدت طولانی را در شبکه‌های اجتماعی سپری

1 . Stelter & Helberstadt.

2 . Pera.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند در جهت تدوین برنامه‌ها و مداخلات درمانی در سازمان‌های ذی‌ربط مانند مراکز مشاوره تحصیلی، سازمان آموزش و پرورش برای بهبود نوموفوبیا نوجوانان دوره متوسطه کمک شود. به عنوان مثال با آموزش مدیریت هیجان، مدیریت زمان، جایگزینی فعالیت‌های هدفمند و سودمند و مدیریت بهره‌وری از تلفن همراه، نوجوانان را در مسیر استفاده درست از تلفن همراه و کاهش ضررهای این فضا یاری رساند.

منابع

- 1- Sevim-Cirak N, Islim OF. Investigation into Nomophobia amongst Turkish pre-service teachers. *Educ Inf Technol (Dordr)* 2021; 26: 1877-95.
<https://doi.org/10.1007/s10639-020-10335-9>
- 2- Statista. Number of smartphone subscriptions worldwide from 2016 to 2027. <https://www.Statista.com/Statistics/330695/Number-of-Smartphone-Users-Worldwide/> 2022.
- 3- Gezgin DM, Çakır Ö. Analysis of nomophobic behaviors of adolescents regarding various factors. *Journal of Human Sciences*. 2016; 13: 2504-19.
<http://dx.doi.org/10.14687/jhs.v13i2.3797>
- 4- American Psychiatric Association. *DSM-5 Diagnostic Criteria Reference Manual*. 2014.
- 5- King ALS, Valença AM, Nardi AE. Nomophobia: The Mobile Phone in Panic Disorder with Agoraphobia. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2010; 23: 52-4.
<https://doi.org/10.1097/WNN.0b013e3181b7eabc>
- 6- King ALS, Valença AM, Silva AC, Sancassiani F, Machado S, Nardi AE. "Nomophobia": Impact of Cell Phone Use Interfering with Symptoms and Emotions of Individuals with Panic Disorder Compared with a Control Group. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 2014; 10: 28-35.
<https://doi.org/10.2174/1745017901410010028>

عبارتی فومو شوند. تحقیقات نشان داده است، فومو با احساس از دست دادن پیشرفت‌ها در دنیای مجازی، ترس از عقب افتادن در هنگام از دست دادن، کنترل بیش از حد تلفن‌های هوشمند، به اشتراک گذاشتن هر فعالیتی که در دنیای رسانه‌های اجتماعی انجام داده‌اند و کنترل دائمی آنچه سایر کاربران به اشتراک می‌گذارند، همراه است. پربزبلسکی و همکاران (۲۰۱۳م) [۱۳] معتقدند؛ ترس از دست دادن با استفاده بیش از حد از رسانه‌های اجتماعی در ارتباط است. نوجوانانی که فومو را تجربه می‌کنند، نمی‌دانند چه چیزی را در واقعیت از دست می‌دهند، اما احساس نگرانی می‌کنند که از تجربه‌های با کیفیت بالاتر محروم هستند. این نگرانی ممکن است باعث شود نوجوان تلاش تقریباً بیشتری برای از دست ندادن تحولات و اجتناب از ترس از دست دادن داشته باشد و بخواهند تجربیات دیگران را به طور مستمر دنبال کند و در نتیجه زمان بیشتری را در رسانه‌های اجتماعی بگذرانند. در واقع فومو با عوامل خطری مانند: چک کردن مکرر تلفن همراه، نگاه کردن به تلفن هوشمند قبل از خواب و بلافاصله هنگام بیدار شدن از خواب و داشتن تعداد زیادی حساب در رسانه‌های اجتماعی [۳۷] باعث وابستگی نوجوان به تلفن همراه شود به طوری که نوجوان در صورت دسترسی نداشتن به تلفن همراه دچار استرس و اضطراب می‌شود. در نتیجه ثابت شده است دو مفهوم فومو و نوموفوبیا که مشکلات دیجیتالی عصر مدرن نامیده می‌شوند و به دلیل استفاده گسترده از تلفن همراه و فناوری‌های ارتباطی به وجود آمده‌اند، با یکدیگر ارتباط تنگاتنگی دارند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به ابزار جمع‌آوری اطلاعات که یک فرم خود گزارش‌دهی است و احتمال جهت‌گیری در پاسخ را افزایش می‌دهد، اشاره کرد و همچنین این پژوهش در محدوده سنی خاصی و در اصفهان انجام شده است؛ بنابراین، تعمیم نتایج آن به سایر سنین و شهرستان‌های دیگر روا نیست. نمونه‌گیری دردسترس از محدودیت دیگر پژوهش است. لذا، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این محدودیت‌ها برطرف گردد.

بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان دستاوردهای این پژوهش را در سطوح عملی مطرح کرد. به این صورت که از

- 14-Riordan BC, Flett JAM, Cody LM, Conner TS, Scarf D. The Fear of Missing Out (FoMO) and event-specific drinking: The relationship between FoMO and alcohol use, harm, and breath alcohol concentration during orientation week. *Current Psychology*. 2021; 40: 3691–701. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00318-6>
- 15-TANHAN F, ÖZOK Hİ, TAYİZ V. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu (FoMO): Güncel Bir Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022; 14:74–85. <https://doi.org/10.18863/pgy.942431>
- 16-Syabani SN. Fear Of Missing Out Ditinjau Dari Kepuasan Hidup Pada Remaja Pengguna Media Sosial. 2019.
- 17-Christina R, Yuniardi MS, Prabowo A. Hubungan Tingkat Neurotisme dengan Fear of Missing Out (FoMO) pada Remaja Pengguna Aktif Media Sosial. *Indigenous: Jurnal Ilmiah Psikologi*. 2019; 4: 105–17. <https://doi.org/10.23917/indigenous.v4i2.8024>
- 18-Heriyanti FEP. Hubungan Antara Kemampuan Komunikasi Interpersonal dengan Fear of Missing Out. 2020.
- 19-Imaddudin I. Fear of Missing Out (FoMO) dan Konsep Diri Generasi-Z: Ditinjau Dari Aspek Komunikasi. *Journalism, Public Relation and Media Communication Studies Journal*. (JPRMEDCOM). 2020; 2: 24–39. <https://doi.org/10.35706/jprmedcom.v2i1.3747>
- 20-OKUR S, ACAR BULUT Ö, ERDEN ÇINAR S. The Mediating Role of Social Media Usage Habits in the Relationship Between FoMO and Nomophobia. *Kuramsal Eğitim Bilim*. 2022; 15: 126–45. <https://doi.org/10.30831/akukeg.929847>
- 21-Arrivillaga C, Hallauer CJ, Montag C, Elhai JD. Emotion dysregulation factors associated with problematic smartphone use severity: The mediating role of fear of missing out. *Addictive Behaviors*. 2023; 143: 107708. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107708>
- 7- Yildirim C, Correia A-P. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Comput Human Behav*. 2015; 49: 130–7. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.059>
- 8- Bhattacharya S, Bashar M, Srivastava A, Singh A. NOMOPHOBIA: NO MOBILE PHONE PHOBIA. *J Family Med Prim Care*. 2019; 8: 1297–300. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_71_19
- 9- Wahyuni S. Nomophobia (No MOBILE PHONE PHOBIA) Among Medical Students: A Literature Review. *International Journal of Engineering, Science and Information Technology*. 2022; 2: 48–51. <https://doi.org/10.52088/ijesty.v2i3.285>
- 10-Bragazzi N, Del Puente G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychol Res Behav Manag*. 2014:155. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S41386>
- 11-Mallya N, Sunil R, Mashal S. A study to evaluate the behavioral dimensions of “Nomophobia” and attitude toward smartphone usage among medical students in Bengaluru. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol*, 2018; 8: 1553. <https://doi.org/10.5455/njppp.2018.8.0827603092018>
- 12-Hamutoglu NB, Gezgin DM, Sezen-Gultekin G, Gemikonakli O. Relationship between nomophobia and fear of missing out among Turkish university students. *Cypriot Journal of Educational Sciences*. 2018; 13: 549–61. <https://doi.org/10.18844/cjes.v13i4.3464>
- 13-Przybylski AK, Murayama K, DeHaan CR, Gladwell V. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Comput Human Behav*. 2013; 29: 1841–8. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>

- 28-B.T. Dau ALBT, Callinan LS, Smith M V. An examination of the impact of maternal fetal attachment, postpartum depressive symptoms and parenting stress on maternal sensitivity. *Infant Behav Dev.* 2019; 54:99-107.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.01.001>
- ۲۹-هومن، حیدرعلی. شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۹۲.
- 30-Walsh SP, White KM, McD Young R. Needing to connect: The effect of self and others on young people's involvement with their mobile phones. *Aust J Psychol.* 2010; 62: 194-203.
<https://doi.org/10.1080/00049530903567229>
- ۳۱-بایرامی، رقیه؛ مقدم تبریزی، فاطمه؛ طالبی، عرفانه؛ ابراهیمی، سمیرا. بررسی ارتباط ترس از در حاشیه ماندن و استفاده از شبکه‌های اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. *مجله پرستاری و مامایی.* ۱۱۷ (۵): ۱۳۹۸.
<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3796-۳۶۲-۳۵۵-fa.html>
- 32-Abidin RR. Parenting Stress Index: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1995.
- ۳۳-فدایی، زهرا؛ دهقانی، محسن؛ طهماسیان، کارینه؛ فرهادی، فاطمه. بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه - شاخص استرس فرزندپروری (PSI-SF) مادران کودکان عادی ۷-۱۲ سال. *مجله تحقیقات علوم رفتاری.* ۱۳۸۹؛ ۸ (۲): ۸۱ - ۹۱.
<https://rbs.mui.ac.ir/article-1-171-۹۱-۸۱-fa.html>
- 34-Hobson RP. Autism and the Development of Mind. London: Routledge; 2019.
<https://doi.org/10.4324/9780203765272>
- 35-Biabani N, Kheirjoo E, Alaie P. Comparison of Quality of Life, Intolerance of Uncertainty, and Parental Stress among Mothers with Mentally Retarded Children and Peers, 2019.
- 22-Hong YP, Yeom YO, Lim MH. Relationships between Smartphone Addiction and Smartphone Usage Types, Depression, ADHD, Stress, Interpersonal Problems, and Parenting Attitude with Middle School Students. *J Korean Med Sci.* 2021; 36.
<https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e129>
- ۲۳-شمسی زاده، الهام؛ افتخارصعادی، زهرا؛ جایروند، حمدالله؛ بختیارپور، سعید؛ مکوندی، بهنام. بررسی بهزیستی اجتماعی و خودآگاهی هیجانی بر اساس کیفیت رابطه با والدین به واسطه اعتیاد به تلفن هوشمند در دانش آموزان تیز هوش. *نشریه پرستاری کودکان.* ۸ (۳): ۱۴۰۱: ۱۶-۲۴.
<http://jpen.ir/article-1-626-fa.html>
- 24-Li X, Hao C. Corrigendum: The Relationship Between Parental Attachment and Mobile Phone Dependence Among Chinese Rural Adolescents: The Role of Alexithymia and Mindfulness. *Front Psychol.* 2021; 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.717059>
- 25-Eo Y-S, Kim J-S. Parenting Stress and Maternal-Child Interactions Among Preschool Mothers from the Philippines, Korea, and Vietnam: A Cross-Sectional, Comparative Study. *Journal of Transcultural Nursing.* 2018; 29:449-56.
<https://doi.org/10.1177/1043659617747686>
- 26-James Riegler L, Raj SP, Moscato EL, Narad ME, Kincaid A, Wade SL. Pilot trial of a telepsychotherapy parenting skills intervention for veteran families: Implications for managing parenting stress during COVID-19. *J Psychother Integr.* 2020; 30: 290-303.
<https://doi.org/10.1037/int0000220>
- 27-Hullmann SE, Wolfe-Christensen C, Ryan JL, Fedele DA, Rambo PL, Chaney JM, et al. Parental Overprotection, Perceived Child Vulnerability, and Parenting Stress: A Cross-Illness Comparison. *J Clin Psychol Med Settings.* 2010; 17: 357-65.
<https://doi.org/10.1007/s10880-010-9213-4>

- ۴۳- سلیمانی، سلیمان؛ محمدخانی، پروانه؛ زهراکار؛ کیانوش. تدوین مدل علایم نوموفوبیا در دانش‌آموزان بر اساس سبک دلبستگی، سواد رسانه‌ای و منبع کنترل با میانجی‌گری اعتیاد به اینترنت. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*. ۴:۱۴۰۲ (۳): ۱۱۴-۱۳۲.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2022.21611>
- ۴۴- کلاه کج، بنت‌الهدی؛ خلعتبری کچانک؛ جواد،؛ صلاحیان، افشین؛ نصرالهی، بیتا. پیش‌بینی نوموفوبیا بر اساس سبک‌های فرزندپروری ادراک شده با نقش واسطه‌ای احساس تنهایی. *نشریه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*. ۱۴۰۱ (۳): ۲۹۱-۳۰۲.
<https://www.magiran.com/paper/2515124>
- 45-Estévez A, Jáuregui P, Sánchez-Marcos I, López-González H, Griffiths MD. Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *J Behav Addict*. 2017; 6: 534-44. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.086>
- 46-Babore A, Trumello C, Lombardi L, Candelori C, Chirumbolo A, Cattelino E, et al. Mothers' and Children's Mental Health During the COVID-19 Pandemic Lockdown: The Mediating Role of Parenting Stress. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023; 54: 134-46.
<https://doi.org/10.1007/s10578-021-01230-6>
- 47-Stelter RL, Halberstadt AG. The interplay between parental beliefs about children's emotions and parental stress impacts children's attachment security. *Infant Child Dev*. 2011; 20: 272-87. <https://doi.org/10.1002/icd.693>
- 48-TATHAN BEKAROĞLU E, YILMAZ T. Nomofobi: Ayırıcı Tanı ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020; 12: 131-42.
<https://doi.org/10.18863/pgy.528897>
- 49-Pera A. The Psychology of Addictive Smartphone Behavior in Young Adults: Problematic Use, Social Anxiety, and Depressive Stress. *Front Psychiatry*. 2020; 11.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.573473>
- 36-Ergin ZO, Ozer A. Unravelling the Relation Between Fear of Missing Out, Time Spent on the Phone, Sex, Alienation, and Nomophobia. *Psychol Rep*. 2023; 126: 181-97.
<https://doi.org/10.1177/003329412111043456>
- 37-Eskin Bacaksiz F, Tuna R, Alan H. Nomophobia, netlessphobia, and fear of missing out in nursing students: A cross-sectional study in distance education. *Nurse Educ Today*. 2022; 118: 105523.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105523>
- 38-Gottberg K. Simple living—a cure for fomo. <https://www.smartliving365.com/simple-cure-fomo-fear-missing> (Accessed 15.4.2021). 2017.
- 39-Kochanova K, Pittman LD, McNeela L. Parenting Stress and Child Externalizing and Internalizing Problems Among Low-Income Families: Exploring Transactional Associations. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022; 53: 76-88.
<https://doi.org/10.1007/s10578-020-01115-0>
- 40-Chou C, Lee Y-H. The Moderating Effects of Internet Parenting Styles on the Relationship Between Internet Parenting Behavior, Internet Expectancy, and Internet Addiction Tendency. *The Asia-Pacific Education Researcher*. 2017; 26: 137-46. <https://doi.org/10.1007/s40299-017-0334-5>
- 41-Gori A, Topino E, Griffiths M. The associations between attachment, self-esteem, fear of missing out, daily time expenditure, and problematic social media use: A path analysis model. *Addictive Behaviors*. 2023; 141: 107633.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107633>
- 42-TANHAN F, ÖZOK Hİ, TAYİZ V. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu (FoMO): Güncel Bir Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2022; 14: 84-95.
<https://doi.org/10.18863/pgy.942431>

51-YILDIZ K, KURNAZ D, KIRIK AM. Nomofobi, Netlessfobi ve Gelişmeleri Kaçırma Korkusu: Sporcu Genç Yetişkinler Üzerine Bir Araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020; 321-38.
<https://doi.org/10.18026/cbayarsos.669601>

50-Santl L, Brajkovic L, Kopilaš V. Relationship between Nomophobia, Various Emotional Difficulties, and Distress Factors among Students. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2022; 12: 716-30.
<https://doi.org/10.3390/ejihpe12070053>

مقایسه تحمل پریشانی، واکنش‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی در افراد دارای اضطراب بیماری و اضطراب فراگیر

نویسندگان

معصومه مقبلی هنزائی^۱، زهرا زنجانی^{۲*}، مینا خلیلی صفت^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

moghbelimasoum@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

mina_khalilisefat@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب بیماری، دو اختلال نسبتاً شایعی است که علی‌رغم قرارگیری آنها در دو طبقه مجزای تشخیصی دارای شباهت‌های زیادی در علائم روانشناختی هستند. این مطالعه با هدف مقایسه این دو اختلال در مشخصه‌های تحمل پریشانی، واکنش‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی صورت گرفت.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه مورد-شاهدی بود. نمونه مطالعه شامل ۳۶ فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، ۳۶ فرد مبتلا به اضطراب بیماری و ۳۶ فرد عادی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه حساسیت اضطرابی، مقیاس تحمل پریشانی و مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-19 و با آزمون تحلیل واریانس صورت گرفت.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۵/۱۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۰۱



نتایج: نتایج نشان داد، افراد دارای اضطراب فراگیر و اضطراب بیماری حساسیت اضطرابی بیشتر و تحمل پریشانی کمتری را نسبت به افراد بهنجار دارند ($P < 0/05$). در حالی که در میزان واکنش‌پذیری با افراد بهنجار تفاوتی نداشتند ($P = 0/58$, $F = 0/54$). همچنین، نتایج نشان داد که در میزان تحمل پریشانی بین دو گروه دارای اضطراب فراگیر و اضطراب سلامت تفاوتی وجود ندارد ($P = 0/06$)؛ ولی افراد دارای اضطراب فراگیر، حساسیت اضطرابی بیشتری را در مقایسه با افراد دارای اضطراب بیماری گزارش دادند ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: گرچه حساسیت جسمانی در اختلال اضطراب فراگیر نقش برجسته‌تری دارد؛ ولی به‌طور کلی به نظر می‌رسد تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، مشخصه‌های مشترک و فراتشخیصی در اختلالات روانشناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب بیماری باشند.

کلیدواژه‌ها

اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب بیماری، تحمل پریشانی، حساسیت اضطرابی، واکنش‌پذیری هیجانی

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

z_zanjani2005@yahoo.com

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب (با کد ۹۹۲۹۹) معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و با حمایت مالی آن معاونت صورت گرفته است.

مقدمه

شدت خفیفی دارند، سطوح بالای اضطراب درمورد سلامتی و اقدامات افراطی در مورد سلامتی [۱۳]. شیوع این اختلال در کلینیک‌های عمومی شایع است. شیوع آن در بیماران سرپایی پزشکان عمومی تقریباً ۶/۰ درصد و در بیماران بستری ۵ تا ۳۰ درصد برآورد شده است [۱۴].

علی‌رغم اینکه اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری دو اختلال مجزا در نظر گرفته می‌شوند، اما در اختلال اضطراب فراگیر حوزه نگرانی‌ها گسترده و فراگیر است و در اختلال اضطراب بیماری نگرانی‌ها متمرکز بر سلامت است [۱۵] ولی شباهتهایی دارند که قابل بررسی است. یکی از عواملی که در دو اختلال دیده می‌شود ناتوانی در تحمل پریشانی^۳ است که تا حد زیادی به عنوان فاکتور نگهدارنده این اختلالات پیش‌بینی شده است [۱۶، ۱۷]. ناتوانی در تحمل پریشانی با افزایش آسیب‌پذیری به تجربه علائم اضطرابی ارتباط دارد [۱۷، ۱۸]. ناتوانی در تحمل پریشانی هیجانی، ادراک فرد از توانایی‌های خودش برای تجربه و تحمل هیجانات منفی که این امر با تمرکز بر پریشانی و ادراک آن به عنوان غیر قابل تحمل و غیر قابل پذیرش و در نهایت اجتناب و فرار از آن، تعریف می‌شود [۱۷]. از دیگر عوامل مؤثر واکنش‌پذیری هیجانی^۴ است که به عنوان حساسیت، شدت و پایداری بالای حالت‌های هیجانی تعریف می‌شود [۱۹]. واکنش‌پذیری هیجانی بالا با استراتژی‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی نقش دارد [۲۰]. در همین راستا افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، احتمالاً بیش از حد در برابر استرس و پریشانی واکنش‌پذیرند و توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند. بنابراین، به وسیله راهبردهایی که هدفشان کاهش سریع هیجانات منفی است از این هیجانات اجتناب می‌کنند. این رابطه‌ها در حمایت از این است که افراد با سطوح پایین تحمل پریشانی با رفتارهای ناسازگارانه اجتناب و فرار با هیجانات منفی خود مقابله می‌کنند [۲۱، ۲۲].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، تحمل پریشانی با حساسیت اضطرابی^۵ رابطه معکوس دارند به این صورت که تحمل افراد برای پریشانی، ترس آنها از علائم مربوط به اضطراب را

اختلالات روانی در جهان بسیار شایع هستند و به‌عنوان یکی از پنج وضعیت ناتوان‌کننده در کنار دیابت، سرطان، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های تنفسی مزمن در نظر گرفته می‌شوند و دارای پیامدهای اجتماعی - اقتصادی زیادی هستند [۱]. در سال‌های اخیر تعریف بیماری روانی از طبقه‌بندی به سیستم طیفی تغییر یافته و این تغییر درک کنونی، ما را از آسیب‌شناسی روانی بیشتر کرده است. در واقع، شناخت عوامل مؤثر در آسیب‌پذیری به انواع مختلف اختلالات روانی در حال پیشرفت است. آگاهی از این عوامل می‌تواند به پیشگیری از بیماری‌های روانی کمک کرده و مداخلات ویژه‌ای را در این زمینه امکان‌پذیر سازد [۲]. در میان اختلالات روانپزشکی، مشکلات اضطرابی جزء شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشند که شیوع یکساله آنها ۱۸ درصد برآورد شده است [۳]. در بین اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر جزء رایج‌ترین اختلالات است (۴). اختلال اضطراب فراگیر^۱ با کنترل‌نکردن نگرانی و اضطراب در مورد وقایع روزانه، بیقراری، زود خسته‌شدن، مشکل در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و مشکلات خواب مشخص می‌شود [۵ و ۶] و شیوع آن در یک دوره یکساله تقریباً ۳٪ در بزرگسالان [۷] و بین ۲/۵٪ [۸] تا ۷/۵٪ در نوجوانان [۵] گزارش شده است. اختلال اضطراب فراگیر اغلب با اختلالات روانی دیگر مثل پانیک [۹]، وسواس [۱۰] و اختلال اضطراب بیماری^۲ همبود است [۱۱، ۱۲]. به‌نظر می‌رسد، مشخصه مشترکی بین این اختلالات وجود دارد و آن مشخصه، اضطراب در مورد سلامتی است. به‌عنوان مثال: ترس از مرگ و حمله قلبی با اختلال پانیک و نگرانی در مورد سلامتی یکی از ابعاد اختلال اضطراب فراگیر است [۱۳] و به‌عنوان یکی از ملاک‌های اصلی برای تشخیص‌گذاری اختلال اضطراب بیماری در DSM-5 نیز در نظر گرفته می‌شود [۱۳، ۱۴].

اختلال اضطراب بیماری برای نخستین بار در DSM-5 مطرح شد، ملاک‌های تشخیصی مهم DSM-5 برای اختلال اضطراب بیماری عبارتند از: مشغولیت ذهنی با ابتلا به بیماری جدی، نبود علائم جسمی و یا در صورت وجود فقط

3 . Distress Tolerance.
4 . Emotional Reactivity.
5 . Anxiety Sensitivity.

1 . Generalized Anxiety Disorder. (GAD)
2 . Illness Anxiety Disorder. (IAD)

کاشان و درمانگاه روانشناسی بیمارستان کارگرنژاد کاشان در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند و طی ارزیابی و مصاحبه بالینی توسط متخصص، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر یا IAD دریافت کرده بودند به‌عنوان جامعه این مطالعه در نظر گرفته شدند. تعداد ۳۶ نفر از افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و ۳۶ نفر از افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و ۳۶ نفر افراد عادی به روش دردسترس از سطح جامعه به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود مطالعه عبارت بودند از: سن بالاتر از ۱۸ سال، داشتن تشخیص اختلال اضطراب بیماری یا اختلال اضطراب فراگیر برای قرار گرفتن در گروه مربوطه، مبتلا نبودن به اختلالات روانپزشکی برای شرکت‌کنندگان در گروه افراد بهنجار، فقدان اختلالات سایکوتیک، فقدان سابقه مصرف مواد، فقدان سابقه خودکشی، فقدان اختلالات شخصیت، تمایل به شرکت در پژوهش. پس از آنکه نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب شدند. هدف پژوهش برای آنان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت کتبی، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و واکنش‌پذیری هیجانی را تکمیل نمودند و داده‌های جمع‌آوری شده با کمک نرم افزار SPSS-19 و با آزمون تحلیل واریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک دارای پرسش‌هایی در زمینه سن، جنسیت، میزان تحصیلات، سابقه ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی، سابقه مصرف دارو و سابقه خودکشی بود.

مصاحبه بالینی ساخت یافته (SCID_5):

این ابزار ابتدا توسط مارک زیمرمن تألیف شده است و در این پژوهش برای تشخیص اختلال اضطراب بیماری و همچنین برای تشخیص اختلالات همبود با اضطراب بیماری قبل از مرحله ارزیابی و برای رعایت معیارهای ورود و خروج بکار می‌رود. روایی همزمان، ضریب بازآزمایی و پایایی این مقیاس به شیوه الفای کرونباخ (0.80) مطلوب بود [۲۷].

مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی^۱ (ERS)

توسط متیو و ناک در سال ۲۰۰۸ م. به منظور ارزیابی

کاهش می‌دهد [۲۲]. حساسیت اضطرابی، یک ترس تقویت شده است که باعث می‌شود افراد احساسات بدنی مرتبط با اضطرابشان (نظیر تپش قلب، ناراحتی معده) را به‌عنوان عامل خطر ادراک کنند و این امر منجر به افزایش اضطراب، علائم بدنی و در نهایت ترس از این تجارب می‌شود. فرد حس‌های بدنی مربوط به اضطراب (تپش قلب، لرزش) و تغییرات شناختی (مشکل در تمرکز) را خطرناک و دارای پیامد ناخوشایند ادراک کرده که این خود منجر به افزایش اضطراب و علائم بدنی مربوطه شده و در نهایت منجر به ترس از این تجارب می‌شود [۲۳، ۲۴]. داده‌های موجود نشان می‌دهد، حساسیت اضطرابی با گوش به زنگی به حس‌های بدنی و شدت علائم جسمی ارتباط دارد [۲۵] و می‌تواند منجر به ترس از علائم جسمی حیاتی همچون تپش قلب شود که این خود می‌تواند راه‌انداز اضطراب سلامت شود. به عبارت دیگر یکی از ویژگی‌های افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ارزیابی منفی و ترس از همه علائم معمولی اضطراب است و این علائم رایج، واکنش شدیدتری در این افراد ایجاد می‌کند و این امر موجب افزایش شدت علائم اضطراب در این افراد می‌شود [۲۶]. از آنجایی که اضطراب ویژگی هسته‌ای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری به شمار می‌رود و از طرفی مؤلفه واکنش‌پذیری هیجانی منجر به افزایش اضطراب می‌شود، به نظر می‌رسد این مؤلفه در تداوم این دسته از اختلالات نقش داشته باشد [۳].

لذا، با توجه به مشابهاهای این دو اختلال در مشخصه‌هایی همچون واکنش‌پذیری هیجانی، تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، یافتن میزان تفاوت کمی آنها در این مشخصات احتمالاً بتواند در شناسایی علت‌شناسی، افتراق و همچنین انتخاب تکنیک‌های درمانی مناسب در هر اختلال کمک‌کننده باشد. در نتیجه، هدف این مطالعه مقایسه واکنش‌پذیری هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری بود.

روش

این پژوهش از نوع مورد - شاهدی (علی - مقایسه‌ای) است. کلیه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و دارای اختلال اضطراب فراگیر که به کلینیک‌های روانشناختی شهر

1. Emotional Reactivity Scale.

۰/۹۵ و پایایی آن به روش بازآزمایی و دونیمه‌سازی به ترتیب برابر ۰/۹۳ و ۰/۹۷ است. روایی همزمان آن از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه SCL 90 انجام شد و ضریب همبستگی ۰/۵۶ بدست آمد. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود [۳۴].

مقیاس تحمل پریشانی^۲ (DTS)

این پرسشنامه توسط سیمون و باهر در سال ۲۰۰۵ م. به منظور سنجش توانایی فرد برای تحمل و تجربه حالت‌های هیجانی منفی تدوین شد و دارای ۱۶ ماده و ۴ خرده‌مقیاس است: ۱. تحمل: تحمل پریشانی هیجانی (۵،۳،۱)؛ ۲. جذب: جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی (۱۶،۴،۲)؛ ۳. ارزیابی: برآورد ذهنی پریشانی (۱۳،۱۲،۱۱،۱۰،۸،۷)؛ ۴. تنظیم: تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (۱۵،۱۴،۹). هر عبارت در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۱=کاملاً موافقم تا ۵=کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. ماده ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود [۳۵]. نمره بالا نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. این مقیاس ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی دارد. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی آن برابر ۰/۶۱ گزارش شده است [۲۲]. ۳۶. همبستگی بین مقیاس تحمل پریشانی با پریشانی عاطفی ۰/۵۹-، با کژتنظیمی ۰/۵۱- بود و همبستگی مثبت با تنظیم خلق برابر ۰/۵۴- و همبستگی قوی با پذیرش خلق ۰/۴۷- داشت [۳۵].

ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز مطلوب گزارش شده است و پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۶۷ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۶۹ و ۰/۷۳ می‌باشد. همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌محور به ترتیب ۰/۳۳- و ۰/۲۷- بود [۳۷].

نتایج

مطالعه حاضر روی ۳۶ فرد دارای اختلال اضطراب فراگیر و ۳۶ فرد دارای اختلال اضطراب بیماری و ۳۶ فرد بهنجار صورت گرفت. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر

واکنش‌پذیری افراد به تجارب هیجانی‌شان تدوین شد و دارای ۲۱ ماده و ۳ خرده‌مقیاس: حساسیت (ماده‌های ۱۸،۱۶،۱۵،۱۴،۱۳،۱۲،۹،۷،۵،۲،۴،۳،۱۹،۱۷،۶،۴،۳) و پایداری (۱۱،۱۰،۸،۱) است. عبارت‌های این پرسشنامه روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۰ = اصلاً شبیه من نیست تا ۴ = کاملاً شبیه من است) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده واکنش‌پذیری بالاتر است [۲۸]. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای حساسیت ۰/۹۰، شدت ۰/۸۰، پایداری ۰/۷۸ است [۲۹] در مطالعه دیگری آلفای کرونباخ مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی کلی ۰/۹۴، خرده مقیاس حساسیت ۰/۸۸، شدت ۰/۸۶ و پایداری ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۸]. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه به این صورت بود: اعتبار همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب سلامت (۰/۳۳)، پرسشنامه حساسیت اضطرابی (۰/۴۱) مطلوب بود و همبستگی آن با پرسشنامه سیستم‌های بازداري/فعال‌سازی رفتاری (BAS/BIS) معنادار نبود که این نشان از اعتبار واگرایی مقیاس دارد و همسانی درونی و پایایی بازآزمایی (به فاصله دو هفته) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۲ بدست آمد [۳۰].

پرسشنامه حساسیت اضطرابی^۱ (ASI)

نخست در سال ۱۹۸۵ م. توسط ریس و پترسون [۳۱] تدوین شد و ترس فرد را از نشانه‌های اضطرابی و پیامدهای آنها می‌سنجد. این پرسشنامه، دارای ۱۶ گویه و سه عامل ترس از علائم جسمانی (ماده‌های ۱۰،۹،۸،۷،۶،۱۱)، ترس از کژکاری کنترل شناختی (۱۵،۱۲،۲) و ترس از مشاهده واکنش‌های اضطرابی توسط دیگران (۱۴،۱۳،۱۲،۵،۴،۳،۱) است [۳۲]. هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت از ۰ = خیلی کم تا ۴ = خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان دهنده حساسیت اضطرابی بالاتر است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نشان می‌دهد که روایی درونی آن بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ است و پایایی به روش بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و در مدت سه سال ۰/۷۱ نشان داده است که حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است [۳۳]. ویژگی‌های روان‌سنجی آن در نمونه ایرانی بررسی شده که نشان می‌دهد، روایی درونی برای مقیاس کلی برابر

2. Distress Tolerance scale.

1. Anxiety Sensitivity Inventory.

نداشتند و مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود.

در جدول ۲، اثر درون گروهی و بین گروهی برای متغیر تحمل پریشانی نشان داده شده است. اثر گروه نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیر تحمل پریشانی و خرده مقیاس‌های آن در سه گروه دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0/05$).

حسب جنس و سن در سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج آزمون آماری نشان داد، سه گروه در دو متغیر سن و جنسیت تفاوت معنادار نداشتند (جدول ۱).

جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در سه گروه، آزمون لوین انجام شد، نتایج این آزمون نشان داد، سه گروه در سه متغیر تحمل پریشانی ($0/08$)، حساسیت اضطرابی ($0/28$) و واکنش‌پذیری هیجانی ($0/13$) تفاوت معنادار

جدول ۱. توزیع فراوانی و مقایسه شرکت‌کنندگان براساس جنسیت و سن در گروه‌های مورد مطالعه

| sig | Normal | IAD | GAD | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------|-------|
| 0/22 ($\chi^2=1/47$) | 24 (/66/7) | 27 (/75) | 31 (/86/1) | دختر | جنسیت |
| | 12 (/33/3) | 9 (/25) | 5 (/13/9) | پسر | |
| 0/08 ($F=2/6$) | 23/97 (sd=4/09) | 23/97 (sd=5/57) | 26/44 (sd=6/05) | سن | |

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه سه گروه مطالعه در متغیر تحمل پریشانی و خرده مقیاس‌های آن

| sig | F | میانگین مجذوزات | درجه آزادی | مجموع مجذوزات | منع واریانس | تغییر |
|-------------|--------|-----------------|------------|---------------|-------------|-----------------|
| $P < 0/001$ | 48/866 | 3216/259 | 2 | 6432/519 | بین گروهی | تحمل پریشانی کل |
| | | 65/818 | 105 | 6910/889 | درون گروهی | |
| | | | 107 | 13343/407 | کل | |
| $P < 0/001$ | 27/349 | 167/528 | 2 | 335/056 | بین گروهی | تحمل |
| | | 6/126 | 105 | 643/194 | درون گروهی | |
| | | | 107 | 978/250 | کل | |
| 0/002 | 6/603 | 39/083 | 2 | 78/167 | بین گروهی | جذب |
| | | 5/919 | 105 | 621/500 | درون گروهی | |
| | | | 107 | 699/667 | کل | |
| $P < 0/001$ | 25/769 | 452/565 | 2 | 905/130 | بین گروهی | ارزیابی |
| | | 17/563 | 105 | 1844/083 | درون گروهی | |
| | | | 107 | 2794/213 | کل | |
| $P < 0/001$ | 12/337 | 102/287 | 2 | 204/574 | بین گروهی | تنظیم |
| | | 6/670 | 105 | 805/306 | درون گروهی | |
| | | | 107 | 1009/880 | کل | |

داشت ($P < 0/05$) همچنین میانگین نمرات در خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی در دو گروه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و افراد با اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معنادار نداشتند ($P > 0/05$)؛ اما بین هر دو گروه با گروه افراد بهنجار تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/05$).

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی شفه برای تحمل پریشانی (جدول ۳)، میانگین نمرات تحمل پریشانی کل در دو گروه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و دارای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری نداشت ($0/06$)؛ اما میانگین نمرات هر دو گروه با افراد بهنجار تفاوت معنادار

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه سه گروه مورد مطالعه در متغیر تحمل پریشانی و خرده‌مقیاس‌های آن

| متغیر | گروه‌ها | تفاوت میانگین‌ها | انحراف استاندارد | سطح معناداری |
|-----------------|--------------|------------------|------------------|--------------|
| تحمل پریشانی کل | IAD | -۴/۵۵ | ۱/۹۱ | ۰/۰۶ |
| | Normal | -۱۸/۱۶ | ۱/۹۱ | $P < 0/001$ |
| | GAD | ۴/۵۵ | ۱/۹۱ | ۰/۰۶ |
| | IAD | -۱۳/۶۱ | ۱/۹۱ | $P < 0/001$ |
| تحمل | IAD | -۱/۲۲ | ۰/۵۸ | ۰/۱۱ |
| | Normal | -۴/۱۹ | ۰/۵۸ | $P < 0/001$ |
| | GAD | ۱/۲۲ | ۰/۵۸ | ۰/۱۱ |
| | IAD | -۲/۹۷ | ۰/۵۸ | $P < 0/001$ |
| جذب | IAD | -۰/۲۵ | ۰/۵۷ | ۰/۹ |
| | Normal | -۱/۶۶ | ۰/۵۷ | ۰/۰۰۵ |
| | GAD | ۰/۲۵ | ۰/۵۷ | ۰/۹ |
| | IAD | -۱/۶۶ | ۰/۵۷ | ۰/۰۱ |
| ارزیابی | IAD | ۱/۵۸ | ۰/۹۸ | ۰/۲۸ |
| | Normal | -۶/۷۷ | ۰/۹۸ | $P < 0/001$ |
| | GAD | ۱/۵۸ | ۰/۹۸ | ۰/۲۸ |
| | افراد بهنجار | -۵/۱۹ | ۰/۹۸ | $P < 0/001$ |
| تنظیم | IAD | -۰/۳۶ | ۰/۶۵ | ۰/۸۵ |
| | Normal | -۳/۰۸ | ۰/۶۵ | $P < 0/001$ |
| | GAD | ۰/۳۶ | ۰/۶۵ | ۰/۸۵ |
| | IAD | -۲/۷۲ | ۰/۶۵ | $P < 0/001$ |

مقیاس‌های آن در سه گروه (افراد دارای اضطراب سلامت، افراد دارای اضطراب فراگیر و افراد بهنجار) دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0/001$).

در جدول ۴، اثر درون‌گروهی و بین‌گروهی برای متغیر حساسیت اضطرابی نشان داده شده است. اثر گروه نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیر حساسیت اضطرابی و خرده

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای حساسیت اضطرابی و خرده مقیاس‌های آن

| متغیر | طبقات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | sig |
|----------------------|------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------|
| حساسیت اضطرابی | بین گروهی | ۲۷۶۰/۷۲۲ | ۲ | ۱۳۸۰/۳۶۱ | ۲۶/۹۴۲ | P<۰/۰۰۱ |
| | درون گروهی | ۵۳۷۹/۵۲۸ | ۱۰۵ | ۵۱/۲۳۴ | | |
| | کل | ۸۱۴۰/۲۵۰ | ۱۰۷ | | | |
| علائم جسمی | بین گروهی | ۴۸۲/۳۸۹ | ۲ | ۲۴۱/۱۹۴ | ۲۱/۵۳۰ | P<۰/۰۰۱ |
| | درون گروهی | ۱۱۷۶/۲۷۸ | ۱۰۵ | ۱۱/۲۰۳ | | |
| | کل | ۱۶۵۸/۶۶۷ | ۱۰۷ | | | |
| ترس از کژکاری شناختی | بین گروهی | ۱۶۵/۰۱۹ | ۲ | ۸۲/۵۰۹ | ۳۱/۰۲۱ | P<۰/۰۰۱ |
| | درون گروهی | ۲۷۹/۲۷۸ | ۱۰۵ | ۲/۶۶۰ | | |
| | کل | ۴۴۴/۲۹۶ | ۱۰۷ | | | |
| ترس از مشاهده واکنش | بین گروهی | ۲۵۷/۳۵۲ | ۲ | ۱۲۸/۶۷۶ | ۹/۶۷۳ | P<۰/۰۰۱ |
| | درون گروهی | ۱۳۹۶/۷۵۰ | ۱۰۵ | ۱۳/۳۰۲ | | |
| | کل | ۱۶۵۴/۱۰۲ | ۱۰۷ | | | |

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه سه گروه در حساسیت اضطرابی و خرده مقیاس‌های آن

| متغیر | گروه‌ها | تفاوت میانگین‌ها | انحراف استاندارد | sig | |
|----------------------|---------|------------------|------------------|---------|---------|
| حساسیت اضطرابی | GAD | IAD | ۱/۶۸ | ۰/۰۱ | |
| | | Normal | ۱/۶۸ | P<۰/۰۰۱ | |
| | IAD | GAD | -۴/۹۴ | ۱/۶۸ | ۰/۰۱ |
| | | Normal | ۷/۳۶ | ۱/۶۸ | P<۰/۰۰۱ |
| علائم جسمی | GAD | IAD | ۰/۷۸ | ۰/۰۴ | |
| | | Normal | ۵/۱۳ | P<۰/۰۰۱ | |
| | IAD | GAD | -۲/۰۲ | ۰/۷۸ | ۰/۰۴ |
| | | Normal | ۳/۱۱ | ۰/۷۸ | ۰/۰۰۱ |
| ترس از کژکاری شناختی | GAD | IAD | ۰/۳۸ | ۰/۰۰۱ | |
| | | Normal | ۳/۰۲ | P<۰/۰۰۱ | |
| | IAD | GAD | -۱/۵۰ | ۰/۳۸ | ۰/۰۰۱ |
| | | Normal | ۱/۵۲ | ۰/۳۸ | ۰/۰۰۱ |
| ترس از واکنش دیگران | GAD | IAD | ۰/۸۵ | ۰/۱۳ | |
| | | Normal | ۳/۷۷ | P<۰/۰۰۱ | |
| | IAD | GAD | -۱/۷۵ | ۰/۸۵ | ۰/۱۳ |
| | | Normal | ۲/۰۲ | ۰/۷۰ | ۰/۰۵ |

($P > 0/05$)، این در حالی است که میانگین نمرات هر دو گروه اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری در این خرده مقیاس بیشتر از افراد بهنجار بود ($P < 0/05$).

در جدول ۶، مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر واکنش‌پذیری هیجانی و خرده مقیاس‌های آن در سه گروه (افراد دارای اضطراب سلامت، افراد دارای اضطراب فراگیر و افراد بهنجار) تفاوت معناداری ندارد ($P > 0/05$).

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی شفه در مورد متغیر حساسیت اضطرابی (جدول ۵)، میانگین نمرات حساسیت اضطرابی کل و خرده مقیاس‌های علایم جسمانی و ترس از کژکاری روانشناختی در دو گروه افراد دارای اضطراب سلامت و افراد دارای اضطراب فراگیر تفاوت معناداری داشتند ($P < 0/05$)؛ اما میانگین نمرات خرده مقیاس ترس از واکنش دیگران در دو گروه افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری تفاوت معنادار نداشت.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای متغیر واکنش‌پذیری هیجانی و خرده مقیاس‌های آن

| متغیر | منبع واریانس | مجموع مجدورات | درجه آزادی | میانگین مجدورات | F | sig |
|----------------------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|-------|
| نمره کل واکنش‌پذیری هیجانی | بین گروهی | ۱۲۵/۳۸۹ | ۲ | ۶۲/۶۹۴ | ۰/۵۴۱ | ۰/۵۸۴ |
| | درون گروهی | ۱۲۱۶۱/۶۱۱ | ۱۰۵ | ۱۱۵/۸۲۵ | | |
| | کل | ۱۲۲۸۷/۰۰۰ | ۱۰۷ | | | |
| حساسیت | بین گروهی | ۱۴/۲۴۱ | ۲ | ۷/۱۲۰ | ۰/۲۰۳ | ۰/۸۱۶ |
| | درون گروهی | ۳۶۷۹/۴۱۷ | ۱۰۵ | ۳۵/۰۴۲ | | |
| | کل | ۳۶۹۳/۶۵۷ | ۱۰۷ | | | |
| شدت | بین گروهی | ۸۴/۷۹۶ | ۲ | ۴۲/۳۹۸ | ۲/۷۳۰ | ۰/۰۷۰ |
| | درون گروهی | ۱۶۳۰/۸۶۱ | ۱۰۵ | ۱۵/۵۳۲ | | |
| | کل | ۱۷۱۵/۶۵۷ | ۱۰۷ | | | |
| پایداری | بین گروهی | ۱/۰۵۶ | ۲ | ۰/۵۲۸ | ۰/۰۸۴ | ۰/۹۱۹ |
| | درون گروهی | ۶۵۷/۹۴۴ | ۱۰۵ | ۶/۲۶۶ | | |
| | کل | ۶۵۹/۰۰۰ | ۱۰۷ | | | |

بیشتری نسبت به علایم بدنی خود دارند. به عبارت دیگر این افراد نسبت به افراد عادی توجه بیشتری نسبت به تغییرات و حس‌های بدنی دارند. این امر می‌تواند منجر به ترس از علایم جسمی حیاتی همچون تپش قلب شود که این خود راه‌انداز اضطراب افراد در مورد سلامتی‌شان گردد. این یافته همسو با مطالعات قبلی در این زمینه می‌باشد [۲۶، ۲۳، ۲۴]. در مقایسه دو گروه دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری در حساسیت اضطرابی دیده شده که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر حساسیت اضطرابی بیشتری را نسبت به گروه اختلال اضطراب بیماری تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد این امر به خاطر تجربه

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه حساسیت اضطرابی، واکنش‌پذیری هیجانی و تحمل‌پریشانی در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب بیماری و افراد بهنجار بود. یافته‌ها نشان داد، میزان حساسیت اضطرابی و ناتوانی در تحمل‌پریشانی در دو گروه دارای اختلال اضطراب فراگیر و IAD نسبت به گروه بهنجار بیشتر است؛ ولی تفاوتی در متغیر واکنش‌پذیری هیجانی در بین سه گروه مشاهده نشد.

بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری حساسیت

تحمل پریشانی پایین، بیشتر جذب هیجانات منفی و کمتر جذب هیجانات مثبت می‌شوند و این اشتغال ذهنی با هیجانات منفی منجر به برآورد شدیدتر این هیجانات و ارزیابی معیوب آنها شده که این خود منجر به افت عملکرد آنان در مدیریت هیجان و تحمل این هیجانات می‌شود. در نهایت در عملکردهای شخصی و اجتماعی این افراد اختلال ایجاد می‌شود [۳۵]؛ ولی نتایج این مطالعه نشان داد، سه گروه در واکنش‌پذیری هیجانی تفاوتی ندارند. به نظر می‌رسد راه‌انداز مشکلات این افراد عمدتاً تجارب جسمانی و یا ادراک تغییرات جسمانی در بدن خود باشد تا هیجانات ناشی از مشکلات ارتباطی، شغلی، تحصیلی و...؛ این افراد در پاسخ به پریشانی جسمانی تجربه شده و ادراک مشکلات جسمانی خود، احتمالاً این علائم را فاجعه‌سازی کرده و دچار اضطراب می‌شوند و تلاش می‌کنند با استفاده از راهبردهایی که هدفش کاهش سریع این اضطراب است، از هیجانات منفی دوری کنند و این امر خود زمینه‌ساز مشکلات عملکردی بیشتر آنها می‌شود. یافته‌های مطالعه همسو با نظریات شناختی-رفتاری در مورد این دو اختلال است و بیانگر این مطلب است که تجربه علائم جسمانی و سپس فاجعه‌سازی این علائم راه‌انداز اضطراب بیشتر در این افراد می‌باشد.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت: با توجه به بالا بودن حساسیت اضطرابی و ناتوانی در تحمل پریشانی در این گروه از افراد به نظر می‌رسد به دنبال تجربه علائم بدنی مبهم، این افراد به دلیل حساسیت اضطرابی بالایی که دارند توجه زیادی به این علائم نموده و اضطراب بیشتری را در رابطه با آن تجربه می‌کنند و از انجایی که تحمل پریشانی پایینی دارند برای کسب اطمینان و کاهش اضطراب خود به روش اطمینان‌جویی و یا اجتماب بر می‌آیند و این امر خود منجر به افزایش اضطراب آنها می‌شود. همچنین، به نظر می‌رسد تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، مشخصه‌های مشترک و فراتشخیصی در اختلالات روانشناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری باشند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

لازم به ذکر است، این مطالعه از نوع مقطعی بود؛ بنابراین، در صورت انجام مطالعه‌ای طولی می‌توان نتایج دقیق‌تری در ارتباط با نقش تحمل پریشانی و اجتناب

بیشتر نشانه‌های جسمانی در این افراد باشد که در یک سیکل معیوب، حساسیت آنها به این نشانه‌ها را بیشتر می‌کند. همانگونه که نتایج مطالعه حاضر هم نشان داد، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد دارای اختلال اضطراب بیماری حساسیت بالاتری نسبت به علائم جسمانی (از جمله خرده‌مقیاس‌های حساسیت اضطرابی) دارند.

دیگر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند، نگرانی‌های جسمانی به‌طور قابل توجه و منحصر به فردی با نگرانی و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر همبستگی دارد؛ لذا، این داده‌ها ممکن است به عنوان تأکید بر اولویت نگرانی‌های فیزیکی در زمینه علائم اختلال اضطراب فراگیر (به‌عنوان مثال، فاجعه‌سازی برانگیختگی جسمی مرتبط با دوره‌های نگرانی) تفسیر شوند، که ممکن است با توجه به تغییرات بیولوژیکی باشد که این افراد در حال تجربه هستند [۲۳].

در مقابل نتایج نشان داد که افراد دارای اختلال اضطراب بیماری در خرده‌مقیاس ترس از کژکاری روانشناختی به‌طور معنادار نمرات بیشتری نسبت به افراد دارای اضطراب فراگیر دارند. به نظر می‌رسد، افراد اختلال اضطراب فراگیر بیشتر حساسیت و اضطراب نسبت به تجربه علائم جسمانی و ترس از ناتوانی در کنترل علائم بدنی اضطراب‌شان داشته باشند، در حالی که افراد دارای اختلال اضطراب بیماری حساسیت روانشناختی و شناختی داشته باشند. همچنین نتایج نشان داد که هر دو اختلال به میزان مشابهی نگران جنبه‌های اجتماعی تجارب و مشکلاتشان هستند.

در رابطه با متغیر تحمل پریشانی نتایج نشان داد، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری، تحمل پریشانی پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار داشتند. این یافته همسو با مطالعه عبدالله‌زاده و معروفی [۱۶]؛ مقبلی و همکاران [۱۷]؛ اکبری و همکاران [۲۱] بود. نتایج این مطالعه همسو با مطالعه اکبری و همکاران [۲۱] که نشان دادند ناتوانی در تحمل پریشانی فرایندهای فراتشخیصی در تمام اختلالات اضطرابی هستند و بیانگر این مطلب است: ناتوانی در تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی مشخصه‌های مشترک بین اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری باشد.

سیمون و گاهر در تبیین این پدیده گفته‌اند: افراد دارای

- 6- Qubty W, A. Gelfand A. Psychological and Behavioral Issues in the Management of Migraine in Children and Adolescents 2016. <https://doi.org/10.1007/s11916-016-0597>
- 7- Preti A, Demontis R, Cossu G, Kalcev G, Cabras F, Moro MF, Romano F, Balestrieri M, Caraci F, Dell'Osso L, Di Sciascio G. The lifetime prevalence and impact of generalized anxiety disorders in an epidemiologic Italian National Survey carried out by clinicians by means of semi-structured interviews. *BMC psychiatry*. 2021 Dec; 21(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03042-3>
- 8- Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 2020 Jun 1; 73: 102234. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102234>
- 9- Camuri G, Oldani L, Dell'Osso B, Benatti B, Lietti L, Palazzo C, et al. Prevalence and disability of comorbid social phobia and obsessive-compulsive disorder in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2014; 18(4): 248-54. <https://doi.org/10.3109/13651501.2014.959972>
- 10- Khalkhali M, Habibi B, Eslamdoust-Siahestalkhi F, Farrahi H, Zare R, Khalkhali P. Symptomatic and Therapeutic Significance of Generalized Anxiety Disorder Comorbidity in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2023 Dec 31 (In Press). <https://doi.org/10.5812/ijpbs-131505>
- 11- Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 202(1): 56-61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
- 12- Pandey S, Parikh M, Brahmabhatt M, Vankar GK. Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2017 Dec 1; 4: 32-41. <https://doi.org/10.12740/APP/76932>

تجربه‌ای در اضطراب سلامت به دست آورد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، محدود بودن جامعه و نمونه مطالعه می‌باشد؛ این پژوهش عمدتاً در دختران و با میانگین سنی حدود ۲۵ سال اجرا گردیده است و این امر تعمیم یافته را به کل جامعه تا حدودی محدود می‌کند. در نتیجه پیشنهاد می‌شود؛ این مطالعه در سنین بالاتر نیز صورت بگیرد. علاوه بر این، به دلیل تعداد محدود حجم نمونه، پیشنهاد می‌شود مطالعه با نمونه‌های بزرگتر صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مراکز مشاوره دانشگاه سراسری کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مراکز مشاوره شهر کاشان و شرکت‌کنندگان در این پژوهش بابت همکاری و تکمیل ابزارهای پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است، این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان صورت گرفته است.

منابع

- 1- Kamenov K, Cabello M, Ballert CS, Cieza A, Chatterji S, Rojas D, et al. What makes the difference in people's lives when they have a mental disorder? *International journal of public health*. 2018; 63(1): 57-67. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1047-5>
- 2- Beard C, Björgvinsson T. Psychological vulnerability: An integrative approach. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2013; 23(3): 281. <https://doi.org/10.1037/a0032361>
- 3- Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*. 2010; 27(2): 89-168. <https://doi.org/10.1002/da.20670>
- 4- Mercante JP, Peres MF, Bernik MA. Primary headaches in patients with generalized anxiety disorder. *The journal of headache and pain*. 2011; 12(3): 331-8. <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0290-4>
- 5- Steinsbekk S, Ranum B, Wichstrøm L. Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022 May; 63(5): 527-34. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>

- 22-Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010; 41(4): 567-74. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
- 23-Knapp AA, Blumenthal H, Mischel ER, Badour CL, Leen-Feldner EW. Anxiety sensitivity and its factors in relation to generalized anxiety disorder among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2016; 44(2): 233-44. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9991-0>
- 24-Biracyaza E, Mutabaruka J, Habimana S. Validation of Anxiety Sensitivity Index (ASI-16) on Nonclinical Sample of Rwandans: A Cross-Sectional Study. *Int'l J. Soc. Sci. Stud*. 2019; 7:53. <https://doi.org/10.11114/ijsss.v7i1.3917>
- 25-Rashid Z, Rathore MA, Khushk IA, Mashhadi SF, Ahmed M, Shahzeb M. Intolerance of Uncertainty and Anxiety Sensitivity as Prospective Risk Factors for Cyberchondria in Undergraduate Students. *Annals of King Edward Medical University*. 2022 Apr 30; 28(1): 91-6. <https://doi.org/10.21649>
- ۲۶-حاجی شعبانی، عبدی. نقش اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به عنوان عوامل فراتشخیصی در پیش بینی نشانه های اختلالات هیجانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۶ سپتامبر ۲۰۲۰؛ ۱۷(۱): ۲۰۳-۲۱۲. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2897>
- 27-Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International journal of methods in psychiatric research*. 2018; 27(1): e1590. <https://doi.org/10.1002/mpr.1590>
- 28-Nock MK, Wedig MM, Holmberg EB, Hooley JM. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior therapy*. 2008; 39(2): 107-16. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>
- 29-O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The Role of Emotion Reactivity in Health Anxiety. *Behavior Modification*. 2017; 0145445517719398.
- 13-Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013. https://www.hakjisa.co.kr/common_file/bbs_DS M-5_Update_October2018_NewMaster.pdf
- 14-Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016; 29(2): 219-39. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- 15-French JH, Hameed S. Illness anxiety disorder. InStatPearls [Internet] 2022 Apr 28. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554399/>
- 16-Abdellahzadeh R & Maroufi M. [Predicting the Improvement of Generalized Anxiety Disorder based on DistressTolerance, Tolerance of Uncertainty, and Cognitive Avoidance (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022; 16(4). <https://doi.org/10.32598/qums.16.4.2570.2>
- 17-Moghbali-Hanzai M, Omidi A, Zanjani Z. The comparison of distress tolerance and experiential avoidance in people with health anxiety and normal people. *Feyz* 2020; 23(6): 689-97. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3866-en.html>
- ۱۸-اکبری، مهدی. بررسی سهم نسبی سازه های فراتشخیصی در پیش بینی اختلال وسواسی-اجباری در یک جمعیت بالینی: عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی، عدم تحمل آشفتگی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۶ سپتامبر؛ ۱۵(۲): ۱۶۷ - ۱۷۷. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2826>
- 19-O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The Role of Emotion Reactivity in Health Anxiety. *Behavior modification*. 2017; 41(6): 829-45. <https://doi.org/10.1177/0145445517719>
- 20-Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of anxiety disorders*. 2009; 23(7): 866-71. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.006>
- 21-Akbari M, Mohamadkhani S. Transdiagnostic processes of cognitive, behavioral and emotional in depression and anxiety disorders (Persian). *Couns Cult Psycothe*. 2018; 9(35): 117-46. <https://doi.org/10.22054/QCCPC.2018.26177.1644>

- 34-Narimani M, Sharbati A. Comparison of anxiety sensitivity and cognitive function in students with and without dysgraphia. 2015.
https://jld.uma.ac.ir/article_320.html?lang=en
- 35-Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 29(2): 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- 36-Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive behaviors*. 2013; 38(3): 1852-8.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.002>
- 37-Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*. 2010; 13(1): 11-8.
<https://www.sid.ir/paper/29476/en>
- 30-Moghbeli hanzaei M, Zanjani Z, Omidi A. Psychometric Properties of the Persian Version of the of the Emotional Reaction Scale (ERS) in Students. *J Jiroft Univ Med Sci*. 2020; 7 (1): 302-312.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2024.17821.1374>
[In Persian].
- 31-Peterson RA, Heilbronner RL. The anxiety sensitivity index: Construct validity and factor analytic structure. *Journal of anxiety disorders*. 1987; 1(2): 117-21. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(87\)90002-8](https://doi.org/10.1016/0887-6185(87)90002-8)
- 32-Fergus TA, Limbers CA, Griggs JO, Kelley LP. Somatic symptom severity among primary care patients who are obese: examining the unique contributions of anxiety sensitivity, discomfort intolerance, and health anxiety. *Journal of Behavioral Medicine*. 2017: 1-9.
<https://doi.org/10.1007/s10865-017-9873-8>
- 33-Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*. 1986; 24(1): 1-8.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)

بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II

نویسندگان

فرنوش میرباقر آجریز^۱، اکرم دهقانی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. far.mirbagher@gmail.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: مداخلات مبتنی بر تصمیم، ابزارهایی به نام تصمیم یار دارند که رسیدن به تصمیم درمانی مشترک (بین پزشک، بیمار و خانواده) را تسهیل می‌کنند. تصمیم یارها در قالب‌های مختلف (مانند کتابچه، وب‌سایت و...) ارائه می‌شوند. کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» ابزاری است که می‌تواند به بیماران دوقطبی نوع II کمک کند تا بین گزینه‌های درمان دارویی و روان‌شناختی دست به انتخاب بزنند و با توجه به اهداف و ارزش‌های خود به تصمیم درمانی برسند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی کتابچه مذکور بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II انجام شد.

روش: بررسی پیش رو از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه) بوده و جامعه آماری متشکل از تمامی زنان و مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II در شهر اصفهان در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن مدانلو پاسخ دادند. پروتکل مداخله مبتنی بر تصمیم، بر اساس کتابچه مذکور در چهار جلسه (۴۵ دقیقه) برای بیماران گروه آزمایش اجرا شد. بنابراین، پزشک و روانشناس با توجه به ترجیحات بیمار و مشارکت فعالانه وی، درمان دارویی و روان‌شناختی را شروع کردند؛ درحالی‌که اعضای گروه گواه با تصمیمات درمانی گرفته شده توسط پزشک یا روان‌شناس خود، روند درمان را آغاز کرده و ادامه دادند. پس از دو ماه از گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون گرفته شد. در نهایت داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تفسیر قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد، با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در زیر مقیاس‌های «اهتمام، مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان» تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، مداخله مبتنی بر تصمیم به ترتیب با مجذور اتای ۰/۳۵، ۰/۲۴، ۰/۳۰ و ۰/۶۴ بر بهبود مؤلفه‌های تبعیت از درمان شامل «اهتمام، مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان» مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟ گزینه مناسبی برای بهبود و افزایش تبعیت از درمان در بیماران دوقطبی نوع II است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۶/۲۸

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۰۱



کلیدواژه‌ها

مداخلات مبتنی بر تصمیم، تصمیم‌یار، کتابچه، تبعیت از درمان، دوقطبی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Ddehghani55@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

است که وی با پزشک توافق کرده است. حاصل این توافق، تصمیم‌گیری مشترک بین بیمار و پزشک است؛ تصمیم‌گیری که در آن از هر لحاظ، شرایط و ترجیحات بیمار در نظر گرفته شود. تبعیت از درمان در اختلال دوقطبی ممکن است با مواردی همچون الگوی مزمن عود به چالش کشیده شود. اپیزودهای مانیا دارای بالاترین ریسک تبعیت نکردن از درمان هستند [۸]. عواملی که بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی تأثیر می‌گذارند، می‌تواند از فردی به فرد دیگر متغیر باشد: سن، جنسیت، فرهنگ، شدت علائم، جهان‌بینی بیمار، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ذهنیت فرد در مورد اختلال روانی و تصور فرد از خودش، بر تصمیمات وی دربارهٔ پایبندی به رژیم دارویی تجویز شده تأثیر می‌گذارد [۹]. تبعیت از درمان در بیماران دوقطبی جزء اولویت‌های درمانی است؛ بدین دلیل که در این اختلال احتمال تخریب بالقوه عصبی می‌رود و داروهای تثبیت‌کننده خلق و برخی داروهای ضد روان‌پریشی آنتی‌پیپک اثر محافظت‌کننده عصبی دارند [۳]. اگر تبعیت از درمان ناکافی باشد، احتمال کمک‌جویی فعالانهٔ بیمار برای اخذ درمان به‌ویژه در مرحلهٔ آغازین هر اپیزود (از جمله اپیزودهای مکرر افسردگی در اختلال دوقطبی نوع II) کاهش می‌یابد [۱۰]. تبعیت از درمان برای ارائهٔ موفقیت‌آمیز مداخلات و مدیریت اختلال دوقطبی، حیاتی است [۱۱].

تصمیم‌گیری در مورد درمان دارای سه مدل مفهومی است: «مدل نظام آمرانه، مدل انتخاب آگاهانه و مدل تصمیم‌گیری مشترک»^۳ [۱۲]. از گذشته تا کنون، راهنمایی‌های درمانی مطابق با مدل نظام آمرانه که روشی وادارکننده و اجباری در تبعیت از درمان است، ارائه می‌گردید؛ راهبردهای ارتباطی به کار گرفته شده در این مسیر، فقط تلاشی برای اداره بیماری فرد مورد نظر است. در رویکرد نظام آمرانه، متخصص حافظ ارزش‌ها و علایق بیمار تلقی می‌شود زیرا فرض بر این است که ترجیحات بیمار در مورد درمان همیشه و به‌طور کامل با ترجیحات پزشک همسان و هماهنگ است. بر اساس این رویکرد، «بهترین» گزینه درمانی از منظر متخصص هر چه باشد، «بهترین» گزینه درمانی از منظر بیمار نیز همان خواهد بود؛ بنابراین نیازی به گفتگو دربارهٔ ترجیحات بیمار نیست [۱۳].

پایبند نبودن به درمان، مشکل چالش برانگیزی در مدیریت بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است. [۱، ۲] تقریباً ۲۱ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به دوقطبی پایبندی کمی به درمان دارند و این عامل بر بار بیماری می‌افزاید و پیش‌آگهی را بدتر می‌کند. اگرچه پایبند نبودن به درمان عامل نگرانی در هرگونه اختلال روان‌پزشکی است، اما تمرکز این پژوهش بر اختلال دوقطبی به دلیل شیوع بالای این اختلال، ماهیت مادام‌العمر آن و اختلال در عملکرد بیماران دوقطبی است [۳]. افراد را می‌توان در سنین مختلف با این اختلال تشخیص‌گذاری کرد. اکثر افراد، نخستین دورهٔ خلقی را در اوایل دههٔ بیست زندگی خود تجربه می‌کنند، اما ممکن است خیلی دیرتر تشخیص‌گذاری شوند. شواهد نشان می‌دهد که در هر هزار نفر، بین چهار تا پنجاه نفر در مرحله‌ای از زندگی خود، تشخیص اختلال دوقطبی نوع II می‌گیرند [۴]. بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^۱ (DSM-5) [۵]، تشخیص اختلال دوقطبی نوع II، نیاز به حضور (سابقه) یک دوره افسردگی اساسی، همراه با حداقل یک دوره هیپومانیا (نیمه‌شیدایی)^۲ است. با توجه به این نرخ و تأثیر اختلال دوقطبی نوع II بر جوانب مختلف زندگی فردی، اجتماعی و شغلی، بیماران دوقطبی نیازمند اتخاذ تصمیمات درمانی پیچیده در مورد داروها و درمان‌های روان‌شناختی هستند [۴، ۶]. اختلال دوقطبی به‌عنوان یک بیماری روان‌پزشکی مزمن به‌شدت بر آموزش بیمار و خودمراقبتی متکی است. بنابراین، توسعه یافتن مداخلات هدفمند و بیمار محور برای برطرف کردن نیازهای درمانی بزرگسالانی که به‌تازگی به اختلال دوقطبی نوع II مبتلا شده‌اند، ضروری است [۷].

با توجه به اینکه مداخلات پزشکی به‌سمت بیمارمحور شدن حرکت کرده‌اند، اصطلاحات پزشکی نوینی برای توصیف رفتارهای درمانی به کار برده می‌شوند [۳]. انطباق درمانی، اصطلاحی پزشک‌محور است که پیروی از دستورالعمل‌ها را برای کسب اهداف درمانی الزامی می‌کند. تبعیت از درمان فرم تکامل‌یافتهٔ انطباق درمانی است و به معنای میزان پایبندی بیمار به آن بخش از برنامهٔ درمانی

3. Paternalistic model, informed choice model and shared decision-making.

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
2. Hypomania.

می‌دهند و بیماران را نسبت به گزینه‌های درمانی موجود و نتایج مربوط به هر گزینه درمانی آگاه می‌کنند (مزایا، عوارض جانبی، خطرات احتمالی و عدم قطعیت هر یک از گزینه‌های درمانی را بررسی می‌کنند) [۱۸]. تصمیم‌یارها اطلاعات مرتبط با اختلال و گزینه‌های درمانی را از طریق متن و قالب‌های گرافیکی و با استفاده از زبان عامیانه ارائه می‌کنند [۱۹]. بررسی کارکین^۲ [۲۰] نشان داد، استفاده از تصمیم‌یارها سبب افزایش آگاهی بیمار نسبت به گزینه‌های درمانی، درک دقیق‌تر ریسک‌های احتمالی و توانایی تطابق گزینه‌های درمانی با ترجیحات آگاهانه بیمار شده‌است. به نظر می‌رسد، تصمیم‌یارها باعث تقویت ارتباط میان پزشک و بیمار شده‌اند به طوری که پزشکان خواستار مشارکت بیماران خود برای رسیدن به توافق دوجانبه هستند که رضایت هر دو طرف را در بردارد و به اخذ تصمیم درمانی آگاهانه می‌انجامد [۲۰].

اکثر پژوهش‌های موجود، اثربخشی درمان‌های مرتبط با اختلال دوقطبی نوع I را مورد مطالعه قرار داده‌اند. فیشر [۲۱] با مرور پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی درمان‌های اختلال دوقطبی نشان داد، برای بررسی منافع و مضرات احتمالی گزینه‌های درمانی اختلال دوقطبی نوع II شواهد کمی در دسترس است. لذا، پیش از تألیف کتابچه چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟ هیچ منبعی برای حمایت از بیماران دوقطبی نوع II وجود نداشت که هم ترجیحات بیمار و پزشک را در بر گیرد [۴]. این کتابچه حاصل تلاش یک گروه متخصص استرالیایی است که به صورت آزمایشی بر روی بیماران دوقطبی نوع II اجرا شده و توسط پژوهشگر همین مقاله به فارسی ترجمه و منابع اطلاعاتی آن تا حد توان بومی‌سازی شده است. کتابچه چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟ دربردارنده مداخلات و اطلاعاتی است که روند اخذ تصمیم درمانی را برای بیماران دوقطبی نوع II تسهیل می‌کند. محتوا و صورت‌بندی این کتابچه کمک درمانی، با توجه به استانداردهای بین‌المللی تصمیم‌یار طرح‌ریزی شده است [۲۲].

اطلاعات موجود در این کتابچه به بیماران دوقطبی نوع II کمک می‌کند تا بین گزینه‌های درمان دارویی حق انتخاب داشته باشند؛ گزینه‌های درمانی روان‌شناختی را

از طرفی، افراد زمانی در اخذ تصمیم درمانی توانمند می‌شوند که اطلاعات لازم در مورد بیماری خود را کسب کنند و بر شرایط اجرایی تصمیم درمانی کنترل آگاهانه داشته باشند. توانمندسازی بیماران در تصمیم‌گیری، از اوایل سال ۱۹۷۰ م. همزمان با طرح منشور حقوق بیمار آغاز شد [۱۳]. براین اساس، مدل‌های درمانی مبتنی بر تصمیم را می‌توان بر روی یک پیوستار قرار داد که از مدل درمانی هدایت‌شده توسط پزشک (مدل نظام آمرانه) شروع و به مدل درمانی هدایت‌شده توسط بیمار (مدل انتخاب آگاهانه یا مدل بیمار خیره [۱۳]) ختم می‌شود. بنابراین، مدل تصمیم‌گیری مشترک بین این دو مدل و در وسط پیوستار قرار دارد. در مدل‌های درمانی مبتنی بر تصمیم، فرآیند اخذ تصمیم درمانی شامل سه مرحله مجزا است: الف. انتقال یا تبادل اطلاعات (به اطلاعاتی اشاره دارد که پزشک و بیمار به اشتراک می‌گذارند)؛ ب. مشورت (سبک - سنگین کردن فواید و مضرات احتمالی گزینه‌های درمانی)؛ و ج. تصمیم‌گیری در مورد اجرا و اعمال درمان [۱۴].

مداخله مبتنی بر تصمیم بر اساس «مدل تصمیم‌گیری مشترک» شکل گرفته است. در مدل تصمیم‌گیری مشترک پزشک و بیمار در فرآیند اخذ تصمیم درمانی با یکدیگر همکاری می‌کنند. فرآیند اخذ تصمیم درمانی، ممکن است افراد مهم زندگی بیمار مانند خانواده وی را نیز شامل شود. بنابراین، انتخاب نهایی درمان حاصل توافق دوجانبه و در نظرگیری ترجیحات درمانی پزشک و بیمار است. مداخله مبتنی بر تصمیم، زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که درجاتی از قطعیت پزشکی وجود نداشته باشد، بدین معنا که دو یا چند گزینه درمانی قابل قبول وجود داشته باشد [۱۵]. اینکه کدام نوع درمان برای اختلال دوقطبی، بهترین و مؤثرترین گزینه است، تاکنون ثابت نشده است [۱۶]. لذا، استفاده از هریک از گزینه‌های درمانی می‌تواند راهی برای بهبود بیمار باشد. مداخلات مبتنی بر تصمیم دارای ابزارهایی به نام «تصمیم‌یار»^۱ هستند که رسیدن به تصمیم درمانی مشترک (بین پزشک و بیمار) را تسهیل می‌کنند. تصمیم درمانی حاصل از این مداخله، آگاهانه و مبتنی بر ارزش‌های شخصی بیمار است [۱۷]. تصمیم‌یارها اطلاعات درمانی را به صورت بی‌رهنمود در اختیار بیماران قرار

گروه آزمایش و گروه کنترل) با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه است.

آزمودنی

الف. جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان و مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II ساکن اصفهان که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به صورت سرپایی به کلینیک روانشناسی مسیر رشد یا بیمارستان روان پزشکی شهید مدرس مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهد.

ب. نمونه پژوهش: در این پژوهش به منظور انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. گروه حجم نمونه حاضر به استناد پژوهش‌های پیشین [۴] ۱۵ نفر برای هر گروه بود (مجموعاً ۳۰ نفر). بدین منظور از بین بیماران مبتلا به دوقطبی نوع II که به صورت سرپایی به بیمارستان روان پزشکی مدرس و کلینیک روانشناسی مسیر رشد در استان اصفهان مراجعه کرده بودند و سایر معیارهای ورود به پژوهش را نیز داشتند، ابتدا سی نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفری (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. معیارهای ورود در این پژوهش گرفتن تشخیص اختلال دوقطبی نوع II در حال حاضر یا اخیراً (در دوازده ماه گذشته)، بودن در بازه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، باسواد بودن (داشتن حداقل دیپلم)، نداشتن علائم حاد و فعال دوقطبی نوع II و ملاک‌های خروج نیز داشتن اختلال روان پزشکی توأم (مانند اسکیزوافکتیو)، غیبت بیش از یک جلسه و نبود تمایل شرکت‌کننده‌ها به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تبعیت از درمان

در این پژوهش، به منظور بررسی تبعیت از درمان، پرسشنامه تبعیت از درمان بیماری‌های مزمن که توسط مدانلو و همکاران [۳۰] در سال ۱۳۹۲ طراحی و روان‌سنجی شده بود، استفاده شد. این پرسشنامه شامل چهار پرسش و هفت حیطه است. حیطه «اهتمام در درمان» نه پرسش، «تمایل به مشارکت در درمان» هفت پرسش، «توانایی تطابق درمان با زندگی» هفت پرسش، «تلفیق درمان با زندگی» پنج پرسش، «اصرار به درمان» چهار پرسش،

بررسی کنند و با توجه به اهداف و ارزش‌های خود تصمیم‌گیری مشترک (بین بیمار، پزشک و خانواده) بگیرند. برای ارائه بهترین شواهد بالینی در مورد گزینه‌های درمانی اختلال دوقطبی نوع II، نویسندگان این کتابچه به مرور فراتحلیلی جدیدترین گزینه‌های درمانی دارویی و روان‌شناختی پرداختند [۲۳]. گزینه‌های دارویی ذکر شده در کتابچه (لیتیوم^۱، لاموتریژین^۲ و کوئتیاپین^۳) همگی در خط اول دارودرمانی قرار دارند [۲۴]. همچنین گزینه‌های درمانی روان‌شناختی موجود در این کتابچه (درمان شناختی-رفتاری و آموزش روانی-گروهی) تنها مداخلاتی هستند که با شواهد سطح یک برای اختلال دوقطبی پشتیبانی می‌شوند [۲۵، ۲۶، ۲۷]. اطلاعات مربوط به عوارض جانبی و مضرات احتمالی گزینه‌های دارویی عمدتاً از کارآزمایی‌های تصادفی دو سرکور با متغیر کنترل دارونما (در صورت وجود) اخذ شده است. اطلاعات مرتبط با عوارض جانبی طولانی مدت (به عنوان مثال، ۵-۲۰ سال) یا خطرات دارویی بسیار نادر (به عنوان مثال، سندرم استیونز - جانسون) از مطالعات طبیعت‌گرایانه در مقیاس بزرگ (مبتنی بر جمعیت) یا مطالعات بالینی گرفته شده است. اطلاعات مربوط به اثرات نامطلوب درمانی با دستورالعمل‌های مبتنی بر اجماع بین‌المللی برای ایمنی نظارت بر درمان اختلالات دوقطبی، مطابقت داشت [۲۸]. بنابراین، توجه به نیازهای کمتر برآورده شده بیماران دوقطبی نوع II بر میزان تبعیت آنان از درمان اثر می‌گذارد. همخوانی (سازگاری) میان مشارکت ترجیحی و مشارکت تجربه شده با نیازهای کمتر برآورده شده بیماران ارتباط مستقیم دارد [۲۹]. بنابراین، در این پژوهش به این مسئله پاسخ داده شد که آیا مداخله مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» بر تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دوقطبی نوع II تأثیر دارد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است. طرح نیمه‌آزمایشی مورد استفاده در پژوهش، طرح دو گروهی

1. Lithium.
2. Lamotrigine.
3. Quetiapine.

را به بیمار ارائه دهد و وی را تشویق کند تا به شروع و ادامه درمان انتخاب شده تن در دهد. پس از دو ماه، از گروه آزمایش و گواه، پس از آزمون گرفته شد و نتایج گروه آزمایش و گواه در حوزه تبعیت از درمان مقایسه شد. جلسات مداخله مبتنی بر تصمیم، طی چهار جلسه (۴۵ دقیقه) در دو هفته برگزار شد. همه آزمودنی‌ها در تمام جلسات درمانی شرکت کردند و بنابراین، ریزش نمونه وجود نداشت. در جدول ۱، محتوای جلسات درمان ارائه شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی در ردیف نخست قرار داشت؛ به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر اقدامات زیر صورت گرفت:

۱. در ابتدای پژوهش اهداف به طور صادقانه برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در پژوهش کسب گردید؛
۲. اصل رازداری و محرمانه ماندن داده‌ها از سوی محقق رعایت شد؛
۳. در اثنا مصاحبه، تکمیل پرسشنامه‌ها و جلسات آموزشی، زمان استراحت برای شرکت‌کنندگان در نظر گرفته می‌شد؛
۴. شرکت‌کنندگان برای ادامه حضور در جلسات تحت فشار نبوده و امکان ترک جلسه یا انصراف از همکاری در پژوهش را داشتند. گفتنی است پژوهش حاضر با کد (IR.IAU.KHSH.REC.1402.029) در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد تصویب شده است.

شیوه تحلیل داده‌ها:

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر تصمیم بر متغیر تبعیت از درمان، در بیماران دوقطبی نوع II گروه آزمایش در مقابل گروه کنترل است. در این راستا برای کنترل تأثیر متغیر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس و در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه وضعیت متغیر مستقل و وابسته پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۶ انجام شد.

«تعهد به درمان» پنج پرسش و «تردید در اجرای درمان» سه پرسش داشت. در پژوهش مدانلو و همکاران [۳۰] به منظور تأمین روایی محتوایی کمی، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی محاسبه شده است. متوسط شاخص روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۹۱۴ بود. همچنین همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ^۱، ($\alpha = ۰/۹۲۱$) و پایایی ثبات پرسشنامه با اجرای آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته ($ICC = ۰/۹۲$) تأمین شد. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه لیکرت شش قسمتی است که از کاملاً با امتیاز پنج تا اصلاً با امتیاز صفر طراحی شده است. نمره گذاری تعدادی از عبارات معکوس است. پرسشنامه تبعیت از درمان، پرسشنامه‌ای روان، پایا و مطابق با شرایط فرهنگی جامعه ایرانی برای بررسی تبعیت از درمان بیماران مزمن ارائه می‌دهد [۳۰].

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش با مراجعه به بیمارستان روان پزشکی مدرس و کلینیک روان‌شناسی مسیر رشد، از بین بیماران دوقطبی نوع II که ملاک‌های ورود به پژوهش را برآورده می‌کردند و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند، سی نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در هر گروه پانزده نفر آزمودنی شرکت داشتند که در نخستین جلسه به پرسشنامه تبعیت از درمان به صورت انفرادی پاسخ دادند. جلسات آموزشی برای گروه آزمایش بر اساس پروتکل مداخله مبتنی بر تصمیم، در کتابچه چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟ [۳۱]، طراحی شده است. سپس از افراد گروه آزمایش خواسته شد تا «کاربرگ‌های مربوط به بیمار» درون کتابچه را پر کرده و با مشورت پزشک، روانشناس و خانواده تصمیم درمانی خود را اتخاذ کنند. افراد گروه گواه با تصمیمات درمانی گرفته‌شده توسط پزشک یا روانشناس (مدل نظام آمرانه)، روند درمان را آغاز کرده و ادامه دادند. بنابراین در گروه گواه متخصص نقش غالب داشت، دانش و تخصص پزشک در هنگام اخذ تصمیم درمانی حرف اول را می‌زد و پزشک با مشارکت حداقلی بیمار در رابطه با درمان تصمیم‌گیری کرد. در گروه گواه، متخصص (روانپزشک و روانشناس) موظف بود، فقط مرتبط‌ترین اطلاعات پزشکی و روانشناختی

1. Cronbach's Alpha.

| جلسه | شرح جلسه |
|-------|--|
| اول | برقراری ارتباط اولیه؛ مروری بر ساختار جلسات تشریح مداخله مبتنی بر تصمیم و آشنایی کلی با آن؛ ارائه کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» به افراد گروه؛ تکمیل پیش‌آزمون؛ توضیح پیشینه اختلال دوقطبی II (علائم، سیر، ماهیت مزمن بیماری، نیاز فرد به رویکرد درمانی پیشگیرانه)؛ ارائه اطلاعات کلی در مورد گزینه‌های درمانی برای پیشگیری در بیماران که اخیراً تشخیص اختلال دوقطبی نوع II گرفته‌اند. |
| دوم | شرح گزینه‌های دارویی و دلیل مصرف دارو (شامل کلاسورهای دارویی مختلف تثبیت‌کننده خلق، داروهای ضد روان‌پریشی، ضد تشنج‌ها، داروهای ضدافسردگی کمکی)؛ مزایای بالقوه و همچنین خطرات بالقوه یا جوانب ایمنی و عوارض جانبی (کوتاه و طولانی‌مدت)؛ توضیح نمودارهای صد نقطه‌ای درون کتابچه که نتایج اثربخشی هر یک از گزینه‌های درمانی را نشان می‌دهند؛ توضیح خلاصه منافع و مضرات گزینه‌های دارویی (افزایش وزن، خستگی، دمانشیای شناختی، اختلال در عملکرد جنسی)؛ دادن فهرست پرسش‌های از پیش آماده‌شده به بیمار (پرسش‌هایی که بیمار باید از پزشک بپرسد و جای خالی برای نوشتن نظرات یا یادداشت‌ها و پرسش‌های اضافی)؛ تکلیف خانگی (پرکردن کاربرگ‌های شخصی‌سازی‌شده کتابچه (تمرین‌های شفاف‌سازی مفهوم ارزش) برای کمک به بیماران یا خانواده جهت سنجش «منافع» و «مضرات» گزینه‌های درمانی دارویی)؛ درخواست از بیماران برای به اشتراک‌گذاری پرسش‌های و ترجیحات درمان دارویی با روان‌پزشک خود. |
| سوم | مرور تکالیف و کاربرگ‌های مرتبط با درمان‌های دارویی، شرح مداخلات روان‌شناختی و دلیل استفاده از درمان شناختی - رفتاری، آموزش روانی - گروهی، راهبردهای سلامت روان، مزایای و مضرات بالقوه (کوتاه‌مدت و بلندمدت)؛ توضیح نمودارهای صد نقطه‌ای که نتایج اثربخشی هر یک از گزینه‌های درمانی را نشان می‌دهد؛ توضیح خلاصه منافع و زیانهای گزینه‌های روان‌شناختی؛ شرح گزینه‌های درمانی طب مکمل (جایگزین) و دلیل استفاده از آن‌ها (مزایا و مضرات بالقوه کوتاه‌مدت و بلندمدت)؛ دادن اطلاعات به فرد مبتلا به اختلال دوقطبی درباره نحوه اخذ حمایت از خانواده برای تصمیم‌گیری در مورد درمان؛ تکلیف خانگی (پر کردن کاربرگ‌های شخصی‌سازی‌شده یا تمرین‌های شفاف‌سازی مفهوم ارزش کتابچه) برای کمک به بیماران یا خانواده برای سنجش «منافع» و «زیان‌ها» گزینه‌های درمان روان‌شناختی (شناختی - رفتاری، آموزش روانی - گروهی)؛ درخواست از بیماران برای به اشتراک‌گذاری پرسش‌ها و ترجیحات درمان روان‌شناختی با روان‌شناس خود. |
| چهارم | مرور تکالیف و کاربرگ‌های مرتبط با درمان‌های روان‌شناختی؛ تشویق فعالانه بیماران به تفکر و درک نکات مثبت و منفی گزینه‌ها در متن شرایط زندگی و ارزش‌های فردی؛ معرفی فهرست «منابع اطلاعاتی بیشتر» شامل جزئیات مرتبط با وبسایت‌های قابل اعتماد برای کسب اطلاعات بیشتر و خدمات روانی اجتماعی محلی برای بیماران فارسی‌زبان و انگلیسی‌زبان در کتابچه؛ جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری تصمیمات درمانی در زندگی روزمره. |

نتایج

مجرد، پنج نفر (۳۳/۳ درصد) متأهل و یک نفر (۶/۶ درصد) طلاق گرفته بودند. از مجموع پانزده نفر آزمودنی گروه کنترل، نه نفر (۶۰ درصد) مجرد، دو نفر (۱/۳ درصد) متأهل و چهار نفر (۲۶/۶ درصد) طلاق گرفته بودند. از مجموع پانزده آزمودنی گروه آزمایش، شش نفر (۴۰ درصد) مذکر و نه نفر (۶۰ درصد) مؤنث بودند. در گروه گواه نیز از مجموع پانزده آزمودنی پنج نفر (۳۳/۳ درصد) مذکر و ده نفر (۶۶/۶ درصد) مؤنث بودند. میانگین سنی گروه آزمایش برابر ۳۰/۷۳ و میانگین سنی گروه گواه ۳۲ بوده است.

نتایج جدول ۲، بیانگر اطلاعات جمعیت‌شناسی مربوط به گروه آزمایش و کنترل است. با توجه به جدول ۲، در گروه آزمایش از مجموع پانزده آزمودنی، پنج نفر (۳۳/۳ درصد) بیکار و ده نفر (۶۶/۶ درصد) شاغل بودند. همچنین از مجموع پانزده آزمودنی گروه گواه، چهار نفر (۲۶/۶ درصد) بیکار و یازده نفر (۷۳/۳ درصد) شاغل بودند. از مجموع پانزده آزمودنی گروه آزمایش، نه نفر (۶۰ درصد)

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناسی مربوط به گروه آزمایش و کنترل

| گروه گواه | گروه آزمایش | متغیر | |
|----------------|----------------|------------------------|-------|
| | | بیکار | شغل |
| ۴ (۲۶/۶ درصد) | ۵ (۳۳/۳ درصد) | بیکار | شغل |
| ۱۱ (۷۳/۳ درصد) | ۱۰ (۶۶/۶ درصد) | شاغل | شغل |
| ۹ (۶۰ درصد) | ۹ (۶۰ درصد) | مجرد | تأهل |
| ۲ (۱۳/۳ درصد) | ۵ (۳۳/۳ درصد) | متأهل | |
| ۴ (۲۶/۶ درصد) | ۱ (۶/۶ درصد) | طلاق گرفته | تأهل |
| ۵ (۳۳/۳ درصد) | ۶ (۴۰ درصد) | مذکر | جنسیت |
| ۱۰ (۶۶/۶ درصد) | ۹ (۶۰ درصد) | مؤنث | |
| ۳۲ ± ۷/۹۱ | ۳۰/۷۳ ± ۹/۴۶ | میانگین ± انحراف معیار | |

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیر تبعیت از درمان و ابعاد آن

| مؤلفه‌ها | گروه‌ها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|--------------------------|-------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| نمره کل تبعیت از درمان | گروه آزمایش | ۱۰۳/۴ | ۲۸ | ۱۵۰/۰۶ | ۱۵/۹۶ |
| | گروه گواه | ۱۲۲/۶ | ۱۹/۹ | ۱۲۴/۷۳ | ۲۱/۸۰ |
| اهتمام در درمان | گروه آزمایش | ۲۴/۸ | ۷/۵ | ۳۵/۳۳ | ۵/۰۳ |
| | گروه گواه | ۲۷/۱ | ۷/۱ | ۲۷/۷ | ۸/۳ |
| تمایل به مشارکت در درمان | گروه آزمایش | ۱۹/۶ | ۶/۳۰ | ۲۸/۸۰ | ۴/۷۹ |
| | گروه گواه | ۸/۲۴ | ۵/۱ | ۸/۲۶ | ۶/۲ |
| توانایی تطابق | گروه آزمایش | ۱۷/۲ | ۵/۳۳ | ۲۵/۲۰ | ۴/۶۶ |
| | گروه گواه | ۲۱/۴ | ۶/۸۹ | ۲۳/۸۰ | ۶/۸ |
| تلفیق درمان با زندگی | گروه آزمایش | ۱۸/۴ | ۳/۰۴ | ۲۰/۷۳ | ۲/۵۲ |
| | گروه گواه | ۱۷/۲۰ | ۳/۹۱ | ۱۶/۱۳ | ۴/۸۰ |
| چسبیدن به درمان | گروه آزمایش | ۸ | ۳/۹۶ | ۱۵/۵۳ | ۲/۲۶ |
| | گروه گواه | ۱۲/۲۶ | ۶/۱۳ | ۱۲/۳ | ۴/۹ |
| تعهد به درمان | گروه آزمایش | ۱۰/۹ | ۴/۱۱ | ۱۷/۴۰ | ۲/۹۲ |
| | گروه گواه | ۱۳/۴۶ | ۳/۶۴ | ۱۰/۲۶ | ۲/۷۶ |
| تردید در اجرای درمان | گروه آزمایش | ۴/۷۳ | ۲/۹۱ | ۹/۷۳ | ۲/۷۶ |
| | گروه گواه | ۶/۳۳ | ۳/۲۸ | ۶/۶۶ | ۳/۷۵ |

جدول ۳، به مشخصات توصیفی متغیر تبعیت از درمان و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون مربوط می‌شود و نشان می‌دهد؛ میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل تبعیت از درمان آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۰۳/۴ و ۲۸ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب ۱۵۰/۰۶ و ۱۵/۹۶ است. این شاخص‌های آماری برای گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۲۲/۶ و ۱۹/۹ و در پس‌آزمون برابر ۱۲۴/۷۳ و ۲۱/۸۰ است. نتایج ارائه شده در جدول ۳، حاکی از آن است که درمان مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه توانسته است منجر به افزایش میانگین نمرات تبعیت از درمان در افراد مبتلا به دوقطبی II در مرحله پس‌آزمون شود؛ اما معناداری این تغییرات و همچنین تفاوت میزان تأثیر این مداخله، باید توسط آزمون‌های استنباطی مورد بررسی قرار گیرد. به

۱۹/۹ و در پس‌آزمون برابر ۱۲۴/۷۳ و ۲۱/۸۰ است. نتایج ارائه شده در جدول ۳، حاکی از آن است که درمان مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه توانسته است منجر به افزایش میانگین نمرات تبعیت از درمان در افراد مبتلا به دوقطبی II در مرحله پس‌آزمون شود؛ اما معناداری این تغییرات و همچنین تفاوت میزان تأثیر این مداخله، باید توسط آزمون‌های استنباطی مورد بررسی قرار گیرد. به

در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل کوواریانس‌ها (پیش‌آزمون‌ها) در سطوح عامل در متغیر تبعیت از درمان معنادار نیست ($P > 0.05$). بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است و این تحلیل در این پژوهش قابل اجراست.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در جدول ۶ نشان می‌دهد، بین دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از زیر مقیاس‌های تبعیت از درمان (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان، تردید در اجرای درمان) تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). مجذور اتا نشان می‌دهد که ۷۶ درصد تفاوت دو گروه، مربوط به مداخله آزمایشی است. در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیر پژوهش

| متغیر | منبع تغییرات | F | سطح معناداری |
|----------------|---------------------------|------|--------------|
| تبعیت از درمان | تعامل گروه * پیش‌آزمون | ۶۷/۱ | ۰/۹۰ |

همین منظور برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد کنند به بررسی آن‌ها پرداخته شد.

فرض برای نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و گواه در متغیر (تبعیت از درمان)، با توجه به نتایج آزمون شاپیرو ویلک تأیید می‌گردد ($P > 0.05$).

فرض تساوی کوواریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیر وابسته (تبعیت از درمان)، با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون ام باکس بیشتر از ۰/۰۵ است تأیید می‌گردد.

یافته‌های جدول ۴، نشان می‌دهد که نتایج آزمون لوین در متغیر تبعیت از درمان معنادار نیست ($P > 0.05$). براساس این نتیجه، واریانس گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر تبعیت از درمان به‌طور معناداری متفاوت نبود و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌های خطای دو گروه

| متغیر | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|----------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| تبعیت از درمان | ۴/۰۰۵ | ۱ | ۲۸ | ۰/۹۴ |

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین پس‌آزمون متغیر پژوهش با کنترل پیش‌آزمون

| آزمون | ارزش | F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌دار | ضریب اتا | توان آماری |
|--------------------|------|------|------------------|----------------|--------------|----------|------------|
| اثر پیلایی | ۰/۷۶ | ۷/۰۵ | ۷ | ۱۵ | ۰/۰۰ | ۰/۷۶ | ۰/۹۹ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۲۳ | ۷/۰۵ | ۷ | ۱۵ | ۰/۰۰ | ۰/۷۶ | ۰/۹۹ |
| اثر هتلینگ | ۳/۲۹ | ۷/۰۵ | ۷ | ۱۵ | ۰/۰۰ | ۰/۷۶ | ۰/۹۹ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۳/۲۹ | ۷/۰۵ | ۷ | ۱۵ | ۰/۰۰ | ۰/۷۶ | ۰/۹۹ |

اساس کتابچه چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟ بر ابعاد ذکر شده بود. توان آماری به دست آمده برای اهتمام در درمان و چسبیدن به درمان و تعهد در اجرای درمان حکایت از کفایت حجم نمونه دارد. مشخص می‌شود این درمان بر متغیرهای ذکر شده تأثیر داشته است. در نتیجه فرضیه پژوهش به این صورت تأیید می‌گردد که درمان مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان در زیرمقیاس‌های «اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، چسبیدن به درمان و تعهد در درمان» تأثیر داشته است.

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۷ نشان می‌دهد، با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در زیر مقیاس‌های «اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان» تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی با توجه به مجذور اتا، ۳۵ درصد از نمرات اهتمام در درمان، ۲۴ درصد از نمرات تمایل به مشارکت در درمان، ۳۰ درصد از نمرات چسبیدن به درمان و ۶۴ درصد از نمرات تعهد در درمان در مرحله پس‌آزمون، ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر تصمیم بر

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابعاد تبعیت از درمان

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مجذور میانگین | F | سطح معناداری | مجذور اتا | توان آماری |
|--------------------------|---------------|------------|---------------|-------|--------------|-----------|------------|
| اهتمام در درمان | ۳۲۹/۹۶ | ۱ | ۳۲۹/۹۶ | ۱۱/۷۴ | ۰/۰۰ | ۰/۳۵ | ۰/۹۰ |
| تمایل به مشارکت در درمان | ۹۷/۲۰ | ۱ | ۹۷/۲۰ | ۸/۴۹ | ۰/۰۴ | ۰/۲۴ | ۰/۷۴ |
| توانایی تطابق | ۳۳/۳۱ | ۱ | ۳۳/۳۱ | ۱/۲۹ | ۰/۲۶ | ۰/۰۵ | ۰/۱۹ |
| تلفیق درمان با زندگی | ۹۸۵/۵۷ | ۱ | ۹۸۵/۵۷ | ۰/۵۷ | ۰/۴۵ | ۰/۰۲ | ۰/۱۱ |
| چسبیدن به درمان | ۱۱۳/۲۱ | ۱ | ۱۱۳/۲۱ | ۹/۲۵ | ۰/۰۰ | ۰/۳۰ | ۰/۸۲ |
| تعهد در درمان | ۲۳۵/۴۳ | ۱ | ۲۳۵/۴۳ | ۳۷/۹۰ | ۰/۰۰ | ۰/۶۴ | ۱/۰۰ |
| تردید در اجرای درمان | ۲۷/۰۴ | ۱ | ۲۷/۰۴ | ۳/۲۲ | ۰/۰۸ | ۰/۱۳ | ۰/۴۰ |

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تصمیم بر روی بیماران دوقطبی نوع II انجام شد. یافته‌ها نشان داد؛ بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون تبعیت از درمان در زیر مقیاس‌های اهتمام، تمایل به مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد در درمان تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، پس از اجرای مداخله مبتنی بر تصمیم، تبعیت از درمان گروه آزمایش به‌طور معناداری در پس‌آزمون بهتر از گروه کنترل بوده و نمرات آن افزایش یافته است.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، به‌گونه‌ای با نتایج دیگر پژوهش‌ها از جمله: پژوهش کارادا^۱ و همکاران [۳۲]، چاکرابارتی^۲ [۳۳]، استفنسون^۳ و همکاران [۳۴]، اینسر^۴ و همکاران [۳۵] و کارا^۵ و همکاران [۳۶] همسو است. برای مثال کارادا و همکاران [۳۲] در مطالعه خود نشان دادند؛ آگاهی بیمار در مورد ویژگی‌های اختلال دوقطبی نوع II ممکن است باعث پایداری بهتر به درمان و عملکرد بهتر وی شود. چاکرابارتی [۳۳] نیز نشان داد؛ رویکرد مبتنی بر تصمیم به احتمال زیاد منجر به درک بهتر پایبند نبودن و کسب راه‌حل‌های مؤثر می‌شود. در پژوهش دیگری، استفنسون و همکاران [۳۴] نشان دادند، افراد دارای اختلال

دوقطبی در مقایسه با افراد مبتلا به سایر بیماری‌های روانی شدید، با استفاده از تصمیم درمانی مشترک موفقیت درمانی بیشتری کسب می‌کنند. نتایج مطالعه اینسر و همکاران [۳۵] نیز از تحقیقات رو به رشدی حمایت می‌کردند که نشان می‌داد اگر از آموزش مهارت مبتنی بر یک مداخله روان‌شناختی (به‌صورت درمان مکمل در کنار دارو درمانی) استفاده شود در بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر خواهد بود. کارا و همکاران [۳۶] نیز در مطالعه خود نشان دادند، بین سطوح آگاهی و سبک‌های تصمیم‌گیری رابطه معناداری وجود دارد؛ در نتیجه با مداخله مبتنی بر تصمیم‌گیری و افزایش دانش و اطلاعات بیمار نسبت به اختلال خود، می‌توان قدرت تصمیم‌گیری بیمار را در جهت درمان خویش افزایش داد.

بنابراین، تشویق فعالانه بیمار به تفکر و درک نکات مثبت و منفی گزینه‌های درمانی در متن شرایط زندگی، منجر به افزایش اهتمام بیماران در درمان شده است. اطلاعات درمانی از طریق کتابچه و قالب‌های گرافیکی و با استفاده از زبان عامیانه در جلسات درمانی مداخله مبتنی بر تصمیم ارائه شد. در جلسات درمانی مداخله مبتنی بر تصمیم، بیماران دوقطبی نوع II در اخذ تصمیم درمانی مشارکت فعالانه داشتند، آن‌ها مسئولیت خود را در تداوم درمان به‌خوبی دریافتند و در مسیر درمانی به‌صورت گام‌به‌گام راهنمایی شدند. مداخله مبتنی بر تصمیم بر همکاری متخصص (پزشک و روانشناس) و بیمار تأکید می‌کند. این پژوهش نشان داد، این همکاری باعث ایجاد رابطه درمانی قوی می‌شود و میزان تبعیت از درمان و تمایل

1. Karadağ.
2. Chakrabarti.
3. Stephenson .
4. Einser .
5. Kara.

بیماران را به مطالعه این کتابچه، انجام کاربرگ‌های آن و مشارکت فعالانه در اتخاذ تصمیم درمانی تشویق کنند تا از نتایج مطلوب مداخله‌های روان‌شناختی در پژوهش حاضر بهره‌مند شوند.

به همکاران روانشناس شاغل در مراکز اعصاب و روان نیز پیشنهاد می‌شود؛ جهت بهبود تبعیت از درمان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II و به تبع آن، کنترل بهتر علائم و بهبود رابطه درمانی این بیماران با تیم درمان، از روش‌های درمانی پژوهش حاضر بهره‌مند گردند و به مدیران محترم این مراکز نیز پیشنهاد می‌شود؛ امکانات لازم برای برگزاری مداخلات روان‌شناختی را در بخش‌ها فراهم نمایند. با توجه به تأثیر عمیق اختلال دو قطبی بر زندگی بیماران به نظر می‌رسد، برای این افراد حمایت‌های بیشتری در قالب برنامه‌های آموزشی، مهارت‌های ارتباطی، روان‌درمانی‌های مختلف تأیید شده برای این اختلال، حمایت‌های اجتماعی در کنار درمان‌های روان‌شناختی نیاز است تا موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان شود.

تقدیر و تشکر

از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین روانشناسان، روان‌پزشکان و کارکنان بیمارستان روان‌پزشکی شهید مدرس و کلینیک روانشناسی مسیر رشد که در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر می‌شود.

منابع

- 1- Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, Cassidy KA, Safavi R, Kilbourne AM, Blow FC. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry*. 2009; 50(2): 100-7. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.06.008>
- 2- World Health Organization. In: action Atl-ttef, editor. 2003. p. 7-11. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- 3- Foster A, Sheehan A, Johns L. Promoting treatment adherence in patients with bipolar disorder. *Current Psychiatry*. 2011; 10(7): 45-53. <https://doi.org/10.5498%2Fwjv.v6.i4.399>
- 4- Fisher AC. Enhancing treatment decision-making in bipolar II disorder: Development and evaluation of a treatment decision-aid for patients and their families. In: Sydney TUo, editor. 2018 <http://hdl.handle.net/2123/18935>

مشارکت را افزایش می‌دهد. زمانی که بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد انتخاب گزینه درمانی مشارکت کند، مسئولیت خویش را در مسیر درمانی پیدا می‌کند و تمایل وی به مشارکت در درمان افزایش می‌یابد. در جلسات مداخله مبتنی بر تصمیم، برای تسهیل پروسه تصمیم‌گیری، پس از معرفی همه گزینه‌های درمانی، به بیماران کاربرگ‌هایی برای سنجش «منافع» و «مضرات» گزینه‌های درمانی داده شد و از آنان خواسته شد تا اهمیت مزایا و مضرات بالقوه هر گزینه را از منظر خویش رتبه‌بندی کنند. سپس از آنان خواسته شد تا نتایج انتخاب گزینه درمانی خویش را با پزشک و روانشناس خود در میان بگذارند و با کمک این دو متخصص به تصمیمی مشترک برای شروع درمان دست یابند. لذا، با توجه به این نکته که تصمیم‌درمانی اخذشده با در نظر گرفتن ارزش‌های فردی بیمار اتخاذ شده بود، بیماران توانستند بیش‌ازپیش درمان را در متن زندگی خود اجرایی کنند. در مداخله مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه، رفتارهای مرتبط با سلامتی نظیر مصرف منظم و مادام‌العمر داروهای تجویز شده توسط پزشک، اخذ درمان روان‌شناختی، شناخت درمان‌های طب جایگزین مبتنی بر شواهد و استفاده از آن‌ها و لزوم اطلاع‌رسانی به خانواده به همراه نحوه کمک‌جویی از اعضای خانواده در پروسه درمان، همگی می‌توانند در افزایش تعهد به درمان بیماران دوقطبی مؤثر باشند.

در جلسات درمانی مداخله مبتنی بر تصمیم، برخی بیماران بیان کردند، تا پیش‌ازاین، اطلاعات کمی در رابطه با اختلال دوقطبی نوع II و گزینه‌های درمانی آن داشتند. این جلسات به آنان کمک کرد تا ویژگی‌های اختلال دوقطبی مانند ماهیت «مادام‌العمر» بودن آن را درک کرده و با واقع‌نگری در رابطه با درمان تصمیم‌گیری کنند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب نمونه به شیوه در دسترس بود که تصمیم نتایج را با محدودیت مواجه خواهد کرد.

این کتابچه برای ایجاد بحث و گفتگوهایی طراحی شده است که بیمار با روان‌پزشک، پزشک عمومی، روانشناس یا خانواده خود در مورد گزینه‌های درمانی خواهد داشت. لذا، به همکاران متخصص اعصاب و روان پیشنهاد می‌شود؛

- 15-Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Annals of Internal Medicine*. 2004; 140(1): 54-9.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00012>
- 16-Rashedi E, Sohrabi F, Shams J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy in preventing relapse of bipolar disorder. *Scientific-Research Journal Of Shahed University*. 2012; 9(2): 49-64.
<https://sid.ir/paper/208682/en>
- 17-Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM, Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014; 4(2): 30-6.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i2.30>
- 18-Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori V, Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2010; 4(2): 36-0.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i2.30>
- 19- DaT B. An introduction to patient decision aids. *British Medical Journal of affective disorders*. 2013; 374: 27-9.
<https://doi.org/10.1136/bmj.f4147>
- 20-Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry M, Bennett C, Eden K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; 10(1).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001431.pub5>
- 21-Fisher A. A qualitative exploration of patient and family views and experiences of treatment decision-making in bipolar II disorder. *Journal of Mental Health*. 2020; 27(1): 66-79.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001431.pub5>
- 22-Elwyn G, O'Connor AM, Bennett C, Newcombe RG, Politi M, Durand M-A, et al. Assessing the quality of decision support technologies using the International Patient Decision Aid Standards instrument (IPDASi). *PloS one*. 2009; 4(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004705>
- 23-Miura T, Noma H, Furukawa TA, Mitsuyasu H, Tanaka S, Stockton S, et al. Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network metaanalysis. *The Lancet Psychiatry*. 2014; 1(5):351-9.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70314-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70314-1)
- 5- American Psychological Association. Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders. 5th ed 2013.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 6- Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; 1.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub3>
- 7- Merikangas KR, Jin R, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68: 241-51.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- 8- Velligan D, Sajatovic M, Valenstein M, et al. Methodological challenges in psychiatric treatment adherence research. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2010; 4(1): 74-91.
<https://doi.org/10.3371/csrrp.4.1.6>
- 9- Berk L, Hallam KT, Colom F, et al. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2010; 25(1): 1-16.
<https://doi.org/10.1002/hup.1081>
- 10-Latalova K, Prasko K, Diveky T, Kamaradova D. Prodromes, precipitants, and risk factors for relapse in bipolar disorder. *Neuroendocrinology Letters*. 2012; (6)33: 93-179.
<https://doi.org/10.15171/jcs.2016.030>
- 11- Sajatovic M, Fredric C, Rosalinda V, Ignacio HC, Kales. New-Onset Bipolar Disorder in Later Life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005; 13(4): 282-9.
<https://doi.org/10.1097/00019442-200504000-00003>
- 12-Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992; 267(16): 2221-6.
<https://doi.org/10.1001/jama.268.11.1410b>
- 13-Karamghadiri N, Hasanabadi H, Mojtabayi R, Hatami M, Nikousokhan A, Meisami A. Expert patient: a new approach in self-management of diabetes type II Based on diabetes knowledge education and somatogenous knowledge. *Clinical Psychology & Personality*. 2020; 17(2): 47-61.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01906.x>
- 14-Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*. 1999; 49(5): 651-6.
<https://doi.org/10.2337/diaclin.34.2.70>

- 30-Modanloo M. Development and Psychometric tools adherence of Treatment in patients with chronic diseases. Tehran: Iran University of Medical Sciences 2013 [In Persian].
<http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4156-en.html>
- 31-Fisher AC. How to make Decisions that are right for you. Tehran; Iran: Zarnevesht; 2018.
<http://opac.mlai.ir>
- 32-Karadağ H, Kokurcan A, Güriz SO, Atmar M, Örsel S. Assessing the treatment adherence and clinical correlates of low adherence among bipolar disorder outpatients: a cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019; 29(4): 558-56.
<https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1480082>
- 33-Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014; 4(2): 30-6. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i2.30>
- 34-Stephenson LA, Gergel T, Gieselmann A, Scholten M, Keene AR, Rifkin L, Owen G. Advance Decision Making in Bipolar: A Systematic Review. *Social Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation*. 2020; 11.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.538107>
- 35-Einser L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach. Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *PubMed Central*. 2018; 48(4): 557-66.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006>
- 36-Kara NS, Dönmez A, Çetin MC. Relationship Between Decision-making styles and Cognitive Flexibility Levels of Sports Science Students. *International Journal of Life Science and Pharma Research*. ISSN 2250-0480; "Health and Sports Sciences. 2021; 14: 217-221.
<http://dx.doi.org/10.21276/ambi.2020.07.sp1.ta06>
- 24-Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder. 2013; 15(1):1-44.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- 25-Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2015; 49: 1087-1206.
<https://doi.org/10.1177/0004867420979353>
- 26- Patterson E, Simbra M. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Bipolar Disorder. *Choosing Therapy*. 2022.
<https://doi.org/10.29399/npa.27419>
- 27-Rabelo JL. Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World Journal of W J P Psychiatry*. 2021; 11(12): 1407-24.
<https://doi.org/10.29399/npa.28340>
- 28-Mammen OK, Wilting I, Sachs GS, Ferrier IN, Cassidy F, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) consensus guidelines for the safety monitoring of bipolar disorder treatments. *Bipolar disorders. PubMed*. 2009; 11(6): 559-95. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00737.x>
- 29-De las Cuevas C, Penate W, de Rivera L. To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making Patient Preference and Adherence. 2014; 8: 1547-53.
<https://doi.org/10.2147/ppa.s73029>

رابطه آسیب‌ها و تجارب ناگوار دوران کودکی و رضایت زناشویی: نقش واسطه‌ای کشمکش‌های مذهبی و معنوی

نویسندگان

فاطمه فولادی^{۱*}، زهرا جانقربانیان^۲، حسین پورشهریار^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. n.janghorbanian@gmail.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. h_pourshahriar@sbu.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی بین تجارب ناگوار دوران کودکی و رضایت زناشویی با نقش واسطه‌ای کشمکش‌های مذهبی و معنوی بود.

روش: این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه مورد مطالعه را تمامی زوجین شهر تهران که بین ۱ تا ۴۰ سال از ازدواج آن‌ها می‌گذرد، تشکیل دادند و از این جامعه تعداد ۲۴۰ نفر با استفاده از روش در دسترس انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس رضایت زوجی انریچ فرم کوتاه (۱۹۸۹م)، مقیاس کشمکش‌های مذهبی و معنوی (RSSS) اکسلاین و همکاران (۲۰۱۴م) و پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی (CTQ) برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳م) استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری با کمک نرم‌افزار Amos و SPSS 25 تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود؛ رابطه بین آسیب‌های کودکی با کشمکش‌های معنوی معنادار است ($P < 0.05$). مدل نقش میانجی کشمکش‌های مذهبی و معنوی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با رضایت زناشویی از برازش خوبی برخوردار است ($RMSEA=0.081$, $NFI=0.93$, $IFI=0.93$, $GFI=0.91$, $CFI=0.91$). مطابق نتایج آزمون سوبل، آسیب‌های دوران کودکی بر رضایت زناشویی با نقش میانجی کشمکش‌های مذهبی و معنوی تأثیرگذار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: در نتیجه می‌توان گفت: متغیر کشمکش‌های مذهبی و معنوی نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه میان آسیب‌های کودکی با رضایت زناشویی دارد. بنابراین، لازم است که با آگاهی بخشی در مورد عواقب جبران‌ناپذیر آسیب‌های ناگوار دوران کودکی، در جهت پیشگیری و درمان آن اقدام کرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۵/۲۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۰۸



کلیدواژه‌ها

آسیب‌های کودکی، رضایت زناشویی، زوجین، کشمکش‌های مذهبی و معنوی

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

F.Fooladi@alzahra.ac.ir

مقدمه

و خشونت قرار گرفته‌اند، نسبت به افراد دیگری که چنین تجاربی نداشته‌اند، مسائلی مانند اقدام به خودکشی، اختلالات سوماتیک، اختلالات افسردگی، اضطراب فراگیر و استرس پس از سانحه را بیشتر گزارش کرده‌اند [۱۰] [۲۹]. پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که رویدادهای استرس‌زای زندگی مانند تجربه سوء آزار و تروما دوران کودکی یکی از عوامل مهم در کاهش رضایت زناشویی می‌باشد. در این راستا پژوهش‌های ویشمن^۵ [۱۱]، مانتا، کوهن، شولتز و والدینگر^۶ [۱۲]، تکین و کاراکوش^۷ [۱۰]، لیو، وانگ، لو و شی^۸ [۱۳] نشان دهنده رابطه منفی آسیب‌های دوران کودکی با رضایت زناشویی هستند.

اغلب پژوهش‌ها در زمینه رضایت زناشویی به بررسی ویژگی‌های شخصیتی هر یک از زوجین یا ویژگی‌های ارتباطی آنها می‌پردازد و پژوهش‌های کمتری با محوریت بررسی عوامل بیرونی و محیطی انجام شده است، اما درک کامل از روابط زوجین مستلزم در نظر گرفتن عوامل زمینه‌ای متعددی می‌باشد. یکی از این عوامل مهم در رضایت زناشویی، اعتقادات و باورهای مذهبی هستند؛ اما مذهب همیشه آثار مثبتی بر بهزیستی روانی ندارد؛ زیرا گاهی اوقات تردیها و کشمکش‌های مذهبی^۹ افراد می‌تواند آنها را از حالت تعادل روانی خارج کند و زمینه‌ساز تنش و تعارض گردد [۱۴].

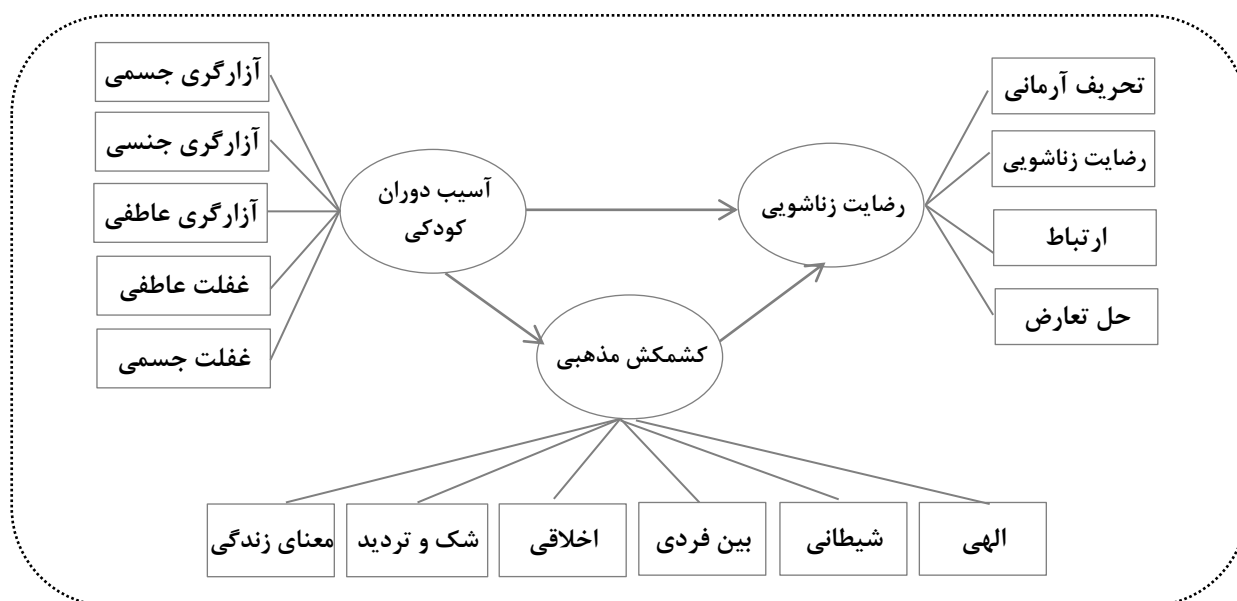
اصطلاح کشمکش‌های مذهبی، نشان دهنده نوعی تعارض در باورها، اعمال یا تجارب افراد هستند که باعث ایجاد یا ادامه پریشانی روانی می‌گردد. این پریشانی به دو صورت هیجان منفی (عذاب وجدان، خشم و ناراحتی) یا تعارض درونی تجلی پیدا می‌کند [۱۵]. به طور کلی کشمکش‌های مذهبی در سه دسته امور فراطبیعی^{۱۰}، کشمکش‌های درون فردی و کشمکش‌های اخلاقی^{۱۱} دسته بندی می‌شوند و شش نوع دارند که عبارتند از ۱. کشمکش الهی^{۱۲} به صورت احساس خشم یا ناامیدی از خداوند، احساس تنبیه شدن، رها شدن و مورد بی‌مهری قرار گرفتن

خانواده نخستین و مهم‌ترین نهاد در همه جوامع است که هسته آن از ازدواج یک زن و مرد تشکیل می‌شود. ازدواج تأثیرات زیادی در بعد فردی و اجتماعی دارد، به صورتی که می‌تواند بهزیستی روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد [۱]. بنابراین، یکی از مهم‌ترین چالش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در زندگی هر فرد مسئله ازدواج است و رضایت‌مندی از آن یکی از عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین می‌باشد. در حوزه روانشناسی، عمده‌ترین معیار مشاوران خانواده برای بررسی کیفیت رابطه زوجین، توجه به میزان رضایت زناشویی^۱ است [۲]. مفهوم رضایت زناشویی به ارزیابی مثبت زوجین از روابط خود اشاره دارد و انعکاسی از میزان خشنوی و شادی آنها از بودن در رابطه است [۴]. احساس خشنودی و رضایت زوجین از زندگی مشترک، یک عامل حمایتی در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی به شمار می‌رود. با این وجود یکی از عواملی که می‌تواند تأثیر منفی بر احساس رضایت زناشویی زوجین داشته باشد تجارب ناگوار و آسیب‌های دوران کودکی^۲ است [۵].

اصطلاح آسیب‌های دوران کودکی شامل انواع مختلفی از؛ کودک آزاری، غفلت، آزار فیزیکی، جنسی، هیجانی و خشونت خانگی است [۶]. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی^۳ یک چهارم از بزرگسالان در جهان تجربه سوء آزار در دوران کودکی را دارند که از این تعداد از هر ۵ زن ۱ نفر و از هر ۱۳ مرد نیز ۱ نفر این تجربه را گزارش کرده‌اند [۷]. همچنین مطابق با گزارش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ قرارگیری در معرض حوادث ناگوار یک تجربه شایع در دوران کودکی است؛ به طوری که ۶۰ درصد کودکان زیر ۱۶ سال حداقل یکبار آن را تجربه کرده‌اند و بیش از ۳۰ درصد از کودکان در معرض چندین تجربه ناگوار قرار گرفته‌اند [۸]. سال‌های کودکی، دوران حساسی از نظر رشد روانی - جنسی محسوب می‌شوند و سوء آزار، تجارب ناگوار و ضربه‌های روانی در این دوره می‌تواند آثار مخربی بر رشد اجتماعی، واکنش‌های جنسی و عملکرد بین فردی در بزرگسال به دنبال داشته باشد [۹]. افرادی که مورد آزار

5. Whisman.
6. Maneta, Cohen, Schulz & Waldinger.
7. Tekin & Karakuş.
8. Liu, Wang, Lu & Shi.
9. Spiritual Struggles
10. Supernatural.
11. Moral Struggle.
12. Divine Struggle.

1. Marital Satisfaction.
2. Childhood Trauma.
3. World Health Organization. (WHO)
4. DSM5



شکل ۱. مدل مفروض پژوهش

مذهب و معنویت از راه‌های مختلفی بر رضایت زناشویی مؤثر است. پژوهش‌های افراد بسیاری مانند: والفینگر و ویلکاکس^۸ [۲۱]، الیسون، باردت، کاکس^۹ [۲۲] و فیچمن و بیچ^{۱۰} [۲۳] رابطه بین مذهب و رضایت زناشویی را نشان داده‌اند. کشمکش‌های مذهبی و معنوی به عنوان سازه-ای که از نظر بین فردی و درون فردی بر یک شخص تأثیر می‌گذارد، حوزه مهمی برای بررسی در زمینه ازدواج به خصوص رضایت زناشویی است. علاوه بر این هدف و معنای برگرفته از باورها و اعمال مذهبی می‌تواند به عنوان سد دفاعی در برابر عوامل استرس‌زا مانند: تجربه‌های ناگوار و تروما عمل کند [۲۴]. بنابراین، با توجه به آمار بسیار بالای افرادی که در کودکی تروما را تجربه کرده‌اند و نقش مهم مذهب در رضایت زناشویی و همچنین پژوهشی در بررسی این موضوع در بین زوجین، پژوهشگران در صدد این هستند که آیا سازه کشمکش‌های مذهبی در رابطه‌ی بین آسیب‌های کودکی و رضایت زناشویی نقش واسطه‌ای دارد یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر، مقطعی از نوع همبستگی بود. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی افراد متأهل شهر تهران در سال

از طرف خداوند^۲. کشمکش با اهریمن^۱، احساس حمله و عذاب از طرف شیطان و ارواح، نگرانی از ایجاد مشکلات توسط شیاطین^۳. کشمکش‌های بین فردی^۲، درگیری با افراد و مسائل مذهبی، احساس خشم نسبت به افراد مذهبی، آزردگی شدن و بدرفتاری توسط افراد مذهبی^۴. کشمکش‌های مربوط به احساس شک و تردید^۳ در مورد امور مذهبی^۵. کشمکش‌های اخلاقی برای پیروی از اصول اخلاقی و ایجاد تنش و احساس گناه^۶. کشمکش برای یافتن معنا در زندگی^۴ [۱۶]. مذهب یکی از اصلی‌ترین تکیه‌گاه‌های روانی انسان در برابر بی‌معنایی است. علاوه بر این اعتقادات مذهبی می‌توانند روشی مؤثر برای مقابله با تجارب ناگوار و استرس باشند [۱۷]. در این راستا پژوهش‌های جانی، مالیناکوا، کاسارکوا و تاول^۵ [۱۸]؛ مک‌کارمیک، کارول، سیمز و کریر^۶ [۱۹]؛ کوسارکوا، مالینکوا، کوالووا، تاول و وندیک^۷ [۲۰] معتقدند که افرادی که تجربه حادتهای استرس‌زا در دوران کودکی دارند، به احتمال زیادی در امور معنوی و مذهبی دچار پریشانی و تعارض هستند.

8 . Wolfinger & Wilcox.

9 . Ellison, Burdette & Wilcox.

10 . Fincham & Beach.

1 . Demonic Struggle.

2 . Intrapersonal Struggle.

3 . Doubt-Related Struggle.

4 . Struggle Around Ultimate Meaning.

5 . Janů, Malinakova & Kosarkova.

6 . McCormick, Carroll, Sims & Currier.

7 . Kosarkova, Malinakova, Koncalova, Tavel & Van Dijk. Dijk.

عاطفی، آزارگری جسمی، آزارگری جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است [۲۵]. در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام [۲۶] آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه رضایت زوجی انریچ^۳

این پرسشنامه توسط فاووز و السون^۴ [۲۷] با هدف بررسی میزان رضایت زناشویی و تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید، طراحی شده است. این پرسشنامه شامل: ۳۵ عبارت با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که در ۴ مؤلفه تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباط و حل تعارض دسته‌بندی می‌شوند. فاووز و السون با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در یک تحقیق ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند که با استفاده از این پرسشنامه می‌توان با دقت ۸۵ تا ۹۵ درصد بین زوجین راضی و ناراضی تفاوت قائل شد. السون و فاووز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه را ۰/۹۲ بدست آورده‌اند. ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت از زندگی ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن می‌باشد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برای هر یک از این مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۸۴ گزارش شده است [۲۸].

مقیاس کشمکش‌ها مذهبی و معنوی^۵ (RSSS):

این مقیاس در سال ۲۰۱۴م. با هدف بررسی میزان کشمکش‌ها و تنش‌های فرد در رابطه موضوعات مذهبی و معنوی توسط اکسلاین، پارگامنت، گرابز و یالی [۱۴] تدوین شد. این مقیاس دارای ۲۶ گویه و ۶ مؤلفه با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. مؤلفه‌های این مقیاس شامل کشمکش‌های الهی، شیطانی، بین فردی، اخلاقی، شک و تردید و معنای زندگی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط ابراهیمی جمارانی و همکاران [۱۵] بررسی گردید. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ هر یک از مؤلفه‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۹۱، ۰/۷۳ و

۱۴۰۱ بود. افراد به روش در دسترس و براساس منطق کلاین (۲۰۰۵م.) انتخاب شدند. کلاین معتقد است؛ حداقل حجم نمونه برای هر پارامتر ۵ نفر می‌باشد، اما نسبت ۱۰ به ۱ مطلوب‌تر و ۲۰ به ۱ بهترین حالت است. در پژوهش حاضر با توجه به ۱۵ پارامتر موجود و ریزش تعدادی از افراد نمونه، در نهایت ۲۴۰ نفر انتخاب شدند. این افراد شامل ۱۷۱ (۷۱/۳) نفر زن و ۶۹ (۲۸/۷) نفر مرد با میانگین سنی ۳۴/۶۸ بودند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، لینک ابزارهای پژوهش با شرط حفظ محرمانه ماندن داده‌ها، از طریق فضای مجازی در اختیار افراد نمونه قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ سابقه زندگی مشترک بیش از یکسال و تمایل داوطلب به شرکت در پژوهش بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری با کمک نرم‌افزار Amos و spss25 تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی^۱ (CTQ)

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ م. توسط برنشتاین، استین، نیوکمب، والکر، پوگ، اهلوالیه^۲ و همکاران [۲۵] تهیه شد. هدف این پرسشنامه، غربالگری اشخاص دارای تجربیات آزارگری و غفلت دوران کودکی است و برای بزرگسالان و نوجوانان مناسب است. این پرسشنامه، ۵ نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد و عبارتند از: آزارگری جنسی، آزارگری جسمی، آزارگری عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی. پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی، ۲۸ گویه دارد و ۲۵ گویه آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ گویه آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، استفاده می‌شود. نمرات بالا در پرسشنامه، نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر، نشانه آسیب کمتر است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. در پژوهش برنشتاین و همکاران [۲۵] ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد آزارگری

3. Enrich Satisfaction Questionnaire Couple.
4. Fowers & Olson.
5. The Religious and Spiritual Struggles Scale.

1. Childhood Trauma Questionnaire.
2. Bernstein, Stein, Newcomb, Walker, Pogue & Ahluvalia.

روش‌های آمار توصیفی (تعداد و درصد) مورد تحلیل قرار گرفتند. برخی از شاخص‌های توصیفی مربوط به هریک از متغیرهای دموگرافیک به تفکیک خلاصه شده است. کل شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۴۰ نفر بود که میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان برابر با ۳۴/۶۸ (۱۰/۶۹) بود. همچنین داده‌های توصیفی پژوهش شامل میانگین، انحراف استاندارد، در جدول ۱ گزارش شده است.

برای کل مقیاس ۰/۸ گزارش شد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون این مقیاس نیز ۰/۹ به دست آمد. علاوه بر این به منظور بررسی روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس تنیدگی ادراک شده ضرایب به ترتیب مؤلفه‌ها برابر با ۰/۴۵، ۰/۲۳، ۰/۳، ۰/۴۷، ۰/۳۸ و ۰/۵۲ محاسبه گردید.

یافته‌ها

داده‌های دموگرافیک به دست آمده در پژوهش حاضر با

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

| متغیرهای پژوهش | مؤلفه‌ها | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------------|---------------|-------|---------|------------------|
| آسیب‌های کودکی | آزارگری جنسی | ۲۴۰ | ۶/۸۲ | ۳/۶۱ |
| | آزارگری جسمی | ۲۴۰ | ۶/۲۵ | ۲/۷۵ |
| | آزارگری عاطفی | ۲۴۰ | ۷/۷۸ | ۳/۵۷ |
| | غفلت عاطفی | ۲۴۰ | ۹/۸۶ | ۴/۶۸ |
| | غفلت جسمی | ۲۴۰ | ۷/۴۷ | ۲/۸۹ |
| کشمکش‌های معنوی | الهی | ۲۴۰ | ۹/۴۵ | ۴/۵۷ |
| | شیطانی | ۲۴۰ | ۵/۲۲ | ۲/۶۵ |
| | بین فردی | ۲۴۰ | ۱۱/۲۳ | ۴/۷۵ |
| | اخلاقی | ۲۴۰ | ۹/۳۰ | ۳/۶۵ |
| | شک و تردید | ۲۴۰ | ۹/۷۵ | ۴/۷۰ |
| رضایت زناشویی | معنای زندگی | ۲۴۰ | ۹/۹۴ | ۴/۱۹ |
| | تحریف آرمانی | ۲۴۰ | ۱۷/۰۶ | ۴/۸۵ |
| | رضایت زناشویی | ۲۴۰ | ۳۴/۳۸ | ۷/۲۵ |
| | ارتباط | ۲۴۰ | ۳۳/۱۰ | ۸/۶۲ |
| | حل تعارض | ۲۴۰ | ۳۱/۷۰ | ۶/۴۵ |

تحمل^۲ و تورم واریانس^۳ (VIF) استفاده گردید. بدین صورت که اگر مقادیرهای تحمل بزرگتر از ۰/۱۰ و مقادیرهای VIF بین ۱-۱۰ باشد هم خطی چندگانه رخ نداده است که در این پژوهش نتایج بررسی چندگانگی خطی متغیرها نشان داد که هیچ یک از مقادیر آماره‌های تحمل و تورم واریانس محاسبه شده، انحرافی از مفروضه چندگانگی خطی ندارد.

اساس روش مدل‌یابی معادلات ساختاری همبستگی است؛ از این رو ماتریس همبستگی متغیرها در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج ماتریس همبستگی در جدول ۲

به منظور استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، قبل از انجام تحلیل داده‌ها، باید پیش‌فرض‌های آن را مورد بررسی قرار داد. همانطور که در جدول ۱ گزارش شده است. قدرمطلق - ضریب چولگی و ضریب کشیدگی تمامی متغیرها به ترتیب از ۳ و ۱۰ کمتر می‌باشد. بنابراین، مفروضه طبیعی بودن توزیع نمرات مورد تأیید است. همچنین به منظور بررسی وجود داده‌های پرت چند متغیری از فاصله مهالانوبیس^۱ استفاده شد که بررسی نتایج آن حاکی از وجود نداشتن داده پرت چند متغیره بود. برای بررسی هم خطی چندگانه از ماتریس همبستگی و دو عامل

2 . tolerance.

3 . variance inflation factor (VIF).

1 . mahalanobis distance.

معنادار وجود دارد. همچنین رابطه بین کشمکش‌های معنوی با رضایت زناشویی منفی و معنادار است ($P < 0/01$).

نشان می‌دهد، رابطه بین آسیب‌های کودکی با کشمکش‌های معنوی مثبت و معنادار است ($P < 0/01$). اما بین آسیب‌های کودکی و رضایت زناشویی ارتباط منفی و

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیر | مؤلفه‌ها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۱ | ۱۲ | ۱۳ | ۱۴ | ۱۵ |
|----------------------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| رضایت زناشویی | رضایت زناشویی | ۱ | | | | | | | | | | | | | | |
| | ارتباط | ۰/۸۲** | ۱ | | | | | | | | | | | | | |
| | حل تعارض | ۰/۶۴** | ۰/۷۳** | ۱ | | | | | | | | | | | | |
| | تحریف آرماتی | ۰/۸۴** | ۰/۷۸** | ۰/۶۳** | ۱ | | | | | | | | | | | |
| آسیب‌های دوران کودکی | آزارگری عاطفی | ۰/۲۵** | ۰/۲۹** | ۰/۲۸** | ۰/۲۲** | ۱ | | | | | | | | | | |
| | آزارگری جسمی | ۰/۲۹** | ۰/۲۱** | ۰/۲۲** | ۰/۱۲** | ۰/۶۴** | ۱ | | | | | | | | | |
| | آزارگری جنسی | ۰/۲۹** | ۰/۲۵** | ۰/۲۶** | ۰/۲۷** | ۰/۴۱** | ۰/۵۶** | ۱ | | | | | | | | |
| | غفلت عاطفی | ۰/۲۳** | ۰/۲۸** | ۰/۲۵** | ۰/۳۰** | ۰/۶۴** | ۰/۴۳** | ۰/۲۲** | ۱ | | | | | | | |
| غفلت جسمی | ۰/۱۵* | ۰/۲۶** | ۰/۲۶** | ۰/۲۵** | ۰/۶۹** | ۰/۶۱** | ۰/۳۱** | ۰/۷۳** | ۱ | | | | | | | |
| کشمکش مذهبی | الهی | ۰/۳۶** | ۰/۳۶** | ۰/۳۲** | ۰/۲۹** | ۰/۴۸** | ۰/۳۴** | ۰/۱۸* | ۰/۲۸** | ۰/۳۷** | ۱ | | | | | |
| | شیطانی | ۰/۲۵** | ۰/۱۶* | ۰/۲۷** | ۰/۲۲** | ۰/۲۱** | ۰/۳۳** | ۰/۲۸** | ۰/۱۷* | ۰/۲۲** | ۰/۲۹** | ۱ | | | | |
| | بین فردی | ۰/۱۴* | ۰/۰۸ | ۰/۰۶ | ۰/۱۰ | ۰/۳۰** | ۰/۱۷* | ۰/۰۸ | ۰/۲۴** | ۰/۱۷* | ۰/۳۳** | ۰/۰۱ | ۱ | | | |
| | اخلاقی | ۰/۱۸* | ۰/۲۷** | ۰/۱۶* | ۰/۲۴** | ۰/۳۶** | ۰/۲۵** | ۰/۱۶* | ۰/۲۷** | ۰/۲۳** | ۰/۳۳** | ۰/۲۲** | ۰/۲۷** | ۱ | | |
| | معنای زندگی | ۰/۴۴** | ۰/۴۲** | ۰/۲۵** | ۰/۳۹** | ۰/۳۵** | ۰/۲۲** | ۰/۱۵* | ۰/۱۵* | ۰/۱۹* | ۰/۵۷** | ۰/۳۱** | ۰/۳۰** | ۰/۲۲** | ۱ | |
| | شک و تردید | ۰/۲۷** | ۰/۲۹** | ۰/۰۸ | ۰/۲۳** | ۰/۳۳** | ۰/۰۹ | ۰/۰۴ | ۰/۲۷** | ۰/۱۳* | ۰/۴۰** | ۰/۱۹* | ۰/۴۹** | ۰/۶۲** | ۰/۳۳** | ۱ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

از سه دسته شاخص استفاده می‌شود: برازش مطلق^۱، برازش تطبیقی^۲ و برازش مقتصد^۳. براساس باور جکار و وان (۱۹۹۶) برای هر گروه از شاخص‌ها باید حداقل یک شاخص گزارش کنیم. میرز و همکاران نیز (۲۰۰۵) معتقدند که مقادیر RMSEA، CFI، NFI و خی دو را باید گزارش شوند. به صورت کلی می‌توان گفت، زمانی که حداقل سه شاخص، مقادیری در بازه قابل قبول داشته باشند می‌توانیم ادعا کنیم که برازش مدل خوب و قابل قبول است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، مدل پیشنهادی اصلاح شده از برازش مناسبی برخوردار است. پس از بررسی برازش مدل، به بررسی اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش و متغیرهای وابسته پرداختیم که گزارش آن در جدول ۴ گزارش شده است. همگی این ضرایب استاندارد شده‌اند و مقدار آنها حتماً باید بین صفر تا یک باشد.

همانگونه که مشاهده می‌کنید بین مؤلفه‌های رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آسیب‌های دوران کودکی و کشمکش‌های مذهبی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. رابطه بین مؤلفه‌های آسیب‌های دوران کودکی با مؤلفه‌های کشمکش مذهبی مثبت و معنادار وجود دارد یعنی هرچه فرد تحت تأثیر آسیب‌های دوران کودکی باشد، کشمکش مذهبی بیشتری را تجربه می‌کند.

در مرحله بعد، با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های مدل معادلات ساختاری در پژوهش حاضر به منظور بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای آسیب‌های دوران کودکی، کشمکش مذهبی و رضایت زناشویی برازش مدل تدوین شده مورد بررسی قرار گرفت. برازندگی مدل پیشنهادی بر اساس ترکیبی از نسخه‌های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش مدل پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. بار عامل استاندارد شده به همراه معناداری مدل‌های پژوهش در شکل گزارش شده است. به منظور بررسی مدل

1. Absolute fit.
2. Comparative fit.
3. Parsimonious fit.

جدول ۳. نتایج برازش مدل

| شاخص | X2 | df | X2/df | GFI | AGFI | RMSEA | NFI | CFI | IFI | TLI |
|-----------------|--------|-----|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| بازده قابل قبول | - | - | خوب < ۳/۰ قابل قبول < ۵/۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۸۰ | < ۰/۰۸ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ |
| مدل پیشنهادی | ۴۰۳/۸۵ | ۸۷ | ۴/۶۲ | ۰/۹۱ | ۰/۸۳ | ۰/۰۸۱ | ۰/۹۳ | ۰/۹۱ | ۰/۹۳ | ۰/۹۳ |
| وضعیت برازش | ... | ... | برازش مطلوب | برازش مطلوب | برازش مطلوب | برازش مطلوب | برازش مطلوب | برازش مطلوب | برازش مطلوب | برازش مطلوب |

جدول ۴. اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش

| مسیر | ضرایب مسیر | خطای معیار | نسبت بحرانی | p | فرضیه |
|--|------------|------------|-------------|-------|-------|
| مسیر آسیب‌های کودکی بر کشمکش‌های مذهبی | ۰/۵۱ | ۰/۱۰ | ۶/۳۴ | ۰/۰۰۱ | تایید |
| مسیر آسیب‌های کودکی بر رضایت زناشویی | -۰/۴۷ | ۰/۱۲ | -۵/۲۴ | ۰/۰۰۱ | تایید |
| مسیر کشمکش‌های مذهبی بر رضایت زناشویی | -۰/۴۵ | ۰/۱۴ | -۵/۰۳ | ۰/۰۰۱ | تایید |

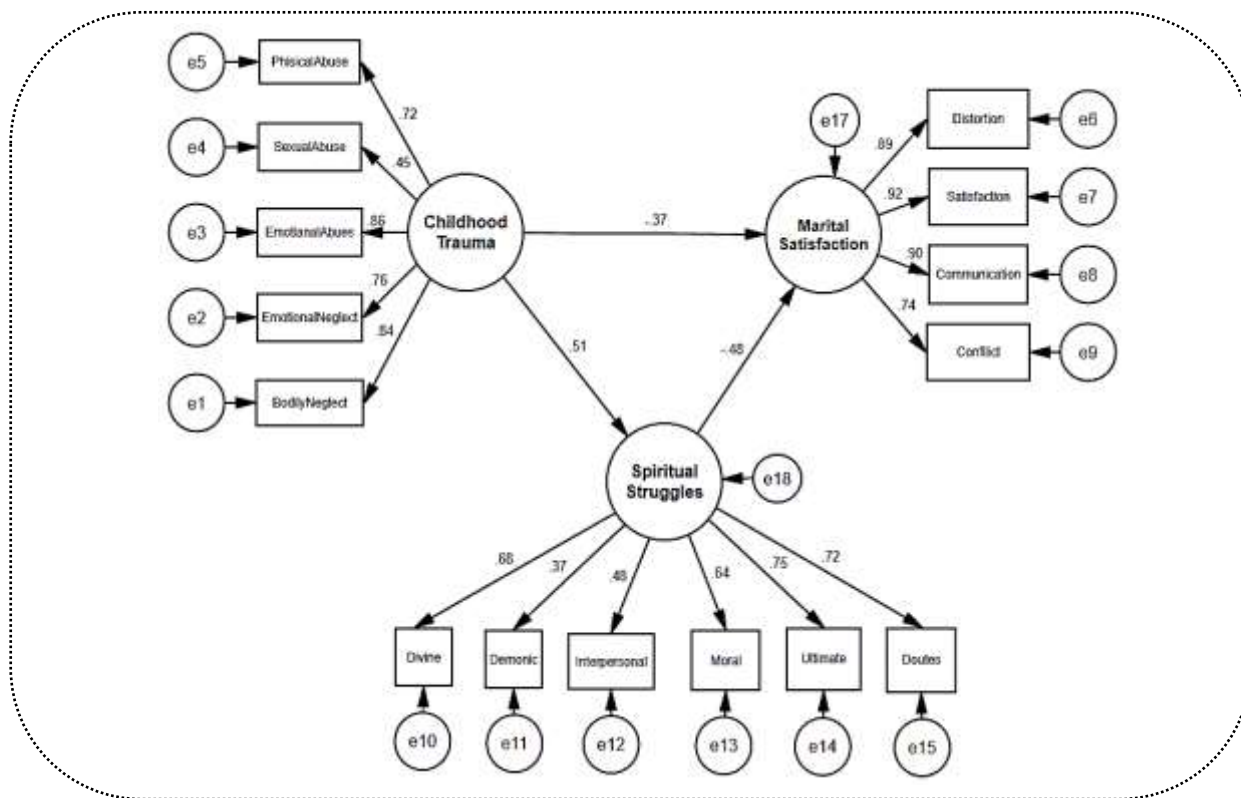
جدول ۴ نشان می‌دهد، ضریب مسیر آسیب‌های کودکی بر کشمکش‌های مذهبی ۰/۵۱ است که نسبت بحرانی آن ۶/۳۴ محاسبه شده است که از ۱/۹۶ بالاتر است. بنابراین، فرضیه تأیید می‌شود. همچنین ضریب مسیر آسیب‌های کودکی بر رضایت زناشویی -۰/۴۷ است که نسبت بحرانی آن -۵/۲۴ محاسبه شده است و از ۱/۹۶ بالاتر است. پس این فرضیه نیز مورد تأیید است. در نهایت، ضریب مسیر کشمکش‌های مذهبی بر رضایت زناشویی -۰/۴۵ است که نسبت بحرانی آن -۵/۰۳ محاسبه شده است و از ۱/۹۶ بالاتر است و در نهایت فرضیه پایانی هم تأیید می‌شود. بنابراین، از نتایج حاصل از جدول ۴، می‌توان نتیجه گرفت، آسیب‌های دوران کودکی به صورت مستقیم بر رضایت زناشویی و کشمکش‌های مذهبی تأثیر می‌گذارد.

علاوه بر اثرات مستقیم، در این پژوهش اثرات غیرمستقیم متغیرها با استفاده از آزمون سوبل مورد بررسی قرار گرفت. اثر غیرمستقیم آسیب‌های کودکی بر رضایت زناشویی به واسطه کشمکش‌های مذهبی ۰/۰۳ - به دست آمده است که در سطح ۰/۰۰۱، معنادار است. بنابراین می‌توان گفت، آسیب‌های کودکی به واسطه کشمکش‌های مذهبی بر رضایت زناشویی زوجین تأثیر می‌گذارد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین تجارب ناگوار

1. Circular Causality.
2. Systems Theory.



شکل ۲. مدل ضرایب تخمین استاندارد متغیرهای پژوهش

که درگیر اعمال مذهبی و معنوی است، ممکن است فضایی را در خود تقویت کند که پایه و اساس رضایت زناشویی او است. در اغلب مذاهب نیز باورهای مختلفی در رابطه با تقدس ازدواج وجود دارد و به ارزش‌های خاصی در مورد خانواده و وفاداری به همسر که از عوامل مهم بر کیفیت رضایت زناشویی است، تأکید می‌کند. اکثر اصول مذهبی زوجین را تشویق می‌کنند تا با دید مثبتی به رابطه خود نگاه کنند [۲۴].

به طور کلی از نتایج پژوهش اخیر می‌توان گفت: تروما و تجارب ناگوار دوران کودکی، می‌تواند آثار جبران‌ناپذیر و تأثیرات منفی بسیاری در ابعاد مختلف از جمله جسمی، روانی، اجتماعی و حتی مذهبی و معنوی برجای بگذارد و هر چه شدت آسیب‌های تجربه شده بیشتر باشد رضایت زناشویی بین زوجین کاهش می‌یابد و بر شدت کشمکش‌های مذهبی و معنوی افزوده می‌گردد. از این رو لازم است؛ ۱. با آگاهی بخشی در این مورد، از تجربه تروما در کودکان پیشگیری شود و ۲. با روشن‌سازی و تشویق افکار عمومی، افراد آسیب‌دیده و قربانی درصدد یافتن راهی برای درمان و کاهش درد و ورنج ناشی از این تجارب ناگوار باشند.

باقی می‌ماند و از حمایت‌های ناشی از این روابط، محروم می‌مانند. به همین ترتیب نگرش منفی نسبت به دیگران می‌تواند به بعد مذهبی و معنوی نیز منتقل شود، زیرا دلبستگی به خداوند با سبک دلبستگی به افراد دیگر نیز مطابقت دارد. به عبارت دیگر تحقیقات نشان می‌دهد، افراد عموماً، خداوند را به عنوان یک شخصیت و نمادی از دلبستگی، درک و تجربه می‌کنند و رابطه انسان با خداوند از نظر دلبستگی به رابطه بین والد و فرزند تشبیه می‌گردد، اما زمانی که تجربه‌ای ناگوار برای فرد به وجود می‌آید، این تجربه فقط شامل بعد روانی-اجتماعی نیست و تأثیر منفی قابل توجهی بر رابطه فرد و خداوند دارد [۱۸].

یافته سوم این پژوهش، مبنی بر رابطه منفی کشمکش‌های مذهبی و معنوی با رضایت از زندگی در بین زوجین با پژوهش‌های والفینگر و ویلکاکس، [۲۱]؛ الیسون، باردت و کاکس [۲۲] و فیچمن و بیچ [۲۳] همسو است. در جهت تبیین این یافته نیز می‌توان اشاره کرد، برخی فضائل (مانند عشق، سازگاری، فداکاری و بخشش) که در اعمال مذهبی ترویج و تقویت می‌شوند، می‌توانند به ارتقاء و افزایش کیفیت رابطه زناشویی کمک کنند. بنابراین فردی

۶- حسینی، کتایون؛ سلیمانی، اسماعیل. نقش تمیزی آسیب‌های کودکی و تحریف‌های شناختی در تبیین علایم بالینی اختلال وسواسی-جبری. اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی. ۱۳۹۸؛ ۱۴ (۵۴): ۱۷-۲۶.

https://pajohesh.riau.ac.ir/article_1710.html

7- World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018 Jun 25.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

8- Copeland WE, Shanahan L, Hinesley J, Chan RF, Aberg KA, Fairbank JA, van den Oord EJ, Costello EJ. Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA network open*. 2018 Nov 2; 1(7): 184493.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>

9- O'Loughlin JI, Rellini AH, Brotto LA. How does childhood trauma impact women's sexual desire? Role of depression, stress, and cortisol. *The Journal of Sex Research*. 2020 Sep 1; 57(7): 836-47.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1693490>

10- Tekin Hh, Karakuş Ö. The Relationship Between Childhood Trauma, Emotion Regulation Difficulties and Marriage Satisfaction in Pregnant Adolescents. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019 Dec 12; 13(4): 500-7.

<https://doi.org/10.21763/tjfm.519969>

11- Whisman MA. Childhood trauma and marital outcomes in adulthood. *Personal Relationships*. 2006 Dec; 13(4): 375-86.

<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00124.x>

12- Maneta EK, Cohen S, Schulz MS, Waldinger RJ. Linkages between childhood emotional abuse and marital satisfaction: The mediating role of empathic accuracy for hostile emotions. *Child abuse & neglect*. 2015 Jun 1; 44: 8-17.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.017>

13- Liu S, Wang Z, Lu S, Shi J. Dyadic analysis of childhood emotional maltreatment and marital satisfaction during the transition to parenthood: The mediating effects of emotion regulation strategies and psychological distress. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2019 Nov 26; 28(10): 1216-31.

<https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1466381>

پژوهش حاضر نیز مانند تمامی پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به محدود بودن به زوجین شهر تهران، مقطعی بودن پژوهش و نسبت بیشتر شرکت‌کنندگان زن نسبت به مردان اشاره کرد. از این رو توصیه می‌گردد که این پژوهش در جوامع بزرگتر و به صورت کیفی نیز انجام گردد تا جزئیات بیشتری در مورد این موضوع مشخص گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگانی که در پیشبرد اهداف این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر را داریم.

منابع

۱- علیزاده فرد، سوسن؛ رزاقی، مریم. بررسی مدل ساختاری رابطه رضایت زناشویی با بنیان‌های شناختی-اخلاقی و تعهد زناشویی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۱۴۰۰؛ ۱۲ (۴۷): ۲۵۹-۲۸۲.

https://doi.org/10.22054/qccpc.2021.57896.2613_

۲- جهان‌دوست دالنجان، سوسن؛ علاءالدینی، زهره؛ براتی، هاجر. نقش هوش موفق و همدلی عاطفی در رضایت زناشویی با در نظر گرفتن نقش تعدیلگر سن. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۱۳۹۹؛ ۱۱ (۴۱): ۱۳۹-۱۵۶.

<https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.44144.2174>

3- Gilford R, Bengtson V. Measuring marital satisfaction in three generations: Positive and negative dimensions. *Journal of Marriage and the Family*. 1979 May 1:387-98.

<https://doi.org/10.2307/351705>

۴- الطافی، رضا؛ وزیری، شهرام؛ ثابت، مهرداد. مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی بر اجتناب، رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی زوجین. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۴۰۱؛ ۲۰ (۲): ۶۱-۷۵.

<https://doi.org/10.22070/CPAP.2022.14753.1118>

5- Shi L. Trauma symptoms and relationship satisfaction: An examination of self and partner contribution in dual-trauma outpatient clinical couples. *The American Journal of Family Therapy*. 2020 Nov 18; 49(1):1-5.

<https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1845251>

- 22-Ellison CG, Burdette AM, Bradford Wilcox W. The couple that prays together: Race and ethnicity, religion, and relationship quality among working-age adults. *Journal of Marriage and Family*. 2010 Aug; 72(4): 963-75. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00742.x>
- 23-Fincham FD, Beach SR. Marriage in the new millennium: A decade in review. *Journal of marriage and family*. 2010 Jun; 72(3): 630-49. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00722.x>
- 24-Sablan K. Marital Satisfaction and Religious and Spiritual Struggles in Same-Sex and Different-Sex Marriage (Doctoral dissertation, California State University, Stanislaus). <https://scholarworks.calstate.edu/downloads/ks65hh58k>
- 25-Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2): 169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- ۲۶-ابراهیمی، حجت‌اله؛ دژکام، محمود؛ ثقه‌الاسلام، طاهره. تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۲؛ ۱۹ (۴): ۲۷۵-۲۸۲. <https://core.ac.uk/download/pdf/33096056.pdf>
- 27-Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family psychology*. 1993 Sep;7(2):176. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.2.176>
- ۲۸-سید محرمی، ایمان؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمد جواد. اثربخشی مشاوره گروهی به روش ساختاری بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. ۱۳۹۵؛ ۶ (۲): ۶۳-۷۸. <https://doi.org/10.22067/ijap.v6i2.48906>
- ۲۹-آزادی، اسما؛ سنجرائی، سعیده؛ بخشایش، علیرضا. تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی: مطالعه کیفی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲ (نسخه زودآیند، ویرایش نشده) <http://doi.org/10.22070/CPAP.2023.15789.1197>
- 14-Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB, Yali AM. The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2014 Aug; 6(3): 208. <https://doi.org/10.1037/a0036465>
- ۱۵-ابراهیمی جمارانی، محیا؛ اکبری، عدنان؛ فراهانی، حجت‌اله؛ آزادفلاح، پرویز. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کشمکش‌های مذهبی و معنوی در جامعه ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۴۰۱؛ ۱۶ (۳): ۴۳-۷۱. <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.222936.1096>
- 16-Pargament KI, Exline JJ. Working with spiritual struggles in psychotherapy: From research to practice. Guilford Publications; 2021 Nov 10. <https://www.guilford.com/books/Working-with-Spiritual-Struggles-in-Psychotherapy/Pargament-Exline/9781462524310>
- ۱۷-صدیقی، اکرم؛ معصومی، احمد؛ شاه‌سیاه، مرضیه. بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با رضایت زناشویی زوجین شهر قم. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۱۳۹۴؛ ۲۲ (۶): ۹۶۵-۹۷۱. https://jsms.medsab.ac.ir/article_776.html
- 18-Janů A, Malinakova K, Kosarkova A, Tavel P. Associations of childhood trauma experiences with religious and spiritual struggles. *Journal of health psychology*. 2022 Feb; 27(2): 292-304. <https://doi.org/10.1177/1359105320950793>
- 19-McCormick WH, Carroll TD, Sims BM, Currier J. Adverse childhood experiences, religious/spiritual struggles, and mental health symptoms: Examination of mediation models. *Mental Health, Religion & Culture*. 2017 Nov 26; 20(10): 1042-54. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1440544>
- 20-Kosarkova A, Malinakova K, Koncalova Z, Tavel P, van Dijk JP. Childhood trauma is associated with the spirituality of non-religious respondents. *International journal of environmental research and public health*. 2020 Feb; 17(4): 1268. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041268>
- 21-Wolfinger NH, Wilcox WB. Happily, ever after? Religion, marital status, gender and relationship quality in urban families. *Social Forces*. 2008 Mar 1; 86(3): 1311-37. <https://doi.org/10.1353/sof.0.0023>

مقایسه توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی در افراد مبتلا به افسردگی با افراد سالم

نویسندگان

محمد بهمنی نیا^۱، نادره سهرابی شگفتی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

m.bahmaninia@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: افسردگی از جمله اختلالاتی است که به عنوان مهم‌ترین عامل ناتوانی شناخته می‌شود و بالقوه می‌تواند با تبعات منفی بیشماری برای فرد و جامعه همراه باشد. از این رو شناسایی عوامل مرتبط با این اختلال حایز اهمیت است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی در افراد مبتلا به افسردگی با افراد سالم بوده است.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل؛ بیماران مبتلا به اختلال افسردگی است که در سال ۱۳۹۸ به مراکز روان درمانی شهر شیراز مراجعه کرده بودند که از بین آنها نمونه آماری شامل ۳۵ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ۳۵ نفر فرد سالم نیز که در سن، تحصیلات و جنسیت با گروه بیمار هم‌تا بودند، انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های توانمندی ایگو، پرسشنامه روابط موضوعی و پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان‌دهنده آن بود که توانمندی ایگو در افراد افسرده بطور معناداری پایین‌تر از افراد سالم می‌باشد. افراد افسرده در ابعاد روابط موضوعی شامل بیگانگی، دل‌بستگی نایمن، خودمحوری و بی‌کفایتی اجتماعی نمرات بالاتری نسبت به گروه سالم نشان دادند. در متغیر سبک‌های دفاعی نتایج نشان داد، افراد افسرده بیشتر از سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌آزرده و افراد عادی از سبک‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش شواهدی برای آسیب‌شناسی روانی افسردگی فراهم آورده و نشان‌دهنده نقش توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی در اختلال افسردگی است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۵/۰۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۰۹



کلیدواژه‌ها

افسردگی، توانمندی ایگو، روابط موضوعی، مکانیسم‌های دفاعی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

sohrabi_sh2006@yahoo.com

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

مقدمه

افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین علت ناتوانی در تمام کشورها شناخته می‌شود [۱]. بر اساس آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷م)، در بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ م. به میزان ۱۸/۴٪ به افراد مبتلا به افسردگی افزوده شده است و این بیانگر شیوع روبه رشد این اختلال در جوامع مختلف است [۲]. بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، اختلال افسردگی، به عنوان سومین مشکل سلامتی در کشور مطرح می‌باشد [۳]. همچنین طبق جدیدترین آمار موجود، بطور کلی شیوع افسردگی در کشور به شدت رو به افزایش است و میزان شیوع آن در بین زنان ۳۳/۲ درصد و در بین مردان ۲۹/۶ درصد است [۴]. علائم شایع اختلال افسردگی شامل: احساس غم، ناامیدی و پوچی، بی‌انگیزگی و خلق تحریک‌پذیر و همچنین تغییرات شناختی و بدنی است که با ایجاد ناتوانی فیزیکی و روانی، به تضعیف کارکرد و کیفیت زندگی در فرد منجر می‌شود [۵]. با وجود صرف هزینه‌های هنگفت در مورد بررسی و درمان افسردگی، نه تنها شیوع این اختلال کاهش نیافته است، بلکه در دهه‌های اخیر میزان شیوع و اثرات منفی آن رو به افزایش بوده است [۶]. در مطالعات انجام شده در خصوص سبب‌شناسی اختلال افسردگی به علل مختلف زیستی، اجتماعی و فرهنگی اشاره شده است [۵]. بر اساس الگوی روان تحلیلی، آسیب‌شناسی روانی بر اساس ضعف توانمندی ایگو^۱، دفاع‌های غیرانطباقی ایگو، روابط موضوعی^۲ و درون فکنی‌های ناکارآمد قابل مفهوم‌سازی است [۷]؛ بنابراین این عوامل می‌توانند در ابتلا و تشدید اختلال افسردگی نیز نقش داشته باشند.

توانمندی ایگو نشان‌دهنده توانایی فرد در مواجهه سالم با تعارض‌های نهاد، سوپرایگو و مطالبات محیط و همچنین تنظیم درست این ناهماهنگی است [۸]. قدرت، استحکام و یا نیرومندی ایگو گویای مجموعه‌ای از پاسخ‌های «من» در ساختار شخصیت همچون توانایی در به تأخیر انداختن یک لذت زودگذر، تحمل شکست، توانایی در سازگاری بهینه با تنش‌های موجود، توانایی برای عبور از یک رویداد سهمگین مانند سوگ و داغدیدگی و پذیرش موقعیت‌های ناراحت

کننده، پی بردن به ارتباط بین وقایع و توان پیش‌بینی پیامدهای هر رفتار، مقابله کارآمد در مواجهه با اتفاقات خشمگین‌کننده و خصومت برانگیز، گشودگی نسبت به تجارب جدید و قابلیت یادگیری، سازگاری همراه با پذیرش در برابر شرایط و نقش‌های جدید و توانایی انجام امور مربوط به آن، حس سرزندگی و رضایت‌مندی، توانایی شکل‌دهی به روابط پایدار و رضایت‌بخش و توانایی برای تشریک مساعی می‌باشد [۹]. در فرایند زندگی، توانایی ایگو، به صورت مهارت فرد در کنار آمدن با چالش‌های زندگی و تهدیدهای احتمالی که با آن مواجهه است و همچنین مهارت موانع ظاهر می‌شود [۱۰]. بر همین اساس، یک ایگوی توانمند و نیرومند دارای این قابلیت است که در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌انگیز، به فرد در ارزیابی واقعیت‌های موجود و ایجاد راهبردهای مقابله سازنده و رویارویی سالم کمک کند [۱۱] و در نهایت، تسهیل‌کننده فرایند غلبه بر شرایط استرس‌زا و همچنین حفظ ثبات و پایداری هیجانی است [۱۲]. از منظر روان‌پوشی نیز، ایگوی تحول‌یافته و سالم با خودپنداره قوی، تجربه بیشتر شادی و اضطراب کمتر همراه است و در مقابل، ضعف ایگو با سطوح بالای روان‌رنجوری و اختلال همراه است و می‌تواند به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی مربوط به آسیب‌شناسی مطرح شود [۱۳]. این در حالی است که افراد دچار آسیب‌های روانشناختی به ویژه افسردگی، از وجود افکار منفی و سرزنش‌کننده، بدبینی و احساس بد نسبت به خود و دیگران، خستگی و انرژی نداشتن، ناتوانی در سازگاری بهینه با شرایط و موقعیت‌های زندگی و همچنین ناتوانی در مدیریت هیجان‌ات ناخوشایند از جمله احساس خشم و گناه رنج می‌برند [۹] که این خود می‌تواند بیانگر ضعف توانمندی ایگو در آنها باشد.

دفاع‌های غیرانطباقی ایگو نیز از دیگر عوامل در اختلال افسردگی است مکانیسم‌های دفاعی^۳ فرایندهای ناهشیار درون روانی هستند که به صورت کاهش شدت اثر تغییرات ناگهانی در امور بیرونی و درونی و تناقض‌های شناختی از طریق تحریف واقعیت و ادراک فرد از رویدادهای تهدیدآمیز، نمایان می‌شوند [۱۵]. این مکانیسم‌ها، به عنوان فرایندهای خودکار و خودتنظیمی شناخته می‌شوند، نشان‌دهنده نحوه مقابله با تنش و استرس‌های فردی و برخورد با آن هستند و

1 . Strength Ego.
2 . Object Relations.

3 . Defense Mechanisms.

پاسخ‌های مقابله‌ای غیرسازنده و سبک شخصیتی شکننده و ناتوان به خصوص در موقعیت‌های تنش‌زا [۵] می‌تواند نشان‌دهنده میزان شدید تحریف واقعیت در این افراد برای اجتناب از شرایط واقعی زندگی باشد که پیامد آن می‌تواند به صورت اتکاء بیش از حد آنها به سبک‌های دفاعی رشد نایافته نمایان شود.

روابط موضوعی، از جمله متغیرهای دیگری است که در افسردگی می‌تواند به عنوان یک عامل تأثیرگذار مورد بررسی قرار گیرد چرا که در دیدگاه‌های روانپویشی، روابط موضوعی به عنوان یک مفهوم بنیادی دارای نقشی قابل توجه در تبیین سلامت و انواع آسیب‌شناختی است [۲۴]. روابط موضوعی گویای روابط بین فردی است و به هر چیزی که نیازی را برآورده می‌سازد، اشاره دارد [۲۵]. روابط موضوعی در سال‌های نخستین زندگی پدید می‌آید و به صورت روابط واقعی یا تصویری با افراد دیگر اعم از بیرونی و درونی و تعامل بین موضوع درونی و بیرونی، ظاهر می‌شود [۲۶]. موضوع، بیانگر شخص یا شیء با اهمیتی است که هدف احساسات و سائق‌های فرد قرار می‌گیرد و حاکی از بقایای درونی روابط گذشته‌ای است که روابط کنونی فرد با دیگران را شکل می‌دهد [۲۷]؛ بنابراین، روابط موضوعی قابلیت افراد را در برقراری روابط انسانی نشان می‌دهد و به صورت بازنمایی فرد از خودش و دیگران و هیجان‌ناشی از این بازنمایی‌ها نمایان می‌شود. بنا به باور نظریه‌پردازان روابط موضوعی، دنیای درونی کودک بر اساس تجارب اولیه با مراقب شکل گرفته و ساختار آن در جریان فرایند رشد و تحول، پیچیده‌تر می‌شود [۲۸]. بر همین اساس، الگوهای روابط اولیه در سراسر زندگی نسبتاً ثابت باقی می‌مانند، در طول زندگی فرد تکرار می‌شوند و آسیب‌شناسی بر اساس این الگوهای درونی شده قابل تبیین است [۲۹]. از نظر دیدگاه روان تحلیلی، افسردگی نشانه‌ای مبنی بر وجود تعارضات ارتباطی در فرد است [۳۰]. بر اساس مطالعات صورت گرفته، در اغلب مبتلایان به اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی؛ تعارض درونی فرد با خودش، احساسات ناخوشایند نسبت به خود و دیگران و همچنین ناتوانی در برقراری یک رابطه دوسویه سازنده اثربخش با دیگران به وضوح قابل مشاهده است [۲] و بر همین اساس، چنین ضعف‌هایی در افراد مبتلا به افسردگی می‌تواند گویای نارسایی مقوله روابط موضوعی در این افراد باشد.

نقش محافظت از خود در برابر شرایط تهدیدکننده را بر عهده دارند [۱۶]. به عبارت دیگر، مکانیسم‌های دفاعی با محافظت فرد در برابر تجربه بیش از حد اضطراب برخاسته از تهدیدات درونی و بیرونی، فرایند سازش‌یافتگی را در فرد تسهیل می‌کنند [۱۷]. آنها با کمک به فرد برای مواجهه با اضطراب به نحوی خاص یا اجتناب از آن شرایط اضطراب‌آور، سازمان روانی را حفظ کرده و ارتقاء می‌بخشند [۱۸]. مکانیسم‌های دفاعی، آگاهی ما را از تعارض‌های درونی‌مان کم می‌کنند و هیجان‌ناشی از این تعارضات درون روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین، این مکانیسم‌ها تلاش‌های فردی در مواجهه با تعارض درون روانی هستند و می‌توانند رفتارهای مقابله‌ای را متأثر سازند؛ ولی استفاده نامناسب از آنها، مانع فرایند تحول روانی و پاسخ‌های مقابله‌ای سازنده است [۱۹]. وایلنت^۱ (۱۹۹۴) دفاع‌ها را بر اساس رابطه آنها با رشدیافتگی روانی اجتماعی و آسیب‌های روانشناختی به صورت سلسله مراتبی تنظیم کرده است و شامل سه سبک دفاعی رشدیافته، نورتیک و رشدنایافته است [۲۰]. مکانیسم‌های دفاعی از نظر میزان تحریف واقعیت متفاوت هستند، به طوری که در دفاع‌های رشد نایافته و روان آزرده، میزان تحریف واقعیت بیش از دفاع‌های رشدیافته است [۲۱]. بر همین اساس، مکانیسم‌های دفاعی سازش یافته با بهبود سلامت جسمی و روانی و سبک‌های دفاعی سازش‌نایافته با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت همراه هستند [۲۰]. به عبارت دیگر، هرچه میزان تحریف شناختی یک دفاع بیشتر باشد، این به معنای کاهش بیشتر آگاهی هوشیارانه در فرد و در نتیجه تلاش کمتر وی برای مقابله مؤثر با تحریف شناختی و مواجهه با واقعیت است؛ بنابراین، از این رو سازوکارهای دفاعی خصوصاً سازوکارهایی که رشد نایافته‌ترند، مانعی برای درک واقعیت در فرد می‌شوند و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از وی سلب می‌کنند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می‌دهند [۲۲]. برخی محققان سازوکارهای دفاعی مورد استفاده توسط افراد مختلف و فراوانی استفاده از آنها را یک متغیر اصلی برای میزان سازش‌یافتگی، شناخت شخصیت و میزان آسیب‌شناسی معرفی کرده‌اند [۲۳]. بر همین اساس به نظر می‌رسد، در افراد مبتلا به افسردگی، سطوح بالای سازش‌نایافتگی،

1. Vaillant.

تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت بدین طریق، ۳۵ فرد مبتلا به افسردگی برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: ابتلا به افسردگی بر اساس دریافت حداقل نمره ۲۰ از پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) و مصاحبه بالینی توسط یک روانپزشک مبتنی بر معیارهای DSM-5، حداقل سواد در سطح دیپلم، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، نداشتن بیماری‌های جسمی و اختلال روانپزشکی حاد دیگر به غیر از افسردگی و همچنین تمایل برای شرکت در مطالعه بودند. تعداد افراد گروه سالم نیز ۳۵ نفر بود که بر اساس هم‌تاسازی در متغیرهای سن، تحصیلات و جنسیت با گروه بیمار انتخاب شدند. در ابتدا به تمامی افراد شرکت کننده، درباره فرایند، ماهیت و هدف این پژوهش توضیحات لازم ارائه شد. همچنین درباره محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان لازم داده شد. در طول مدت پاسخ‌دهی شرکت‌کننده‌ها، پژوهشگر حضور فعال داشت تا در صورت لزوم به پرسش‌های آنها پاسخ دهند. ابزار پژوهش شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II):

پرسشنامه افسردگی بک نخستین بار در سال ۱۹۶۱ م. تدوین شد. در سال ۱۹۹۶ م، بک^۱ و همکارانش برای پوشش دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند [۳۱]. این نسخه ویرایش شده دارای ۲۱ گویه است و هر گویه دارای ۴ گزینه است که بر اساس صفر تا ۳ نمره‌گذاری شده و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. گویه‌های این ابزار نشانه‌های جسمی، رفتاری و شناختی افسردگی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهند. حداکثر نمره در این ابزار ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد و نمره بیشتر بیانگر افسردگی شدیدتر است. کسب نمره ۱۴-۱۹ نشان دهنده افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ نشانه افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ نشانه افسردگی شدید است. در پرسشنامه افسردگی بک از آزمودنی خواسته می‌شود، احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به پرسش‌ها پاسخ دهد. نتایج مطالعات

افسردگی اختلالی است که از یک سو شیوع آن رو به افزایش است و از سوی دیگر، با پیامدهای منفی و گسترده فردی و اجتماعی همراه می‌باشد، بنابراین شناسایی عوامل دخیل در این اختلال حائز اهمیت است. با توجه به وجود آسیب‌ها و مشکلاتی نظیر افکار منفی، تجارب هیجانی و عاطفی پریشان‌کننده، خستگی، سازش‌نایافتگی، ساختار شخصیتی شکننده، ناتوانی در برقراری یک رابطه مفید با خود و دیگران و الگوی مخرب خودسرزنی و ناتوان‌کننده در مبتلایان به افسردگی، به نظر می‌رسد، بررسی توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و وضعیت روابط موضوعی در این افراد به عنوان عوامل و شاخص‌های مهم روانشناختی که با مشکلات مرتبط با افسردگی نیز در ارتباط هستند، اهمیت داشته باشد و به درک بهتر عوامل موثر در افسردگی می‌تواند کمک کند. در همین راستا پژوهش حاضر در نظر دارد تا به مقایسه توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی در افراد مبتلا به افسردگی با افراد سالم بپردازد و به دنبال پاسخ به این پرسش پژوهشی است که آیا بین افراد مبتلا به افسردگی و افراد سالم تفاوت معناداری در توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی وجود دارد؟ این یافته علاوه بر توسعه دانش نظری و تجربی در زمینه عوامل روانشناختی دخیل در افسردگی، به پیشگیری از اختلال افسردگی و همچنین طراحی مداخلات مفید برای درمان آن نیز کمک می‌کند.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. در این پژوهش دو گروه آزمودنی شامل افراد مبتلا به افسردگی و افراد سالم شرکت داشتند. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بود که در سال ۱۳۹۸ به مراکز روان درمانی و مطب‌های روانپزشکی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. برای انتخاب گروه نمونه افراد مبتلا به افسردگی، از بین افراد مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی فصیح زاده، کلینیک روانشناسی بیات، مطب دکتر مریم صحت پور، دکتر محمد مجدزاده و دکتر رحیم آرمان در شهر شیراز، افرادی که دارای نمره بالاتر از ۲۰ از پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) بودند، شناسایی شدند و برای تشخیص قطعی افسردگی توسط یک روانپزشک طی مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای راهنمای

1. Beck.

صورت درست / نادرست پاسخ‌دهی می‌شود و چهار خرده مقیاس بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمحوری و بی‌کفایتی اجتماعی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بل [۳۵] ضرایب اعتبار بازآزمایی چهار هفته‌ای خرده مقیاس‌های آن را ۰/۶۷-۰/۹۰ و ثبات درونی آن را ۰/۷۷-۰/۹۰ گزارش کرده است. روایی این مقیاس نیز از طریق سنجش همبستگی آن با مقیاس‌های مختلف مانند مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی مختصر، مقیاس نشانگان مثبت و منفی و پرسشنامه چندمحوری بالینی میلیون تأیید شده است. به عنوان نمونه، میزان همبستگی معنادار مقیاس روابط موضوعی بل با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی مختصر بین ۰/۳۱-۰/۴۶ گزارش شده است. در ایران پژوهشی با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس روابط موضوعی بل انجام شد که یافته‌ها از اعتبار مطلوب مقیاس حکایت داشتند. ضریب آلفای کرونباخ عوامل مقیاس ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ و ضریب اعتبار دو نیمه کردن ۰/۶۰ تا ۰/۷۷ بدست آمد [۲۹].

پرسشنامه مکانیسم دفاعی (Defense Style Questionnaire):

پرسشنامه سبک‌های دفاعی توسط (۱۹۹۳م) طراحی شده است. پرسشنامه سبک‌های دفاعی یک ابزار ۴۰ سؤالی با مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است که ۲۰ مکانیسم دفاعی را بر اساس سه سبک دفاعی نوروتیک، رشدیافته و رشد نایافته می‌سنجد [۲۲]. نمره‌گذاری این ابزار برای هر سبک دفاعی، بر اساس میانگین نمره‌های آن سبک دفاعی قابل محاسبه است. سبک دفاعی رشد یافته شامل: مکانیسم‌های الایی‌گرایی، شوخ‌طبعی، پیشاپیش‌گری و فرونشانی (حذف) است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نوروتیک عبارتند از: امحا، دیگر دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و تشکل واکنشی. سبک دفاعی رشد نایافته شامل ۱۲ مکانیسم دفاعی است: فرافکنی، پرخاشگری فعل‌پذیر، گذار به عمل، مجزاسازی، بی‌ارزش‌سازی، خیال‌پردازی در خودمانده، انکار، جابجایی، تفرق، دوپاره‌سازی، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی. اندروز و همکاران [۲۲] ضرایب همبستگی ۰/۴۶ تا ۰/۸۶ را در مورد آزمون و آزمون مجدد آن گزارش کرده‌اند و آلفای کرونباخ را برای سبک‌های دفاعی رشدنا یافته، رشدیافته و نوروتیک به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۸ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در مطالعه

انجام شده در کشورهای مختلف در مورد اعتبار پرسشنامه افسردگی بک، نشان می‌دهند که این ابزار از اعتبار قابل‌قبولی برخوردار است. بک و همکاران [۳۱] ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و سالم را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای در جمعیت ایرانی نیز با انجام تحلیل عاملی تأییدی، مدل دو عاملی آن تأیید شده و ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان گزارش کرده‌اند و همچنین ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است [۳۲].

مقیاس توانمندی ایگو (Ego strength scale):

پرسشنامه توانمندی ایگو توسط بارون^۱ (۱۹۵۳م) تنظیم شده است و باور افراد در خصوص خودبستگی به همراه یک نگرش متوازن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۳۳]. این پرسشنامه حاوی ۵۲ گویه است و به بررسی مواردی چون کفایت فردی، کارکرد جسمی، انزوا، وضعیت اخلاقی و توانایی مقابله با ترس می‌پردازد. هرچه نمره آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد، احتمال اینکه فرد توان مقابله با مسائل را بدون احساس ضعف داشته باشد، بیشتر است و برعکس نمره پایین در این مقیاس نشان دهنده ضعیف بودن بیشتر فرد در کنار آمدن با چالش‌های زندگی است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه توانمندی ایگو به صورت صفر و یک است بطوری که برای پاسخ بله نمره یک و برای پاسخ خیر، نمره صفر لحاظ می‌گردد؛ بنابراین حداقل نمره در پرسشنامه توانمندی ایگو برابر صفر و حداکثر آن برابر ۵۲ خواهد بود. طبق گزارش بارون [۳۳]، پایایی زوج - فرد پرسشنامه توانمندی ایگو برای نمونه‌ای از ۱۲۶ بیمار ۰/۷۶ و ضریب بازآزمایی آن برای دانشجویان مرد و زن به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۲ است. در پژوهشی در ایران نیز ضریب بازآزمایی (با یک فاصله ۸ هفته‌ای) برای دانشجویان ۰/۷۷ و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۵ بدست آمد [۳۴].

مقیاس روابط موضوعی بل (Bell Object Relations Inventory):

مقیاس روابط موضوعی بل یکی از پرکاربردترین ابزار برای سنجش روابط موضوعی است [۳۵]. این یک مقیاس ۴۵ گویه‌ای و خودگزارش‌دهی است که به

1. Barron.

2. Bell.

آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی گروه سالم ۲۷/۵۲ (۶/۱۴) و میانگین سنی گروه بیمار ۲۹/۸۷ (۸/۰۲) بود. در گروه افراد سالم ۱۷ نفر مرد و ۱۸ نفر زن و در گروه بیمار ۱۵ نفر مرد و ۲۰ نفر زن حضور داشتند. در گروه سالم و بیمار به ترتیب ۱۵ و ۱۸ نفر دیپلم و فوق دیپلم، ۱۲ و ۹ نفر لیسانس، ۵ و ۶ نفر فوق لیسانس و ۳ و ۲ نفر دکترا حضور داشتند.

دیگری ضریب آلفای کرونباخ را برای هر یک از سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نایافته و روان‌آزرده برای دانشجویان پسر ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۲، دانشجویان دختر ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ گزارش شد که بیانگر همسانی درونی مناسب برای نسخه ایرانی این پرسشنامه است. ضریب اعتبار باز آزمایشی را برای آزمودنی‌های پسر و دختر به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۴ و برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۲ با فاصله چهار هفته‌ای گزارش کرده‌اند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و از روش‌های آمار استنباطی،

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار | آماره آزمون کلموگروف - اسمیرنوف | سطح معناداری |
|-------------------|--------|---------|--------------|---------------------------------|--------------|
| توانمندی ایگو | سالم | ۲۸/۷۱ | ۸/۶۱ | ۰/۵۶ | ۰/۶۲ |
| | افسرده | ۲۱/۸۸ | ۱۰/۱۲ | ۰/۳۹ | ۰/۷۸ |
| خودمحوری | سالم | ۱۰/۳۱ | ۲/۶۷ | ۰/۸۴ | ۰/۲۳ |
| | افسرده | ۱۲/۰۰ | ۳/۲۸ | ۰/۱۸ | ۰/۹۲ |
| بیگانگی | سالم | ۲/۲۸ | ۱/۲۰ | ۰/۳۲ | ۰/۸۲ |
| | افسرده | ۳/۴۲ | ۱/۳۷ | ۰/۷۰ | ۰/۴۲ |
| دل‌بستگی نایمن | سالم | ۵/۴۸ | ۲/۴۴ | ۰/۲۶ | ۰/۸۷ |
| | افسرده | ۶/۷۷ | ۱/۹۱ | ۰/۸۹ | ۰/۱۸ |
| بی‌کفایتی اجتماعی | سالم | ۹/۲۱ | ۲/۵۳ | ۰/۴۷ | ۰/۷۳ |
| | افسرده | ۱۱/۲۳ | ۳/۰۷ | ۰/۵۲ | ۰/۶۸ |
| رشد نیافته | سالم | ۴۸/۶۰ | ۱۰/۳۵ | ۰/۶۶ | ۰/۴۹ |
| | افسرده | ۵۵/۱۴ | ۱۴/۳۲ | ۰/۹۲ | ۰/۱۵ |
| رشد یافته | سالم | ۲۷/۶۸ | ۷/۵۰ | ۰/۱۲ | ۰/۹۸ |
| | افسرده | ۱۹/۹۷ | ۵/۷۹ | ۰/۶۳ | ۰/۵۱ |
| روان‌آزرده | سالم | ۲۱/۱۴ | ۵/۴۰ | ۰/۷۳ | ۰/۴۰ |
| | افسرده | ۲۵/۰۷ | ۷/۸۹ | ۰/۲۹ | ۰/۸۳ |

دفاعی رعایت شده بود ($P > 0.05$). طبق نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۲، آزمون لامبدای ویلکز و آماره F مربوط به آن در بررسی تفاوت نمرات دو گروه در ترکیب مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت: بین این دو گروه در حداقل یکی از مؤلفه‌های توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

پیش از انجام تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس مفروضات آنها بررسی شد. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف گویای نامعناداری این آماره و رعایت فرض نرمال بودن توزیع نمرات بود ($p > 0.05$). نتایج آزمون لوین نیز گویای رعایت فرض برابری واریانس‌ها بود ($p > 0.05$). بر اساس نتایج آزمون ام. باکس نیز فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس برای متغیر روابط موضوعی و سبک‌های

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در بین دو گروه

| نام آزمون | مقدار | F | DF فرضیه | DF خطا | سطح معنی داری | اندازه اثر |
|-------------------|-------|------|----------|--------|---------------|------------|
| اثر پیلایی | ۰/۲۵ | ۶/۰۸ | ۸ | ۶۱ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۳ |
| ویلکز لامبدا | ۰/۷۶ | ۶/۰۸ | ۸ | ۶۱ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۳ |
| اثر هتلینگ | ۰/۲۹ | ۶/۰۸ | ۸ | ۶۱ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۳ |
| بزرگترین ریشه روی | ۰/۲۹ | ۶/۰۸ | ۸ | ۶۱ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۳ |

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های توانمندی ایگو، روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی

| مؤلفه‌های روابط موضوعی | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | P | اندازه اثر |
|------------------------|--------------|------------|----------------|-------|-------|------------|
| توانمندی ایگو | ۹۸/۴۷ | ۱ | ۹۸/۴۷ | ۴/۹۴ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۵ |
| خودمحوری | ۴۹/۷۲ | ۱ | ۴۹/۷۲ | ۵/۵۴ | ۰/۰۲۱ | ۰/۰۷ |
| بیگانگی | ۲۲/۸۷ | ۱ | ۲۲/۸۷ | ۱۳/۶۶ | ۰/۰۰ | ۰/۱۷ |
| دل بستگی نایمن | ۲۸/۹۲ | ۱ | ۲۸/۹۲ | ۶/۰۱ | ۰/۰۱۷ | ۰/۰۸ |
| بی‌کفایتی اجتماعی | ۷۰/۰۰ | ۱ | ۷۰/۰۰ | ۸/۸۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۱۱ |
| رشد نیافته | ۷۴۹/۱۵ | ۱ | ۷۴۹/۱۵ | ۴/۷۹ | ۰/۰۳۲ | ۰/۰۶ |
| رشد یافته | ۱۰۴۱/۴۲ | ۱ | ۱۰۴۱/۴۲ | ۱۳/۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۶ |
| روان آزرده | ۲۶۸/۱۲ | ۱ | ۲۶۸/۱۲ | ۵/۶۲ | ۰/۰۲۰ | ۰/۰۷ |

نتایج بررسی تک به تک مؤلفه‌های متغیرهای توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی و مقایسه نمرات آنها در بین دو گروه در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری، بین گروه‌های مورد بررسی از نظر توانمندی ایگو ($F = 4/94, P = 0/035$)، خودمحوری ($F = 5/54, P = 0/021$)، بیگانگی ($F = 13/66, P = 0/00$)، دل بستگی نایمن ($F = 6/01, P = 0/017$) و بی‌کفایتی اجتماعی ($F = 8/80, P = 0/004$)، سبک رشد نیافته ($F = 4/79, P = 0/032$)، سبک رشد یافته ($F = 13/09, P = 0/001$) و سبک روان آزرده ($F = 5/62, P = 0/020$) به صورت معناداری متفاوت است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه توانمندی ایگو،

مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی در افراد مبتلا به افسردگی با افراد سالم بود. طبق نتایج، افراد افسرده نسبت به افراد سالم دارای توانمندی ایگو و سبک‌های دفاعی رشد یافته ضعیف‌تر و سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده بیشتر هستند. همچنین در افراد افسرده نمرات ابعاد روابط موضوعی شامل بیگانگی، دل بستگی نایمن، خودمحوری و بی‌کفایتی اجتماعی بالاتر از گروه سالم است. همسو با یافته این مطالعه، اینی [۱۲] نیز در مطالعه خود نشان داد، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد سالم دارای نمرات بالاتر در سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده و نمرات کمتر در توانمندی ایگو هستند. زارچ و الکلیت [۱۸]، در بررسی خود به این یافته دست پیدا کردند که استفاده از سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده می‌تواند بینی‌کننده مشکلات و آسیب‌های روانی باشد.

عزت‌نفس در فرد و آسیب بیشتر در برابر مشکلات روانشناختی است [۱۳]. از همین رو، افراد مبتلا به افسردگی، با ناتوانی در سازگاری بهینه با تقاضاهای واقعیت و حفظ ثبات هویت خود، بخصوص در شرایط استرس برانگیز و تنش‌زا ظاهر می‌شوند چرا که ایگو به عنوان یک ساختار اساسی برای درک واقعیت، انسجام تجارب و دیدگاه‌ها و حفظ هویت و عاملیت خود در تجربه شرایط درونی و بیرونی در این افراد دچار تعارض و ضعف است [۱۱]. یافته دیگر این پژوهش نشان‌دهنده این بود که افراد افسرده نسبت به افراد سالم از ضعف بیشتر در سبک‌های دفاعی رشدیافته و نمرات بالاتر در سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌آزرده خبر می‌دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق مدل روانکاوی، افراد مستعد اختلالات و آسیب‌های روانشناختی از جمله افسردگی، گرایش نیرومندی به اجتناب از درک آگاهانه از عواطف و هیجانات ناخوشایند و آزردهنده دارند که به طور معمول در قالب گروهی از مکانیسم دفاعی همچون انکار، فرافکنی، ایده‌آل‌سازی، پرخاشگری منفعل، هم‌ذات‌پنداری با پرخاشگر و واکنش‌سازی در رفتار آنها نمایان می‌شود [۱۵]. برای مثال، در دفاع ایده‌آل‌سازی به عنوان یک سبک دفاعی مشهود در افراد مستعد افسردگی که معمولاً برای تقویت عزت‌نفس یا محافظت از دیگران در برابر خشم خود بکار گرفته می‌شود، وقتی فرد به ناچار با واقعیت بیرونی مواجه می‌شود و فرد ستایش شده را همانند دیگر افراد با نارسایی و ضعف‌هایی می‌بیند که قادر به برآورده ساختن انتظاراتش نمی‌باشد، ممکن است دچار ناامیدی و کاهش حس خود ارزشمندی شود که نتیجه آن افسردگی و استیصال بیشتر است [۱۶]. در دفاع هم‌ذات‌پنداری با پرخاشگر نیز فرد به جای جهت‌دهی خشم به سمت کسی که موجب آزار وی شده است، به خاطر ترس از مواجه شدن با خشمش، با برگرداندن خشم به سمت خود، خودش به بد رفتاری با خود و انتقاد از خود و خودسرزنی می‌پردازد که هزینه این اجتناب از خشم افسردگی و ناامیدی است [۱۸]. در همین راستا، می‌توان گفت: سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌آزرده با تشدید ناتوانی و ضعف درون فردی در مدیریت و تنظیم مؤثر عواطف و هیجانات منفی و دردناک، زمینه ابتلا به افسردگی را فراهم می‌سازند و به دلیل تأثیر ناچیزی که در کاهش میزان اضطراب دارند و تنها مفهوم شرایط اضطراب‌آور و شدت آن را تحریف می‌کنند،

در تبیین این یافته مبنی بر ضعف افراد دچار افسردگی در توانمندی ایگو می‌توان گفت: طبق نظریه روانکاوی، افسردگی پاسخی به فقدان واقعی یا نمادین است که فرد در آن حالت احساسات دردناک و شدید خود از جمله احساس گناه، غم و خشم که مربوط به فقدان تجربه شده است را ابراز نمی‌کند، بلکه این هیجانات منفی و دردناک در ناخودآگاهش باقی می‌مانند و در نتیجه موجب تضعیف ساختار شخصیت و بنیه روانی وی می‌شود [۱۰]. بر همین اساس، نظریه پردازان اولیه روانکاوی استدلال می‌کنند که افسردگی نشانه‌ای از اختلال عملکرد ارگانیک نیست، بلکه یک واکنش دفاعی برجسته است که توسط ایگو در برابر تعارض درون روانی ایجاد شده است [۱۱]. به طور کلی، ایگو که در وضعیت سلامت روان به عنوان یک مکانیسم تنظیم‌کننده رفتار و عملکرد روانی عمل می‌کند و به طور کلی در حالت خودآگاه قرار دارد، در حالت اختلال روانشناختی اغلب به صورت ناخودآگاه حاکم بر عملکرد روانی فرد است و اختلال در کارکرد ایگو است که به شدت به احساسات، تجارب هیجانی فرد و در مرتبه بعدی به ادراک و توان شناختی وی آسیب وارد می‌سازد [۱۲]. به خصوص در اختلال افسردگی، ایگو به صورت بیمارگونه غرق در ساختار سوپرایگو می‌شود و توانایی کنترل خود را بر دستگاه روانی را از دست می‌دهد و این وضعیت به نوبه خود منجر به خلق پایین همراه با انتقاد از خود، خودسرزنی، احساس گناه شدید، افکار خودکشی، بی‌انگیزگی، نداشتن انرژی و تعلل در انجام فعالیت‌های روزمره می‌شود [۸]. در فردی که مبتلا به افسردگی است، ایگو به ویژه در مراحل اولیه اغلب در یک وضعیت نوسانی قرار می‌گیرد، به طوری که گرچه ساختار ایگو به تدریج عقب‌نشینی می‌کند و رو به پسرفت و ضعف می‌رود؛ ولی دوباره تلاش دارد تا حدی قدرت بگیرد تا بر سیستم روانی فرد کنترل پیدا کند؛ اما این دفاع جبرانی بی‌نتیجه است و ضعف ایگو به خوبی در کمبودها و نواقص روانی از جمله بدکارکردی فردی و اجتماعی، ناتوانی در مدیریت خود و دیگران و ایفای نقش‌های خانوادگی و شغلی قابل مشاهده است [۹]. در همین راستا، نشان داده شده است که ضعف در توانمندی ایگو با اضطراب همراه است و مانع اثرگذاری سازنده بر محیط، کنترل بر روی افکار خود، به تعویق انداختن دریافت یک پاداش زودگذر و تحمل شکست می‌شود که پیامد روانی آن کاهش

اجتماعی نشان‌دهنده اطمینان نداشتن و کمرویی فرد در مورد توانایی خود در برقراری تعامل مؤثر با دیگران و خودمحوری نشان‌دهنده بی‌اعتمادی وی نسبت به انگیزه و افکار دیگران است که به مرور می‌تواند زمینه اجتناب فرد از شبکه‌های اجتماعی و ارتباطی را فراهم سازد [۲۶]. خودمحوری از اجزای بی‌اعتمادی به دیگران و کنترل و اعمال قدرت به دیگران تشکیل شده است و چنین فردی توانایی تمایز خود را از افراد دیگر تحت عنوان یک «موضوع» جداگانه ندارد، در نتیجه نمی‌تواند هویت فرد مقابل را به صورت مجزا بپذیرد که در نهایت منجر به رفتارهای خودخواهانه می‌شود. در مقابل، هرچه فرد از نظر شخصیتی قوی‌تر بوده و تعریف دقیق‌تری از خود داشته باشد در نتیجه توان بیشتری در تمایز خود از دیگران دارد و برای افراد دیگر به عنوان یک هویت مستقل ارزش قائل است [۲۵]. دلبستگی نایمن نیز نشان‌دهنده الگوهای کارکرد درونی مطرود و با پاسخ‌دهی ناکافی است که با بی‌اعتمادی به دیگران، احساس بیگانگی، حقارت و نقص مشخص می‌شود [۲۸]. بعد بیگانگی که بیانگر دلبستگی نایمن و بی‌کفایتی اجتماعی به صورت انزوا و ناتوانی فرد در دستیابی به روابط رضایت‌بخش است، گویای وسیع‌ترین بعد روابط موضوعی می‌باشد. چنین افرادی معمولاً از تعامل بین‌فردی مطلوب و رضایت‌بخشی برخوردار نیستند و خود را از حمایت عاطفی دیگران محروم می‌سازند که استیصال و درماندگی حاصل از آن در نهایت می‌تواند منجر به افسردگی و ناامیدی گردد [۲۹]. به طور کلی، نظریه‌پردازان روان‌تحلیلی و روابط موضوعی بر تعامل پویای بین روابط موضوعی درونی و محیط بیرونی و بر تأثیر واقعیت اجتماعی جاری بر روابط موضوعی درون تأکید دارند و سلامت روان را منوط به توانایی فرد در تعاملات سازنده با افراد دیگر بیرونی و درونی برای حفظ هویت شخصی و ایجاد حسی پایدار و نیرومند از خود در مواجهه با درد، پریشانی و تعارضات می‌دانند. آنها بیان می‌دارند که تداوم روان‌رنجوری در افسردگی مربوط به تلاش ناآگاهانه این افراد برای حفظ و ادامه زندگی در ساختار درون روانی خود به منظور اجتناب از ارتباط با محیط بین فردی است [۲۷]. فرد مبتلا به افسردگی، فردی است که به زندگی در سکوت و انزوا در سیستم بسته دنیای درونی خود ادامه می‌دهد و مقاومتی روان‌رنجورانه در برابر هرگونه تعامل پایدار و معنادار با اطرافیان در واقعیت بیرونی

در واقع نمی‌توانند کمک قابل توجهی به فرد افسرده در مواجهه سازنده با منبع اضطراب کنند [۲۱]. در واقع، در افراد افسرده ناتوانی ایگو در استفاده مناسب و درست از مکانیسم‌های دفاعی، نوع ادراک فرد را از احساسات و افکار خود و دیگران، به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۲]؛ بنابراین، ضعف ایگو در افراد افسرده با استفاده کمتر از دفاع‌های رشدیافته و در نتیجه احساس درماندگی و ناامیدی در موقعیت‌های بحرانی و فشارها همراه است که خود منجر به ناتوانی بیشتر ایگو می‌گردد [۱۹]. در مقابل، ایگوی توانمند فرایند دستیابی به مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته و راهبردهای مقابله مؤثر را در فرد تسهیل می‌کند و بر توانایی فرد در پذیرش و تحمل استرس، تنظیم احساسات دشوار، ناراحتی و ناامیدی بدون از دست دادن کنترل هیجانی می‌افزاید [۲۳]. افرادی که از دفاع‌های خودآگاه هستند و به احساس خشم خود و خیال‌پردازی‌های تهدیدآمیز مربوط به آن دسترسی دارند و نه تنها آن را به خود برنمی‌گردانند بلکه خشم را تحمل کرده و به صورت پخته و بهینه به فرد مورد هدف ابراز و از خود دفاع می‌کنند، قادر به استفاده از نیروی خشم در جهت تقویت انرژی روانی و سرزندگی و شادابی خود هستند [۱۷]. افراد سالم تمایل گرایش برای اتکاء به سبک‌های دفاعی رشدیافته دارند که به سازگاری بهتر آنها با واقعیت کمک می‌کند و منجر به الگوهای رفتاری و شناختی سازش یافته‌تر و واقعی‌تری در آنها می‌شود؛ چرا که سبک‌های دفاعی رشدیافته مولد ساختار شناختی و عاطفی هستند که با واقعیت تناسب بیشتری دارند و در نتیجه به کارگیری آنها توسط فرد به سلامت روانی و بهزیستی بیشتر و آسیب روانی کمتر، به ویژه افسردگی و اضطراب می‌انجامد [۲۰].

نتایج نشان داد که افراد افسرده در هر چهار خرده‌مقیاس روابط موضوعی شامل خودمحوری، بیگانگی، دلبستگی نایمن و بی‌کفایتی اجتماعی در مقایسه با افراد غیر افسرده دارای نمرات بالاتر بودند؛ بنابراین می‌توان افسردگی را به عنوان یکی از آسیب‌های روانی با کیفیت روابط موضوعی ضعیف و ناپخته مرتبط دانست. ابعاد خودمحوری، بیگانگی، دلبستگی نایمن و بی‌کفایتی اجتماعی با شاخص شدت آسیب کلی و تمامی ابعاد آسیب‌شناسی روانی در چک لیست نشانه‌های اختلال روانی رابطه دارند [۲۴]. در مبحث روابط موضوعی، بی‌کفایتی

منابع

- 1- Troubat R, Barone P, Leman S, Desmidt T, Cressant A, Atanasova B, Brizard B, El Hage W, Surget A, Belzung C, Camus V. Neuroinflammation and depression: A review. *European journal of neuroscience*. 2021 Jan; 53(1):151-71.
- 2- Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M, Steptoe A, Whooley MA, Otte C. Comorbid depression in medical diseases. *Nature Reviews Disease Primers*. 2020 Aug 20; 6(1): 69.
- ۳- اصفهانی، پروانه؛ حسینی زارع، سیده محبوبه؛ شمسانی، منیره. شیوع افسردگی در زنان ایرانی دارای سرطان پستان: متآنالیز. *طب داخلی روز*. ۱۳۹۹؛ ۲۶(۲): ۱۸۱-۱۷۰.
- ۴- رضائی هاچه سو، ویدا؛ نادریان فعلی، شادی؛ ماجانی، خدیجه؛ حکم آبادی، رجعلی؛ گلبابایی، فریده. شیوع اضطراب و افسردگی در کارکنان بهداشتی- درمانی ایران در طی پاندمی کووید-۱۹: یک مطالعه مرور نظام‌مند و متآنالیز. *بهداشت و ایمنی کار*. ۱۴۰۱؛ ۱۲(۱): ۱۴۰-۱۲۳.
- 5- Gharraee B, Tajrishi KZ, Sheybani F, Tahmasbi N, Mirzaei M, Farahani H, Naserbakht M. Prevalence of major depressive disorder in the general population of Iran: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2019; 33:151.
- 6- Hatefi M, Abdi A, Tarjoman A, Borji M. Prevalence of depression and pain among patients with spinal cord injury in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Trauma Monthly*. 2019 Jul 1; 24(4):1-8.
- 7- Minervini G, Franco R, Marrapodi MM, Mehta V, Fiorillo L, Badnjević A, Cervino G, Cicciù M. The association between COVID-19 related anxiety, stress, depression, temporomandibular disorders, and headaches from childhood to adulthood: a systematic review. *Brain Sciences*. 2023 Mar 12; 13(3): 481.
- 8- Fouché PJ, Naidoo P, Botha T. A psychobiographical portrait of adam small's eriksonian ego-strengths or virtues: Contextualized within South Africa's apartheid-eras. *New trends in psychobiography*. 2019: 423-42.

دارد که ممکن است در نهایت ساختار درون روانی را مختل سازد [۲۶]. ساختار درون روانی افراد افسرده نه تنها بر علیه موضوع ناخوشایند درونی شده مقاومت نشان می‌دهد و از ارتباط با آن یا هر موضوعی مشابه اجتناب می‌ورزد، بلکه به شدت به سرکوب جنبه‌هایی از خود نیز می‌پردازد که توسط موضوع ناخوشایند طرد شده‌اند، چرا که مواجهه با آنها می‌تواند درد روانی شدیدی را ایجاد کند و ایگوی آسیب‌پذیر را با اختلال بیشتر همراه سازد [۲۹]. در واقع، فرد افسرده از یک سو توان رویارویی و ارتباط با جهان بیرون را ندارد و از دیگر سو، توان مواجهه و تحمل بخش‌هایی از وجود خود که توسط موضوع ناخوشایند مقبول نبوده‌اند را دارا نیست و این عامل مهمی در تجربه احساسات منفی ناامیدی، غم و احساس گناه در این بیماران است [۳۰].

نتایج مطالعه حاضر گویای این بود که افراد افسرده در مقایسه با افراد سالم از ضعف بیشتر در ساختار ایگو، روابط موضوعی و کاربرد سبک‌های دفاعی برخوردار هستند. با توجه به اینکه توانمندی ایگو، مکانیسم‌های دفاعی و روابط موضوعی از متغیرهای اساسی در ابتلا به افسردگی و تشدید آن هستند، یافته این مطالعه می‌تواند در طراحی مداخلات مربوط به پیشگیری و درمان افسردگی به کار گرفته شود. این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود: یک جامعه پژوهش حاضر متشکل از افراد مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز روان درمانی و مطب روانپزشکی شهر شیراز است؛ بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر این است که داده‌ها از طریق ابزارهای خود گزارشی و پرسشنامه به دست آمده است که امکان سوگیری در یافته‌ها را محتمل می‌سازد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود؛ مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جامعه آماری بزرگتر و همچنین استفاده از روش‌هایی غیر از خود گزارشی در گردآوری داده‌ها تحقیق خود را انجام دهند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از [پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی] می‌باشد و طرح آن با کد ۳۳۹ مورخ ۱۳۹۷/۱۲/۲۰ در شورای پژوهشی دانشگاه تأیید شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی کنند.

- 18-Zerach G, Elklit A. Polyvictimization and psychological distress in early adolescence: A mediation model of defense mechanisms and coping styles. *Journal of interpersonal violence*. 2020 Nov; 35(21-22): 4732-56.
- 19-Settineri S, Frisone F, Alibrandi A, Merlo EM. Emotional suppression and oneiric expression in psychosomatic disorders: early manifestations in emerging adulthood and young patients. *Frontiers in psychology*. 2019 Aug 20; 10: 1897.
- 20-Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*. 1994 Feb; 103(1): 44.
- ۲۱-ایمانزاد، معصومه؛ عطاییگی ممتاز، گل اندام؛ موسوی مقدم، سید رحمت‌الله؛ نجفی، نسرین؛ خدادادی، زینب. تأثیر نگرش مذهبی و معنویت‌گرایی بر مکانیسم‌های دفاعی. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران*، ۱۳۹۲؛ ۲۳ (۱) و ۴: ۵۸-۵۴.
- 22-Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Archives of general psychiatry*. 1989 May 1; 46(5): 455-60.
- 23-Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*. 1993 Apr.
- 24-Klein M. Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant 1. In *Developments in psychoanalysis* 2018 May 8 (pp. 198-236). Routledge.
- 25-Eng DL. Colonial object relations. *Social Text*. 2016 Mar 1; 34(1):1-9.
- 26-Clarke S, Hahn H, Hoggett P, editors. *Object relations and social relations: The implications of the relational turn in psychoanalysis*. Routledge; 2018 Mar 26.
- 27-Grossmark R. Psychoanalytic companionship. *Psychoanalytic Dialogues*. 2016 Nov 1; 26(6): 698-712.
- 28-Levinge A. *The music of being: Music therapy, Winnicott and the school of object relations*. Jessica Kingsley Publishers; 2015 Mar 21.
- 9- Kelly WE. Nightmares and ego strength revisited: Ego strength predicts nightmares above neuroticism and general psychological distress. *Dreaming*. 2020 Mar; 30(1): 29.
- 10-Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Smiatek-Mazgaj B, Rodziński P. Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatr Pol*. 2018; 52(1): 115-27.
- 11-Ziadni MS, Jasinski MJ, Labouvie-Vief G, Lumley MA. Alexithymia, defenses, and ego strength: Cross-sectional and longitudinal relationships with psychological well-being and depression. *Journal of happiness studies*. 2017 Dec; 18: 1799-813.
- 12-Einy S. Comparing the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Cognitive-Analytic Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms in People with borderline personality disorder. *Internal Medicine Today*. 2019 Sep 10; 25(4): 324-39.
- 13-Arasu R. A Conceptual Review on Ego-Strength and Organisational Performance. *Journal of Social Responsibility*. Tourism and Hospitality (JSRTH) ISSN 2799-1016. 2022 Jan 12; 2(01): 14-7.
- 14-Markstrom CA, Marshall SK. The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of adolescence*. 2007 Feb 1; 30(1): 63-79.
- 15-Di Giuseppe M, Perry JC, Conversano C, Gelo OC, Gennaro A. Defense mechanisms, gender, and adaptiveness in emerging personality disorders in adolescent outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020 Dec 1; 208(12): 933-41.
- 16-Laczkovics C, Fonzo G, Bendixsen B, Shpigel E, Lee I, Skala K, Prunas A, Gross J, Steiner H, Huemer J. Defense mechanism is predicted by attachment and mediates the maladaptive influence of insecure attachment on adolescent mental health. *Current Psychology*. 2020 Aug; 39:1388-96.
- ۱۷-حقیقی، ماه منیر؛ یاوریان، رویا؛ معروفی، دیاکو؛ سهرابی، فریبا. بررسی رابطه بین سلامت روان و مکانیسم‌های دفاعی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. *مجله پرستاری و مامایی*. ۱۳۹۸؛ ۷(۲): ۱۱۹-۱۱۱.

- 33-Barron F. An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*. 1953 Oct; 17(5): 327.
- 34-Ataei M, Farhadi M, Rashid K. Developing a structural model for explaining psychological well-being based on ego strength and negative dimensions of time attitude. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2021 May 1; 23(3).
- 35-Bell M. Bell Object Relations Inventory for adolescents and children: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of personality assessment*. 2003 Feb 1; 80(1): 19-25.
- ۲۹-هادی‌نژاد، حسن؛ طباطباییان، محمود؛ دهقانی، محسن. بررسی مقدماتی روایی و پایایی پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت آزمایی بل. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳۹۳؛ ۲(۴): ۱۱۳-۱۲۴.
- 30-Stern S. Needed relationships and psychoanalytic healing: A holistic relational perspective on the therapeutic process. Taylor & Francis; 2017 Feb 17.
- 31-Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. Psychological assessment. 1996 Jan 1.
- ۳۲-رحیمی، چنگیز. کاربرد پرسشنامه افسردگی بک در دانشجویان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۰؛ ۴(۱): ۵۵-۶۴.

مقایسه بازشناسی حالات هیجانی چهره و هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه بین دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر و عادی

نویسندگان

مصطفی حکم‌آبادی^{۱*}، عزت‌الله احمدی^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
amiraliahmadi91@yahoo.com

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، دارای نقص‌هایی در درک، تنظیم و ابراز هیجانات خود هستند. هدف از پژوهش حاضر، تعیین تفاوت بازشناسی حالات هیجانی چهره و هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه بین دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر و عادی بود.

روش: این پژوهش یک طرح علی-مقایسه‌ای، با جامعه آماری ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان بود. پس از بررسی تمامی اعضای جامعه، تعداد ۲۰ نفر از دانشجویانی که نمرات بالاتر از سطح برش مقیاس اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶م) کسب کردند و سپس ملاک‌های مصاحبه بالینی ساختار یافته تشخیص اختلال‌های روانی را برآورد نمودند، به عنوان گروه دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر انتخاب شدند و سپس دانشجویان دیگری با همین تعداد و مبنای مشکل از افراد بهنجار انتخاب گردید. همه آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات در منتخبی از تصاویر آزمون بازشناسی هیجانی چهره اکمن و فرایزن (۱۹۷۶) و مقیاس حالت شرم و گناه مارشال و همکاران (۱۹۹۴) مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد که نشان دهنده معنی‌داری تفاوت بین دو گروه بود. در ادامه نتایج تحلیل تک متغیره نشان داد، بین گروه بهنجار و گروه دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر در بازشناسی هیجانی حالات چهره تفاوت معناداری وجود ندارد. در حالی که بین دو گروه در هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه تفاوت معناداری وجود داشت و دانشجویان دارای علائم نمرات بالاتری در این مقیاس به دست آوردند.
بحث و نتیجه‌گیری: لازم است در تبیین و درمان اختلال اضطراب فراگیر به هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه افراد توجه گردد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۲/۱۱

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۸/۲۰



کلیدواژه‌ها

اختلال اضطراب فراگیر، بازشناسی هیجانی حالات چهره، هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

mostafahokmabadii1376@gmail.com

مقدمه

آسیب‌پذیری عاطفی در برابر رویدادهای منفی غیرمنتظره حساس‌تر هستند و این حساسیت‌ها، نگرانی را به عنوان عنصر کلیدی این اختلال طولانی‌تر کرده و حفظ می‌کنند تا از این طریق فرد از یک تغییر هیجانی منفی غیرمنتظره اجتناب کند. همچنین بر اساس مدل بی‌نظمی هیجان^{۱۳} منین و همکاران [۱۴]، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای نقص‌هایی در مهارت‌های هیجانی هستند و عدم تنظیم هیجان در آن‌ها به عنوان مشکل اصلی محسوب می‌شود، بطوری‌که این افراد درک ضعیف‌تری از احساسات، واکنش منفی بیشتر نسبت به تجربه هیجانی و توانایی کمتری برای تسکین خود پس از تجربه احساسات منفی دارند [۱۵]. به طور کلاسیک، هیجان‌ها به دو دسته هیجان‌های اولیه (یعنی خشم^{۱۴}، ترس^{۱۵}، غم^{۱۶}، انزجار^{۱۷}، شادی^{۱۸} و تعجب^{۱۹}) و هیجان‌های ثانویه که ظاهراً پیچیده‌تر هستند تقسیم می‌شود [۱۶]. هیجان‌های پیچیده را به هیجان‌های خودآگاه^{۲۰} هم می‌شناسیم. این هیجان‌ها نیاز به احساس خود^{۲۱} و مهارت‌های شناختی دارند و بسته به تجربه، انتظارات و باورهای فرد می‌باشند. همچنین با استانداردها، قوانین، اهداف یا انتظارات یک گروه یا جامعه مرتبط هستند [۱۶، ۱۷]. در این میان، شرم^{۲۲} و احساس گناه^{۲۳} دو هیجان خودآگاهی هستند که در اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند [۱۸]. احساس گناه به عنوان پیامد یک رفتار ناشی از ارزیابی منفی مفهوم‌سازی می‌شود و دلالت بر اسناد درونی^{۲۴}، خاص و قابل کنترل دارد. در حالی که در شرم تمام خود، مورد بررسی قرار می‌گیرد و به صورت منفی ارزیابی می‌شود و احساس کوچک و بی‌ارزش بودن منتقل می‌شود. به عبارت دیگر، احساس گناه مستلزم احساس تنش^{۲۵}، پشیمانی^{۲۶} و تاسف از عمل انجام گرفته

اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است [۱] که با نگرانی^۲ بیش از حد و غیرقابل کنترل در مورد رویدادهای مختلف مشخص می‌شود [۲]. این نگرانی‌ها می‌توانند چندین کانون مختلف مانند امور مالی، خانواده، سلامت و یا آینده را شامل شوند. افراد مبتلا در کنترل این نگرانی‌ها ناتوان هستند، در نتیجه آن هزینه‌های شخصی و اجتماعی قابل توجهی را متحمل می‌شوند [۳] و اغلب با بسیاری از علائم روانی و فیزیکی مبهم نیز همراه هستند. این اختلال مزمن با اختلال در کیفیت زندگی، بار اجتماعی منفی و نرخ درمان ضعیف همراه است [۴]. همچنین با پریشانی^۳ و نشانه‌های افسردگی^۴ [۵]، افزایش خطر مصرف مواد^۵ و خودکشی^۶ رابطه دارد [۶] و اجتناب از موقعیت‌هایی که باعث ایجاد احساس اضطراب می‌شود نیز در این افراد دیده می‌شود [۷]. این اختلال تا دو برابر بیشتر در زنان دیده شده است [۸] و شیوع آن در جمعیت بزرگسالان ۲/۹ درصد گزارش شده است [۹] و در جامعه ایرانی نیز در جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله ۲/۵ درصد می‌باشد [۱۰].

دیدگاه‌های روانشناختی متفاوتی در باب تبیین آسیب‌شناسی روانی اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد در این میان می‌توان به مدل باورهای فراشناختی ولز^۷ [۱۱] اشاره کرد. بر اساس این نظریه این افراد دارای طرحواره‌های هیجانی^۸ خاصی هستند که به صورت افکار ناخوانده و منفی مانند بازداری^۹، نشخوار فکری^{۱۰} و اجتناب شناختی^{۱۱} از هیجان‌ها تجربه می‌شود [۱۲] و یا طبق نظریه‌های هیجان‌گرا و بر اساس مدل اجتناب از رویارویی^{۱۲}، نیومن و لرا [۱۳]، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای اختلالاتی در هیجان هستند. افراد مبتلا نسبت به احساس

13 . Emotion Dysregulation Model .

14 . Anger.

15 . Fear

16 . Sadness.

17 . Disgust.

18 . Happiness.

19 . Surprise.

20 . Self-conscious emotions.

21 . Self.

22 . Shame.

23 . Guilt.

24 . Internal Attribution.

25 . Tension.

26 . Remorse.

1 . Generalized Anxiety Disorder.

2 . Worry.

3 . Distress.

4 . Depression Disorder .

5 . Substance abuse.

6 . Suicide.

7 . Wells meta-cognition model .

8 . Emotional schemas.

9 . Inhibition.

10 . Mind rumination.

11 . Cognitive Avoidance.

12 . Theory of Experiential Avoidance.

قابل توجهی در تشخیص هیجانات (به ویژه منفی) در محرک‌های صورت نشان دادند [۲۹]. آنچه گفته شد؛ نشان‌دهنده اهمیت بالای بازشناسی هیجانی چهره و در کل هیجانات خودآگاه و ناخودآگاه در مطالعات درباره اختلالات روانی می‌باشد و پژوهش حاضر نیز به مطالعه هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه و بازشناسی هیجانی حالات چهره در افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد عادی می‌پردازد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای^۵ یا پس پس رویدادی از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود. جامعه آماری این پژوهش ۴۰۰ نفر از دانشجویان در دسترس دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند. این پژوهش دارای دو مرحله بود و در طی شش ماه دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انجام گرفت. در مرحله نخست، به منظور شناسایی اولیه و تشکیل گروه با تعداد قابل قبول برای آزمون علی - مقایسه‌ای از پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر استفاده گردید. در ابتدا تمامی اعضای جامعه به صورت انفرادی در خصوص داشتن آزادی عمل جهت شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات فردی‌شان توجیه شدند و سپس نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، دو مرحله‌ای بودن پژوهش، ثبت یک راه ارتباطی برای برقراری ارتباط (شماره تلفن یا یک آیدی فعال در فضای مجازی) در صورت برآورد ملاک مرحله بعد و آمادگی آن‌ها جهت شرکت در آن، توضیح داده شد و آن‌ها را جهت رفع ابهامات احتمالی راهنمایی شدند. پس از بررسی، ۱۸ پرسشنامه به دلیل نقص در پر کردن از مطالعه خارج شد و با بررسی ۳۸۲ پرسشنامه باقی‌مانده، ۲۲۸ نفر زن (۵۹/۷ درصد) و ۱۵۴ نفر (۴۰/۳ درصد) از حجم نمونه را مرد تشکیل داده است که ۶۱/۸ درصد (۲۳۶ نفر) از آنها دانشجوی دوره کارشناسی، ۳۴/۶ درصد (۱۳۲ نفر) دوره کارشناسی ارشد و ۳/۷ درصد (۱۴ نفر) دانشجوی دکتری بودند. همچنین محدوده سنی افراد شرکت کننده بین ۱۹ تا ۳۴ با میانگین سنی ۲۳/۳ بود.

در نهایت به بررسی پرسشنامه‌ها جهت تشکیل گروه

است؛ اما، برخلاف شرم بر هویت اصلی فرد تأثیر نمی‌گذارد. تانگنی، استیوویگ و مشک [۱۸] شرم را از نظر احساسی بیشتر از احساس گناه دردناک می‌دانند، زیرا هویت فرد را تهدید می‌کند و حل آن دشوارتر است. فردی که احساس گناه می‌کند می‌تواند عذرخواهی یا جبران کند؛ اما فردی که شرم را تجربه می‌کند باید در کل احساس خود تجدید نظر کند. تحقیقات نشان داده‌اند، افراد دارای شرم شدید، ناراحتی‌های روانی، از جمله افزایش سطح اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی بیشتری را گزارش می‌کنند [۱۹]. البته باید توجه داشت که هیجانات خودآگاه به خودی خود بهنجار هستند؛ اما زمانی که بیش از حد و یا فراگیر باشد، پیامدهای منفی برای سلامت روان دارند [۲۰]. تحقیقات فزاینده‌ای نیز وجود دارد که نشان می‌دهد، شرم و احساس گناه از ویژگی‌های مهم مشکلات روانی مختلف از جمله اختلالات اضطرابی هستند [۱۹].

از دیگر ویژگی‌های هیجانات می‌توان به جلوه هر یک از آن‌ها در چهره افراد اشاره کرد. توانایی تشخیص و بازشناسی هیجانی حالات چهره^۱ یک توانایی اساسی برای سازگاری با محیط اجتماعی است [۲۱]. بر اساس نظریه اکمن و همکارانش [۲۲، ۲۳] و در مطالعات گسترده‌ای که در فرهنگ‌های مختلف داشتند، دریافتند که حداقل شش هیجان اساسی وجود دارد که در تمام فرهنگ‌ها مشترک است. این هیجانات اساسی شامل: خشم، شادی، غم، ترس، تعجب و انزجار است و با حالات متمایز صورت مطابقت دارد [۲۴، ۲۵]. به جز شادی که در سنین پایین‌تر بر آن تسلط پیدا می‌شود، توانایی تشخیص دیگر هیجانات اساسی (یعنی خشم، انزجار، ترس، تعجب و اندوه) در بزرگسالی به اوج خود می‌رسد [۲۶]. بطوری‌که اختلال در تشخیص هیجانات چهره به عنوان یک عامل خطر فزاینده^۲ برای طیف وسیعی از اختلالات روانپزشکی معرفی شده است [۲۷]. به عنوان مثال: افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی^۳ با سطوح شدید، در تشخیص حالت‌های شاد چهره در مقایسه با افراد دارای علائم خفیف افسردگی، دقت کمتری داشتند [۲۸] و یا افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی^۴ نقص

- 1 . Facial emotion recognition.
- 2 . Transdiagnostic.
- 3 . Major Depressive Disorder.
- 4 . Panic disorder.

5 . Causal-Comparative.

یا وابستگی مواد^۸ در حال حاضر و در طول سه ماه قبل از شروع درمان می‌باشد.

در نهایت و پس از برقراری ارتباط با این دانشجویان، آزمون بازشناسی هیجانی چهره و پرسشنامه هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه تکمیل گردید. روش اجرای آزمون بازشناسی هیجان به این صورت بود؛ نخست: تصاویر نشان‌دهنده ۶ هیجان اصلی و حالت خنثی برای آزمودنی توضیح و نمایش داده می‌شد. سپس در محیطی آرام، دانشجو با فاصله ۴۰ سانتی‌متر از صفحه نمایش رایانه بر روی صندلی مناسب قرار می‌گرفت و روش کار به آن‌ها تفهیم می‌شد. آزمون به صورت رایانه‌ای اجرا گردید. ۷ تصویری که شامل گزینه‌های آزمون بود در جلوی دید آزمودنی قرار می‌گرفت، سپس یکی یکی ۴۲ تصویر دیگر بر روی صفحه رایانه به صورت واضح برای مدت ۵۰۰ میلی‌ثانیه نمایش داده می‌شد، بعد از ارائه هر تصویر، آزمودنی‌ها ۵ ثانیه فرصت داشتند تا هیجان تصویر مورد نظر را نام ببرند یا از بین ۷ تصویر که در جلو آزمودنی قرار دارد، تصویری را که از نظر هیجانی به تصویر هدف شباهت دارد، نشان دهند. عملکرد آزمودنی‌ها در این آزمون بر اساس مجموع تعداد پاسخ‌های درست‌شان سنجیده می‌شد.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر^۹: این آزمون دارای ۷ پرسش می‌باشد که توسط اسپیتزر و همکاران [۳۰] طراحی شده است و به عنوان یک مقیاس تشخیصی می‌تواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه‌های بالینی را هم تشخیص دهد. هر یک از پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت^{۱۰} از صفر تا ۳ نمره-گذاری می‌شود (اصلاً = ۰، چندین روز = ۱، بیشتر از نصف روزها = ۲ و تقریباً هر روز = ۳). بالاترین نمره این مقیاس ۲۱ می‌باشد و نمره برش پرسشنامه مساوی یا بزرگتر از ۱۰ می‌باشد. اسپیتزر و همکاران [۳۰]، پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ^{۱۱} ۰/۹۲ و از طریق ضریب بازآزمایی^{۱۲} به فاصله دو هفته، ۰/۸۳ گزارش کردند. درستی همگرایی مقیاس

دارای علائم پرداخته شد که ۵۷ نفر نمره بالاتر از ۱۰ (نمره برش^۱ پرسشنامه) به دست آوردند. در این پژوهش، تنها به نمرات بالای نقطه برش اکتفا نشد و جهت اطمینان از اینکه این افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر باشند از مصاحبه بالینی ساختار یافته تشخیص اختلال‌های روانی استفاده گردید. در نهایت در مرحله دوم، پس از برقراری ارتباط اقدام به مصاحبه از آن‌ها گردید. پس از مصاحبه از میان ۵۷ نفر تعداد ۲۰ نفر (۸ مرد و ۱۲ زن) از افراد که علاوه بر کسب نمره برش در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را برآورد کردند به عنوان اعضای نمونه دارای اختلال انتخاب شدند. پس از تشکیل گروه بالینی، همین تعداد (۸ مرد و ۱۲ زن) از افراد نیز، بدون نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر بودند، با توجه به ویژگی‌های افراد گروه بالینی انتخاب شدند و تا حد امکان از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه بالینی هم‌تاسازی شدند. در گروه بالینی محدوده سنی بین ۲۱ تا ۳۴ با میانگین سنی ۲۳/۵۰ بود. ۸۰ درصد (۱۶ نفر) دانشجوی مقطع کارشناسی، ۱۵ درصد (۳ نفر) دانشجوی مقطع ارشد و ۵ درصد (۱ نفر) نیز دانشجوی مقطع دکتری بود. در گروه بهنجار نیز پراکندگی مقطع تحصیلی مشابه با محدوده سنی بین ۲۱ تا ۳۲ با میانگین سنی ۲۴/۴۰ بود.

ملاک‌های ورود گروه بالینی عبارت بودند از؛ دانشجوی دانشگاه شهید مدنی بودن، دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر به عنوان تشخیص اصلی بر اساس ملاک‌های تشخیصی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - نسخه پنجم و تمایل جهت شرکت در مرحله بعدی پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها بود. ملاک‌های حذف از گروه بالینی نیز عبارت بودند از؛ تشخیص کنونی اختلال دوقطبی^۲، اختلال اسکیزوفرنیا^۳، اختلال اسکیزوافکتیو^۴ و سایر اختلالات روان‌پریشی^۵، اختلال اضطرابی یا خلقی ناشی از یک وضعیت یا بیماری طبی، داشتن اختلال شخصیت^۶، سابقه دریافت هر نوع درمان روان - شناختی در در جریان ۴ ماه قبل از شروع پژوهش و سابقه سوء مصرف^۷

1. Cut-off.
2. Bipolar Disorder.
3. Schizophrenia Disorder.
4. Schizoaffective Disorder.
5. Psychotic Disorders.
6. Personality Disorder
7. Substance Abuse.

8. Substance Dependence.
9. Generalized Anxiety Disorder Scale.
10. Likert Scale.
11. Cronbach's Alpha.
12. Test-Retest Reliability Coefficient.



شکل شماره ۱: نمونه تصاویر آزمون بازشناسی هیجان در چهره

فرایزن [۳۳] ایجاد شده است. این مجموعه شامل تصاویری از چهره افراد در سنین مختلف و از هر دو جنس با حالات هیجانی شادی، غم، خشم، ترس، تنفر و تعجب و خنثی بود، می‌باشد. سپس این تصاویر در یک گروه ۴۲ نفری متشکل از دانشجویان رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز که در طیف سنی ۱۹ تا ۲۲ سال قرار داشتند، به اجرا گذاشته شد. سپس ۴۲ عکس (هر هیجان ۶ عکس، به جز هیجان ترس که ۵ عکس را به خود اختصاص می‌داد) که در غربالگری اولیه، افراد شرکت کننده بیش از ۸۵ درصد توافق را در تشخیص صحیح هیجان مرتبط با تصویر دارا بودند، به عنوان محرک‌های بازشناسی و ۷ عکسی (مربوط به ۶ حالت هیجانی و حالت خنثی) را که آزمودنی‌ها ۱۰۰ درصد توافق را دارا بودند به عنوان گزینه‌های اصلی انتخاب گردیدند. سپس این ۷ تصویر در ورق‌های ۲۰×۳۰ سانتی‌متری چاپ و در مقابل دیده‌های شرکت‌کنندگان قرار گرفت در حالی که سایر تصاویر به صورت رایانه‌ای از جلو دیدگان آزمودنی رد می‌شدند. باید این نکته را متذکر شد که تصاویر به صورت تصادفی شماره‌گذاری شده و به همان ترتیب به تمام شرکت‌کنندگان ارائه شد. ضریب پایایی به روش بازآزمایی آزمون بازشناسی هیجانی مرتبط با چهره آکمن در فاصله یک هفته ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۳]. در مطالعه حاضر هم آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب آن است.

مقیاس حالت شرم و گناه^۶: این ابزار در چند نسخه

نیز با پرسشنامه‌های اضطراب بک^۱ و خرده مقیاس اضطراب در چک لیست با ۹۰ پرسش، نشانه‌های روانی^۲ را مورد بررسی قرار داد و ضریب همبستگی آن با پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲ و با چک لیست ۹۰ پرسش، نشانه‌های روانی ۰/۷۴ به دست آمد. در جامعه ایرانی نیز تحقیقی که توسط نائینیان و همکاران [۳۱] انجام گرفت، ضریب همسانی درونی^۳ مقیاس برابر با $\alpha = ۸۵$ به دست آمد و پایایی بازآزمایی برابر ۰/۴۸ به دست آمد. اعتبار همزمان مقیاس هم با بررسی رابطه آن با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اشپیل برگر^۴ برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت ۰/۵۲ به دست آمد. همچنین از طریق خرده مقیاس اضطراب در چک لیست ۹۰ پرسش، ۰/۶۳ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار قابل قبول این مقیاس مذکور در جامعه ایرانی است. در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد.

آزمون بازشناسی هیجانی چهره^۵: بازشناسی

هیجانی مرتبط با چهره در این پژوهش، توسط ۴۲ تصویر که ۶ حالت هیجانی گوناگون (خشم، تنفر، ترس، شادی، تعجب و غم) و حالت خنثی را می‌سنجید، مورد ارزیابی قرار گرفت. این آزمون توسط موسویان و نجاتی [۳۲] و با استفاده از ۱۱۰ تصویر از تصاویر هیجان‌های چهره آکمن و

- 1 . Beck Anxiety Inventory.
- 2 . Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R).
- 3 . Internal consistency coefficient.
- 4 . State-Trait Anxiety Inventory of Spielberger.
- 5 . Facial Affect Recognition Task.

6 . State Shame and Guilt Scale.

نشان‌دهنده روایی مطلوب این ابزار می‌باشد. برای سنجش پایایی ابزار هم از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای عامل شرم ۰/۸۴ و عامل احساس گناه ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برای عامل شرم ۰/۸۱، برای عامل احساس گناه ۰/۷۶ و برای کل مقیاس نیز ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب این پرسشنامه است.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱، داده‌های مربوط به پرسشنامه در تمام آزمودنی‌ها و آزمون بازشناسی هیجانی چهره و مقیاس هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه در دو گروه بالینی و بهنجار بررسی گردید و آماره‌های توصیفی مربوطه آورده شده است.

۱۵، ۱۰ و ۸ گویه‌ای می‌باشد. نسخه اصلی توسط مارشال و همکاران [۳۴] طراحی شده است که شامل ۱۵ گویه و سه خرده مقیاس ۶ شرم، احساس گناه و غرور است. در این مطالعه از مقیاس ۱۰ گویه‌ای که از دو خرده مقیاس شرم و احساس گناه تشکیل شده است، استفاده گردید. گویه‌ها بر اساس پیشینه نظری مربوط به هر خرده مقیاس شرم و احساس گناه طرح‌ریزی شده‌اند که در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از اصلا احساس نکرده‌ام = ۱ تا به طور کامل احساس کرده‌ام = ۵) ایجاد شده است. آلفای کرونباخ این ابزار برای عامل شرم ۰/۸۹ و عامل احساس گناه ۰/۸۲ به دست آمد. روایی و پایایی این پرسشنامه در جامعه ایران توسط ورمقانی و همکاران [۳۵] انجام گرفت و سپس از برگردان آن به فارسی به منظور بررسی روایی از روش تحلیل عاملی اکتشافی و روایی همگرا استفاده شد که

جدول شماره ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | کمترین نمره | بیشترین نمره |
|-------------------------------|---------|------------------|-------------|--------------|
| اضطراب فراگیر کلیه آزمودنی‌ها | ۶/۴۳ | ۴/۱۴ | ۰ | ۲۱ |
| اضطراب فراگیر | ۳/۳۵ | ۲/۱۳ | ۰ | ۸ |
| | ۱۵/۳۰ | ۳/۳۸ | ۱۱ | ۲۱ |
| خشم | ۴/۵۰ | ۱/۱۴ | ۳ | ۶ |
| | ۴/۶۰ | ۱/۲۷ | ۰ | ۶ |
| ترس | ۳/۷۵ | ۱/۵۸ | ۲ | ۶ |
| | ۴/۲۵ | ۱/۲۰ | ۲ | ۶ |
| تنفر | ۴/۷۵ | ۱/۰۶ | ۲ | ۶ |
| | ۵/۲۵ | ۰/۸۵ | ۴ | ۶ |
| غم | ۵/۵۰ | ۰/۷۶ | ۴ | ۶ |
| | ۵/۳۰ | ۰/۸۰ | ۴ | ۶ |
| تعجب | ۵/۷۰ | ۰/۵۷ | ۴ | ۶ |
| | ۵/۷۵ | ۰/۶۳ | ۴ | ۶ |
| خنثی | ۵/۶۰ | ۰/۶۸ | ۵ | ۶ |
| | ۵/۸۰ | ۰/۴۱ | ۵ | ۶ |
| شادی | ۵/۹۵ | ۰/۲۲ | ۵ | ۶ |
| | ۵/۹۵ | ۰/۲۲ | ۵ | ۶ |
| هیجان خودآگاه شرم | ۶/۸۰ | ۲/۵۲ | ۵ | ۹ |
| | ۸/۶۰ | ۳/۸۴ | ۵ | ۱۱ |
| هیجان خودآگاه احساس گناه | ۱۰/۱۰ | ۴/۲۲ | ۵ | ۱۹ |
| | ۱۲/۹۵ | ۳/۵۱ | ۹ | ۱۸ |

جهت تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها و پی بردن به وجود تفاوت بین دو گروه آزمودنی بلامانع است.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (جدول شماره ۲)، افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تفاوت معناداری در مؤلفه‌های مورد بررسی در سطح معناداری ($F = 2/601$; $P < 0/05$) نشان می‌دهند. این بدان معناست که گروه‌ها حداقل در یکی از مؤلفه‌ها دارای تفاوت معنادار هستند. از طرفی با توجه به ضریب اتای محاسبه شده می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه قادرند ۵۰ درصد از واریانس متغیر ترکیبی را تبیین کنند. در ادامه، جهت تعیین اینکه دو گروه در کدام یک از متغیرهای پژوهش با هم تفاوت دارند از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. نخست به منظور اطمینان از رعایت پیش فرض‌ها جهت استفاده از تحلیل واریانس، نرمال بودن متغیرهای مقایسه‌ای از طریق آزمون شاپیرو ویلک، همگنی واریانس با آزمون لون و همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس به واسطه آزمون ام باکس ($F = 2/11$, $F = 0/02$) = سطح معناداری) بررسی شد و معنادار نبودن نتایج آن‌ها نشان‌دهنده برقراری این پیش فرض‌ها بود. همچنین همبستگی بین متغیرهای مقایسه‌ای از طریق آزمون کرویت بارتلت ($197/794 =$ مجذور خی دو، $0/00 =$ سطح معناداری) معنادار بدست آمد که نشان می‌دهد پیش فرض - های تحلیل واریانس چند متغیره در سطح $P < 0/05$ محقق شده است؛ بنابراین، استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره

جدول شماره ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره مؤلفه‌های بازشناسی هیجانی چهره و هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه در دو گروه

| اندازه اثر | سطح معناداری | درجه آزادی خطا | درجه آزادی فرضیه | شاخص تحلیل واریانس | مقدار | آزمون | گروه |
|------------|--------------|----------------|------------------|--------------------|-------|---------------|------|
| ۰/۵۰ | ۰/۰۲ | ۲۸ | ۱۱ | ۲/۶۰۱ | ۰/۴۹۵ | لامبدای ویلکس | گروه |

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های بازشناسی هیجانی چهره و هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه

| متغیر | مؤلفه‌ها | مجموع مجدورات | درجه آزادی | میانگین مجدورات | شاخص تحلیل واریانس | سطح معناداری | اندازه اثر |
|----------------------------------|------------------------|---------------|------------|-----------------|--------------------|--------------|------------|
| بازشناسی هیجانی چهره | خشم | ۰/۱۰۰ | ۱ | ۰/۱۰۰ | ۰/۰۶۸ | ۰/۷۹۶ | ۰/۰۰۲ |
| | ترس | ۲/۵۰۰ | ۱ | ۲/۵۰۰ | ۱/۲۵۸ | ۰/۲۶۷ | ۰/۰۳۲ |
| | تنفر | ۲/۵۰۰ | ۱ | ۲/۵۰۰ | ۲/۶۷۶ | ۰/۱۱۰ | ۰/۰۶۶ |
| | غم | ۰/۴۰۰ | ۱ | ۰/۴۰۰ | ۰/۶۵۵ | ۰/۴۲۳ | ۰/۰۱۷ |
| | تعجب | ۰/۰۲۵ | ۱ | ۰/۰۲۵ | ۰/۰۶۸ | ۰/۷۹۶ | ۰/۰۰۲ |
| | خنثی | ۰/۴۰۰ | ۱ | ۰/۴۰۰ | ۱/۲۶۷ | ۰/۲۶۷ | ۰/۰۳۲ |
| | شادی | ۰/۰۰۱ | ۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۱ | ۰/۰۰۱ |
| | مجموع هیجانات | ۱۱/۰۲۵ | ۱ | ۱۱/۰۲۵ | ۱/۰۵۵ | ۰/۳۱۱ | ۰/۰۲۷ |
| هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه | شرم | ۱۳/۵۲۲ | ۱ | ۱۳/۵۲۲ | ۵/۲۶۷ | ۰/۰۲۷ | ۰/۱۲ |
| | احساس گناه | ۵۲/۹۰۰ | ۱ | ۵۲/۹۰۰ | ۵/۲۲۱ | ۰/۰۲۸ | ۰/۱۲ |
| | مجموع شرم و احساس گناه | ۱۰۴/۳۰۸ | ۱ | ۱۰۴/۳۰۸ | ۶/۵۳۱ | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۴ |

شناسایی هیجان‌ها پیچیده به طور خاص‌تر و بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد تا هیجان‌ها پایه [۳۶]. در نهایت باید تأکید کرد، فرآیند بازشناسی در محیطی مصنوعی انجام می‌گیرد و فرد متوجه این موضوع می‌شود که نوع چهره و حالات هیجانی چهره صرفاً در راستای انجام یک آزمایش است و ناشی از شرایط واقعی نیست که بتواند سطح اضطراب شخص را کاهش و دقت وی را تحت تأثیر قرار دهد.

در مقایسه مؤلفه هیجان‌ها خودآگاه شرم و احساس گناه، تحلیل داده‌ها حاکی از تفاوت بین دو گروه است و مقایسه میانگین نمره به دست آمده در این دو هیجان خودآگاه نشان‌دهنده نمره بالاتر گروه دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر نسبت به گروه کنترل است. یافته‌های این پژوهش همسو با پژوهش‌های قبلی می‌باشد که شرم و احساس گناه را از ویژگی‌های مهم مشکلات روانی مختلف از جمله اختلالات اضطراب فراگیر می‌دانند [۴۵، ۴۶]. روش و همکاران [۴۷] معتقدند؛ این احساسات خودآگاه با احساس بی‌کفایتی و ضعف همراه است که ممکن است خودکارآمدی فرد را تضعیف کند و در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و تهدیدکننده، راه را برای احساس ترس و اضطراب هموار کند. از طرف دیگر، در سطح رفتاری، شرم با تمایل به ناپدید شدن و فرار همراه است که شباهت زیادی با اجتناب را نشان می‌دهد که یکی از مکانیزم‌های کلیدی در حفظ آسیب‌شناسی اضطراب است. همچنین از آنجایی که در اختلال اضطراب فراگیر، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (نشخوارفکری، مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران) نسبت به راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، باز ارزیابی مثبت، توجه مثبت به خود) فراوانی بیشتری دارند، ممکن است باعث شود در ارزیابی افراد مبتلا از خود، هیجان‌هایی مانند شرم و گناه در آن‌ها را برانگیخته نماید [۴۸]. نگرانی نیز ممکن است به عنوان یک استراتژی برای کاهش احساسات منفی مانند شرم و گناه استفاده شود و از این طریق نگرانی می‌تواند مفید باشد، زیرا ممکن است آنها را برای رویارویی با پیامدهای ترسناک بازدارد یا آنها را آماده کند و زمانی که این امر محقق شود، ممکن است کمتر احساس شرمندگی یا گناه کنند زیرا سعی کردند آن را متوقف کنند یا حداقل این تلاش را انجام دادند [۴۹]. همچنین بر اساس نظریه تانگنی و دیرینگ [۵۰] شرم و

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳، روش تحلیل واریانس تک متغیره نشان‌دهنده تفاوت‌نداشتن معناداری بین گروه بهنجار و گروه دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر، از لحاظ مؤلفه‌های بازشناسی هیجانی چهره در تمامی هیجان‌ها می‌باشد ($P > 0.05$). در حالی که در مؤلفه‌های هیجان‌ها خودآگاه شرم ($F = 5.267$; $P < 0.05$) و احساس گناه تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده می‌شود (جدول شماره ۱) می‌توان استنباط نمود، میزان هیجان‌ها خودآگاه شرم و احساس گناه در دانشجویان دارای اختلال اضطراب فراگیر، بیشتر از دانشجویان بهنجار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه، به مقایسه هیجان‌ها خودآگاه شرم و احساس گناه و بازشناسی هیجانی حالات چهره در بین افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر و عادی پرداخته است. بر اساس آنچه از تحلیل داده‌ها به دست آمد، تفاوت معناداری بین بازشناسی هیجانی حالات چهره در بین افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر و عادی دیده نشده که با نتایج یون و همکاران [۳۶] و دیر و همکاران [۳۷] همسو است و ناهمسو با نتایجی است که اختلال اضطراب فراگیر را با افزایش یا کاهش دقت در تشخیص احساسات چهره مرتبط می‌دانند [۳۸، ۳۹، ۴۰]. مثلاً در مطالعه راپورت و همکاران [۴۱] این اختلال با شناخت دقیق‌تر هیجان‌ها شادی و ترس همراه بوده است و یا نیومن و همکاران [۴۲] از مشکل این افراد در شناسایی هیجان‌ها اولیه، از جمله خشم، غم، و یا شادی را گزارش می‌دهد. در تبیین یافته مطالعه حاضر، می‌توان گفت: با توجه به اینکه اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی بیش از حد و غیرقابل کنترل در مورد رویدادها مشخص می‌شود [۴۳] و نسبت به اختلالات دیگری همچون اختلال اضطراب اجتماعی کمتر راجع به افراد دیگر و نحوه برخورد با آن‌ها نگران هستند، از این رو لزوم تفاوت در سوگیری یا توجه بیش از حد نسبت به چهره یا حالتی از آن احتمال کمتری دارد. همچنین در این افراد، عمده مشکلات شامل سوگیری‌های شناختی در پردازش هیجان‌ها است [۴۴] و این سوگیری‌های شناختی به مرحله پردازش اولیه (یعنی توجه) مرتبط است، شناختی که در

منابع

- 1- Chen JT-H, Lovibond PF. Threat appraisal and negative affect under ambiguity in generalised anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020; 76: 102299. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102299>
 - 2- Lelisho ME, Merera AM, Tareke SA, Hassen SS, Jemal SS, Bambo MM. Generalized anxiety disorder among mothers attending perinatal services during COVID-19 pandemic: using ordinal logistic regression model. *Heliyon*. 2022; 8(6): e09778. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09778>
 - 3- Richards D, Richardson T, Timulak L, McElvaney J. The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*. 2015; 2(3): 272-82. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.07.003>
 - 4- Eilert N, Enrique A, Wogan R, Mooney O, Timulak L, Richards D. The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*. 2021; 38(2): 196-219. <https://doi.org/10.1002/da.23115>
 - 5- Curtiss J, Klemanski DH. Taxonicity and network structure of generalized anxiety disorder and major depressive disorder: An admixture analysis and complex network analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 199: 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.076>
 - 6- Asselmann E, Wittchen H-U, Lieb R, Perkonig A, Beesdo-Baum K. Incident mental disorders in the aftermath of traumatic events: A prospective-longitudinal community study. *Journal of affective disorders*. 2018; 227: 82-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.004>
 - 7- Hazlett-Stevens H. Generalized anxiety disorder symptom improvement following mindfulness-based stress reduction in a general hospital setting. *Journal of Medical Psychology*. 2020; 22(1): 21-9. <http://dx.doi.org/10.3233/JMP-170012>
 - 8- Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*. 2011; 21(9): 655-79. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- احساس گناه به دلیل وابستگی که به مفهوم خطاکاری، نقض ارزش‌ها یا قوانین، تأسف و پشیمانی فرد دربارهٔ اعمالش دارد با ترس از مجازات، ترس از پذیرفته نشدن از جامعه یا ترس از عواقب اجتماعی و روانی همراه است که می‌تواند موجب ایجاد اضطراب در فرد شود، زیرا در این حالت فرد ممکن است نگران تأثیر اعمال خود بر روابط و جایگاه اجتماعی خود باشد. در نهایت باید گفت: هیجانات یک عنصر کلیدی در بررسی اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد و در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افراد بهنجار عملکرد ضعیف‌تری در خودآگاهی هیجانی [۵۱]، تنظیم هیجانی [۵۲] و درک هیجانی [۵۳] شاهد هستیم. از این جهت پیشنهاد می‌شود در مداخلات درمانی، توجه ویژه‌ای به هیجانات و به خصوص هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار در شروع و تداوم ایناختلال شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد؛ با توجه به اینکه اختلال در توانایی تشخیص هیجانات چهره با طیف وسیعی از بیماری‌های روانپزشکی مرتبط است [۵۴] و یافته‌ها در رابطه با این متغیر درباره اختلال اضطراب فراگیر دارای تعارضاتی است، پژوهش‌های بیشتری جهت شناخت بهتر این عملکرد و حل این تعارضات انجام گیرد. به علاوه در این مطالعه شیوع اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان بیشتر از میزان شیوع در مطالعات قبلی و نسبت به افراد غیر دانشجو بود که نیازمند بررسی و ارزیابی بیشتر می‌باشد. در اشاره به محدودیت‌های این پژوهش باید خاطر نشان کرد؛ با اینکه، نهایت تلاش را در کنترل شرایط فرهنگی و حالات هیجانی شرکت کننده قبل از شرکت در پژوهش انجام گرفت؛ اما، نمی‌توان با اطمینان از عدم تأثیرگذاری این عوامل در پژوهش سخن گفت. در باب محدودیت‌های روش‌شناختی این پژوهش نیز، باید گفت: داده‌ها از طریق ابزار خود گزارشی جمع‌آوری شدند و امکان سوگیری در پاسخ‌دهی وجود دارد. همچنین نمونه مورد بررسی در این پژوهش صرفاً از یک جامعه دانشجویی و به صورت داوطلب و در دسترس بود و از این باب در تعمیم نتایج بایستی جانب احتیاط رعایت شود.
- در پایان از تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش جهت همکاری در اجرای این پژوهش تشکر به عمل می‌آید.

- 18-Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ. Moral emotions and moral behavior. *Annu Rev Psychol*. 2007; 58: 345-72.
<https://doi.org/10.1146%2Fannurev.psych.56.091103.070145>
- 19-Cândeia D-M, Szentagotai-Tătar A. Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*. 2018; 58: 78-106.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.005>
- 20-Yakeley J. Shame, culture and mental health. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2018; 72(sup1): S20-S2.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1525641>
- 21-Poncet F, Soussignan R, Jaffiol M, Gaudelus B, Leleu A, Demily C, et al. The spatial distribution of eye movements predicts the (false) recognition of emotional facial expressions. *Plos one*. 2021; 16(1): e0245777.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1371/journal.pone.0245777>
- 22-Ekman P, Friesen WV. Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology*. 1971;17(2):124.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0030377>
- 23-Ekman P, Friesen WV, O'sullivan M, Chan A, Diacoyanni-Tarlatzis I, Heider K, et al. Universals and cultural differences in the judgments of facial expressions of emotion. *Journal of personality and social psychology*. 1987; 53(4): 712. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.4.712>
- 24-Ekman, P. Are there basic emotions? *Psychological Review*. 1992; 99(3), 550-553.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.99.3.550>
- 25-Ekman P. Facial expressions. *Handbook of cognition and emotion*. 1999; 16(301): e320.
- 26-Richoiz A-R, Lao J, Pascalis O, Caldara R. Tracking the recognition of static and dynamic facial expressions of emotion across the life span. *Journal of vision*. 2018; 18(9): 5.
<https://doi.org/10.1167/18.9.5>
- 27-Burley DT, Hobson CW, Adegboye D, Shelton KH, Van Goozen SH. Negative parental emotional environment increases the association between childhood behavioral problems and impaired recognition of negative facial expressions. *Development and psychopathology*. 2022; 34(3): 936-45.
<https://doi.org/10.1017/s0954579420002072>
- 9- Association AP. Neurodevelopmental disorders: DSM-5® selections. American Psychiatric Pub; 2015.
- 10-Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian medicine*. 2015; 18(2): 76-84.
- 11-Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 1995; 23(3): 301-20.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S135246580015897>
- 12-LeBlanc NJ, Bartuska A, Blanchard L, Baker A, Bui E. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Theoretical foundations and empirically supported strategies. *Psychiatric Annals*. 2021; 51(5): 210-5.
<https://doi.org/10.3928/00485713-20210412-02>
- 13-Newman MG, Llera SJ. A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*. 2011; 31(3): 371-82.
<https://doi.org/10.1016%2Fj.cpr.2011.01.008>
- 14-Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2005; 43(10): 1281-310.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- 15-Pawluk EJ, Koerner N, Kuo JR, Antony MM. An experience sampling investigation of emotion and worry in people with generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2021; 84: 102478.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102478>
- 16-Tangney JP, Tracy JL. *Self-Conscious Emotions*. New York: Guilford Press. 2012.
- 17-Muris P, Meesters C. Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical child and family psychology review*. 2014; 17: 19-40.
<https://doi.org/10.1007/s10567-013-0137-z>

- 37-Dyer ML, Attwood AS, Penton-Voak IS, Munafò MR. The role of state and trait anxiety in the processing of facial expressions of emotion. *Royal Society open science*. 2022; 9(1): 210056. <https://doi.org/10.1098/rsos.210056>
- ۳۸- بابایی نادینلویی، کریم؛ ستاری، مرضیه. بررسی مقایسه‌ای بازشناسی هیجانات پایه و پیچیده (صوتی و تصویری) در بیماران با اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۱۳۹۶؛ ۳(۱): ۳۶-۱۷.
<https://doi.org/10.22055/jacp.2019.26033.1076>
- 39-Goodwin H, Yiend J, Hirsch CR. Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017; 54: 107-22. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.006>
- 40-Berg HE, Ballard ED, Luckenbaugh DA, Nugent AC, Ionescu DF, Zarate Jr CA. Recognition of emotional facial expressions in anxious and nonanxious depression. *Comprehensive psychiatry*. 2016; 70: 1-8. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.comppsy.2016.06.007>
- 41-Rappaport LM, Di Nardo N, Brotman MA, Pine DS, Leibenluft E, Roberson-Nay R, et al. Pediatric anxiety associated with altered facial emotion recognition. *Journal of anxiety disorders*. 2021; 82: 102432. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102432>
- 42-Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual review of clinical psychology*. 2013; 9:275-97. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>
- 43-Lelisho M E, Merera AM, TarekeSA, Hassen SS, Jemal SS, BamboMM. Generalized anxiety disorder among mothers attending perinatal services during COVID-19 pandemic: using ordinal logistic regression model. *Heliyon*. 2022; 8(6): e09778. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09778>
- 44-MacLeod C, Mathews A. Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2012; 8: 189-217. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143052>
- 28-Krause FC, Linardatos E, Fresco DM, Moore MT. Facial emotion recognition in major depressive disorder: A meta-analytic review. *Journal of affective disorders*. 2021; 293: 320-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.053>
- 29-Bottinelli F, Delvecchio G, Moltrasio C, Ferro A, Diwadkar VA, Brambilla P. Facial emotion recognition in panic disorder: a mini-review of behavioural studies. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 282: 173-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.064>
- 30-Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006; 166(10):1092-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 31-Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*. 2011; 9(1): 41-50. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7>
- ۳۲- موسویان، الهام؛ نجاتی، سیده فرشته. بررسی بازشناسی هیجان چهره در افراد با علائم روان‌شناختی بر اساس پرسشنامه نشانگان روانی (SCL-90-R). *دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*. ۱۳۹۵؛ ۵(۱): ۲۹-۱۱۳. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23223782.1395.5.1.8.8>
- 33-Ekman P, Friesen WV. Measuring facial movement. *Environmental psychology and nonverbal behavior*. 1976; 1: 56-75. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01115465>
- 34-Marschall D, Sanftner J, Tangney JP. The state shame and guilt scale. Fairfax, VA: George Mason University; 1994.
- ۳۵- ورمقانی، حمیرا؛ پورشریفی، حمید؛ سلیمانی، علی؛ فتحی آشتیانی، علی. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس حالت شرم و احساس گناه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴۰۱؛ ۲۳(۲): ۱-۱۰. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2020.1901251.2459>
- 36-Yoon S, Kim HS, Kim JI, Lee S, Lee SH. Reading simple and complex facial expressions in patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2016; 70(3): 151-8. <https://doi.org/10.1111/pcn.12369>

- 50-Tangney JP, Dearing RL. Shame and guilt. New York: Guilford Press. 2003.
- 51-Kranzler A, Young JF, Hankin BL, Abela JR, Elias MJ, Selby EA. Emotional awareness: A transdiagnostic predictor of depression and anxiety for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016; 45(3): 262-9. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.987379>
- ۵۲- جاویدفر، سمیه؛ محمود علیلو، مجید؛ بخشی پور، عباس. مقایسه ذهن- آگاهی و بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و عادی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۴۰۱؛ ۱۶(۶۴): ۱-۱۴. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1400.16.64.1.0>
- 53-Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and anxiety*. 2015; 32(8): 614-23. <https://doi.org/10.1002/da.22377>
- 54-Leleu A, Saucourt G, Rigard C, Chesnoy G, Baudouin JY, Rossi M, et al. Facial emotion perception by intensity in children and adolescents with 22q11. 2 deletion syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 25: 297-310. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0741-1>
- 45-Shahar B, Bar-Kalifa E, Hen-Weissberg A. Shame during social interactions predicts subsequent generalized anxiety symptoms: A daily-diary study. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2015; 34(10): 827-37. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2015.34.10.827>
- 46-Schoenleber M, Chow PI, Berenbaum H. Self-conscious emotions in worry and generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(3): 299-314. <https://doi.org/10.1111/bjc.12047>
- 47-Rüsch N, Corrigan PW, Bohus M, Jacob GA, Brueck R, Lieb K. Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiatry Research*. 2007; 150(3): 313-25. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.04.018>
- ۴۸- سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما، سرافراز؛ مهدی‌رضا، شریفیان، محمدحسین. رابطه شفقّت خود، ارزش خود و تنظیم هیجانات خودآگاه. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی. ۱۳۹۱؛ ۶(۳): ۱-۹. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20080166.1391.6.3.1.2>
- 49-Schoenleber M, Chow PI, Berenbaum H. Self-conscious emotions in worry and generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(3): 299-314. <https://doi.org/10.1111/bjc.12047>

وفاداری به طرح درمان در مداخله‌های مدرسه‌مبنا

نویسندگان

محمد مهدی کاوه سمنانی^۱، سعید اکبری زردخانه^{۲*}، امید شگری^۳، جلیل فتح‌آبادی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. kaveh121mm@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. oshokri@yahoo.com

۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. j_fathabadi@sbu.ac.ir

چکیده

روش‌شناسی، مبنای طراحی یک مداخله مؤثر است. در مطالعات مدرسه‌مبنا اصطلاح «وفاداری به طرح درمان» یا «طرح مداخله» شامل راهبردهای روش‌شناختی است که برای نظارت بر مداخله‌های کاربردی ضروری است و به این معناست که مداخله همان‌گونه که طراحی شده انجام و مؤلفه‌های اصلی مداخله منجر به ایجاد نتایج مطلوب شده است. وفاداری به طرح درمان سازه‌ای چندبعدی است که شامل ابعاد پایبندی به مداخله، کیفیت مداخله، کمیت مداخله و فرایند مداخله می‌شود. این سازه، پژوهش‌گر را کمک می‌کند تا از رویایی و پایایی مداخله‌های بالینی مطمئن شود. گزارش وفاداری به درمان و پیاده‌سازی یک طرح مداخله، راهبردهایی در مورد چگونگی اجرای مداخله، سازگاری طرح مداخله در بافتار موردنظر و موانع پیش‌روی طرح در پیاده‌سازی و نگهداری ارائه می‌دهد. در غیر این صورت سایر پژوهشگران و کاربران از شرایط انجام طرح مطلع نخواهند شد. بنابراین، تعیین سطح مطلوب این سازه در مداخله‌ها و اندازه‌گیری آن بسیار مهم است. در دهه‌های اخیر به تدریج توجه پژوهشگران بیش از پیش به اهمیت وفاداری به طرح درمان جلب شده است. اما به نظر می‌رسد این مقوله نیازمند توجه جدی‌تر از سوی پژوهشگران است. از سویی وفاداری به طرح درمان در مداخله‌های مدرسه‌مبنا با توجه به تنوع بافتار و چیدمان مدارس و همچنین محیط پویای مدرسه توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. برخی از پژوهشگران و نشریات معتبر در سال‌های اخیر بر این باورند، بدون گزارش وفاداری به طرح درمان نمی‌توان مطمئن بود تغییرات رفتاری در آزمودنی‌ها نتیجه تأثیر متغیر مستقل است. این نوشتار تلاش می‌کند تا ابعاد وفاداری به طرح درمان را در مداخله‌های مدرسه‌مبنا معرفی نماید.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۸/۰۹



کلیدواژه‌ها

مداخله‌های مدرسه‌مبنا، وفاداری به درمان، ساخت مداخله

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

Akbari76ir@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

حالت، به‌میزان حداقلی اهداف را محقق کرده‌اند. اگر طرح مداخله یا درمان به‌طور واضح مشخص نبوده یا پیاده‌سازی آن با اهداف سازگار نباشد؛ احتمالاً ارزشیابی نشانگر اثربخشی نسبی آن خواهد بود، شاید نشانگر اثربخشی نیز نباشد. مهم‌تر از آن، در این شرایط برنامه‌های بالقوه مؤثر ممکن است به دلیل نتایج نامطلوب از دور خارج شوند [۱۰، ۹]. این خطا در اثر ناکارآمدی درمان نیست، بلکه به این دلیل است که مداخله به شیوه صحیح صورت نگرفته است. این وضعیت خطای نوع سوم^۴ نام دارد [۱۱، ۶]. لذا وفاداری به درمان^۵ به عنوان فرایندی مؤثر برای کنترل خطای نوع سوم، می‌تواند مدنظر باشد [۶، ۱۰].

وفاداری به درمان به‌عنوان راهبرد روش‌شناختی چندبعدی

وفاداری به درمان (وفاداری به پیاده‌سازی^۶ و وفاداری به مداخله^۷) یکی از ابعاد اساسی مداخله‌های روان‌شناختی است. معنای وفاداری (یکپارچگی^۸) این که مداخله همان‌گونه که طراحی شده انجام شود [۱۲، ۱۳، ۱۴]. مؤلفه‌های وفاداری به درمان عبارتند از [۱۵، ۱۶]: الف. پایبندی^۹ (تقید به محتوا یا مراحل ارائه‌شده در مداخله)؛ ب. کمیت^{۱۰} (میزان مواجهه آزمودنی‌ها با فرایند مداخله)؛ ج. کیفیت^{۱۱} (شرایط ارائه مداخله و چگونگی درگیری آزمودنی‌ها)؛ و د. فرآیند^{۱۲} (نحوه و توالی ارائه برنامه، وجوه تمایز برنامه). از سوی دیگر چهارچوب مفهومی وفاداری به درمان، به دو مفهوم وفاداری به ساختار (مانند پایبندی، مدت‌زمان مداخله) و وفاداری به فرآیند (مانند کیفیت ارائه، وجوه تمایز برنامه) قابل تفکیک است. این دو در کنار یافته‌های حاصل از اثر آن به ارزشیابی مداخله منتج می‌شود [۱۳، ۱۹، ۱۸، ۱۷]. بنابراین، در صورت نبوداطمینان از وفاداری به درمان، تفسیر و تعمیم نتایج آماری و تهیه گزارش از آن از کفایت و صلاحیت علمی برخوردار نخواهد بود.

سیاری از مداخله‌ها در بافتار مدرسه، مداخله‌های مبتنی

مدرسه به‌عنوان نهادی اجتماعی، جایی است که کودکان و نوجوانان تجربه اجتماعی شدن را از سر می‌گذرانند، با همسالان و مربیان تعاملات پیچیده‌ای دارند و سبک زندگی اجتماعی و ویژگی‌های روان‌شناختی آنان فرصت بروز پیدا می‌کند [۱]. هرچند که در برخی کشورها، گزارش‌های مربوط به سلامت روان‌شناختی کودکان و نوجوانان از شفافیت کافی برخوردار نیست [۲]. ولی در گزارش‌های رسمی جوامعی که در آن‌ها این امر موضوع مهم فرهنگی-اجتماعی به‌شمار می‌رود، می‌توان روند رو به رشد مشکلات روان‌شناختی این گروه را مشاهده کرد (به‌عنوان مثال گزارش روند ۲۰۲۳م. انجمن روانشناسی آمریکا) [۳]. به این دلیل در این کشورها، ضرورت توجه به مداخله‌ها مدرسه‌مبنا به‌عنوان موضوعی حیاتی پذیرفته شده است.

مداخله‌های روان‌شناختی مدرسه‌مبنا لازم است مانند سایر مداخله‌ها بر اساس روش‌شناسی مبتنی بر شواهد طراحی شود [۴]. با توجه به بافتار متنوع مدارس به نظر می‌رسد آگاهی دقیق سایر پژوهشگران و افرادی که مسئولیت اداره مدارس را به عهده دارند، از چگونگی طراحی، پیاده‌سازی و ارزشیابی مداخله‌ها نقشی تعیین‌کننده در تعمیم نتایج و توسعه الگوهای مداخله‌ها دارد [۵]. در این راستا دابسون^۱ و کوک^۲ [۶] تمرکز بر مطالعه فرایندها و نتایج برنامه‌های عمومی مداخله‌ها را برای ارزشیابی سیاست‌ها^۳ ضروری می‌دانند. ارزیابی فرایندهای برنامه‌های مداخله عمومی، منجر به دست‌آوردهای قابل توجه در توسعه استانداردها برای کسب آگاهی بیش‌تر اندیشمندان از میزان تحقق اهداف برنامه‌ها شده است [۷]. به تبع این امر، پیشرفت‌های قابل توجهی در روش‌شناسی ارزشیابی برنامه مداخله‌های رخ داده است. پژوهشگران این حوزه بر رویکردهایی تأکید دارند که در آن‌ها با توسعه طرح‌های پژوهش دقیق، تفسیرهای رقیب از نتایج به‌طور موثر رد می‌شود [۸].

روسی [۹] اندازه اثربخشی برنامه‌های مداخله‌های عمومی را صفر ارزیابی کرده و معتقد است اکثر برنامه‌ها، زمانی که به‌درستی ارزشیابی شوند، ناکارآمد بوده یا در بهترین

4 . type III error.
5 . treatment fidelity.
6 . implementation fidelity.
7 . intervention fidelity.
8 . integrity.
9 . adherence.
10 . quantity.
11 . quality.
12 . process.

1 . Dobson.
2 . Cook.
3 . policy evaluation.

بین درک ضرورت اندازه‌گیری و گزارش وفاداری، با تنوع ملاک‌های ارائه‌شده برای اندازه‌گیری آن در مداخله‌های مختلف قابل تبیین است. برای بهبود این امر، لازم است در تهیه این ملاک‌ها دقت کرد که آن‌ها کاربرپسند^۸ و قابل کاربست در زمینه‌های مختلف باشد. این ملاک‌ها هنگامی که با نتایج مشاهده شده ارتباط قابل مشاهده باشد، به ابزار مهمی در ایجاد مداخله‌های شواهدمحور تبدیل خواهند شد [۲۷]. رید^۹ و سنتی^{۱۰} [۲۸] با بررسی نظام‌مند مطالعات مداخله‌های مدرسه‌مبنا نشان دادند وفاداری به درمان به‌ندرت گزارش می‌شود. در نظرسنجی از پژوهشگران، نیاز به زمان زیاد برای اندازه‌گیری آن و دیگری نبود توافق در مورد مناسب‌ترین روش برای ارزیابی وفاداری از شایع‌ترین علل نبود گزارش این شاخص بوده است. مانع دیگر چندبعدی بودن این سازه است که معمولاً فقط بعد عینی و سهل‌الوصول پایبندی به آن گزارش می‌شود. از سویی برخی پژوهشگران معتقدند از آنجایی که وفاداری به درمان به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده در تفسیر نتایج وارد می‌شود، پژوهشگران تقیدی برای گزارش نتایج آن نشان نمی‌دهند [۲۹].

شاید بیشترین ارتباط وفاداری به درمان، در بررسی روایی^{۱۱} یا دقت^{۱۲} یافته‌ها باشد. داده‌های وفاداری به درمان برای نتیجه‌گیری معتبر در مورد اثرات مداخله‌ها بر متغیرهای وابسته ضروری است. به‌عنوان مثال، بدون اطلاع از وفاداری به درمان، اگر دانش‌آموزی در پایان درمان، بهبود یا تغییرات رفتاری جزئی نشان دهد و یا اصلاً تغییری نشان ندهد، پژوهشگر ممکن است به این نتیجه برسد که مداخله بی‌اثر بوده است؛ درحالی‌که در واقع ممکن است اگر مداخله مطابق و با کیفیت برنامه تعیین شده پیش می‌رفت، تغییرات اساسی را در پی داشت. نبود اندازه‌گیری و گزارش وفاداری به درمان، میزان اعمال یافته‌های پژوهش به سایر محیط‌ها و آزمودنی‌ها را نیز تهدید می‌کند (روایی بیرونی). اگر پژوهشگری بدون توجه به وفاداری به درمان، نتایج مثبت حاصل از مداخله یا درمان را گزارش کند، این امکان وجود دارد که مداخله‌ای متفاوت از برنامه‌ریزی اولیه اجرا شده

بر پاسخ به مداخله^۱ است. مرکز پاسخ به مداخله‌های ایالات‌متحده علاوه بر چهار ویژگی اصلی مداخله‌ها (شواهدمحوری، نظارت مداوم، غربال‌گری^۲ عمومی و سطح سه‌گانه روند مداخله^۳)، اخیراً ویژگی وفاداری به درمان را به این لیست اضافه کرده است [۲۱، ۱۲، ۲۰]. باچه^۴ بیان می‌کند: پژوهشگران موظفند کلیه مراحل شرایط را قدم‌به‌قدم احصاء و گزارش کنند؛ درغیراین صورت نتایج مداخله‌های مبتنی بر پاسخ، در تصمیم‌گیری‌ها معتبر نیست. برخی از پژوهشگران و نشریات معتبر نیز بر این باورند که بدون گزارش وفاداری به درمان نمی‌توان مطمئن بود تغییرات ایجادشده نتیجه تNثیر مداخله است و حتی بیان کرده‌اند که در طرح‌های تک‌موردی، آزمایشی و نیمه-آزمایشی گزارش مؤلفه‌های پایبندی و کیفیت وفاداری از اجزاء ضروری ارزشیابی و تصمیم‌گیری درباره نتایج مداخله‌ها است [۱۸، ۲۳، ۲۲].

درحالی‌که کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده^۵ به‌طور گسترده به‌عنوان یک روش ارزشمند برای بررسی اثرات مداخله‌های آموزشی به‌شمار می‌رود، اما چنین کارآزمایی‌هایی نمی‌توانند فاصله بین طراحی و اجرای واقعی یک مداخله را توضیح دهند. بنابراین، مطالعه اثر مداخله دچار ابهام است [۲۴، ۲۵، ۲۶]. باید به این نکته توجه داشت که تعیین تغییر میزان واریانس تنها دلیل برای اندازه‌گیری وفاداری به درمان (پیاده‌سازی) نیست، بلکه طبق دیدگاه کوردری^۶ و پیون^۷ مواردی چون تعیین میزان مداخله که باید اعمال شود، درک انسجام مداخله یا درمان، افزایش اعتبار استنتاجی که می‌تواند از مطالعات اثر مداخله به دست آید و بهینه‌سازی استفاده از این نتایج برای هدایت مداخله در حال انجام و سایر مداخله‌ها با اندازه‌گیری این شاخص قابل تحقق است [۲۶].

چالش‌های سازه وفاداری به درمان در مداخله‌های مدرسه‌مبنا

به گفته بسیاری از پژوهشگران، بخشی از فاصله موجود

8 . user friendly.
9 . Reed.
10 . Sanetti.
11 . validity.
12 . accuracy.

1 . Response to Intervention (RTI).
2 . screening.
3 . three tiers of intervention.
4 . Batsche.
5 . Randomized Controlled Trial (RCT).
6 . Cordray.
7 . Pion.

گزارش‌شده در مطالعه نباشند. در جدول ۱ این موارد خلاصه شده است.

باشد و همین تفاوت‌ها باعث بهبود نتایج شده باشد. بنابراین، زمانی که سایر پژوهشگران و مربیان مداخله را طبق برنامه اصلی انجام می‌دهند، احتمالاً شاهد اثرات مثبت

جدول ۱. تفسیر وفاداری به درمان و داده‌های نتیجه دانش‌آموز [۲۸]

| | | وفاداری به درمان | |
|-----------------|--------|--|--|
| | | کافی | ناکافی |
| نتایج دانش‌آموز | کافی | مداخله برای شرکت‌کنندگان در مطالعه مؤثر بوده است. | بهبود در شرکت‌کنندگان مشاهده شده است، ولی نمی‌توان نتیجه گرفت مداخله علت بهبود بوده است. |
| | ناکافی | مداخله برای شرکت‌کنندگان در مطالعه مؤثر نبوده است. | بهبودی در شرکت‌کنندگان وجود ندارد و در مورد اثر مداخله نمی‌توان نظر قطعی داشت. |

در مرحله ارزشیابی مداخله، منجر به راه‌اندازی چرخه‌ای می‌شود که در نهایت منجر به بهبود مداخله می‌شود [۳۱]. به‌عنوان مثال در چهارچوب‌های مبتنی بر پیاده‌سازی، مداخله به نحوی طراحی می‌شود که بیش‌ترین اطمینان از اثربخشی آن به‌دست‌آید. همچنین در چهارچوب‌های مبتنی بر نظریه و شواهد، مداخله‌ها مبتنی بر ترکیبی از شواهد تحقیقاتی منتشرشده و نظریه‌های رسمی (روان‌شناختی یا سازمانی) و یا نظریه‌های خاص مداخله است [۳۱]. از جمله این چهارچوب‌ها، نقشه‌نگاری مداخله^۴ است. در این روش بعد از مشخص شدن مدل منطقی مداخله، اهداف عملکردی و تعیین‌کننده‌های تغییر رفتار مشخص می‌شود. سپس مداخله طراحی می‌شود و در گام‌های بعدی، ساخت و اجرای مداخله و در نهایت ارزشیابی اثر آن انجام می‌شود. این رویکرد پژوهش‌گران را قادر می‌سازد تا دلایل موفقیت یا ناکارآمدی یک مداخله را تبیین کنند [۳۲].

ملاک‌های تعیین وفاداری به طرح در مداخله‌های مدرسه‌مبنا

چگونگی اندازه‌گیری وفاداری به درمان از چالش‌های موجود در ادبیات پژوهش است. برای ارزشیابی وفاداری به درمان، لازم است هریک از ابعاد وفاداری، قبل و بعد از مداخله سنجیده شود. بوکلی و همکاران [۲۹] بیان کرده‌اند تا زمان انتشار مقاله‌شان در سال ۲۰۱۷م. مستندی در حیطه مداخله‌های آموزشی نیافته‌اند که در آن ساخت و روایی سنجی مقیاس‌های وفاداری انجام شده باشد. در ضمن

بی‌توجهی به پیامدهای نامطلوب یا نبود حصول بهبودی در مداخله‌ها، از مسائلی است که بسیاری از پژوهش‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر توجه به اهمیت معناداری بالینی در کنار معناداری آماری و احتراز از اثر کشوی‌میز^۱ می‌تواند با وفاداری به درمان رابطه مستقیم داشته باشد. اثر کشوی‌میز به معنای نادیده‌گرفتن و عدم گزارش نتایج غیرمعنادار آماری است. البته نتایج غیرمعنادار آماری مورد استقبال نشریات علمی پژوهشی نیز نیست و به‌این‌ترتیب سوگیری در انتشار نتایج ایجاد می‌شود. توجه به این نکته ضروری است که در بسیاری از پژوهش‌ها معناداری بالینی فقط در صورت فقدان معناداری آماری گزارش می‌شود. هرچند این فقدان معناداری معمولاً منتسب به بخش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها است؛ اما باید متوجه بود که چنین نتایجی حاصل کل فرایند مداخله است. در صورتی که یافته‌های نامطلوب و فرض‌های صفر^۲ پذیرفته‌شده گزارش نشوند، بخش مهمی از درک پژوهش از دست خواهد رفت. روشن است چنین پدیده‌ای موجب کژفهمی‌های در تفسیر دستاوردهای مداخله‌ها خواهد داشت [۳۰].

در سال‌های اخیر برنامه‌های مداخله با تبعیت از چهارچوب‌های توسعه مداخله‌ها در راستای ارتقای وفاداری به درمان هستند. یکی از موفق‌ترین این چهارچوب‌ها، توسط اوکاتن^۳ و همکاران معرفی شده است. این چهارچوب‌ها، نوعی چشم‌انداز مدیریتی به مداخله به دست می‌دهند و معمولاً

1. File-drawer effect.
2. Null findings.
3. O' Cathain.

4. Intervention mapping.

شود. انطباق به معنای تغییر بخش‌هایی از مداخله بدون آسیب‌زدن به تأثیر مطلوب آن و انحراف، دورشدن برنامه‌ریزی‌نشده از هدف مداخله است. درحالی‌که انطباق به تغییرات هدفمند در محتوا یا روش ارائه مداخله اشاره دارد؛ انحراف به صورتی ناخواسته و ناآگاهانه در مداخله‌ها رخ می‌دهد. از آنجایی‌که انحراف، عناصر مداخله را تغییر می‌دهد، می‌تواند اثرات مثبت مداخله را کاهش دهد. به‌عنوان مثال، معلمی که تمرینی را برای دانش‌آموز دارای مشکل یادگیری ریاضی در نظر می‌گیرد و در ادامه این تکلیف را با داشته‌ها و آموخته‌های قبلی وی پیوند می‌زند تا آموزش اتفاق بیافتد. اما اگر به تدریج معلم از تمرین‌هایی استفاده کند که میزان مطالب آشنا و آموخته‌شده در آن‌ها کاهش یابد و موضوعات ناشناخته‌شده تری ارائه شود که منجر به افزایش اشتباهات یادگیرنده شود، نوعی انحراف اتفاق افتاده و نتایج مطلوب آموزش را کاهش می‌دهد [۳۶]. انحراف از برنامه را می‌توان با جمع‌آوری داده‌های وفاداری به درمان شناسایی و گزارش کرد. انطباق را می‌توان قبل یا حین مداخله پیش برد و بهتر است عناصر اصلی مداخله که بر اساس مبانی نظری و تجربی در پیش‌بینی نتایج مؤثر هستند، تغییر نکند. اما عواملی که بر اساس توانایی و تخصص مداخله‌کنندگان منجر به بهبود نتایج مداخله می‌شوند، قابل دست‌کاری است. به‌عنوان مثال: دانش‌آموزی که به دلیل ضعف در انجام حرکات ظریف در نوشتن کند است، می‌تواند تا زمانی که این نقص برطرف شود از پاسخ شفاهی به‌جای نوشتن استفاده کند. در این وضعیت علاقه‌مندی آزمودنی به ادامه مداخله نیز حفظ می‌شود [۳۸،۳۷،۲۸].

تسهیل‌گرها و موانع وفاداری به درمان در مداخله‌های مدرسه‌مبنا

از مهم‌ترین بازدارنده‌های وفاداری به درمان در مداخله‌های مدرسه‌مبنا، محدودیت زمان و منابع برای انجام دقیق مداخله‌ها است. ممکن است ذی‌نفعان تمایلی به اختصاص زمان و منابع متناسب با طرح نداشته باشند. در این صورت طرح در حین انجام دستخوش تغییراتی خواهد شد که لزوماً گزارش نمی‌شود. حضور نداشتن افراد متخصص برای انجام یا نظارت بر مداخله‌ها عامل بازدارنده دیگری است که وفاداری به درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۴۰،۳۹]. از سوی دیگر ممکن است توانایی و تخصص افراد

یادآور شده‌اند، از موانع اساسی این امر، نبود توافق پژوهشگران در مورد مناسبت روش ارزشیابی وفاداری به درمان بوده است؛ بنابراین، ساخت چنین ابزاری را ضروری دانسته‌اند.

شوئنوالد^۱ و همکاران [۳۳] نیز توصیه کرده‌اند، برای توسعه معیاری عینی برای ارزشیابی وفاداری به درمان، لازم است پژوهشگران به استانداردهای آزمون‌های آموزشی و روان‌شناختی (از جمله انجمن پژوهش آموزشی آمریکا^۲، انجمن روان‌شناسی آمریکا^۳ و شورای ملی اندازه‌گیری در آموزش^۴) نظر داشته باشند. ارائه شواهد ارزیابی روایی مداخله‌ها براساس چنین اسنادی، شیوه‌های ارزشیابی و رویکردهای سنجش را همسو می‌کند. در این اسناد، معمولاً استانداردهای پنج‌گانه حاضر پیش‌روی پژوهشگران قرار دارد: ۱. محتوای آزمون (محتوای ارزیابی تا چه میزان هدف موردنظر را دربر دارد و تا چه میزان ارتباط، وضوح و اهمیت هر یک از موارد موجود در ارزیابی را نشان می‌دهد)؛ ۲. فرآیندهای پاسخ (چگونه ارزیاب‌ها داده‌ها را جمع‌آوری و تفسیر می‌کنند)؛ ۳. ساختار درونی (ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی فردی و فرایند ارزیابی به‌عنوان یک کل)؛ ۴. روابط با سایر متغیرها (به‌عنوان مثال، پیش‌بینی متغیرهای خروجی یک مطالعه بر اساس نمرات به‌دست‌آمده از یک ابزار در مطالعات همبستگی یا آزمایشی) و ۵. پیامدهای مداخله (به‌عنوان مثال، تعیین این‌که آیا مزایای پیش‌بینی‌شده و یا پیامدهای منفی پیش‌بینی‌نشده از مداخله حاصل می‌شود). معمولاً مطالعاتی که در آن از ابزارهای محقق‌ساخته برای ارزیابی وفاداری استفاده می‌شود، شواهد محدودی از روایی ابزار و ارتباط آن با متغیرهای دیگر، اعتبار بین‌ارزیابان و همگونی درونی ارائه می‌دهند. در نتیجه چگونگی فرآیند روایی‌سنجی روش اندازه‌گیری وفاداری محدود می‌شود [۳۱،۳۴،۳۵].

هنگام بررسی و تفسیر داده‌های وفاداری به درمان در عمل، ضروری است تفاوت بین انطباق^۵ و انحراف^۶ مشخص

1. Schoenwald.
2. American Educational Research Association (AERA).
3. American Psychological Association (APA).
4. National Council on Measurement in Education (NCME).
5. adaptation.
6. drift.

فکر شد و محتوایی مناسب تدارک دیده شود. در نظر گرفتن برنامه‌ای برای آموزش ذی‌نفعان به سازندگان مداخله در رفع این موانع کمک می‌کند.

زمان‌بندی مناسب و دقت در مداخله نکردن با روند جاری مدرسه، از مواردی است که وفاداری به درمان را تسهیل می‌کند. قدردانی از افرادی که به انجام طرح کمک می‌کنند نقشی تعیین‌کننده در پیشبرد اهداف طرح از جمله وفاداری به پیاده‌سازی و طرح درمان دارد. پشتیبانی اطلاعاتی و حرفه‌ای از این افراد از اهمیت بالایی برخوردار است و منجر به کاهش ناسازگاری‌های رفتاری و مقاومت می‌شود. به‌طور معمول معلمان با سابقه، مقاومت بیش‌تری دارند، شاید لازم باشد در درگیر کردن ارکان مدرسه در مداخله‌ها به این نکته توجه کرد. در مجموع هرچه افراد مشارکت‌کننده در طرح از منطبق و اهداف طرح آگاه‌تر باشند، شرایط بهتری برای پیاده‌سازی و وفاداری به درمان تجربه خواهد شد [۳۶، ۴۱، ۴۳].

اجرا و ارزشیابی وفاداری به درمان در مداخله‌های مدرسه‌مبنا

مطالعات فراتحلیل نشان می‌دهند وفاداری به درمان در مداخله‌های مدرسه‌مبنا به سرعت کاهش پیدا می‌کند، به‌طوری‌که معلمان معمولاً مداخله‌ها را با وفاداری بالا برای چند روز اجرا می‌کنند، پس از آن به تدریج در اجرای دقیق آن با شکست مواجهه می‌شود؛ یا به‌طور کلی کنار گذاشته می‌شود. هرچند در انجام موفق مداخله‌ها معمولاً وفاداری کامل به درمان رعایت نمی‌شود؛ اما رابطه مستقیم آن با اثربخشی مداخله در بسیاری از پژوهش‌ها مشاهده شده است [۴۳، ۴۵، ۴۶]. در بررسی مداخله‌های معتبر مدرسه‌مبنا در دنیا سهم عمده پیاده‌سازی مداخله‌ها بر عهده پژوهش‌گر و یا گروه مداخله‌کننده‌ای است که مشاوران، معلمان و در صورت لزوم روانشناس مدرسه در آن قرار دارند. لذا، ضرورت دارد این گروه آموزش دقیق و هدفمندی را در خصوص وفاداری به طرح درمان دریافت کنند.

مداخله‌های پیچیده^۲ شامل چندین مؤلفه اصلی تأثیرگذار در طرح نیازمند مراقب پیش‌رفته‌تر از مقوله وفاداری هستند. هرچه پیچیدگی مداخله بیشتر و مداخله به دنبال اثربخشی فردی باشد، اندازه‌گیری وفاداری به درمان

حاضر با آن‌چه برای اجرای درست طرح مداخله پیش‌بینی شده است، هماهنگی نداشته باشد. زیرا اولویت روان‌شناسان مدرسه، سنجش و ارزیابی ویژگی‌های سلامت‌روان‌شناختی است؛ مشاوران نیز به هدایت تحصیلی مشغول‌اند؛ مددکاران اجتماعی هم متمرکز بر رفع مشکلات و مسائل رفتاری در ارتباط با خانواده یا ناسازگاری‌های اجتماعی هستند؛ و معلمان هم اغلب از نیازهای روان‌شناختی و نحوه انجام مداخله‌ها آگاهی ندارند. والدین هم معمولاً با این امر آشنایی ندارند [۴۱، ۴۲]. به‌این ترتیب انجام‌پذیرفتن صحیح، منسجم، با کیفیت و به موقع بخش‌های مداخله دچار افت می‌شود.

در کنار ابهام نقش کارکنان مدرسه، حضور نداشتن آزمودنی‌ها در برخی جلسات یا تعداد افراد درگیر در اجرای مداخله‌ها گزارش نمی‌شود. این بی‌توجهی‌ها بر کمیت و کیفیت نتایج تأثیرگذار است. به نظر می‌رسد این موارد موجب ناهماهنگی مداخله با برنامه‌های جاری مدرسه می‌شود. در نتیجه به شکل طبیعی، این امور موجب پذیرش نشدن و کاهش همکاری در فرایند اجرای طرح می‌شود. فراتر از این حتی برخی مخالفت‌های ضمنی و آشکار با طرح نیز در مدرسه وجود دارد و ممکن است از دید پژوهشگران دور بماند. البته بخش بزرگی از اثر این مخالفت‌ها با جلب و تقویت حمایت مدیریت مدرسه، می‌تواند خنثی شود. از این رو لازم است آگاهی‌بخشی مؤثر برای مدیران و ارکان مدرسه اتفاق بیافتد [۴۲].

یکی از مواردی که وفاداری به پیاده‌سازی طرح مداخله را یاری می‌کند، جلب مشارکت^۱ افرادی است که به‌عنوان آزمودنی و یا ذی‌نفع با طرح در ارتباط هستند. بسیاری از معلمان و تسهیل‌گران از مستندات علمی و مبانی مفهومی مداخله‌ها بی‌اطلاع هستند و به همین دلیل رویکردی مخالف دارند. اطلاع‌رسانی شفاف در مورد طرح و اطلاع‌رسانی از پیشرفت، نتایج، یا موانع موجود به ارکان مدرسه (معلمان، مدیران، نیروهای متخصص و والدین) کمک می‌کند، علاوه بر مشارکت فعال در طرح، وفاداری به درمان را نیز تقویت کنند. روشن است، نحوه و سطح اطلاع‌رسانی براساس سطح دانش و مهارت گروه مخاطب شکل می‌گیرد و ضرورتی است که لازم است در زمان طراحی و ساخت مداخله در مورد آن

2. complex interventions.

1. adoption.

جنبه‌هایی از بافتار (شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی) که ممکن است بر برنامه تاثیرگذار باشد [۴۹]. کارول و همکاران [۱۴] نیز چهارچوب‌های ارزیابی وفاداری به درمان را شامل مؤلفه‌های وفاداری و نیز عوامل تعدیل‌کننده‌ای^۶ می‌دانند که ممکن است بر درجه وفاداری تاثیرگذار باشد. این عوامل عبارتند از پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان، جامعیت برنامه اجرایی، راهبردهای تسهیل در پیاده‌سازی، کیفیت ارائه طرح، چگونگی به‌کارگیری مجریان طرح و بافتار. پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان به چگونگی درگیری آنان با طرح و کیفیت این درگیری اشاره دارد. این که میزان رضایت آنان چه اندازه بوده است و تا چه حد از پیامدها، روابط و نتایج طرح آگاهی دارند. راهبردهای تسهیل در پیاده‌سازی برای ایجاد این شرایط کارآمد هستند. کیفیت ارائه طرح با چگونگی به‌کارگیری افراد و شرایط عمومی بافتار همبسته است. پس می‌توان مواردی که مدنظر کارول و همکاران است را نوعی راهبرد عمومی مرتبط با بافتار و عوامل انسانی در نظر گرفت. به عنوان مثال آیا این طرح برای مدت محدودی قرار است در مدرسه انجام شود یا چشم‌اندازی درازمدت مورد نظر است. آیا محیط مدارس مختلف برای اجرای طرح مشابهت دارد یا نیاز به همسان‌سازی و ایجاد مقدماتی برای انجام طرح وجود دارد. منظور از راهبردهای تسهیل در پیاده‌سازی، راهنماها، دستورالعمل‌ها، آموزش‌ها و بازخوردهایی است که برای بهینه‌سازی و ایجاد استانداردهای مناسب وفاداری به پیاده‌سازی انجام می‌شود. لیپسی^۷ [۵۰] هم برای ارزیابی وفاداری به درمان، بر اهمیت سیستم‌های اجتماعی اطراف مداخله، مانند ساختارها و فرهنگ‌های سازمان، ارتباطات بین‌سازمانی و رویدادهای تاریخی و هم‌زمان، تأکید کرده است. به باور بارانوسکی^۸ و استیبلز^۹ [۵۱] علاوه بر اجراکنندگان طرح که کلیدی‌ترین عنصر در وفاداری به درمان هستند؛ موضوعاتی مانند تعیین مشارکت‌کنندگان بالقوه، دلایل مشارکت نکردن برخی شرکت‌کنندگان، تعیین زیرگروه‌هایی که احتمال کم‌تری برای حضور در طرح داشته‌اند و ثبات در به‌کارگیری اجراکنندگان طرح نیاز به ارزیابی دارد. میزان

نیز دشوارتر خواهد بود. بنابراین، برای جلوگیری از نتیجه‌گیری نامناسب، نیاز به روش‌های اندازه‌گیری پیچیده‌تر برای جلوگیری از بروز خطای نوع سوم است [۴۷]. علاوه بر این، هر یک از بخش‌های مداخله علاوه بر اثر مستقل، در تعامل با دیگر بخش‌ها دارای اثرات تجمعی نیز هستند. این تعاملات نیز می‌تواند در ارزشیابی اثربخشی طرح تأثیرگذار باشند [۴۸].

برای سنجش ابعاد وفاداری به درمان، استکلر^۱ تأکید بر لزوم برنامه‌های نظام‌مند برای ارزیابی روند پیاده‌سازی مداخله دارد. از عوامل مرتبط با بافتار در مداخلات انتخاب، آموزش و به‌کارگیری نیروی انسانی اجراکننده و همچنین ویژگی‌های افراد مشارکت‌کننده به عنوان آزمودنی در مداخله است. این که مجریان طی چه فرایندی در طرح حضور پیدا می‌کنند بر کیفیت طرح تأثیر دارد. از طرفی اینکه از بین افراد واجد شرایط به عنوان مشارکت‌کننده در طرح چه تعدادی حاضر به همکاری شده‌اند و دلیل مشارکت نکردن دیگران چه بوده است، بر روند بررسی مداخله تأثیرگذار است. این موارد با انجام مصاحبه‌هایی با شرکت‌کنندگان و رهبران پروژه قابل گزارش است. طرح‌های مداخله مدرسه‌مبنا در اثر تغییر شرایط اقتصادی و سیاسی یا اجتماعی ممکن است، دستخوش تغییرات شوند. به عنوان مثال اگر افراد شرکت‌کننده قرار است مبلغی برای همکاری دریافت کنند و این مبلغ پرداخت نشود نمی‌توان انتظار داشت که طرح مطابق پیش‌بینی انجام شود؛ و یا محدودیت‌هایی که در آداب و فرهنگ مناطق مختلف وجود دارد می‌تواند عامل بازدارنده در انجام طرح باشد. از همین رو می‌توان عوامل تعدیل‌کننده‌ای را در نظر گرفت که بر میزان وفاداری ممکن است تأثیرگذار باشند. موارد مورد نظر استکلر عبارتند از: مراحل جذب و به‌کارگیری شرکت‌کنندگان در طرح^۲، نسبت افرادی که در طرح شرکت کرده‌اند در مقایسه با افرادی که واجد شرایط بوده‌اند یا همان دسترسی^۳ طرح، میزان درگیر شدن افراد حاضر در طرح یا بهره‌مندی از برنامه‌ها^۴، میزانی از مؤلفه‌های برنامه که ارائه شده است^۵، میزانی از طرح که مطابق برنامه پیاده‌سازی شده است و

6 . moderator.

7 . Lipsey.

8 . Baranowski.

9 . stables.

1 . Steckler.

2 . recruitment.

3 . reach.

4 . dose received.

5 . dose delivered.

یادگیرندگان راهبردهایی در نظر گرفته می‌شود. این مدل، مدارس را قادر می‌سازد تا مسائل را شناسایی، طبقه‌بندی و اجرا کند. پذیرفته‌ترین شکل این نظام در طرح‌های مداخلات شامل سه سطح مداخله همگانی، مداخله گروهی (هشت تا ده دانش‌آموز) و مداخله تخصصی (برای یک یا دو یادگیرنده) است. این نظام از چهار جزء ضروری تشکیل شده است: غربال‌گری، نظارت بر پیشرفت، سیستم پیشگیری چند سطحی و تصمیم‌گیری مبتنی بر داده. بسته به ظرفیت و قوانین موجود ممکن است شناسایی و کمک به دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری یا سایر موارد در دستور کار مجریان طرح قرار گیرد. [۵۳].

در مطالعه‌ای که رینکه و همکاران [۵۴] انجام دادند، دانش‌آموز چند مدرسه در نواحی مختلف را از نظر ویژگی‌های رفتاری، هیجانی و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند و متخصصان سلامت روان و مشاوران در سه حیطة کلیدی وفاداری به درمان را گزارش کردند. این سه حیطة عبارتند از:

الف. جمع‌آوری و بررسی داده‌های حاصل از غربالگری عمومی؛

ب. طراحی مداخله و پیاده‌سازی آن در سه سطح مداخله (عمومی، انتخابی و فردی)؛

ج. نظارت بر پیشرفت و ارزیابی اثربخشی مداخله‌ها. پرسشنامه‌ای مورد استفاده شامل ۳۴ گویه چنین پرسش‌هایی بود:

۱. آیا داده‌های به دست آمده از غربال‌گری می‌تواند تعیین کند مداخله در چه سطحی از نظام چندلایه‌ای حمایت انجام شود؟ (اولویت‌بندی)؛

۲. آیا حمایت‌های تعیین‌شده در سطح دوم مداخله‌ها (انتخابی) با نیازهای شناسایی‌شده توسط داده‌ها مطابقت دارند؟

۳. آیا داده‌های مناسب برای نظارت بر پیشرفت مداخله در سطح سوم (انفرادی) جمع‌آوری می‌شود؟

۴. آیا مدرسه از داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای تعیین اثربخشی مداخله استفاده کرده است؟

نکته قابل توجه در این مطالعه این‌که پژوهشگران دوره زمانی ۵ ساله برای انجام مداخله در نظر گرفته بودند و معیار ارزیابی وفاداری به درمان در سومین سال از انجام طرح اضافه شد. منطق چنین تصمیمی، تمرکز پژوهشگران

مشارکت‌کنندگان بالقوه، نشان می‌دهد که طرح تا چه اندازه در موقعیت مناسب و برای افراد مناسب طراحی شده است. دلایل مشارکت‌نکردن برخی شرکت‌کنندگان، موانع دسترسی به جمعیت هدف را روشن می‌سازد. تعیین زیرگروه‌هایی که احتمال کم‌تری برای حضور در طرح داشته‌اند کمک می‌کند تا راهبردهایی طراحی شود که دسترسی به جمعیت هدف امکان‌پذیر شود و ثبات در به‌کارگیری مجریان طرح بر کاهش هزینه‌های آموزش نیروی انسانی، بهره‌مندی از تجارب به دست‌آمده و ارزیابی دقیق طرح مؤثر است. استکلر و همکاران [۴۹] معتقدند؛ ارزیابی به‌کارگیری نیروهای مجری طرح می‌تواند به تعمیم صحیح یافته‌ها کمک کند. این نکته نشان‌دهنده اهمیت توجه به توانمندی و نگرش مجریان طرح در ثبت و طبقه‌بندی اطلاعات است. در غیر این صورت داده‌های نادرست منجر به تحلیل و تجزیه نادرست و آسیب‌روایی بیرونی طرح خواهد شد. بدین ترتیب، چهارچوبی دقیق به‌عنوان یک مدل مفهومی برای تعیین ساختار جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل سازوکار و شناسایی عواملی که ممکن است بر پیاده‌سازی طرح تأثیر بگذارد، قابل استفاده خواهد بود.

وفاداری به درمان را می‌توان با استفاده از روش‌های مختلفی ارزیابی کرد، از جمله مشاهده مستقیم، گزارش معلم، مصاحبه با معلم و دانش‌آموز، بررسی فرآورده‌های دائمی آموزشی و چک‌لیست‌هایی که فرد هر مرحله از مداخله را مستندسازی می‌کند. انتظار می‌رود نتایج حاصل از روش‌های ارزشیابی، در برخی موارد تناقض‌هایی با یکدیگر داشته باشند. به این معنا که مشاهده مستقیم آزمودنی‌ها، با گزارش معلم ناسازگار است. اما معمولاً مشاهده مستقیم و بررسی فرآورده‌های آموزشی همسانی بیشتری را نشان می‌دهند [۵۲]. بنابراین، در ارزشیابی وفاداری به درمان بهتر است از رویکردی ترکیبی استفاده کرد. یکی از رویکردها با قابلیت سنجش وفاداری به مداخله‌ها در سطوح مختلف، نظام چند لایه‌ای حمایت است. این نظام مدلی یکپارچه با هدف حفظ و ارتقاء سلامت عمومی در مدرسه است. تمرکز مدل بر ضروریاتی است که باید برای همه افراد انجام پذیرد. سپس با استفاده از داده‌ها و رویکردهای مبتنی بر شواهد، برای نیازهای مستمر برخی

چگونگی عملکرد برنامه حمایت از رفتار مثبت^۶ است. این ابزار هم رفتار فرد و هم گروه را اندازه‌گیری می‌کند. به این معنا که در کلیه سطوح مداخله‌ها کاربرد دارد. تعیین این‌که چه کسی باید اطلاعات آزمودنی‌ها را تکمیل کند، تصمیمی حیاتی است که باید هنگام گنجاندن شاخص کیفیت در نظام ارزیابی جامع برنامه اتخاذ شود. صرف‌نظر از عنوان، فردی که اطلاعات را تکمیل می‌کند، باید دانش و درک کاملی از مؤلفه‌های اصلی مداخله را داشته باشد. این فرد باید در تمام عملکردهای حیاتی مرتبط با پیاده‌سازی (مانند جلسات منظم گروه در مدرسه، آموزش معلمان، کارکنان و دانش‌آموزان، رویدادهای تشویقی در مدرسه) حضور داشته باشد، تا آگاهی لازم برای شناسایی موارد را داشته باشد.

در نظام ارزیابی جامع برنامه حمایت از رفتار مثبت نمره مناسب برای هر گویه شامل موارد زیر است:

الف. اهمیت آن در اندازه‌گیری وفاداری؛

ب. بخش‌های ابزار و مراحل مربوط به تکمیل شاخص کیفیت؛

ج. تمرین تکمیل شاخص کیفیت؛

د. چگونه ارسال نتایج (ورود داده‌ها) و (ه) نحوه استفاده از نتایج شاخص کیفیت [۵۶، ۵۷].

این داده‌ها می‌توانند به یک مدرسه و یا مدارس یک منطقه کمک کند تا مشخص شود، آیا مدل استفاده‌شده از نظر فنی کارآیی دارد؟ آیا آموزش‌های دیگری باید به طرح اضافه شود؟ آیا حمایت موثری از گروه‌های اجرایی صورت گرفته است؟ و این‌که چه محتوایی برای اطلاع‌رسانی در سطح مدارس منطقه، والدین و جامعه (به‌عنوان مثال، خبرنامه‌ها، بروشورها، مطالعات موردی، کلیپ‌های رسانه‌ای) باید فراهم شود.

نتیجه‌گیری

نیاز به اندازه‌گیری وفاداری به درمان و ارتباط آن با نتایج تجربی برای اطمینان از اعتبار درونی و بیرونی طرح مداخله ضروری است [۱۷]. اما به دلایل مختلف از جمله وجود نداشتن روش‌های مورد توافق در سنجش و ارزشیابی وفاداری به درمان، زمان‌بر بودن این روند و این‌که از نظر برخی پژوهشگران شاخص‌های وفاداری به درمان در زمره متغیرهای تعدیل‌کننده قرار می‌گیرند، وفاداری به درمان به نحو مقتضی گزارش نمی‌شود. در مواردی هم که این گزارش

در سه سال ابتدایی برای مهیامودن و ایجاد ظرفیت انجام مداخله در مدارس توسط اجراکنندگان طرح بوده است. این نکته‌ای است که برای سایر پژوهشگران می‌تواند آموزنده و کاربردی باشد. در انتهای این بخش مدارسی که امتیاز بالایی بر اساس روش هورنر^۱ [۴۷] به وفاداری به درمان کسب کرده بودند، در رتبه مدارس خوب طبقه‌بندی شدند.

طرح‌های ارزیابی وفاداری به درمان نه‌تنها اقدامات لازم را شناسایی و زمان‌بندی انجام آن‌ها را مشخص می‌کنند، بلکه با طراحی پرسش‌هایی هدفمند و طراحی ابزارهایی کاربردی انجام اقدامات موردنیاز برای مداخله را امکان‌پذیر و تسهیل می‌کنند [۵۵]. الگوزین^۲ و همکاران [۵۶] نوعی ارزیابی جامع را توصیه می‌کنند که شامل یک معیار وفاداری جامع سالانه همراه با ارزیابی‌های دوره‌ای کم‌تر فشرده با هدف نظارت بر پیشرفت پیاده‌سازی در طول سال تحصیلی است. در این ارزیابی توجه ویژه‌ای به بافتار طرح، چگونگی پیاده‌سازی، ورودی طرح و دستاوردها می‌شود. یک معیار یا ابزار خوب که تصمیمات اجرایی را هدایت می‌کند باید از نظر اجتماعی معتبر، از نظر بافتار مناسب، به‌اندازه کافی قابل اعتماد و دارای کاربری آسان باشد. هنگامی که این معیار به نتایج دانش‌آموز گروه می‌خورد، به ابزار مهمی در ایجاد شیوه‌های مبتنی بر شواهد تبدیل می‌شود. همچنین نوع اندازه‌گیری و روشی که در آن داده‌ها تجزیه و تحلیل می‌شوند به بافتاری که در آن ارزیابی انجام می‌شود، بستگی دارد. یک واحد تجزیه و تحلیل (مثلاً مدرسه) به‌طور محسوسی با واحدهای متنوع دیگر تجزیه و تحلیل (مثلاً ناحیه یا شهر) متفاوت است [۵۶، ۵۷].

شاخص کیفیت^۳، ابزاری معتبر برای ارزیابی وفاداری به پیاده‌سازی است [۲۷]. با این‌که ابزارهای پرکاربرد دیگری مانند سیاهه ارزشیابی مدرسه هورنر و سیاهه سنجش پیشرفت پیاده‌سازی گروهی سوگای^۴، هورنر و لوییس-پالمر^۵ [۵۶، ۵۷] نیز وجود دارد؛ اما شاخص کیفیت در ایالات متحده به‌عنوان ابزاری قابل اعتماد، معتبر، کارآمد و مفید بیش‌ازپیش مورد استقبال قرار گرفته است [۵۷].

مهمترین هدف شاخص کیفیت، دستیافتن به درک

1. Horner.
2. Algozzine.
3. Benchmarks of Quality (BoQ).
4. Sugai.
5. Lewis-Palmer

6. positive behavior support (PBS)

برخی گزارش‌ها نشان می‌دهد به طور معمول در مراحل آغازین هر طرح با سطوح پایینی از وفاداری به درمان به دلیل ناآشنایی عوامل و یا انحراف‌ها مواجه می‌شود و در مراحل پایانی نیز عواملی مانند خستگی، بی‌ رغبتی، برآورده‌نشدن انتظارات و یا طولانی‌شدن طرح سطح وفاداری به درمان را کاهش می‌دهد [۱۲، ۲۸]. از سویی در مواردی که آموزش‌هایی در مراحل اولیه طرح صورت گرفته است، مراتب مناسبی از وفاداری به درمان گزارش می‌شود و به تدریج حفظ وفاداری به درمان چالش برانگیز می‌شود [۶۴]. پس به نظر می‌رسد در مداخله‌های مدرسه‌مبنا وجود ساختاری نظام‌مند که بیشترین هماهنگی را با شرایط اجرایی و معمول مدرسه داشته باشد موردنیاز پژوهش‌گر است. از سویی به نظر می‌رسد انتخاب و آموزش یک تیم کارآمد برای اجرای مداخله‌ها مدرسه‌مبنا ضروری است و کارآمدترین تیم از افرادی شکل می‌گیرد که با چیدمان مدرسه آشنا هستند تا از معلمان در پیاده‌سازی مداخلات حمایت کنند [۶۵].

تعیین میزان مطلوب وفاداری به درمان و همچنین زمان مناسب اندازه‌گیری این سازه از مواردی است که در بافتار مدرسه نیاز به بررسی دقیق دارد. مدرسه به‌عنوان نهادی اجتماعی، محیطی سرشار از محرک‌های مختلف فردی و اجتماعی است. رویکردهای اکولوژیک و یا مبتنی بر طراحی می‌تواند نقشی کارآمد در اثربخشی مداخله‌های مدرسه‌مبنا داشته باشد [۶۵، ۶۶]. با توجه به تنوع این محیط، پرسش اینجاست که آیا هرچه وفاداری به درمان افزایش بیابد، نتایج بهتری به دست خواهیم آورد؟ آیا اجرای دقیق طرح مداخله منجر به وفاداری به درمان بالاتر و نتایج قابل اطمینان خواهد بود؟ آیا میزان وفاداری به درمان در طی پیاده‌سازی ثابت است؟ آیا آستانه‌ای برای حد پایین و یا بالای وفاداری به درمان وجود دارد؟ با این‌که پژوهشگران دیدگاه‌هایی درباره‌ی این پرسش‌ها ارائه کرده‌اند، اما به نظر می‌رسد شرایط فرهنگی و اجتماعی مدارس نقشی تعیین‌کننده برای پاسخگویی به این پرسش‌ها دارد. به ویژه در مدرسه که نهادی پویا و در حال تغییر است. بنابراین، شایسته است پژوهشگرانی که در حیطه مداخله‌های مدرسه‌مبنا تلاش می‌کنند، به وفاداری به درمان به عنوان سازه‌ای کلیدی در طراحی مداخله‌ها به نحوی توجه نمایند که در حین اجرای برنامه امکان ایجاد بهترین انطباق با توجه به توانمندی مجریان و شایستگی‌های طرح تا کسب شرایط مطلوب فراهم آید [۱۷].

وجود دارد معمولاً به همه ابعاد این سازه پرداخته نمی‌شود [۱۲، ۲۲، ۲۹]. در بررسی مطالعات داخلی که به عنوان مداخلات مدرسه‌مبنا معرفی شده‌اند گزارش وفاداری به درمان توسط نویسندگان این مقاله مشاهده نشده است. این مطلب نشان می‌دهد که با وجود اهمیت توجه به این سازه در عموم مداخلات و به ویژه مداخلات مدرسه‌مبنا، چنین رویکردی مغفول مانده است.

به نظر می‌رسد، علاوه بر محدودیت‌هایی که کارآزمایی‌های بالینی تصادفی کنترل‌شده بر تعمیم نتایج دارد، بسیاری پژوهشگران مدرسه را به عنوان بافتاری خاص با فرایندهایی مرتبط با همین بافتار در نظر نگرفته‌اند. به عنوان مثال؛ در دو دهه اخیر به میزان بیش‌تری از رویکردهای شناختی رفتاری در درمان اضطراب در مدرسه استفاده می‌شود. محدودیت‌هایی که در گزارش این گروه از پژوهش‌ها بیان می‌شود، علاوه بر استفاده از طرح‌های نیمه آزمایشی، روش‌های گروه‌درمانی و آزمودنی‌های غیربالینی، شامل فقدان داده‌های مربوط به وفاداری به درمان است [۵۸]. بر همین اساس به تدریج شاهد افزایش مطالعاتی هستیم که با آموزش افراد حاضر در مدرسه (معلمان، مشاورین، مددکاران اجتماعی و دیگر افراد همکار در اجرای مداخلات) به دنبال ایجاد شرایطی هستند که وفاداری به درمان اندازه‌گیری و گزارش شود [۵۹]. هنجار سنی و تحولی دانش‌آموزان، جغرافیا و تنوع همکاران مدرسه از نظر سطح آموزش‌های دریافتی و فرهنگ، بر وفاداری به درمان مؤثر است. در موارد معدودی نتایج پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان نیز با نظارت بر وفاداری به درمان رابطه مستقیم نشان داده است چرا که دریافت دقیق‌تری از راهبردهای مداخله به دست می‌دهد [۶۰].

روشن است که بهترین طرح‌های مداخله در صورت پیاده‌سازی نامناسب محکوم به شکست هستند. پس اجرای یک مداخله به اندازه طراحی آن اهمیت دارد. رعایت نکردن وفاداری به پیاده‌سازی ممکن است منجر به کاهش اثربخشی و کارایی کم‌تر شود و از پیش‌بینی پذیر بودن طرح بکاهد. [۶۱، ۶۲]. مقایسه برنامه‌هایی که با در نظر گرفتن وفاداری به درمان اجرا می‌شوند با برنامه‌هایی که با وفاداری به درمان اجرا نمی‌شوند، نشان داده است که تفاوت در اثربخشی قابل توجه است. برنامه‌هایی که وفاداری به درمان را لحاظ می‌کنند اندازه اثر متوسطی را به دست می‌دهند که دو تا سه برابر بیشتر است [۶۳].

- 9- Rossi PH. Issues in the evaluation of human services delivery. *Evaluation quarterly*. 1978 Nov; 2(4): 573-99. <https://doi.org/10.1177/0193841X7800200404>
- 10-Linnan L, Steckler A. Process evaluation for public health interventions and research. <https://www.wiley.com/en-us/Process+Evaluation+for+Public+Health+Interventions+and+Research-p-9781119022480>
- 11-Basch CE, Sliepcevich EM, Gold RS, Duncan DF, Kolbe LJ. Avoiding type III errors in health education program evaluations: a case study. *Health Educ Q*. 1985 Winter; 12(4): 315-31. <https://doi.org/10.1177/109019818501200311>
- 12-Sanetti LM, Kratochwill TR. Treatment integrity assessment in the schools: An evaluation of the Treatment Integrity Planning Protocol. *School Psychology Quarterly*. 2009 Mar; 24(1): 24. <https://doi.org/10.1037/a0015431>
- 13-Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. *American Journal of Evaluation*, 24(3), 315–340. [https://doi.org/10.1016/S1098-2140\(03\)00057-2](https://doi.org/10.1016/S1098-2140(03)00057-2)
- 14-Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation science*. 2007 Dec; 2: 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- 15-Gresham F. M. Assessment of treatment integrity in school consultation and prereferral intervention. *School Psychology Review*. 1989; 18: 37–50. <https://mtss4success.org/>
- 16-Dane AV, Schneider BH. Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control?. *Clinical psychology review*. 1998 Jan 1; 18(1): 23-45. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00043-3)
- 17-O'Donnell CL. Defining, conceptualizing, and measuring fidelity of implementation and its relationship to outcomes in K–12 curriculum intervention research. *Review of educational research*. 2008 Mar; 78(1): 33-84. <https://doi.org/10.3102/0034654307313>
- 18-Munter C, Wilhelm AG, Cobb P, Cordray DS. Assessing fidelity of implementation of an unprescribed, diagnostic mathematics intervention. *Journal of Research on Educational Effectiveness*. 2014 Jan 1; 7(1): 83-113. <https://doi.org/10.1080/19345747.2013.809177>
- 1- Foster CE, Horwitz A, Thomas A, Opperman K, Gipson P, Burnside A, Stone DM, King CA. Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Child Youth Serv Rev*. 2017 Oct; 81: 321-331. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.08.011>
- 2- Hossain MM, Nesa F, Das J, Aggad R, Tasnim S, Bairwa M, Ma P, Ramirez G. Global burden of mental health problems among children and adolescents during COVID-19 pandemic: An umbrella review. *Psychiatry Res*. 2022 Nov; 317: 114814. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114814>
- 3- Abrams Zara. Kids, mental health is in crisis. Here's what psychologists are doing to help. American Psychological Association. January 1, 2023; 54(1): 63p. <https://www.apa.org/monitor/2023/01/trends-improving-youth-mental-health>
- 4- Walker HM. Commentary: Use of evidence-based interventions in schools: Where we've been, where we are, and where we need to go. *School Psychology Review*. 2004 Sep 1; 33(3): 398-407. <https://doi.org/10.1080/02796015.2004.12086256>
- 5- Moir T. Why is implementation science important for intervention design and evaluation within educational settings?. *InFrontiers in Education*. 2018 Jul 25; (Vol. 3, p. 61). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/educ.2018.00061>
- 6- Dobson D, Cook TJ. Avoiding type III error in program evaluation: Results from a field experiment. *Evaluation and program planning*. 1980 Jan 1; 3(4): 269-76. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(80\)90042-7](https://doi.org/10.1016/0149-7189(80)90042-7)
- 7- Harden, Samantha M et al. "Fidelity to and comparative results across behavioral interventions evaluated through the RE-AIM framework: a systematic review." *Systematic reviews* vol. 4 155. 8 Nov. 2015, <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0141-0>. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- 8- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011. <https://www.cdc.gov/evaluation/guide/index.htm>

- 27-George HP, Childs KE. Evaluating implementation of schoolwide behavior support: Are we doing it well?. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*. 2012 Aug 1; 56(4): 197-206.
<https://doi.org/10.1080/1045988X.2011.645909>
- 28-Sanetti LM, Cook BG, Cook L. Treatment fidelity: What it is and why it matters. *Learning Disabilities Research & Practice*. 2021 Feb; 36(1): 5-11. <https://doi.org/10.1111/ldrp.1223>
- 29-Buckley P, Moore B, Boardman AG, Arya DJ, Maul A. Validating a fidelity scale to understand intervention effects in classroom-based studies. *American Educational Research Journal*. 2017 Dec; 54(6): 1378-413.
<https://doi.org/10.3102/0002831217726522>
- ۳۰-فراهانی، حجت‌الله؛ آزادفلاح، پرویز؛ روشن‌چسلی، رسول؛ پورمحمدرضاء، تجریشی، معصومه؛ اسرافیلیان، فروغ؛ فتحعلی لواسانی، فهیمه؛ چینی‌فروشان، فاطمه. روش‌شناسی واکاوی «شکست درمان» در پژوهش‌های روان‌درمانی: راهنمای بالین‌گران و پژوهشگران. نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۴۰۱؛ ۱۹(۲): ۱۷۲ - ۱۸۳.
doi: 10.22070/CPAP.2022.15818.1202
- 31- O’Cathain A, Croot L, Sworn K, Duncan E, Rousseau N, Turner K, Yardley L, Hodkinson P. Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: a systematic methods overview. Pilot and feasibility studies. 2019 Dec; 5(1):1-27.
doi: 10.1186/s40814-019-0425-6
- ۳۲-شلائی، بیتا؛ آزادفلاح، پرویز؛ فراهانی، حجت‌الله؛ روشن‌چسلی، رسول؛ اسرافیلیان، فروغ. گام‌های عملی طراحی بسته‌های درمانی، مداخله‌ای و آموزشی در پژوهش‌های روان‌شناختی: رویکرد نقشه‌نگاری مداخله. نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۱۷۷ - ۱۹۷.
<https://doi.org/10.22070/CPAP.2022.16313.1235>
- 33-Schoenwald SK, Garland AF, Chapman JE, Frazier SL, Sheidow AJ, Southam-Gerow MA. Toward the effective and efficient measurement of implementation fidelity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2011 Jan; 38: 32-43.
<https://doi.org/10.1007/s10488-010-0321-0>
- 34-Kane MT. Validation in RL Breenan. Educational measurement 4th Ed. 2006.
- 19-Batsche GM, Kavale KA, Kovaleski JF. Competing views: A dialogue on response to intervention. *Assessment for Effective Intervention*. 2006 Oct; 32(1): 6-19.
<https://doi.org/10.1177/15345084060320010301>
- 20-Zirkel PA, Thomas LB. State laws and guidelines for implementing RTI. *Teaching Exceptional Children*. 2010 Sep; 43(1): 60-73.
<https://doi.org/10.1177/004005991004300107>
- 21-Hunley S, McNamara K, editors. Tier 3 of the RTI model: Problem solving through a case study approach. Corwin Press; 2009 Oct 7.
<https://doi.org/10.4135/9781452219028>
- 22-Ledford JR, Wolery M, Gast DL. Controversial and critical issues in single case research. In Single case research methodology. 2014 Mar 26; 377-396. Routledge. Rosenbaum, P. R. (1995). *Observational Studies*. Springer, New York.
<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203521892-14/controversial-critical-issues-single-case-research-jennifer-ledford-mark-wolery-david-gast>
- 23-Rosenbaum PR. Quantiles in nonrandom samples and observational studies. *Journal of the American Statistical Association*. 1995 Dec 1; 90(432): 1424-31.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1995.10476648>
- 24-Rosenbaum PR. Covariance adjustment in randomized experiments and observational studies. *Statistical Science*. 2002 Aug; 17(3): 286-327.
https://scholar.harvard.edu/files/imbens/files/comment_on_covariance_adjustment_in_randomized_experiments_and_observational_studies_by_paul_rosenbaum.pdf
- 25-Hulleman CS, Cordray DS. Moving from the lab to the field: The role of fidelity and achieved relative intervention strength. *Journal of Research on Educational Effectiveness*. 2009 Jan 30; 2(1): 88-110.
<https://doi.org/10.1080/19345740802539325>
- 26-Cordray DS, Pion GM. Treatment strength and integrity: Models and methods. Strengthening research methodology: Psychological measurement and evaluation. 2006: 103-24.
<https://doi.org/10.1037/11384-006>

- 42-Holmes SR, Thompson AM, Herman KC, Reinke WM. Designing interventions for implementation in schools: A multimethod investigation of fidelity of a self-monitoring intervention. *School Psychology Review*. 2020 Dec 27; 50(1): 42-51. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2020.1870868>
- 43-Peacock GG, Ervin RA, Daly EJ, Merrell KW, editors. Practical handbook of school psychology: Effective practices for the 21st century. *Guilford Press*; 2009 Sep 2. <https://www.guilford.com/books/Practical-Handbook-of-School-Psychology/Peacock-Ervin-Daly-Merrell/9781462507771/contents>.
- 44-Solomon BG, Klein SA, Politylo BC. The effect of performance feedback on teachers' treatment integrity: A meta-analysis of the single-case literature. *School psychology review*. 2012 Jun 1; 41(2): 160-75. <https://doi.org/10.1080/02796015.2012.12087518>
- 45-Harn B, Parisi D, Stoolmiller M. Balancing fidelity with flexibility and fit: What do we really know about fidelity of implementation in schools?. *Exceptional Children*. 2013 Apr; 79(2): 181-93. <https://doi.org/10.1177/001440291307900204>
- 46-Espelage DL, Rose CA, Polanin JR. Social-emotional learning program to reduce bullying, fighting, and victimization among middle school students with disabilities. *Remedial and special education*. 2015 Sep; 36(5): 299-311. <https://doi.org/10.1177/0741932514564564>
- 47-Powers K, Clarke S, Phillips J, Holmes JA, Cripps R, Craven K, Farrin A, das Nair R, Radford KA. Developing an implementation fidelity checklist for a vocational rehabilitation intervention. *Pilot and Feasibility Studies*. 2022 Dec; 8(1): 1-2. <https://doi.org/10.1186/s40814-022-01194-x>
- 48-Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Bmj*. 2000 Sep 16; 321(7262):694-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>
- 49-Hasson H. Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. *Implementation science*. 2010 Dec; 5(1): 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-67>
- 35-Wilson M. Constructing measures: An item response modeling approach: An item response modeling approach. Routledge; 2004 Dec 13. <https://www.routledge.com/Constructing-Measures-An-Item-Response-Modeling-Approach/Wilson/p/book/9781032261683>
- 36-Jimerson SR, Burns MK, VanDerHeyden AM. Response to intervention at school: The science and practice of assessment and intervention. Handbook of response to intervention: The science and practice of assessment and intervention. 2007: 3-9. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7568-3_1
- 37-Sullivan-Bolyai S, Crawford S, Bova C, Lee M, Quintos JB, Johnson K, Cullen K, Hamm T, Bisordi J, Ramchandani N, Fletcher J. PETS-D: Impact on diabetes management outcomes. *The Diabetes Educator*. 2015 Oct; 41(5): 537-49. <https://doi.org/10.1177/0145721715598383>
- 38-Wiltsey Stirman S, A Gutner C, Crits-Christoph P, Edmunds J, Evans AC, Beidas RS. Relationships between clinician-level attributes and fidelity-consistent and fidelity-inconsistent modifications to an evidence-based psychotherapy. *Implementation Science*. 2015 Dec; 10(1): 1-0. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0308-z>
- 39-Rasmussen LM, Patras J, Neumer SP, Adolfsen F, Martinsen KD, Holen S, Sund AM, Martinussen M. Facilitators and barriers to the implementation of EMOTION: an indicated intervention for young schoolchildren. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2020 Jul 28; 64(5): 728-43. <https://doi.org/10.1080/00313831.2019.1596976>
- 40-Weist MD, Bruns EJ, Whitaker K, Wei Y, Kutcher S, Larsen T, Holsen I, Cooper JL, Geroski A, Short KH. School mental health promotion and intervention: Experiences from four nations. *School Psychology International*. 2017 Aug; 38(4): 343-62. <https://doi.org/10.1177/0143034317695379>
- 41-Splett JW, Fowler J, Weist MD, McDaniel H, Dvorsky M. The critical role of school psychology in the school mental health movement. *Psychology in the Schools*. 2013 Mar; 50(3): 245-58. <https://doi.org/10.1002/pits.21677>

- 59-Eiraldi R, Mautone JA, Khanna MS, Power TJ, Orapallo A, Cacia J, Schwartz BS, McCurdy B, Keiffer J, Paidipati C, Kanine R. Group CBT for externalizing disorders in urban schools: Effect of training strategy on treatment fidelity and child outcomes. *Behavior therapy*. 2018 Jul 1; 49(4): 538-50. [https://doi: 10.1016/j.beth.2018.01.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.01.001)
- 60-Goulet M, Archambault I, Janosz M, Christenson SL. Evaluating the implementation of Check & Connect in various school settings: Is intervention fidelity necessarily associated with positive outcomes?. *Evaluation and Program Planning*. 2018 Jun 1; 68: 34-46. [https://doi: 10.1016/j.evalprogplan.2018.02.004](https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2018.02.004)
- 61-Wilder DA, Atwell J, Wine B. The effects of varying levels of treatment integrity on child compliance during treatment with a three-step prompting procedure. *Journal of applied behavior analysis*. 2006 Sep; 39(3): 369-73. doi: 10.1901/jaba.2006.144-05
- 62-Noell GH, Gresham FM, Gansle KA. Does treatment integrity matter? A preliminary investigation of instructional implementation and mathematics performance. *Journal of Behavioral Education*. 2002 Mar; 11: 51-67. [https://doi: 10.1023/A:1014385321849](https://doi.org/10.1023/A:1014385321849)
- 63-Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*. 2008 Jun; 41: 327-50. [https://doi: 10.1007/s10464-008-9165-0](https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0)
- 64-Collier-Meek MA, Fallon LM, Sanetti LM, Maggin DM. Focus on implementation: Assessing and promoting treatment fidelity. *Teaching Exceptional Children*. 2013 May; 45(5): 52-9. <https://doi.org/10.1177/004005991304500506>
- 65-Rathvon N. Effective school interventions: Evidence-based strategies for improving student outcomes. Guilford Press; 2008 Aug 14. <https://www.guilford.com/books/Effective-School-Interventions/Burns-Riley-Tillman-Rathvon/9781462526147>
- 50-Lipsey MW, Cordray DS. Evaluation methods for social intervention. *Annual review of psychology*. 2000 Feb; 51(1): 345-75. [https://doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.345](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.345)
- 51-Baranowski T, Stables G. Process evaluations of the 5-a-day projects. *Health Education & Behavior*. 2000 Apr; 27(2): 157-66. [https://doi: 10.1177/109019810002700202](https://doi.org/10.1177/109019810002700202)
- 52-Begeny J, Upright J, Easton J, Ehrenbock C, Tunstall K. Validity estimates and functionality of materials and procedures used to monitor the implementation integrity of a reading intervention. *Journal of Applied School Psychology*. 2013 Jul 1; 29(3): 284-304. [https://doi: 10.1080/15377903.2013.810187](https://doi.org/10.1080/15377903.2013.810187)
- 53-<https://mtss4success.org/essential-components>
- 54-Reinke WM, Herman KC, Thompson A, Copeland C, McCall CS, Holmes S, Owens SA. Investigating the longitudinal association between fidelity to a large-scale comprehensive school mental health prevention and intervention model and student outcomes. *School psychology review*. 2020 Dec 1; 50(1): 17-29. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2020.1870869>
- 55-Elfner Childs K, Kincaid D, Peshak George H. A model for statewide evaluation of a universal positive behavior support initiative. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2010 Oct; 12(4): 198-210. [https://doi: 10.1177/1098300709340699](https://doi.org/10.1177/1098300709340699)
- 56-Algozzine B, Horner RH, Sugai G, Barrett S, Dickey SR, Eber L, Tobin T. Evaluation blueprint for school-wide positive behavior support. Eugene, OR: National Technical Assistance Center on Positive Behavior Interventions and Support. 2010 Jan 1. www.pbis.org
- 57-Cohen R, Kincaid D, Childs KE. Measuring school-wide positive behavior support implementation: Development and validation of the benchmarks of quality. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2007 Oct; 9(4): 203-13. [https://doi: 10.1177/10983007070090040301](https://doi.org/10.1177/10983007070090040301)
- 58-Chiu AW, Langer DA, McLeod BD, Har K, Drahota A, Galla BM, Jacobs J, Ifekwunigwe M, Wood JJ. Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School psychology quarterly*. 2013 Jun; 28(2): 141. [https://doi: 10.1037/spq0000017](https://doi.org/10.1037/spq0000017)

نقش اعتیاد به اینترنت در سلامت روانی و تصویر بدنی

نویسندگان

لیلا رضوانیان^{۱*}، سوسن رحیم‌زاده^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب. (نویسنده مسئول)

۲. دکتری روانشناسی تربیتی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب. sayadpour@yahoo.com

چکیده

مقدمه: نشانه‌های آسیب‌شناختی اعتیاد به اینترنت از زمره مواردی است که نیازمند توجه درمان‌گران روان‌شناختی است. ویژگی‌های شخصیتی افراد معتاد به اینترنت به دلیل شیوع قابل توجه آن از جمله نشانه‌های شخصیتی قابل توجه است. بر همین اساس، این پژوهش با هدف تعیین نقش اعتیاد به اینترنت بر سلامت روانی و تصویر بدنی اجرا شد.

روش: روش پژوهش از نوع همبستگی است. پژوهش میان ۳۲۳ نفر (۲۴۴ زن، ۷۹ مرد) از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب با روش نمونه‌برداری بر اساس قاعده سرانگشتی و پژوهش‌های معمول هر گروه صدنفری انجام شد. از دانشجویان خواسته شد به آزمون اعتیاد به اینترنت (یانگک، ۱۹۹۸م)، پرسشنامه سلامت روانی (گلدبرگ، ۱۹۷۲م) و پرسشنامه چند بُعدی بدن-خود (کش، ۱۹۹۰م) پاسخ دهند. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس و آزمون M باکس تحلیل گردید. در تحلیل داده‌ها از جدیدترین نسخه نرم افزار اس. پی. اس استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که اعتیاد به اینترنت در کاهش سلامت روانی ($P < 0/01$) و به هم‌ریختگی تصویر بدنی ($P < 0/07$) نقش دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته مطالعه حاضر، روان‌شناسان و درمان‌گران می‌توانند از طریق مهار استفاده از اینترنت به بهبود سلامت روانی و جلوگیری از به هم‌ریختگی تصویر بدنی در نوجوانان و جوانان بپردازند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۴/۲۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۱۰/۰۲



کلیدواژه‌ها

اعتیاد به اینترنت، سلامت روانی، تصویر بدنی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

leilarezvaniyan@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده است.

مقدمه

اکنون بیش از چهار دهه از اختراع اینترنت و حدود بیست سال از استفاده همگانی از آن می‌گذرد و در همین مدت کوتاه، شاهد رشد بسیار چشم‌گیر این پدیده بوده‌ایم تا جایی که در سال ۲۰۱۰م تعداد سایت‌های اینترنتی از تعداد انسان‌های روی کره زمین بیشتر بوده است. دسترسی افراد به اینترنت آسان شده به همین علت استفاده از آن محدودیتی ندارد و تمامی گروه‌های سنی به راحتی می‌توانند به اینترنت دسترسی داشته باشند [۱]. فن‌آوری‌های اینترنتی بستری کارآمد برای برقراری ارتباط و تبادل دانش فراهم می‌کنند. این فن‌آوری سودمند، با تمامی فوایدش پیامدهای منفی زیادی به همراه دارد. پیامد آن مشکل‌های روانی و جسمانی افراد است [۲، ۳]. امروزه اینترنت در حال دگرگون ساختن زندگی روزمره افراد به ویژه قشر جوان است [۴، ۵]. اینترنت به سرعت به یکی از ابزارهای لازم زندگی تبدیل شده است و حذف آن از زندگی امری اجتناب‌ناپذیر شده است [۶]. براساس آخرین گزارش بررسی اجمالی دیجیتال جهانی، کاربرانی که از اینترنت استفاده می‌کنند ۴/۶۶ میلیارد نفر در سراسر جهان است که نشان دهنده رشد ۷/۳ درصدی نسبت به ده سال گذشته است. در ایران در طی ده سال گذشته بیش از ۵۶ درصد افزایش داشته است [۷]. این جهش چشمگیر و نفوذ آن به زندگی انسان‌ها باعث گرایش بیشتر به اینترنت شده و خطر اعتیاد به آن بیش از هر زمان دیگری افزایش یافته است. اعتیاد به اینترنت را می‌توان به عنوان یک اختلال کلی (وابستگی مجازی) در نظر گرفت به این معنا که افراد رابطه مجازی را جذاب‌تر از واقعیت زندگی روزمره می‌بینند. از نظر برخی از روان‌شناسان فرد معتاد به اینترنت کسی است که حداقل ۳۸ ساعت در هفته و یا ۸ ساعت در روز بی‌هدف وقت خود را صرف استفاده از آن می‌کند [۸]. افراد معتاد نمی‌توانند اینترنت را رها کنند و رایانه و یا گوشی همراه به موضوع اصلی زندگی آن‌ها تبدیل می‌شود و قدرت مهار برانگیختگی را از دست می‌دهند و رفتار آن‌ها غیرقابل مهار است [۹]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند، افرادی که اعتیاد به اینترنت دارند اضطراب، افسردگی، کج‌خلقی، بی‌قراری، تفکرهای وسواسی، کناره‌گیری، نارضایتی از تصویر بدنی، اختلال هیجانی، از هم‌گسیختگی روابط اجتماعی و به‌طور

کلی نبود سلامت روانی را بیش‌تر از سایر افراد تجربه می‌کنند و مشکل عمده‌ای را برای بهداشت روانی جامعه امروز ایجاد می‌کنند [۱۰]. از دهه ۸۰ میلادی در تعریف سلامت روانی تغییر بسیاری پدید آمد؛ یکی از جدیدترین و جامع‌ترین تعریف‌های سلامت روانی را سازمان بهداشت جهانی ارائه داد: سلامت روانی یک مسئله چند بُعدی است که علاوه بر بُعد جسمانی، روانی و اجتماعی، بُعد معنوی را هم در نظر می‌گیرد و باید توجه داشت که ابعاد مختلف بر یکدیگر اثر کرده و تحت‌تأثیر یکدیگر قرار دارند [۱۱]. در تعریف دیگر متوجه می‌شویم سلامت روانی را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایل‌های شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب است. به عبارت دیگر، قدرت آرام زیستن با خود و با دیگران است. آگاهی از درون و احساس‌های خویش، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله با استرس‌های زندگی است [۱۲]. سلامت روانی به خودی خود حاصل نمی‌شود و با بسیاری از متغیرها در ارتباط است و نقطه مقابل سلامت روانی و بهزیستی، درماندگی روان‌شناختی است [۱۳]. براساس پژوهش‌های انجام شده مشخص شد هر چه اعتیاد به اینترنت بیشتر باشد فرد سلامت روانی پایین‌تری را تجربه می‌کند و یکی از مؤلفه‌های سلامت روانی شکل‌گیری تصویر بدنی است که تحت‌تأثیر آن است. و کاهش سلامت روانی ناشی از اعتیاد به اینترنت می‌تواند بر تصویر بدنی فرد بسیار تأثیرگذار باشد و باورهای یک فرد در مورد خودش اعم از تصویر بدنی خود و به طور کلی تمام باورهای دیگر، هیجان‌ها و رفتارهایش را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۱۴]. اختلال در تصویر بدنی عامل خطرناکی برای مشکلات روان‌شناختی و مرتبط با سلامت روانی محسوب می‌شود [۱۵]. تصویر بدنی مثبت پیامدهای مثبت مهمی برای سلامت روانی و بهزیستی افراد دارد [۱۶]. کش بر اساس مکتب شناختی-رفتاری معتقد است که مفهوم تصویر بدنی ذهنی است، ثابت نیست و تعریف فرد از تصویر بدنی آرمانی‌اش در سراسر عمر تغییر می‌کند. این تغییرات تحت‌تأثیر دامنه‌ای از متغیرها مانند: رسانه‌ها، آداب و رسوم جوامع است. در گذشته تصویر بدنی به‌عنوان یک ساختار تک‌بُعدی شناخته می‌شد اما امروزه تصویر بدنی ساختاری چندبُعدی متشکل از باوردها و ادراک‌های شناختی و عاطفی دارد [۱۷]. دو ارزیابی مهم از تصویر بدنی وجود

دارند [۲۵،۲۴].

پژوهش‌ها بیانگر این امرند که اعتیاد به اینترنت مشکل‌ها و پیامدهای بسیاری را در بر دارد. یکی از عواملی مؤثر در اعتیاد به اینترنت، سلامت روانی است [۲۶]. پژوهش کیم (۲۰۱۸م) نشان داد، میزان افسردگی، اضطراب، ترس اجتماعی، خودکشی، رفتارهای ضد اجتماعی، خشونت در بین افرادی که معتاد به اینترنت بودند بیش‌تر از سایر افراد بود [۲۷]. فیوریتو^۱ (۲۰۱۹م) در پژوهش خود نشان داد که ارتباط مستقیمی بین اعتیاد به اینترنت و نبود سلامت روانی وجود دارد. به‌طوری‌که این افراد احساس تنهایی و حرمت پایین‌تری نسبت به خود را تجربه می‌کنند و در هویت‌یابی دچار مشکل هستند. با بررسی پژوهش‌های حاضر مشخص شد؛ بین اعتیاد به اینترنت و سلامت روانی رابطه معکوس وجود دارد [۲۸]. از نظر روی آورد اجتماعی-شناختی^۲ استفاده اجباری از اینترنت و اعتیاد به آن، نتیجه الگوهای رفتاری یا شناختی پیچیده‌ای است که پیرامون استفاده روزانه از اینترنت شکل می‌گیرد و منجر به پیدایش چندین رفتار می‌شود که یا پاسخ‌های ناسازگارانه را حفظ می‌کند یا شدت می‌بخشد. استفاده «آسیب‌گونه خاص»^۳ از استفاده «آسیب‌گونه کلی»^۴ از اینترنت متمایز است. استفاده آسیب‌گونه خاص از اینترنت به شرایطی باز می‌گردد که افراد به‌طور افراطی از اینترنت برای هدف‌های خاصی مانند قمار یا هک کردن استفاده می‌کنند. این نوع استفاده هدفمند است و تمایل به محتوای خاص دارد، در حالی که استفاده کلی آسیب‌گونه از اینترنت، شامل فعالیت‌های کلی اتلاف وقت در اینترنت است، مانند به‌سرعت چت کردن، ایمیل زدن و سر زدن به وبسایت‌های مختلف است [۳۰،۲۹]. روی آورد تقویت^۵ توسط لازارسفلد و برلسون^۶ در اواخر دهه (۱۹۴۰م) مطرح شد. طبق این روی آورد، پیام‌های رسانه‌ای توانایی تغییر عقیده را ندارند و تنها می‌توانند به‌صورت محدود، عقاید افراد را در زمینه‌های به‌خصوصی تقویت کنند و این کار نیازمند زمینه لازم از قبل و نیز پیام منطبق با ذهنیت و

دارد: ارزیابی مثبت و ارزیابی منفی، یکی از جنبه‌های تصویر بدنی رضایت از تصویر بدنی و ارزیابی مثبت است و جنبه دیگر نارضایتی از تصویر بدنی است که به ارزیابی منفی از اندازه، شکل و وزن بدن بازمی‌گردد و به تمایز بین بدن واقعی و تصویر بدن ایده‌آل اشاره دارد [۱۸]. نارضایتی از تصویر بدنی زمانی رخ می‌دهد که شخص تصویری از اندامی ایده‌آل را که به‌صورت فرهنگی تعیین شده است، درونی سازی می‌کند و آنگاه بعد از مقایسه خود با آن تصویر، تعیین می‌کند که بدنش با آن ایده‌آل متفاوت است یا نه؟ عوامل متعددی در شکل‌گیری و نارضایتی از تصویر بدنی دخیل هستند، از جمله زمان بلوغ، تبلیغ رسانه‌ها، الگو برداری افراطی از اینترنت، مشکلات سلامت روانی و... [۱۹]. کش اظهار می‌دارد که تصویر بدنی دو جنبه مجزا دارد: بازخورد و ادراک. جنبه ادراکی اشاره دارد به اینکه فرد چقدر فرض می‌کند که شایستگی او با ظاهرش سنجیده می‌شود [۲۰]. جنبه بازخورد به دو عنصر مجزا اشاره دارد: جهت‌گیری و ارزیابی، جهت‌گیری به درجه اهمیتی که فرد به ظاهرش می‌دهد، برمی‌گردد. ارزیابی هم به این موضوع که فرد چقدر از بدن و ظاهر خود راضی است. تصویر بدنی بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی و ادراکی و بازخورد نسبت به آن‌ها را در برمی‌گیرد [۲۱]. افرادی که احساس خوبی نسبت به تصویر بدنی دارند، احساس خوبی هم به زندگی خواهند داشت و سلامت روانی بالایی دارند. تصویر بدنی که مورد پذیرش فرد نباشد، منجر به تغییراتی در احساس ارزشمندی می‌شود. عوامل متعددی مانند ارزش‌های اجتماعی _ فرهنگی، مقایسه‌های اجتماعی، تأکید جامعه بر جذابیت ظاهری و تجربه‌های منفی در تعامل با همسالان این‌گونه نگرانی‌ها را تشدید کرده و به تداوم آن کمک می‌کنند [۲۲]. افرادی که احساس بدی نسبت به تصویر بدنی دارند در رفتارهای شناختی، عاطفی، ادراکی و اغلب با نارضایتی از ظاهر جسمانی و رفتارهایی نظیر وزن کردن خود یا واری کردن خود در آینه و یا اجتناب از موقعیت‌ها، این احساس را نشان می‌دهند [۲۳]. نارضایتی از تصویر بدنی بدون در نظر گرفتن سن، جنس، گرایش‌های جنسی و قومیتی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تصویرهای منفی از تعامل پیچیده تأثیرهای اجتماعی فرهنگی نشئت می‌گیرند و پیامدهای منفی مهمی برای سلامت جسمانی و روانی افراد

1. Favaretto, G.

2. a social-cognitive approach .

3. specific species damage.

4. general species injury.

5. reinforcement approach.

6. Berlson, N.

جوان بودن و دانشجو بودن. دوره جوانی جزو حساس‌ترین مراحل شکل‌گیری و تحکیم رگه‌های شخصیتی و تصویر بدنی است و نقش بنیادین در کیفیت زندگی در مراحل بعدی تحول ایفا می‌کند. به همین علت است که بررسی عوامل مؤثر، مراقبت و ارضای نیازهای روانی و جسمانی و به‌طور کلی تأمین سلامت روانی در این دوره از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۳۵].

تصویر بدنی مهم‌ترین بخش تصور فرد از خود است؛ زیرا ظاهر جسمانی فرد، نخستین ویژگی است که در برخورد فرد با دیگران مورد قضاوت قرار می‌گیرد. جهان معاصر همراه با پیشرفت‌ها و تحول عقلانی که ایجاد کرده توجه پژوهشگران را بر مسائل شخصیتی انسان بیش از پیش متمرکز کرده است. از جمله تصویر بدنی که بیانگر بازخورد فرد از خود همراه با احساس‌ها و افکاری است که می‌تواند تغییر دهنده رفتار او در شرایط گوناگون و در جهت مثبت یا منفی باشد. در نتیجه آنچه بر شکل‌دهی تصویر بدنی فرد تأثیر می‌گذارد برداشت فرد از ظاهر خود و حرمت خود است و هرچه تصویر بدنی مطلوب‌تر باشد سلامت روانی فرد بیشتر است [۳۶]. نبود توجه به عوامل موقعیتی که می‌تواند افراد را در برابر به‌هم‌ریختگی تصویر بدنی آسیب‌پذیر کند در روی‌آورد تعاملی جبران می‌شود. این دیدگاه با روی‌آوردهای نظری قبلی تفاوت دارد. زیرا تأکید بر تأثیرات ترکیبی رگه‌های شخصیتی و موقعیتی است که منجر به ساخت تصویر بدنی می‌شود. علاوه بر این، دیدگاه تعاملی جنبه‌های احساسی و اجتماعی تصویر بدنی را ترکیب کرده [۳۷] و پیشنهاد می‌کند که بهم ریختگی تصویر بدنی نتیجه نداشتن سلامت روانی و اعتیاد به اینترنت است. با این حال، این روی‌آورد منتقدان خود را نیز دارد که معتقدند به‌هم‌ریختگی تصویر بدنی همیشه ناشی از شرایط منفی نیست و عوامل دیگری نیز مانند مهاجرت یا الگوبرداری‌ها هم تأثیرگذار هستند [۳۸].

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است. در این پژوهش اعتیاد به اینترنت به عنوان متغیر مستقل، سلامت روانی و تصویر بدنی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد.

باورهای افراد است. لازارسلغد معتقد است؛ پیام‌رسان‌های جمعی بر پیام‌گیران به صورت فردی تأثیر نمی‌گذارد بلکه از آنجاکه فرد متعلق به گروه است، روابط اجتماعی او در نحوه واکنش نسبت به ارتباطات اجتماعی مؤثر است [۳۱].

مزلو^۱ (۱۹۴۳م) به‌طور مستقیم چیزی درباره سلامت روانی ننوشته است. اما سلامت روانی با مفهوم خودشکوفایی در روی‌آورد او مرتبط است [۳۲]. او به دنبال درک توانایی کار و انگیزه انسان برای دستیابی به نیازهای خاص بود. او این نیازهای انگیزشی را به‌صورت سلسله مراتبی سازمان‌دهی و بیان کرد که افراد قبل از حرکت به سطح بعدی باید نیازهای سطح پایین خود را برآورده کنند. با برآوردن نیازهای سطح پایین، نیازهای سطح بالاتر به عنوان محرک ظاهر می‌شوند. در سلسله مراتب مزلو (۱۹۴۳م) بالاترین سطح نیاز به خودشکوفایی است. با توجه به این روی‌آورد افراد در انتخاب معانی زندگی آزادند اما وقتی معانی انتخاب می‌شوند که با ارزش‌های ذاتی فرد مطابقت داشته باشند، نتایج مطلوب به وجود می‌آید. بنابراین، مزلو (۱۹۴۳م) هم مانند فرانکل^۲ (۱۹۵۹م) سلامت روانی و معنا را نیروی محرک در نظر گرفت. با این حال برخلاف فرانکل (۱۹۵۹م) نظریه مزلو (۱۹۴۳م) معنا را یک ویژگی ذاتی می‌داند که در درون فرد وجود دارد و تنها پس از برآورده شدن نیازهای اساسی محرک اصلی و رسیدن به سلامت روانی ظاهر می‌شود [۳۳]. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند، اعتیاد به اینترنت، سبب احساس ناکامی، تنهایی، اضطراب و به‌طور کلی کاهش سلامت روانی می‌شود. از دیدگاه شناختی-رفتاری، نشانه‌های این اختلال شامل افکار وسواسی درباره اینترنت، مهار برانگیختگی ضعیف، ناتوانی در متوقف کردن استفاده از اینترنت و مهم‌تر از همه، باور این‌که اینترنت تنها دوست فرد است [۳۴]. کادیسون^۳ (۲۰۲۰م) در پژوهشی به مقایسه سلامت روانی و مؤلفه‌های آن (نشانه‌های جسمانی، اضطرابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) در دانشجویان بر اساس سطوح مختلف اعتیاد به اینترنت (خفیف، متوسط و شدید) پرداخت. دو ویژگی عمده در گروه نمونه این پژوهش وجود داشت که مطالعه آن‌ها از اهمیت به‌سزایی برخوردار بود:

1. Maslow, A. H.
2. Frankel, V.
3. Kadison, R.

آزمودنی‌ها

الف. جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل گروه‌های برخط دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب در زمستان ۱۴۰۰ بود.

ب. نمونه پژوهش: در این پژوهش ۳۲۳ نفر (۲۴۴ زن، ۷۹ مرد) از دانشجویانی که عضو گروه‌های برخط دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب بودند به صورت داوطلبانه به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. روش نمونه‌برداری در این پژوهش بر اساس قاعده سرانگشتی و پژوهش‌های معمول هرگروه صد نفر است.

معیارهای ورود و خروج آزمودنی‌ها

بر اساس نتایج میانگین سنی گروه نمونه برابر با ۳۰/۷۲ با انحراف استاندارد ۱۰/۲۴ بود که در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال قرار داشتند.

ابزارهای پژوهش

آزمون اعتیاد به اینترنت: به منظور سنجش اعتیاد به اینترنت آزمودنی‌ها از آزمون استاندارد شده (اعتیاد به اینترنت) استفاده شد. آزمون اعتیاد به اینترنت ۲۰ ماده دارد. این آزمون هر فرد را در سه گروه طبقه‌بندی می‌کند، ۱. کاربر عادی اینترنت ۲. کاربری که در اثر استفاده زیاد دچار مشکلاتی شده است ۳. کاربر وابسته که استفاده بیش از حد، وی را وابسته کرده و نیازمند درمانگری است [۳۹]. در این آزمون از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود هر کدام از ماده‌های این آزمون را متناسب با شرایط خود در طیف پاسخ‌دهی لیکرت پنج درجه‌ای (هرگز=۱. گاهی وقت‌ها=۲. اغلب=۳. بیشتر وقت‌ها=۴. همیشه=۵. مشخص سازند. تکمیل این آزمون حدود ۵-۳ دقیقه طول می‌کشد. نمره به دست آمده نمره کلی آزمون است و دامنه‌ای از ۲۰ تا ۱۰۰ دارد. بدیهی است که هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر اعتیاد بیشتر فرد به اینترنت است [۴۰]. در مطالعه یانگ و دیگران، اعتبار آزمون به وسیله آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۹۲ ذکر شده است [۴۱]. این آزمون به چندین زبان ترجمه شده و اعتبار و روایی آن محاسبه شده است که شامل زبان‌های فرانسوی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ [۴۲]. روایی و پایایی این ابزار توسط سپهریان، جوکار، مرعشیان، عسگری، قاسم‌زاده، شهریاری و مرادی (۲۰۰۸م) در ایران در مطالعات مختلف آزموده شده و مورد تأیید قرار گرفته

است [۴۳]. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون اعتیاد به اینترنت ۰/۹۱۵ به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مناسب این ابزار است.

پرسشنامه سلامت روانی: پرسشنامه سلامت روانی با

هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند توسط گلدبرگ (۱۹۷۲م) ساخته شد. فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. از فرد خواسته می‌شود پرسشنامه را متناسب با شرایطش در یک ماه گذشته تکمیل کند. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه‌های بدنی (A)، اضطراب و بی‌خوابی (B)، نارساکنش‌وری اجتماعی (C)، و افسردگی وخیم (D). از مجموع نمره‌ها نیز یک نمره کلی به دست می‌آید [۴۴]. پرسشنامه به صورت خودگزارش‌دهی است و تکمیل آن حدود ۷ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا نزدیک‌ترین گزینه به نظر خودشان را انتخاب کنند. پاسخ‌ها در ۴ درجه لیکرت از بیش از حد معمول (۰) تا خیلی کم‌تر از حد معمول (۳) مشخص شده‌اند. درنمره‌گذاری مجموع نمره‌های ماده‌های ۱ تا ۷ نشانه‌های بدنی، از ۸ تا ۱۴ اضطراب و بی‌خوابی، از ۱۵ تا ۲۱ نارساکنش‌وری اجتماعی و از ۲۱ تا ۲۸ افسردگی وخیم فرد را مشخص می‌کنند. اعتبار این پرسشنامه با ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بود که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت‌بخش پرسشنامه است [۴۵]. اعتبار این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شده است [۴۶]. در نسخه لاتین، همبستگی درونی را بر اساس زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ به دست آوردند و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۸۹ گزارش کردند [۴۷]. روایی و پایایی این ابزار توسط حسینی‌نسب و بشارت در ایران در مطالعات مختلف آزموده شده و مورد تأیید قرار گرفته است [۴۸]. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون سلامت روانی ۰/۹۲۹ به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مناسب این ابزار است.

پرسشنامه چند بُعدی روابط بدن-خود

این پرسشنامه به منظور ارزیابی بازخورد فرد درباره ابعاد مختلف ساختار تصویر بدنی توسط کش (۱۹۹۰م) طراحی

تأیید قرار گرفته است [۵۳]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ آزمون پرسشنامه چندبُعدی روابط بدن-خود ۰/۸۹۱ و در زیر مقیاس رضایت بدنی ۰/۷۷۰ به دست آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها: داده‌های حاصل از اجرای ابزارهای اندازه‌گیری توسط نرم‌افزار spss-22 و به روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس، و آزمون لوین و آزمون m باکس) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری در پژوهش حاضر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱. مشخصه‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کمینه | بیشینه |
|-------------------|---------|------------------|-------|-------|--------|
| اعتیاد به اینترنت | ۳۸/۸۷ | ۱۳/۱۶ | ۰/۹۰ | ۲۰ | ۸۸ |
| سلامت روانی | ۲۲/۰۹ | ۱۲/۸۰ | ۱/۱۵ | ۰ | ۷۲ |
| تصویر بدنی | ۱۹۲/۵۱ | ۲۴/۶۲ | ۰/۴۶ | ۱۳۱ | ۲۷۰ |

چنان‌که در جدول بالا مشاهده می‌شود مقادیر چولگی نمره‌های هر سه متغیر مثبت است که نشان می‌دهد نمره بیش‌تر افراد گروه نمونه، بالاتر از میانگین است. بیش‌ترین مقدار چولگی ($S = 1/159$) متعلق به متغیر سلامت روانی و کم‌ترین مقدار متعلق به تصویر بدنی است.

شده است. بازخورد فرد به تصویر بدنی شامل بخش‌های ارزیابی شناختی و رفتاری است و آگاهی فرد از سلامتی و یا احساس بیماری را نیز در بر می‌گیرد. این پرسشنامه سه زیرمقیاس دارد: ۱. زیرمقیاس مربوط به بدن (همه پرسش‌ها به جز پرسش‌های نام برده شده در دو زیرمقیاس دیگر)؛ ۲. زیرمقیاس رضایت از بخش‌های مختلف بدن (پرسش‌های ۶۰ تا ۶۸)؛ ۳. زیرمقیاس مربوط به بازخورد فرد درباره وزن (پرسش‌های ۲۰، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۶) [۴۹]. این پرسشنامه خودگزارش‌دهی برای افراد بالای ۱۵ سال قابل اجراست. نمره‌گذاری آن در طیف پاسخ‌دهی لیکرت چهاردرجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱؛ تا حدودی مخالفم=۲؛ تا حدودی موافقم=۳؛ کاملاً موافقم=۴) است. تکمیل پرسشنامه حدود ۱۵ تا ۱۸ دقیقه زمان می‌برد. به منظور به دست آوردن نمره کلی پرسشنامه، نمره‌های داده شده توسط پاسخ‌دهنده به تک تک ماده‌ها را با هم جمع می‌کنیم. رضایت از بخش‌های مختلف بدن شامل صورت، بالاتنه، میان تنه و پایین تنه، قوام عضله‌ها، وزن، قد و ظاهر کلی است که امتیاز ۱ برای کاملاً ناراضی و ۵ برای حالت کاملاً راضی محاسبه شده است. اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن را برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است [۵۰]. در نسخه اسپانیایی اعتبار این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و بازآزمایی آن را تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند [۵۱]. در نسخه یونانی اعتبار آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۷۵ به دست آمده است [۵۲]. روایی و پایایی این ابزار توسط سعیدی و مرادحاصل در ایران در مطالعات مختلف آزمون شده و مورد

جدول ۲. مشخصه‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک جنس

| متغیر | مردان | | | | | زنان | | | | |
|-------------------|---------|------------------|-------|-------|--------|---------|------------------|-------|-------|--------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کمینه | بیشینه | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کمینه | بیشینه |
| اعتیاد به اینترنت | ۴۱/۷۵ | ۱۴/۸۲ | ۱/۰۷ | ۲۳ | ۸۸ | ۳۷/۹۴ | ۱۲/۴۷ | ۰/۷۴ | ۲۰ | ۷۴ |
| سلامت روانی | ۲۰/۱۲ | ۱۰/۸۲ | ۰/۹۸ | ۳ | ۶۰ | ۲۲/۷۳ | ۱۳/۳۴ | ۱/۱۴ | ۰ | ۷۲ |
| تصویر بدنی | ۱۹۲/۳۲ | ۲۸/۴۷ | ۰/۳۴ | ۲۴۳ | ۲۵۸ | ۱۹۲/۵۶ | ۲۳/۲۹ | ۰/۵۳ | ۱۳۱ | ۲۷۰ |

مردان است. این در حالی است که مقدار چولگی در گروه زنان کم‌تر از مردان است. به‌علاوه، کم‌ترین و بیش‌ترین نمره در این متغیر متعلق به گروه زنان است.

چنان‌که بیان شد به منظور آزمون فرضیه پژوهش یعنی مقایسه دو گروه با اعتیاد کم و اعتیاد زیاد به اینترنت در سلامت روانی و تصویر بدنی، نخست بر اساس شاخص میانه نمره‌های پرسشنامه اعتیاد به اینترنت به دو طبقه پایین‌تر و بالاتر از میانه تقسیم شدند. مشخصه‌های آماری متغیرهای پژوهش مربوط به این دو گروه در جدول ۳ منعکس شده است.

چنان‌که در جدول بالا مشاهده می‌شود میانگین و مقدار چولگی متغیر اعتیاد به اینترنت در زنان کم‌تر از مردان است. در حالی که انحراف استاندارد در این گروه کم‌تر از مردان است. بدین ترتیب، همگونی در گروه زنان بیش‌تر از مردان است. به‌علاوه، کم‌ترین نمره در این متغیر متعلق به گروه زنان و بیش‌ترین نمره متعلق به مردان است. میانگین، انحراف استاندارد و مقدار چولگی در سلامت روانی در گروه زنان بیش‌تر از مردان به‌دست آمد و کم‌ترین (صفر) و بیش‌ترین (۷۲) نمره در این متغیر متعلق به گروه زنان است. در متغیر تصویر بدنی میانگین دو گروه زنان و مردان با یکدیگر برابر، اما انحراف استاندارد گروه زنان کم‌تر از

جدول ۳. مشخصه‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پایین‌تر و بالاتر از میانه

| زیرمقیاس | پایین | | | | | بالاتر از میانه | | | | |
|-------------------|---------|------------------|-------|-------|--------|-----------------|------------------|-------|-------|--------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کمینه | بیشینه | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کمینه | بیشینه |
| اعتیاد به اینترنت | ۲۸/۸۶ | ۴/۳۷ | -۰/۰۵ | ۲۰ | ۳۶ | ۵۰ | ۱۰/۴۶ | ۰/۹۳ | ۳۷ | ۸۸ |
| سلامت روانی | ۱۷/۷۷ | ۹/۶۳ | ۱/۱۳ | ۰ | ۶۴ | ۲۶/۹۰ | ۱۴/۱۴ | ۰/۸۷ | ۰ | ۷۲ |
| تصویر بدنی | ۱۹۷/۶۲ | ۲۴/۴۹ | ۰/۴۲ | ۱۳۱ | ۲۷۰ | ۱۸۶/۸۲ | ۲۳/۵۴ | ۰/۵۴ | ۲۴۳ | ۲۴۹ |

تجربی با یکدیگر همبستگی دارند. برای بررسی مفروضه برابری ماتریس کواریانس از آزمون Box's M استفاده و نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است. چنان‌که در جدول مشخص است مفروضه برابری ماتریس کواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴. آزمون M باکس برای برابری ماتریس کواریانس‌ها

| Sig. | df2 | df1 | F | Box's M |
|-------|-----------|-----|-------|---------|
| ۰/۰۵۱ | ۱۳۶۶۳/۷۵۵ | ۹ | ۲/۵۱۶ | ۴/۴۷۷ |

همچنین برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای وابسته از آزمون لوین استفاده و نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

چنان‌که در جدول بالا مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد متغیر اعتیاد به اینترنت و سلامت روانی در گروه پایین‌تر از میانه، کم‌تر و در متغیر تصویر بدنی بیش‌تر از گروه بالاتر از میانه است. مقدار چولگی در متغیر اعتیاد به اینترنت در گروه پایین‌تر از میانه تقریباً برابر با صفر اما در گروه بالاتر از میانه مثبت و نزدیک ۱ است. در متغیر سلامت روانی نیز مقدار چولگی در هر دو گروه مثبت و در گروه پایین‌تر از میانه بیش‌تر از گروه دیگر است. این مقدار در متغیر تصویر بدنی نیز مثبت و در هر دو گروه تقریباً برابر است.

به‌منظور آزمون فرضیه پژوهش از روش تحلیل واریانس عاملی چندمتغیری استفاده شد. دلیل کاربرد این روش آن است: ۱. بیش از یک متغیر وابسته هم‌زمان مورد مطالعه قرار گرفته است؛ ۲. دو گروه (جنس و میزان اعتیاد) در دو سطح تحلیل شدند؛ ۳. متغیرهای پژوهش از لحاظ نظری و

جدول ۵. آزمون لوین برای برابری واریانس‌های خطا

| متغیرها | F | df1 | df2 | Sig. |
|-------------|------|-----|-----|------|
| سلامت روانی | ۷/۰۷ | ۳ | ۳۱۹ | ۰/۰۱ |
| تصویر بدنی | ۲/۳۲ | ۳ | ۳۱۹ | ۰/۰۷ |

مشخصه F برای آزمون لوین به‌منظور برابری واریانس‌های خطا برای متغیر سلامت روانی برابر با ۷/۰۷ و از لحاظ آماری معنادار است ($P < ۰/۰۱$). اما با توجه به

کم‌تر از ۴ برابر بودن واریانس‌های گروه‌ها نسبت به یکدیگر، امکان اجرای مدل آماری فراهم است. مقدار این مشخصه برای متغیر تصویر بدنی نیز برابر با ۲/۳۲ و غیرمعنادار است ($P < ۰/۰۷$). بنابراین، با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس می‌توان به نتایج این آزمون اعتماد کرد. برای حصول اطمینان نسبت به مفروضه همبستگی بین متغیرهای وابسته ضریب همبستگی متغیرهای وابسته محاسبه و برابر با ۰/۴۳- به دست آمد. نتایج تحلیل واریانس عاملی چندمتغیری برای مقایسه متغیرهای وابسته در چهار گروه بر اساس جنس و اعتیاد به اینترنت در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. تحلیل واریانس عاملی برای مقایسه میانگین‌های دو گروه پژوهش در متغیرهای وابسته

| متغیر و منبع | df | SS | MS | F | P |
|--------------|----|---------|-------|------|-------|
| جنس | ۱ | ۴۸۸/۶۹ | ۳/۴۲ | ۰/۰۶ | ۰/۰۱ |
| | ۱ | ۰/۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ | ۰/۰۰ |
| اعتیاد | ۱ | ۱۵/۸۲ | ۳۳/۲۲ | ۰/۰۰ | ۰/۰۹ |
| | ۱ | ۱۶۴۲/۲۱ | ۱۸/۷۷ | ۰/۰۰ | ۰/۰۵ |
| جنس × اعتیاد | ۱ | ۱۵/۸۲ | ۰/۱۱ | ۰/۷۴ | ۰/۰۰ |
| | ۱ | ۱۶۴۲/۲۱ | ۲/۸۴ | ۰/۰۹ | ۰/۰۰۹ |

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین نقش اعتیاد به اینترنت در سلامت روانی و تصویر بدنی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که اعتیاد به اینترنت با سلامت روانی و تصویر بدنی رابطه منفی دارد. به عبارت دیگر، اعتیاد به اینترنت موجب کاهش سلامت روانی و نارضایتی از تصویر بدنی در فرد می‌شود ضمن اینکه، اثر جنس در هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش متفاوت نبودند. یافته‌های این پژوهش با بررسی‌های ویلانیت (۲۰۱۶)، کروز (۲۰۰۸)، شنل (۲۰۱۱)،

چنانکه در جدول ۶ دیده می‌شود اثر جنس در هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنادار به دست نیامد. بدین ترتیب، می‌توان نتیجه گرفت که بین زنان و مردان از نظر سلامت روانی و تصویر بدنی تفاوت وجود ندارد. اثر اعتیاد به اینترنت در هر دو متغیر وابسته از لحاظ آماری معنادار به دست آمد. بدین ترتیب، می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه پایین‌تر و بالاتر از میانه در سلامت روانی و تصویر بدنی تفاوت وجود دارد. با مراجعه به جدول ۴ مشخص می‌شود، میانگین هر دو متغیر سلامت روانی و تصویر بدنی در گروه پایین‌تر از میانه کم‌تر است.

می‌شود، افراد با احساس خودارزشمندی بیش‌تر و با برنامه از اینترنت استفاده می‌کنند و استفاده از اینترنت نظم زندگی و سلامت روانی این افراد را به‌هم‌نمی‌ریزد اما به این نکته نیز اشاره کرده است که استفاده اعتیادگون از اینترنت باعث مشکلات زیادی می‌شود؛ چنان‌چه فروید (۱۹۴۳م) به آن اشاره می‌کند. «من» مدیر اجرایی شخصیت و مسئول حفظ تعادل است و همواره از طرف «بن»، «فرامن» و عوامل محیطی تحت فشار قرار می‌گیرد. فرامن بخش ارزش‌ها و مهار کننده شخصیت است. چنان‌چه من فرد تضعیف‌گردد، قدرت اجرایی و مدیریتی‌اش را از دست می‌دهد و در نتیجه، تعادل شخصیت به‌هم‌خورده و در نهایت، انسان سازش‌نیافته می‌شود و دچار کاهش سلامت روانی و به تبع آن به‌هم‌ریختگی تصویر بدنی می‌شود که با یافته پژوهش حاضر همسو است. به‌رغم آنکه نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند که اعتیاد به اینترنت بر سلامت روانی و تصویر بدنی ارتباط دارد، اما جنس بر سلامت روانی و تصویر بدنی ارتباط ندارد هر دو جنس به یک اندازه تحت تأثیر اینترنت قرار دارند و تنها نحوه ابراز آن‌ها متفاوت است زنان بر زیبایی‌های چهره تأکید دارند و مردان بر تناسب اندام بیش‌تر تأکید می‌کنند. این یافته‌ها با پژوهش‌های اسمیتا و ازهر (۲۰۱۸م) و دایی (۲۰۱۶م) همسو بود. همچنین با یافته‌های پژوهش‌های دسوکی و ابراهیم (۲۰۱۵م) و اختر (۲۰۱۳م) و کانان و دیگران (۲۰۱۹م) تومازیک و وسیرمن (۲۰۱۹م)، و برخی پژوهش‌های دیگر که از ابزارهای مشابه استفاده کرده‌اند و به نتایج متفاوت با نتایج پژوهش حاضر دست یافته‌اند. با توجه به نتایج پژوهش‌های اخیر مشخص شد، تصویر بدنی و سلامت روانی در جنس (زن و مرد) تفاوت‌چندانی ندارند و هر دو به یک اندازه تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند. البته نظریه خود‌شی‌انگاری تبیینی برای نارضایتی از تصویر بدنی است. آن‌ها مدعی شدند که زنان و دختران بر اساس معیارهای اجتماعی می‌آموزند که خودشان را بر مبنای ظاهر جسمانی‌شان به‌عنوان معیاری که دیگران به‌عنوان قضاوت بر آن‌ها استفاده می‌کنند، ارزیابی کنند. بر مبنای این نظریه، بعضی از تأثیرات اجتماعی فرهنگی زنان را به سمت شی‌انگاری سوق می‌دهند، آرمان‌های اجتماعی که به اهمیت ظاهر زنانه توجه می‌کنند و این تمایل که زن به‌عنوان یک شی در نظر گرفته می‌شود نتایج منفی زیادی را به همراه دارد. یکی از

لیتوین (۲۰۱۰)، مهرداد و تاجر (۲۰۱۶) همسو بود. این یافته‌ها را می‌توان با روی‌آورد اعتیاد به رسانه بال‌روکاج (۱۹۸۵) تبیین کرد. در این نظریه بین جامعه، رسانه و مخاطب تعامل وجود دارد؛ رسانه به عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی نقش مؤثری دارد در عصر حاضر با توجه به نقش آن در جامعه و تأثیر آن بر مخاطب به عنوان ابزار قدرتمند عمل می‌کند. در نتیجه مخاطب از نظر شناختی، هیجانی و رفتاری تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد. هنگامی‌که فرد تعادل در استفاده از اینترنت ایجاد نکند، دچار اضطراب و آسیب‌روانی می‌شود. بر اساس نظریه یانگ (۱۹۹۶م)؛ می‌توان بیان کرد، هرچه میزان اعتیاد به اینترنت بیش‌تر باشد فرد بیش‌تر دچار تبعات استفاده از آن قرار می‌گیرد و در زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی نسبت به کاربران عادی در معرض خطر بیش‌تری است. سلامت جسمانی در افراد دارای اعتیاد به اینترنت کم‌تر از افراد عادی است به این علت که افراد معتاد به اینترنت؛ فعالیت جسمانی کم دارند، تمایل به انجام ورزش ندارند، مدام و بدون فعالیت از اینترنت استفاده می‌کنند. همین امر سلامت جسمانی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. ارتباط‌های اجتماعی از طریق اینترنت ضعیف‌تر و غیرقابل اعتمادتر از ارتباط‌های واقعی هستند و در دراز مدت به انزوای اجتماعی، افسردگی و به مخاطره افتادن سلامت روانی افراد می‌انجامد [۵۴]. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد؛ وجود سلامت روانی در زندگی نیز با تصویر بدنی رابطه مثبت دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های کروس (۲۰۰۷م) و میلانباؤ (۲۰۱۹م) همسو بود. در تبیین احتمالی این نتایج می‌توان گفت: سلامت روانی و بهزیستی روانی با تصویر بدنی ارتباط مثبت دارند بر اساس پژوهش‌ها می‌توان گفت فرد هرچه اعتیاد به اینترنت کم‌تری داشته باشد سلامت روانی بالاتری دارد و تصویر بدنی یکپارچه‌تری دارد، اما به‌هم‌ریختگی تصویر بدنی می‌تواند ناشی از اختلال در سلامت روانی و اعتیاد به اینترنت و نتیجه قرار گرفتن فرد در موقعیت آسیب‌زا باشد [۵۵]. برای تبیین احتمالی دیگر این یافته می‌توان از روی‌آورد بومیستر (۱۹۹۱م) سود جست، بومیستر در روی‌آورد خود به چهار مؤلفه در زندگی اشاره کرده است، که یکی از آن مؤلفه‌ها احساس خودارزشمندی است. تحقق این مؤلفه با داشتن روابط اجتماعی مناسب منجر به بهبود شکل‌گیری تصویر بدنی و افزایش سلامت روانی در افراد

افراطی در اینترنت می‌کنند و همین امر زمینه‌ساز وسواس‌های ظاهری، مغشوش شدن تصویر بدنی و عمل‌های جراحی برای رسیدن به تصویری ایده‌آل می‌شود. به احتمال معنادار فرد هرچه بیش‌تر به اینترنت اعتیاد داشته باشد سلامت روانی وی کم شده و تصویر بدنی به‌هم‌ریخته‌تری خواهد داشت [۵۹].

محدودیت‌های پژوهش

محدودیت‌های پژوهش حاضر نبود امکان اجرای حضوری به دلیل وجود بیماری کرونا بود و جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت برخط (آنلاین) انجام شد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، دسترسی سخت به جامعه آماری است. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری و پاسخ غیرواقعی داده باشند. این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است. به این دلیل، نتیجه‌گیری درباره‌ی علیت را دشوار می‌سازد.

قوت پژوهش

پیشنهاد‌های پژوهشی

استفاده از روش‌های طولی و دیگر ابزارهای گردآوری داده‌ها غیر از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی مفید هستند. در نظر گرفتن متغیرهایی مانند اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی و غیره.

پیشنهاد‌های کاربردی

آشناسازی افراد با پیامدهای اعتیاد به اینترنت، سلامت روانی و تصویر بدنی در قالب بروشور، کلاس و کارگاه. تهیه محتوای آموزشی و کاربردی با محوریت کاهش سلامت روانی و به‌هم‌ریختگی تصویر بدنی ناشی از اعتیاد به اینترنت در زندگی. برگزاری جلسه‌های آموزشی به‌منظور آموزش شیوه‌های صحیح استفاده از اینترنت، ارتقا سلامت روانی و کاهش به‌هم‌ریختگی تصویر بدنی.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از استاد راهنمای خود و همه داوطلبان شرکت کنند برای همکاری و فراهم کردن امکان اجرای این مطالعه کمال تشکر و قدردانی را دارم. نتایج این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه آزاد تهران جنوب است.

پیامدهای آن دل‌مشغولی به‌ظاهر خود است. این تمرکز بر ظاهر می‌تواند مشکل‌آفرین باشد، برای نمونه دریافتند که خود‌شی‌انگاری با مشکلات سلامت روانی مانند نارضایتی بدنی، حرمت خود پایین، افسردگی، اضطراب و اختلال‌های خوردن همراه است [۵۶]. با بهره‌جستن از روی‌آورد اریکسون (۱۹۸۶م) که معتقد است تشابه زیادی بین شکل‌گیری هویت و ارتقاء سلامت روانی در زندگی افراد وجود دارد و شکل‌گیری هویت در افراد با توجه به مراحل سنی در دو بُعد (تعهد و جست‌وجو) به موازات پیش می‌رود، همچنین با در نظر گرفتن شرایط آزمودنی‌ها (سن دانشگاهی) می‌توان سه تبیین احتمالی را در نظر گرفت. نخست: آزمودنی‌ها ممکن است در حال کسب تجربه در موقعیتی خاص از زندگی فارغ از کمیت و کیفیت ارتباط اجتماعی خود باشند که منجر به افزایش یا کاهش سلامت روانی در آزمودنی شده است؛ دوم: ممکن است این افراد با استفاده بی‌برنامه از اینترنت و صرف زمان زیاد ممکن است سلامت روانی خود را به خطر اندازند و ارتباط با جنس ندارد؛ سوم: با توجه به این نکته که سلامت روانی مفهوم ثابت و یکنواخت نیست و از مؤلفه‌های زیاد و پیچیده‌ای دارد و با گذر زمان و موقعیت‌های متفاوت مفاهیم و تعاریف جدیدتری برای انسان‌ها حاصل می‌شود. این تبیین درباره سلامت روانی بیانگر این است که این افراد بیش‌تر با بحران هویت روبه‌رو هستند و حالتی گذرا را تجربه می‌کنند و ارتباط با اعتیاد به اینترنت دارد [۵۷]. به‌منظور تبیین احتمالی این یافته همان‌طور که پیش‌تر آورده‌شد، یکی دیگر از مواردی که هم‌بودی قابل‌توجهی با اعتیاد به اینترنت نشان می‌دهد به‌هم‌ریختگی تصویر بدنی است که ناشی از نارسایی‌های کمی و کیفی در روابط اجتماعی است و بیانگر این است که فرد کم‌بود صمیمیت، حرمت خودپایین و سلامت روانی کم را در خود احساس می‌کند و همین امر زمینه‌ساز مشکل‌ها و الگوبرداری‌های افراطی می‌شود و می‌تواند در هر سنی رخ دهد. اما بنا بر شواهدی که از پژوهش‌های دیگر حاصل شده است افرادی که در دوره جوانی قرار دارند (سن دانشگاهی) به‌هم‌ریختگی تصویر بدنی بیش‌تری را تجربه می‌کنند [۵۸]. با استناد به روی‌آورد ویس (۱۹۷۳م) و ریچمن (۱۹۵۸م) افراد به‌صورت کاملاً فعالانه تمایل به تجربه و کسب تصویر بدنی عالی و نزدیک به ایده‌آل هستند به همین دلیل شروع به جست‌وجوی

منابع

- 10-Anderson KJ. Internets use among college students an exploratory study. *Journal American Cull Health*. 2011; 11(6): 21-56.
<http://dx.doi.org/10.1080/07448480109595707>
- 11-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders 4Th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2004.
<https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- 12-Goldberg, D. P, & Williams, P. A Users Guide to the General Health Questionnaire. UK: NFER, Nelson; 1988.
- ۱۳- حسینی‌نسب، داوود. بررسی رابطه شیوه‌های فرزند پروری با خود کار آمدی و سلامت روانی، *مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناختی*. ۱۳۸۸؛ ۹(۱): ۲۱-۳۷.
- ۱۴- حق‌شناس، حسن. طرح پنج عاملی ویژگی‌های شخصیت و اعتیاد به اینترنت، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۵؛ ۷(۶): ۲۵-۲۶.
- 15-Larose, R, Eastin, MS, Greegg, G. Reformulating the internet paradox: Social cognitive explanations of Internet use and depression Behave, 2015; 6: 972-7. Paper submitted to the Journal of Online Behavior. Available from: https://www.researchgate.net/publication/243779310_Reformulating_the_Internet_Paradox_Social_Cognitive_Explanations_of_Internet_Use_and_Depression
- 16-Gillen M M, Markey CN. Body Image and Mental Health. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 2016; 187-192.
http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_25
- 17-Carr A. Positive Psychology, the Screce of happiness and human strenyths: Brunner-Routledge; 2004.
<https://doi.org/10.4236/ojmp.2022.112003>
- 18-Routasalo, P, Pitkälä, KH. Loneliness among older people. *Clinical Gerontology Journal*. 2003; 13(41): 303-311.
<http://dx.doi.org/10.1017/S095925980400111X>
- 1- Liu, Q, Sun, J, Li, Q, Zhou, Z. Body dissatisfaction and smartphone addiction among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*. 2020; 55(108): 104 - 113.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104613>
- 2- Mak, K. K, & Young, K. S. Development and Differential Item Functioning of the Internet Addiction Test-Revised (IAT-R): An Item Response Theory Approach. *Cyber psychology, Behavior, and Social Networking*. 2020; 23(5): 312-328.
<http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2019.0468>
- 3- Young, K, Abreu, C. Internet Addiction in Children and Adolescents: Risk Factors, Assessment, and Treatment. New York: Springer; 2017.
- 4- Ghafari, M. The effect of training emotional self-awareness and impulse control in reducing social isolation and compulsive use of the Internet and its users. *Journal Allameh Tabataba'i Uni*. 2006; 13(9): 76-89.
- 5- Ettema, E.J., Derksen, L.D., & Leeuwen, E.N. Existential loneliness and end-of-care: A systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2010; 31(6): 141-169.
<https://doi.org/10.1007/s11017-010-9141-1>
- 6- George, L. K, & Park, C. L. Are meaning and purpose distinct? An examination of correlates and predictors. *Journal of Positive Psychology*. 2013; 8(5): 365-375.
<http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.805801>
- 7- Argyrides M, Kkeli, N. multidimensional body-self relations questionnaire-appearance scales: Psychometric properties of the Greek version. *Psychological reports*. 2013; 113(3): 97-885.
<http://dx.doi.org/10.2466/03.07.PR0.113x29z6>
- 8- Young JE, Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, New York: Wiley; 1982.
<https://doi.org/10.4236/ojd.2013.23007>
- 9- Long J, Liu T, Liu Y, et al. Prevalence and correlates of problematic online gaming: a systematic review of the evidence published in Chinese. *Current Addiction Reports*. 2018; 5(3): 359-371.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40429-018-0219-6>

- 28-Tian Y, Qin, N, Cao S, Gao F. Reciprocal associations between shyness, self-esteem, loneliness, depression and Internet addiction in Chinese adolescents. *Addiction Research & Theory*. 2021; 29(2): 98-110.
<http://dx.doi.org/10.1080/16066359.2020.1755657>
- ۲۹-مسعودنیا، ابراهیم. بررسی رابطه بین عزت‌نفس و اضطراب اجتماعی در دانشجویان دوره کارشناسی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۸۸؛ ۱ (۳۷): صص ۴۹-۵۸.
<https://www.sid.ir/paper/46306/fa>
- 30-Marin M G, Nuñez X, de Almeida RMM. Internet Addiction and Attention in Adolescents: A Systematic Review. *Cyber Psychology, Behavior, and Social Networking*. 2020; 65(44):103-110.
<http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2019.0698>
- 31-Liu Q, Sun J, Li Q, Zhou, Z. Body dissatisfaction and smartphone addiction among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*. 2020; 55(108): 104- 113.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104613>
- 32-Debats DL. An inquiry into existential meaning: Theoretical, clinical, and phenomenal perspectives. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 182-195). Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.
<http://dx.doi.org/10.4135/9781452233703.n6>
- ۳۳-رحیمی، چنگیز. کاربرد پرسشنامه افسردگی بک در دانشجویان ایرانی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۲؛ ۱۰ (۱۷ف): صص ۱۷۳-۱۸۸.
https://cpap.shahed.ac.ir/article_2711.html
- ۳۴-جوکار، بهرام؛ سلیمی، عظیمه. ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و هیجانی بزرگسالان. *علوم رفتاری*. ۲۰۰۱؛ ۱۸ (۵): ۳۱۱-۳۱۸.
- 35-Bloch J. Student/teacher interaction via e-mail: The social context of Internet discourse. *Journal Second Lang Writ*. 2011; 11(7): 34-170.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1060-3743\(02\)00064-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1060-3743(02)00064-4)
- 19-Cash, T. F. *Body Image: Past, Present, and Future*. *Body Image*. 2004; 1(1): 1-5.
[https://doi.org/10.1016/s1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/s1740-1445(03)00011-1)
- 20-Sclafani, A. P. Psychological aspects of plastic surgery. *Medicine*. 2013; 24(15).
<https://doi.org/10.1177/1090820X12469532>
- 21-Borzekowski LG, E-ana and e-mia: A content analysis of pro-eating disorder web sites. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(8): 1526-1534.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.172700>
- 22-Jomeen, J, Martin, CR. Self-esteem and mental health during early pregnancy. *Cline Neff*. 2015; 9(1-2): 92-5.
- 23-Jurica J, Barenz J, Shim Y, Graham K, Steger MF. Ultimate concerns from existential and positive psychological perspectives. In A. Batthyany & P. Russo-Netzer (Eds.), *Meaning in positive and existential psychology*. 2014; pp. 115- 129. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4939-0308-5_8
- 24-Green P, Pritchard M. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and Women. *Social Behavior Personality*. 2019; 31: 215-222.
<http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2003.31.3.215>
- 25-George LK, Park CL, Are meaning and purpose distinct? An examination of correlates and predictors. *Journal of Positive Psychology*. 2013; 8(5): 365-375.
<http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.805801>
- 26-Tomaszek K, Cymerman AM, Sex Differences in the Relationship between Student School Burnout and Problematic Internet Use among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(25): 1-14.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16214107>
- 27-Ferraro G, Caci B, D'amico, A. & Blasi, M. D. Internet addiction disorder: An Italian study. *Cyber Psychology and Behavior*. 2007; 10(2): 170-175.
<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2006.9972>

- 46-Clark, A. On traits and temperament general and specific factors of emotional experience and their relation to the five factor-model. *Journal of personality*. 1992; 60(2): 440-446.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00980.x>
- ۴۷-حسینی نسب، د. بررسی رابطه شیوه‌های فرزند پروری با خود کار آمدی و سلامت روانی، *مجله مطالعات تربیتی و روانشناختی*. ۱۳۸۸؛ ۱۹(۱): ۲۱-۳۷.
- ۴۸-حق شناس، ح. طرح پنج عاملی و ویژگی‌های شخصیت و اعتیاد به اینترنت، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۵؛ ۷(۶): ۲۵-۲۶.
- 49-Cash TF, Pruzinsky T. Questionnaire body images': Development, deviance, and change. New York: Guilford press; 1990.
- 50-Kim, S. Study of Internet Addiction: Status, Causes, and Remedies- Focusing on the Alienation Factor. *Journal of Korean Home Economics Association English*; 2002.
- ۵۱-سعیدی، ز. رابطه بین خودشفقت‌ورزی و عزت‌نفس احساسات خودآگاه. *فصلنامه سلامت روانی*. ۱۳۹۲؛ ۶(۳): ۹-۱.
- 52-Argyrides M, Kkeli, N. multidimensional body-self relations questionnaire-appearance scales: Psychometric properties of the Greek version. *Psychological reports*. 2013; 113(3): 97-885.
<http://dx.doi.org/10.2466/03.07.PR0.113x29z6>
- ۵۳-مراد حاصل، مستانه. روند مربوط به رشد تصویر بدنی در استفاده کاربران اینترنتی در فضای ایران، *فصلنامه سلامت روانی*. ۱۳۹۶؛ ۱۱(۳): ۶۲-۸۵.
<https://www.sid.ir/paper/511524/fa>
- ۵۴-نادی، م. هویت و احساس طلبی در وابستگی به اینترنت. *فصلنامه علوم رفتاری*. ۱۳۸۹؛ ۴(۲): ۱-۱۹۱.
- 55-Tomer A. Meaning in terror managment theory. In A. Batthyany & P. RussoNetzer (Eds.), *Meanings in positive and existential psychology*. NewYork: NY: Springer 2014; 65-79.
http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4939-0308-5_5
- 36-Pontes M., Gerefat E. The Presentation of Self in Internet. Nottingham: Trent University; 2015.
- 37-Victor C, Bond J. Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*. (2000); 10(4): 407-417.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0959259800104101>
- 38-Wenger GC, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A. Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing and Society*. 1996; 16(54): 533-555.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003457>
- 39-Murali V. George S. an overview of internet addiction. *Advance in Psychiatric Treatment*. 2007; 13(25): 24-30.
<http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.106.002907>
- 40-Khazaal Y, Billieux J, Thorens G, Khan R. Louati Y, Scarlatti E. Zullino D. French validation of the internet addiction test. *CyberPsychology & Behavior*. 2008; 11(6): 703-706. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2007.0249>
- 41-Siomos K E, Dafouli ED, Braimiotis DA, Mouzas OD, Angelopoulos NV. Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyber Psychology & Behavior*. 2008; 11(6): 653-657. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2008.0088>
- 42-Yoo H. Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet Addiction. *Journal of Psychiatry & Clinical Neurosciences*. 2004; 58(5): 94-487.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01290.x>
- 43-Zhao H, Li X. Zhou J, Nie Q. Zhou J. The relationship between bullying victimization and online game addiction among Chinese early adolescents: The potential role of meaning in life and gender differences. *Children and Youth Services Review*. 2020; 11(6): 105-115.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105261>
- ۴۴-هویت، دنیس؛ کرامر، دانکن. روش‌های آماری در روانشناسی و سایر علوم رفتاری. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی‌زند، مالک میرهاشمی، داوود معنوی‌پور، نسترن شریفی. تهران: انتشارات سخن، ۱۳۹۵.
- 45-Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness questionnaire. Maudsley Monograph, 21, Oxford: Oxford University Press; 1972.

- 58-Routasalo P, Pitkälä KH. Loneliness among older people. *Clinical Gerontology Journal*. 2003; 13(41): 303-311.
<http://dx.doi.org/10.1017/S095925980400111X>
- 59-Karimi L, Khodabandelou R, Ehsani M, Ahmed M. Applying the Uses and Gratifications Theory to Compare Higher Education Students' Motivation for Using Social Networking Sites: Experiences from Iran, Malaysia, United Kingdom, and South Africa. *Contemporary Educational Technology*. 2014; 5(1): 53-72.
<http://dx.doi.org/10.30935/cedtech/6115>
- 56-Sugar M. Female adolescent development, New York: Brunner Mazel; (2000).
- 57-Steger MF, Kawabata Y, Shimai S, Otake K. The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life. *Journal of Research in Personality*. (2008); 42(3): 660-678.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jrp.2007.09.003>

طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم وسواس در نوجوانان: نقش تعدیلگر جنسیت

نویسندگان

محدثه احمدی^۱، مصطفی خانزاده^{۲*}، پریناز سجادیان^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران. i1376e@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی غیردولتی-غیرانتفاعی فیض الاسلام خمینی شهر، اصفهان، ایران.
(نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. sajjadian@phu.laun.ac.ir

چکیده

مقدمه: علائم وسواس، به عنوان یکی از مسائل عمده در سلامت روان نوجوانان، تحت تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه ایجاد می‌شود. با این حال، تفاوت این سازوکار در نوجوانان دختر و پسر به خوبی شناسایی نشده است؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم وسواس در نوجوانان با نقش تعدیلگر جنسیت بود.

روش: بر مبنای یک طرح همبستگی، ۳۰۰ دانش‌آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و سیاهه وسواس فکری - عملی مادزلی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، Z فیشر و رگرسیون چندگانه با نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج آزمون همبستگی نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم وسواس در نوجوانان رابطه وجود دارد. همچنین نتایج آزمون Z فیشر نشان داد جنسیت قادر است روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم وسواس را تعدیل کند؛ نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش بیشتری در تبیین نمره کلی وسواس نوجوانان پسر نسبت به نوجوانان دختر دارد. علاوه بر این، طرحواره آسیب‌پذیری در نوجوانان پسر بهترین پیش‌بین نمره کل وسواس است در حالی که در نوجوانان دختر، بهترین پیش‌بین نمره کل وسواس، طرحواره وابستگی است.

بحث و نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این پژوهش، علاوه بر حمایت از نقش طرحواره‌ها در علائم وسواس نوجوانان، نقش تعدیل‌کننده جنسیت را در ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم وسواس نوجوانان نشان داد. نتایج این پژوهش می‌تواند به استفاده از تدابیر درمانی متفاوت برای ابعاد مختلف وسواس در دختران و پسران، به منظور دستیابی به اثرات درمانی بالاتر، توسط درمانگران حوزه وسواس کمک کند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۵/۰۱

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۱۱/۲۳



کلیدواژه‌ها

ابعاد علائم وسواس، تعدیلگری، جنسیت، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نوجوان.

بست الکترونیکی
نویسنده مسئول

m.kh@fei.ac.ir

مقدمه

به طوری که سه طرحواره نقص و شرم، محرومیت عاطفی، بی‌اعتمادی و سوء استفاده یکی از سه طرحواره خاص اختلال وسواس فکری عملی است که انتظار می‌رود تا حدی پیش بینی کننده علائم این اختلال باشد [۱۲]؛ همچنین تجارب نامطلوب دوران کودکی (به عنوان مثال، سوء استفاده و غفلت) با افزایش خطر علائم اختلال وسواس فکری-عملی مرتبط است و افراد مبتلا به این اختلال ممکن است در طرحواره طرد و بریدگی آسیب پذیر باشند [۱۴، ۱۵]. اختلال وسواس فکری-عملی با شرم، دلبستگی نایمن و انزوای اجتماعی همراه است که به ترتیب نشان دهنده افزایش احتمال تایید طرحواره‌های نقص / شرم، رها شدن / بی‌ثباتی و انزوای اجتماعی / بیگانگی است [۱۶، ۱۷، ۱۸]. پژوهش بازو کاراگوزل^۵ نیز نشان داد که طرحواره‌های شکست، بدبینی، انزوای اجتماعی، تایید خواهی، درهم تنیدگی، طرد، تنبیه و نقص و ابعاد طرحواره استقلال مختل، گسستگی و معیارهای سخت گیرانه در اختلال وسواس فکری-عملی بیشتر بود [۱۹].

طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند و نقش مهمی در شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی چون تحریف‌های شناختی، ایجاد الگوهای زندگی خود آسیب‌رسان، و سبک‌های مقابله ناکارآمد و تداوم آنها ایفا می‌کنند؛ به علاوه، این طرحواره‌ها، غالباً ناکارآمد و پایدارند [۲۰]. طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند در اثر حوادث خاص مانند داشتن استدلالی غیر منطقی یا عدم موفقیت در زندگی، منجر به عواطف منفی در افراد شود [۲۱]. طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند از طریق تجارب آزارنده اولیه به وجود بیایند و در موقعیت‌های مشابه موجب برانگیخته شدن افراد شوند [۲۲].

پژوهش دوستال و پیلکینگتون^۶ نیز نشان داد همه ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه با اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معناداری دارد و با طرحواره‌های وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب پذیری در برابر آسیب یا بیماری و طرحواره‌های منفی/بدبینی بیشترین رابطه را دارد [۲۳]؛ همچنین پژوهش کواک و لی^۷ نشان داد طرحواره‌های

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ (OCD) یک اختلال روانپزشکی است که با وسواس و یا اجبار مشخص می‌شود. وسواس فکری، تصاویر تکراری و مداومی هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند؛ در حالی که اجبارها، رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به یک وسواس و یا بر اساس قوانینی باید به شدت اعمال شوند و مجبور به انجام آن‌ها می‌شوند [۱]. این اختلال مزمن یک شروع دوجبهی را نشان می‌دهد، یک اوج آن در ۱۴-۱۲ سالگی و دیگری در ۲۰-۲۲ سالگی است [۲]. این اختلال در کودکان و نوجوانان، شرایط آسیب‌زایی است که با مجموعه‌ای از نشانه‌های تنش‌آور تکراری، تفکر ناخواسته و آزاردهنده (وسواس فکری) و تشریفات وقت‌گیر (وسواس عملی) همراه است [۳]. تحقیقات نشان می‌دهد شروع این اختلال، حداقل در نیمی از مراجعین در دوران کودکی و نوجوانی بوده است [۴]. در ایالات متحده آمریکا میانگین سن شروع وسواس فکری - عملی در پسران بین ۹ تا ۱۱ سال و در دختران ۱۱ تا ۱۳ سال گزارش شده است [۵]. بنابراین؛ به‌عنوان یک اختلال تضعیف‌کننده و مزمن از آن یاد می‌شود که بر ۲ تا ۳ درصد کودکان و بزرگسالان اثر می‌گذارد [۶].

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۲ نقش مهمی در تبیین نشانه‌های وسواس جبری دارد [۷]. همچنین طبق پژوهش‌های پیشین طرحواره‌های ناسازگار اولیه از جمله عوامل اثرگذار بر اختلال وسواس فکری عملی هستند [۸، ۹، ۱۰]. پژوهش ثیل^۳ و همکاران نشان داد درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های طرحواره در اختلال وسواس فکری عملی قابل‌پیش‌بینی است [۱۱]. همچنین نتایج پژوهش کیم^۴ و همکاران نشان داد، بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم بیماری اختلال وسواس فکری عملی در بیماران مبتلا به این اختلال رابطه وجود دارد [۱۲]. بنابراین؛ می‌توان طرحواره‌های ناسازگار اولیه را برای تبیین ابعاد نشانه‌های این اختلال به کار گرفت [۱۳]؛

5 . Baz, Özkorumak Karagüzel.

6 . Dostal and Pilkington.

7 . Kwak and Lee.

1 . Obsessive Compulsive Disorder (OCD).

2 . Early Maladaptive Schemas.

3 . Thiel.

4 . Kim.

متفاوت باشد. برای مثال، فریمن^۶ در پژوهش خود نشان داد که بین زنان و مردان از لحاظ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنادار وجود دارد [۳۲]؛ به طوری که زنان نمرات بیشتری از مردان در طرح‌واره‌های کناره‌گیری اجتماعی، محرومیت هیجانی^۷ و گرفتاری^۸ بدست‌آوردند. شیوه‌های اجتماعی شدن که نقش‌های متفاوتی را برای مردان و زنان مشخص می‌کند، می‌تواند مرحله‌ای در درونی سازی طرح‌واره‌ها باشد به طوری که کلیشه‌های مربوط به مردان بر ویژگی‌های خودمختاری و کارآمدی تأکید دارند، در حالی که کلیشه‌های مربوط به زنان بر روابط اجتماعی تأکید دارند [۳۳]؛ پیرو آن پژوهش ولبرن^۹ و همکاران نیز نشان داد که زنان به طور قابل توجهی در طرح‌واره‌های ایثار، درهم تنیدگی، شکست، رها شدن و نقص بیشتر از مردان بودند [۳۴]؛ از سوی دیگر در پژوهش گولر و یوکسل^{۱۰} نیز نشان داده شد نقش رهبری، جاه طلب و تهاجمی بودن، ریسک کردن، استقلال طلب بودن به عنوان رفتارهای مربوط به مردان تلقی می‌شود، اما مهربان بودن، ملایم بودن، شاد بودن، حمایتگری و حساس بودن به نیازهای دیگران به عنوان رفتار با زنان تعریف می‌شود، بنابراین توقعات از زنان بیشتر است و از آنها انتظار می‌رود که دوست داشتنی تر باشند. لذا می‌توان گفت که این وضعیت باعث می‌شود زنان بیشتر از خود نگرش‌های ایثارگرانه و تایید جویانه‌تری از خود نشان دهند [۳۵].

علاوه بر این، تفاوت در ابعاد علائم وسواس نیز قابل مشاهده است به گونه‌ای که از نظر تفاوت‌های بالینی بین بیماران مرد و زن مبتلا به این اختلال، بیان متفاوتی از فنوتیپ وسواس و اجبار در بین دو جنس یافت شده است [۳۶] به عنوان مثال، زنان بیشتر احتمال داشت وسواس‌های مرتبط با آلودگی^{۱۱} یا نگرانی‌های پرخاشگرانه^{۱۲} را گزارش کنند، در حالی که مردان معمولاً افکار کفرآمیز^{۱۳} را گزارش می‌کردند [۳۷]؛ پژوهش قاسم زاده و همکاران نیز نشان داد، ترس از نجاست و آلودگی، افکار وسواسی مربوط به

نقص/شرم و انزوای اجتماعی/بیگانگی به طور برجسته در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی فعال می‌شوند [۲۴]؛ همچنین در پژوهش اسماعیلی و همکاران نشان داده شد که مهم ترین طرح‌واره‌های فعال بیماران اختلال وسواس فکری-عملی عبارتند از استحقاق، معیارهای سرسختانه، بی اعتمادی، بد رفتاری، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری است [۲۵].

رویکرد متمرکز بر طرح‌واره برای درک و درمان اختلالات روانی یک پیشرفت اخیر در روانپزشکی و روانشناسی بالینی است. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از تعامل بین خلق و خوی نوزادی و تجارب اوایل کودکی سرچشمه می‌گیرد [۲۶]؛ و تصور می‌شود که این طرح‌واره‌ها بر نحوه نگرش افراد نسبت به خود، دیگران و جهان تأثیر بگذارد. با توجه به آسیب‌شناسی شخصیت که در اختلال وسواس فکری عملی (OCD) رایج است [۲۷]. ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگار در میان مبتلایان به این اختلال برای به دست آوردن مفهومی از رابطه بین آسیب‌شناسی شخصیت، افزایش دانش در مورد طرح‌واره‌ها، به ویژه در میان افرادی که به درمان پاسخ نمی‌دهند مهم باشد [۲۸]؛ برای مثال در تحقیقات قبلی انزوای اجتماعی^۱ به عنوان یک عامل خطر خاص برای اختلال وسواس فکری اجباری شناسایی شده است [۲۹]؛ همچنین آسیب‌پذیری نسبت به آسیب^۲ بیشتر با بعد علائم جنسی/مذهبی^۳ وسواس مرتبط بود [۱۲]؛ ترس از رویدادهای فاجعه‌بار مرتبط با بعد جنسی/مذهبی وسواس ممکن است به ویژگی‌های بیش از حد اخلاقی و بیش مسئولیت‌پذیری منجر شود که اغلب توسط افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - اجباری نشان داده می‌شود [۳۰]. همچنین، نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد برجسته‌ترین طرح‌واره افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری اجباری، معیارهای سخت‌گیرانه^۴ و تأییدطلبی^۵ است که در این راستا استانداردهای بالا برای خود خود وضع کرده که یکی از ویژگی‌هایی است که با اختلال وسواس فکری-جبری مرتبط است [۳۱].

علاوه بر موارد ذکر شده، نقش جنسیت می‌تواند در رابطه بین ابعاد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری-عملی نقش داشته و این رابطه در بین زنان و مردان

6 . Freeman
7 . Emotional Deprivation
8 . Enmeshment
9 . Wellburn
10 . Güler & Yüksel
11 . Pollution
12 . Aggressive Concerns
13 . Blasphemous Thoughts

1 . Social Isolation.
2 . Vulnerability to Harm.
3 . Sexual/Religious.
4 . unrelenting Standards.
5 . Approval Seeking.

دومتغیری و چندمتغیری و همچنین نقش تعدیلگر جنسیت در این روابط مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل شهر اصفهان بودند. حجم نمونه با توجه به قاعده ۱۰ نمونه به ازای هر متغیر پیش‌بین تعیین شد [۴۰]. در این پژوهش ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه به عنوان متغیرهای پیش‌بین وجود دارد که با توجه به بررسی نقش تعدیلگر جنسیت، حجم نمونه ۳۰۰ نفر، شامل ۱۵۰ دختر و ۱۵۰ پسر در نظر گرفته شد. جهت به‌دست‌آوردن نمونه موردنظر از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا به‌صورت تصادفی ۹ مدرسه از مدارس ناحیه ۴ انتخاب گردید و پس از هماهنگی با اداره آموزش و پرورش ناحیه ۴ و مدیران هر مدرسه به طور تصادفی یک کلاس انتخاب و پرسشنامه‌ها در اختیار دانش‌آموزان قرار داده شد. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از روش همبستگی و رگرسیون با نرم‌افزار SPSS-26 انجام شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۲

این پرسشنامه توسط یانگ [۴۱] طراحی شده و متشکل از ۷۵ سؤال برای سنجش ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه است که شامل: محرومیت هیجانی^۳، رهاشدگی/ بی‌ثباتی^۴، بی‌اعتمادی/ اعتمادی/ بدرفتاری^۵، انزوای اجتماعی/ بیگانگی^۶، نقص/ شرم^۷، شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی^۸، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول‌نا یافته/ گرفتار، اطاعت^۹، ایثار^{۱۰}، بازداری بازداری هیجانی^{۱۱}، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی^{۱۲}، استحقاق/ بزرگ‌منشی^{۱۳} و خودکنترلی ناکافی/ خویش‌داری^{۱۴}. در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را اندازه‌گیری می‌کند و هر پرسش با یک مقیاس ۶ درجه‌ای

نجس بودن خود و اجبارهای پاک‌گردانی/ شستشو در زنان شایعتر، در حالی که افکار کفرآلود و اجبارهای نظم و ترتیب در مردان شایع‌تر بود [۳۸]. وسواس‌های پرخاشگرانه و آلودگی، و اجبار پاک‌گردانی/ شستشو در زنان، و وسواس‌های پرخاشگرانه و جنسی، و اجبارهای آداب تکرار و واری کردن در مردان فراوانی بیشتری دارد [۳۹]. همچنین می‌توان ارتباط بین وسواسی که با افکار کفرآمیز همراه است را با افرادی که طرحواره گرفتاری/ خود توسعه نیافته^۱ دارند مرتبط دانست به گونه‌ای که مرزهای مبهم در رابطه با شخصیت والدین باعث می‌شود آنها به شخصیت والدین فکر کنند و تمام افکار، احساسات و رفتارهایی که منجر به آن می‌شود را سرکوب کنند. در مجموع، این طرحواره‌ها ممکن است افراد را در پاسخ به مسائل جنسی یا نقش جنسیت در ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم اختلال وسواس فکری - عملی انجام شده است.

از آن جا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم وسواس فکری-عملی به صورت طیف است و همه افراد جامعه نشانه‌هایی از این ویژگی‌ها را دارند، ما به دنبال بررسی روابط این متغیرها در نمونه غیربالینی هستیم تا عامل خطر مربوط به شدت علائم وسواس را در جامعه عمومی شناسایی کنیم و با توجه به اینکه با بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تبیین ابعاد علائم اختلال وسواس فکری - عملی می‌توان دید روشن‌تری نسبت به سبب‌شناسی علائم مختلف این اختلال به‌دست‌آورد و در نتیجه می‌توان به‌طور هدفمند از مداخلات متمرکز بر طرحواره برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی با ابعاد مختلف علائم استفاده نمود. همچنین، با توجه به اینکه پژوهش‌ها در حوزه وسواس، به‌ویژه در داخل کشور، به فرایند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نقش جنسیت کمتر پرداخته‌اند، پژوهش حاضر به دنبال بررسی آن است که آیا بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم وسواس در نوجوانان با نقش تعدیلگر جنسیت رابطه‌ای وجود دارد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر با استفاده از یک طرح توصیفی از نوع طرح‌های همبستگی انجام شد. در قالب این طرح، روابط

1. Undeveloped Self

2. Early Maladaptive Schema Questionnaire.
3. Emotional Deprivation.
4. Instability.
5. Abuse.
6. Alienation.
7. Defectiveness/Shame.
8. Dependence/Incompetence.
9. Subjugation.
10. Self-sacrifice.
11. Emotional Inhibition.
12. Hypercriticalness.
13. Entitlement/Grandiosity.
14. Insufficient self-control/Self-discipline.

نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست تا ۶ برای کاملاً درست). یانگ و همکاران پایایی همسانی درونی و بازآزمایی این پرسشنامه در یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی را به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند [۲۱]. همچنین در ایران یوسفی و همکاران پایایی کلی پرسشنامه را در نمونه‌ای ۵۷۹ نفری روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۶ به دست آوردند [۴۲]. یافته‌های مطالعات خسروی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که مدل‌ها ۱۵ عاملی از درجه اول و ۵ عاملی از درجه دوم-YSQ SF بهترین تناسب را در بین بیماران ایرانی که از اختلال‌های روانپزشکی رنج می‌برند فراهم می‌کند همچنین برای فرهنگ‌های غیرغربی یا فرهنگ اسلامی مانند ایران قابل تعمیم است [۴۳]. آلفای کرونباخ پژوهش حاضر برای کل پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه ۰/۹۲ و برای ۱۵ طرحواره بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ بود.

۲. سیاهه وسواس فکری - عملی مادزلی^۱

این سیاهه توسط هاجسون^۲ و راجمن^۳ [۴۴] ساخته شده و شامل ۳۰ پرسش درست و غلط است در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی توانسته است ۲۱ بیمار وسواسی را از ۲۱ بیمار روان‌نژند به خوبی تفکیک نماید. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، چهار مؤلفه عمده را که منعکس‌کننده چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص نمود. این چهارمؤلفه عبارتند از: واریسی^۴، تمیزی^۵، کندی^۶ و شک وسواسی^۷ است. برای نمره گذاری این پرسشنامه ابتدا به هرگزینه نمره ۰ یا ۱ داده شد به گونه‌ای که در مؤلفه واریسی در پرسش‌های ۲-۶-۸-۱۴-۲۰-۲۶-۲۸ و اگرگزینه «درست» علامت زده شده بود نمره ۱ داده و در پرسش‌های ۱۵ و ۲۲ اگر پاسخ «نادرست» علامت زده شده باشد نمره ۱ داده شد؛ همچنین در مؤلفه شست و شو در پرسش‌های ۱-۴ و ۲۶ اگرگزینه «درست» زده شده بود نمره ۱ داده شد و در پرسش‌های ۵-۹-۱۳-۱۷-۱۹-۲۱-۲۴ و ۲۷ اگر پاسخ «نادرست» علامت

نتایج

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ۳۰۰ نفر گروه نمونه نشان می‌دهد که میانگین (انحراف استاندارد) سن آنها ۱۵/۴۰ (۱/۴۷) سال و در دامنه سنی ۱۳-۱۸ سال است. همچنین، از بین افراد نمونه، ۱۵۶ نفر (۵۲ درصد) پسر با میانگین (انحراف استاندارد) سنی ۱۵/۲۵ (۱/۵۶) سال و ۱۴۴ نفر (۴۸ درصد) دختر با میانگین (انحراف استاندارد) سنی ۱۵/۶۵ (۱/۲۰) سال هستند.

جدول ۱، آماره‌های توصیفی و شاخص‌های نرمال بودن متغیرهای پژوهش در نوجوانان پسر و دختر و کل را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، بالاترین میانگین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان دختر و پسر، طرحواره معیارهای سرسختانه است، اما پایین‌ترین میانگین

8. Sanavio & Vidotto.

1. Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory.
2. Hodgson.
3. Rachman.
4. Checking.
5. Cleanliness.
6. Slowness.
7. Doubting.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی و شاخص‌های نرمالیتی متغیرهای پژوهش

| دختر (N=۱۴۴) | | | | پسر (N=۱۵۶) | | | | کل (N=۳۰۰) | | | | متغیرها | |
|--------------|-------|------|-------|-------------|-------|------|-------|------------|-------|------|-------|--------------------|----------------------------|
| کشیدگی | کجی | SD | M | کشیدگی | کجی | SD | M | کشیدگی | کجی | SD | M | | |
| -۰/۷۳ | ۰/۳۹ | ۶/۴۳ | ۱۴/۵۲ | -۰/۷۲ | ۰/۴۹ | ۶/۶۴ | ۱۴/۷۳ | -۰/۷۳ | ۰/۴۵ | ۶/۵۳ | ۱۴/۶۳ | بی‌اعتمادی | طرحواره‌های ناسازگار اولیه |
| ۰/۶۷ | ۱/۰۷ | ۵/۴۹ | ۱۲/۴۱ | -۰/۶۹ | ۰/۵۵ | ۵/۴۴ | ۱۲/۴۹ | -۰/۰۷ | ۰/۸۰ | ۵/۴۵ | ۱۲/۴۵ | طرد | |
| ۰/۹۰ | ۱/۲۰ | ۵/۶۱ | ۱۱/۵۶ | -۰/۴۶ | ۰/۶۶ | ۵/۱۴ | ۱۱/۳۹ | ۰/۳۱ | ۰/۹۵ | ۵/۳۶ | ۱۱/۴۷ | انزوای اجتماعی | |
| ۱/۸۸ | ۱/۵۹ | ۳/۹۵ | ۸/۲۸ | ۱/۱۷ | ۱/۳۱ | ۴/۸۲ | ۹/۴۵ | ۱/۸۶ | ۱/۴۵ | ۴/۴۶ | ۸/۹۰ | نقص/ شرم | |
| ۱/۰۹ | ۰/۷۵ | ۵/۱۷ | ۹/۲۲ | ۱/۸۲ | ۱/۴۱ | ۴/۵۲ | ۹/۴۱ | ۱/۵۲ | ۱/۶۰ | ۴/۸۳ | ۹/۳۲ | شکست | |
| ۱/۴۹ | ۱/۶۵ | ۳/۸۶ | ۸/۷۲ | ۰/۶۷ | ۱/۱۴ | ۴/۶۶ | ۹/۴۳ | ۱/۶۲ | ۱/۳۵ | ۴/۳۱ | ۹/۱۰ | وابستگی | |
| ۱/۹۹ | ۱/۵۷ | ۴/۵۰ | ۸/۸۵ | -۰/۱۳ | ۰/۸۹ | ۵/۵۳ | ۱۰/۶۰ | ۰/۸۲ | ۱/۱۷ | ۵/۱۴ | ۹/۷۸ | آسیب‌پذیری | |
| -۰/۵۵ | ۰/۵۱ | ۵/۶۷ | ۱۲/۳۸ | ۰/۲۲ | ۰/۵۹ | ۴/۶۷ | ۱۲/۱۰ | -۰/۱۸ | ۰/۵۶ | ۵/۱۵ | ۱۲/۲۳ | خودتحول‌نیافته | |
| ۱/۳۳ | ۱/۷۱ | ۵/۱۰ | ۹/۵۸ | -۰/۱۰ | ۰/۸۸ | ۴/۸۸ | ۱۰/۱۸ | ۱/۴۸ | ۱/۲۸ | ۴/۹۹ | ۹/۹۰ | اطاعت | |
| -۰/۴۲ | ۰/۳۰ | ۵/۶۳ | ۱۴/۸۱ | -۰/۰۹ | ۰/۰۵ | ۵/۱۲ | ۱۵/۲۵ | -۰/۲۹ | ۰/۱۷ | ۵/۳۶ | ۱۵/۰۵ | فداکاری | |
| -۰/۱۸ | ۰/۷۰ | ۶/۰۴ | ۱۲/۷۳ | ۰/۳۰ | ۰/۷۱ | ۵/۵۵ | ۱۳/۱۵ | ۰/۰۲ | ۰/۶۹ | ۵/۷۸ | ۱۲/۹۶ | بازداری هیجانی | |
| -۰/۴۰ | ۰/۱۳ | ۵/۴۵ | ۱۸/۶۷ | -۰/۲۹ | -۰/۳۹ | ۵/۷۳ | ۱۸/۹۲ | -۰/۳۷ | -۰/۱۶ | ۵/۵۹ | ۱۸/۸۰ | معیارهای سرسختانه | |
| -۰/۷۹ | ۰/۱۸ | ۵/۸۴ | ۱۴/۷۹ | -۰/۹۲ | ۰/۰۳ | ۵/۵۹ | ۱۵/۰۴ | -۰/۸۶ | ۰/۱۰ | ۵/۷۰ | ۱۴/۹۲ | استحقاق | |
| -۰/۰۳ | ۰/۵۹ | ۵/۲۵ | ۱۳/۴۹ | -۰/۰۶ | ۰/۳۸ | ۵/۰۹ | ۱۳/۱۶ | -۰/۰۳ | ۰/۴۹ | ۵/۱۶ | ۱۳/۳۲ | محدودیت ناکافی | |
| ۰/۱۵ | ۰/۶۷ | ۱/۸۹ | ۲/۶۸ | -۰/۴۰ | ۰/۳۳ | ۱/۹۳ | ۳/۳۴ | -۰/۲۶ | ۰/۴۷ | ۱/۹۴ | ۳/۰۳ | بازبینی | علائم وسواس |
| -۰/۷۰ | ۰/۰۷ | ۲/۴۴ | ۴/۸۳ | -۰/۴۸ | -۰/۰۴ | ۲/۲۱ | ۵/۰۱ | -۰/۶۰ | ۰/۰۱ | ۲/۳۲ | ۴/۹۲ | شستشو | |
| -۰/۵۳ | -۰/۰۱ | ۱/۴۰ | ۳/۲۳ | -۰/۳۲ | ۰/۱۲ | ۱/۳۵ | ۲/۷۵ | -۰/۴۵ | ۰/۰۷ | ۱/۳۹ | ۲/۹۸ | کندی/ تکرار | |
| -۰/۱۴ | ۰/۳۴ | ۱/۴۱ | ۲/۶۵ | -۰/۶۲ | ۰/۱۴ | ۱/۵۱ | ۲/۹۴ | -۰/۴۵ | ۰/۲۴ | ۱/۴۶ | ۲/۸۰ | تردید/ وظیفه‌شناسی | |
| -۰/۴۸ | ۰/۰۳ | ۴/۶۱ | ۱۱/۹۴ | ۰/۰۴ | ۰/۳۲ | ۴/۵۵ | ۱۲/۷۷ | -۰/۱۷ | ۰/۱۷ | ۴/۵۹ | ۱۲/۳۸ | نمره کلی وسواس | |

بیشتر است.

علاوه بر این، نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، ضرایب کجی و کشیدگی برای متغیرها همگی در دامنه ۳ تا -۳ قرار دارد که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع این متغیرهاست.

جدول ۲، همبستگی دومتغیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با علائم وسواس را در نوجوانان دختر و پسر و کل نوجوانان را نشان می‌دهد. همچنین، این جدول نتایج آزمون z فیشر را برای بررسی معناداری تفاوت میزان همبستگی در نوجوانان دختر و پسر و نقش تعدیل‌گر جنسیت را نشان می‌دهد.

در پسران مربوط به طرحواره شکست و در دختران مربوط به طرحواره نقص/ شرم است. همچنین، این نتایج نشان می‌دهد، بالاترین میانگین علائم وسواس در نوجوانان دختر و پسر، مربوط به وسواس شستشو است؛ اما پایین‌ترین میانگین در پسران مربوط به کندی/ تکرار و در دختران مربوط به تردید/ وظیفه‌شناسی است. در این راستا، مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که تنها میانگین طرحواره‌های نقص/ شرم و آسیب‌پذیری و وسواس بازبینی در پسران به طور معناداری از دختران بیشتر است؛ در حالی که میانگین وسواس کندی/ تکرار در دختران به طور معناداری از پسران

بازبینی، روابط بین طرحواره‌های طرد و بی‌اعتمادی با وسواس شستشو، روابط بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، نقص/ شرم و وابستگی با وسواس تردید/ وظیفه‌شناسی تعدیل کند.

نتایج آزمون Z فیشر در جدول ۲ نشان می‌دهد، جنسیت قادر به تعدیل روابط بین طرحواره‌های نقص/ شرم، آسیب‌پذیری، اطاعت و فداکاری با نمره کلی وسواس است. همچنین، جنسیت می‌تواند روابط بین طرحواره‌های نقص/ شرم، آسیب‌پذیری، اطاعت و خودتحول نیافته با وسواس

جدول ۲. همبستگی دومتغیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد علائم وسواس نوجوانان به همراه نتایج آزمون Z فیشر برای بررسی نقش تعدیل‌کننده جنسیت

| علائم وسواس | بازبینی | | | شستشو | | | کندی/تکرار | | | تردید/وظیفه‌شناسی | | | نمره کلی وسواس | | |
|-------------------|---------|-------|--------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|----------------|-------|-------|
| | کل | دختر | پسر | کل | دختر | پسر | کل | دختر | پسر | کل | دختر | پسر | کل | دختر | پسر |
| محرومیت هیجانی | ۰/۲۱* | ۰/۱۵* | ۰/۲۴** | ۰/۲۱۱ | ۰/۰۵ | ۰/۰۹ | ۰/۲۷۴ | ۰/۰۲ | ۰/۰۴ | ۰/۰۵ | ۰/۰۳ | ۰/۰۴ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ |
| طرد | ۰/۲۲* | ۰/۲۲* | ۰/۲۲* | ۰/۵۰۰ | ۰/۱۰ | ۰/۰۱ | ۰/۴۱ | ۰/۲۱* | ۰/۰۲ | ۰/۰۶ | ۰/۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ |
| بی اعتمادی | ۰/۲۵* | ۰/۲۳* | ۰/۲۳* | ۰/۳۹۳ | ۰/۱۲* | ۰/۰۱ | ۰/۲۷ | ۰/۰۳ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ |
| انزوای اجتماعی | ۰/۲۳* | ۰/۱۹* | ۰/۲۹* | ۰/۱۸۱ | ۰/۰۶ | ۰/۰۵ | ۰/۴۶ | ۰/۰۶ | ۰/۰۵ | ۰/۰۶ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵ |
| نقص/شرم | ۰/۳۱* | ۰/۱۴* | ۰/۴۰* | ۰/۰۸ | ۰/۰۶ | ۰/۰۱ | ۰/۱۵۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۷ | ۰/۰۷ | ۰/۰۵ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ |
| شکست | ۰/۲۱* | ۰/۱۳* | ۰/۲۸* | ۰/۰۸۹ | ۰/۰۸ | ۰/۰۱ | ۰/۴۳۱ | ۰/۰۸ | ۰/۰۶ | ۰/۰۶ | ۰/۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ |
| وابستگی | ۰/۳۰* | ۰/۲۰* | ۰/۳۵* | ۰/۰۸۲ | ۰/۰۴ | ۰/۰۳ | ۰/۲۷۴ | ۰/۰۹ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ |
| آسیب‌پذیری | ۰/۳۳* | ۰/۲۰* | ۰/۳۳* | ۰/۰۴۵ | ۰/۰۲ | ۰/۰۷ | ۰/۱۹۲ | ۰/۰۷ | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴ |
| خودتحول نیافته | ۰/۱۴* | ۰/۰۳* | ۰/۲۶* | ۰/۰۲۲ | ۰/۰۴ | ۰/۰۸ | ۰/۴۶۶ | ۰/۰۹ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ |
| اطاعت | ۰/۳۰* | ۰/۱۶* | ۰/۴۳* | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۹ | ۰/۰۷ | ۰/۱۳۰ | ۰/۰۴ | ۰/۰۷ | ۰/۰۷ | ۰/۰۴ | ۰/۰۸ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴ |
| فداکاری | ۰/۱۶* | ۰/۱۴* | ۰/۱۷* | ۰/۳۹۶ | ۰/۰۱ | ۰/۰۸ | ۰/۵۰۰ | ۰/۰۸ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۳ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ |
| بازداری هیجانی | ۰/۲۱* | ۰/۱۴* | ۰/۲۸* | ۰/۱۰۴ | ۰/۱۲ | ۰/۱۰ | ۰/۴۶۵ | ۰/۱۱ | ۰/۰۹ | ۰/۰۹ | ۰/۰۸ | ۰/۰۸ | ۰/۰۸ | ۰/۰۸ | ۰/۰۸ |
| معیارهای سرسختانه | ۰/۰۸ | ۰/۰۴ | ۰/۱۱ | ۰/۲۷۳ | ۰/۰۹ | ۰/۱۶ | ۰/۱۷۰ | ۰/۰۵ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۱۳ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ |
| استحقاق | ۰/۲۰* | ۰/۲۴* | ۰/۱۶* | ۰/۲۳۸ | ۰/۱۹* | ۰/۱۷* | ۰/۳۲۸ | ۰/۲۲* | ۰/۱۲* | ۰/۱۲* | ۰/۱۲* | ۰/۱۲* | ۰/۱۲* | ۰/۱۲* | ۰/۱۲* |
| محدودیت ناکافی | ۰/۲۰* | ۰/۲۱* | ۰/۲۲* | ۰/۴۶۴ | ۰/۱۹* | ۰/۲۱* | ۰/۳۲۹ | ۰/۱۶* | ۰/۱۷* | ۰/۱۷* | ۰/۱۳* | ۰/۱۳* | ۰/۱۳* | ۰/۱۳* | ۰/۱۳* |

(*P < ۰/۰۵, **P < ۰/۰۱)

جدول ۳. نتایج رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی ابعاد علائم وسواس نوجوانان از طریق طرحواره‌ها در نوجوانان دختر و پسر و کل نوجوانان

| متغیر وابسته | کل (N=۳۰۰) | | | | پسر (N=۱۵۶) | | | | دختر (N=۱۴۴) | | | | | | |
|--------------------|------------|----------------|----------------|-------|-------------|-------|----------------|----------------|--------------|----------|-------|----------------|----------------|-------|----------|
| | گام | R ² | پیش‌بین | β | معناداری | گام | R ² | پیش‌بین | β | معناداری | گام | R ² | پیش‌بین | β | معناداری |
| نمره کلی وسواس | ۲ گام | ۰/۱۳۱ | آسیب پذیری | ۰/۲۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۲ گام | ۰/۱۹۵ | آسیب پذیری | ۰/۳۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۱ گام | ۰/۰۴۸ | وابستگی | ۰/۲۲۰ | ۰/۰۰۹ |
| | | | وابستگی | ۰/۱۷۸ | ۰/۰۰۴ | | | طرد | ۰/۱۹۰ | ۰/۰۱۲ | | | | | |
| وسواس بازبینی | ۳ گام | ۰/۱۶۰ | آسیب پذیری | ۰/۲۰۳ | ۰/۰۰۱ | ۳ گام | ۰/۲۳۰ | نقص اطاعت | ۰/۱۹۲ | ۰/۰۳۴ | ۲ گام | ۰/۱۰۷ | استحقاق | ۰/۲۳۸ | ۰/۰۰۴ |
| | | | نقص | ۰/۱۹۶ | ۰/۰۰۲ | | | آسیب پذیری | ۰/۱۸۵ | ۰/۰۳۶ | | | | | |
| | | | طرد | ۰/۱۴۰ | ۰/۰۱۳ | | | طرد | ۰/۲۱۹ | ۰/۰۰۸ | | | | | |
| وسواس شستشو | ۳ گام | ۰/۰۷۰ | استحقاق | -۰/۱۵ | ۰/۰۱۹ | ۲ گام | ۰/۱۱۶ | استحقاق | -۰/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۱ گام | ۰/۰۵۲ | بی‌اعتمادی | ۰/۲۲۸ | ۰/۰۰۷ |
| | | | طرد | ۰/۱۴ | ۰/۰۱۴ | | | طرد | ۰/۲۷ | ۰/۰۰۱ | | | | | |
| | | | محدودیت ناکافی | -۰/۱۴ | ۰/۰۲۵ | | | طرد | ۰/۲۷ | ۰/۰۰۱ | | | | | |
| کندی/ تکرار | ۱ گام | ۰/۰۳۱ | محدودیت ناکافی | -۰/۱۸ | ۰/۰۰۳ | ۱ گام | ۰/۰۲۷ | انزوای اجتماعی | -۰/۱۶ | ۰/۰۴۱ | ۱ گام | ۰/۰۵۴ | محدودیت ناکافی | -۰/۲۳ | ۰/۰۰۶ |
| تردید/ وظیفه‌شناسی | ۳ گام | ۰/۲۴۰ | آسیب پذیری | ۰/۲۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۲ گام | ۰/۱۷۸ | محدودیت ناکافی | ۰/۲۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۳ گام | ۰/۳۲۱ | آسیب پذیری | ۰/۲۸۲ | ۰/۰۰۱ |
| | | | محدودیت ناکافی | ۰/۲۱۰ | ۰/۰۰۱ | | | آسیب شرم | ۰/۲۸۱ | ۰/۰۰۱ | | | | | |
| | | | انزوا | ۰/۱۸۶ | ۰/۰۰۱ | | | استحقاق | ۰/۱۸۴ | ۰/۰۱۷ | | | | | |

نیز به‌عنوان دومین پیش‌فرض، با استفاده از آماره تحمل^۳ و عامل تورم واریانس^۴ (VIF) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که برای همه متغیرهای پیش‌بین در همه تحلیل‌های رگرسیون، آماره تحمل بیش از ۰/۱ و VIF کمتر از ۱۰ بود که نشان‌دهنده همخطی نبودن چندگانه است. در نهایت، برای بررسی استقلال خطاها در رگرسیون از آماره دوربین-واتسون^۵ استفاده شد که مقدار آن برای تمام تحلیل‌ها در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشت و نشان‌دهنده استقلال خطاها در این تحلیل‌ها بود.

در نهایت، جدول ۳ نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی علائم وسواس در نوجوانان دختر و پسر و کل نوجوانان را با استفاده از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان می‌دهد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون چندگانه، پیش‌فرض‌های این تحلیل بررسی شد. نخستین پیش‌فرض، خطی بودن روابط بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود که با استفاده از نمودار پراکندگی^۱ بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. بررسی هم‌خطی چندگانه^۲ بین متغیرهای پیش‌بین

3. Tolerance.

4. Variance Inflated Factor (VIF).

5. Durbin-Watson.

1. Scatter plot.

2. Multicollinearity.

وسواس نوجوانان نشان داد، جنسیت قادر به تعدیل روابط بین طرح‌حواره‌های نقص/شرم، آسیب‌پذیری، اطاعت و فداکاری با نمره کلی وسواس است، به طوری که شدت ارتباط این طرح‌حواره‌ها با نمره کلی وسواس در پسران به طور معناداری بیشتر است. این یافته‌ها با پژوهش لایوینگ^۱ و همکاران [۴۹]، بلیچ و همکاران [۵۰]، گولر ویوگسل^۲ [۳۷]، کیم و همکاران [۱۲]، ودرهولزر^۳ و همکاران [۱۰]، ثیل و همکاران [۱۱]، لاباد و همکاران^۴ [۵۱]، خدابخشی کولایی و همکاران [۵۲] همسو است.

طبق نظریه یانگ، هر آسیب‌شناسی روانی طرح‌حواره خاصی را فعال می‌کند [۵۳]. این فعال‌سازی طرح‌حواره خاص ممکن است مختص یک اختلال نیز باشد [۵۴]. احتمالاً این ویژگی برای اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) نیز معتبر است زیرا این بیماران دارای باورهای اصلی ناکارآمد در مورد خود و دیگران هستند که برای مدت طولانی حفظ شده است [۵۵] و در اختلالات شخصیت، در شرایط اضطرابی و آسیب‌زا مانند شرایط اختلال وسواس فکری-عملی فعال می‌شوند و حتی در موقعیت‌های سالم غیرفعال یا نهفته باقی می‌مانند [۵۶]؛ علاوه بر ارتباط بین اختلال وسواس فکری عملی و طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه مشخص شده جنسیت نیز تأثیر معناداری بر شکل‌گیری طرح‌حواره‌ها دارد [۵۷]. جنسیت در جنبه‌های عصبی زیستی، عوامل روانی اجتماعی و الگوهای رفتاری در بسیاری از اختلالات روانپزشکی نقش حیاتی دارد، در حالی که جنس^۵ مفهومی است که بر جنبه‌های بیولوژیکی متمرکز است، جنسیت^۶ مفهومی گسترده‌تر است (مانند نگرش‌ها، احساسات، ارزش‌ها، رفتارها و فعالیت‌ها) که از طریق فرآیند ساخت اجتماعی، زن و مرد را متمایز می‌کند [۵۸]. نقش جنسیتی مفهوم گسترده‌ای است که بسیاری از مسئولیت‌ها و تکالیف در خانواده بر اساس آن تعریف می‌شود، چرا که مفهوم نقش جنسیتی تعریف زنانگی و مردانگی در یک جامعه است. مردانگی خصوصیات شخصیتی ابزاری و هدفمند (مانند استقلال، رهبری، منطقی بودن و ...) را در برمی‌گیرد و

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه با ضریب تعیین ۰/۲۰ نقش بیشتری در تبیین نمره کلی وسواس نوجوانان پسر، نسبت به نوجوانان دختر با ضریب تعیین ۰/۰۵، دارد. همچنین، آسیب‌پذیری در نوجوانان پسر بهترین پیش‌بین نمره کل وسواس است، در حالی که در نوجوانان دختر، بهترین پیش‌بین نمره کل وسواس، وابستگی است.

همچنین این نتایج نشان می‌دهد، طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه با ضریب تعیین ۰/۲۳ نقش بیشتری در تبیین وسواس بازبینی نوجوانان پسر، نسبت به نوجوانان دختر با ضریب تعیین ۰/۱۱، دارد. همچنین، نقص/شرم در نوجوانان پسر بهترین پیش‌بین وسواس بازبینی است، در حالیکه در نوجوانان دختر، بهترین پیش‌بین وسواس استحقاق است. برای تبیین وسواس شستشو نیز طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه با ضریب تعیین ۰/۱۲ نقش بیشتری در نوجوانان پسر، نسبت به نوجوانان دختر با ضریب تعیین ۰/۰۵، دارد. همچنین، استحقاق در نوجوانان پسر بهترین پیش‌بین وسواس شستشو است، در حالی که در نوجوانان دختر، بهترین پیش‌بین این وسواس، بی‌اعتمادی است.

به‌علاوه این نتایج نشان می‌دهد، طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه با ضریب تعیین ۰/۰۵ نقش بیشتری در تبیین وسواس کندی/تکرار نوجوانان دختر، نسبت به نوجوانان پسر با ضریب تعیین ۰/۰۳، دارد. همچنین، انزوای اجتماعی در نوجوانان پسر بهترین پیش‌بین وسواس کندی/تکرار است، در حالیکه در نوجوانان دختر، بهترین پیش‌بین این وسواس، محدودیت‌های ناکافی است. برای تبیین وسواس تردید/وظیفه‌شناسی نیز طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه با ضریب تعیین ۰/۳۲ نقش بیشتری در نوجوانان دختر، نسبت به نوجوانان پسر با ضریب تعیین ۰/۱۸، دارد. همچنین، محدودیت‌های ناکافی در نوجوانان پسر بهترین پیش‌بین وسواس تردید/وظیفه‌شناسی است، در حالیکه در نوجوانان دختر، بهترین پیش‌بین این وسواس، آسیب‌پذیری است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیلگر جنسیت در ارتباط طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه با علائم وسواس فکری-عملی نوجوانان انجام شد. بررسی نقش تعدیلگر جنسیت در ارتباط دومتغیری طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه با علائم

1. Laving.
2. Güler & Yüksel.
3. Voderholzer.
4. Labad.
5. Sex.
6. Gender.

بیلگه^۲ [۶۶]، ویوان^۳ و همکاران [۶۷]، ماتیس^۴ و همکاران [۶۸]، رومپلا^۵ [۶۹]، ماتاکس-کولز^۶ و همکاران [۷۰]، قاسم‌زاده و همکاران [۳۸] و دلیر [۳۹] همسو است.

اگرچه مشخص است که بسیاری از اختلالات روانی در بزرگسالی رخ می‌دهد، اما می‌توان گفت؛ شروع این اختلالات از سنین پایین است [۷۱] و فراوانی شروع اختلالات روانی در دوران نوجوانی در حال افزایش است [۷۲]. در این راستا، به نظر می‌رسد طرحواره‌های ناسازگار اولیه سفت و سخت که در دوران کودکی و نوجوانی ایجاد می‌شوند، منشاء اختلالات روانی، به‌ویژه اختلال وسواس فکری - عملی است [۷۳]. به گونه‌ای که فراوانی و شدت طرحواره‌های شکست، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، تأیید طلبی، درهم تنیدگی، ره‌اشدگی، تنبیه و نقص و ابعاد طرحواره استقلال مختل، گسستگی و معیارهای سخت گیرانه در بیماران دارای اختلال وسواس فکری-عملی بالا است [۲۸]. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی اختلالات روانی در زن و مرد متفاوت است و جنسیت نقش تعدیل‌کننده‌ای بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات روانی دارد [۶۵]؛ و همچنین پژوهش بوگتو [۷۴] نشان داد، دوره مزمن اختلال وسواس فکری عملی در مردان بالاتر از زنان است که منعکس‌کننده تأثیر آسیب‌های بیولوژیکی باشد که مردان نسبت به زنان آسیب پذیرتر می‌کند که این آسیب بیولوژیکی می‌تواند ترس افراطی از اینکه فاجعه نزدیک است و هر لحظه احتمال وقوع آن وجود دارد و اینکه فرد نمی‌تواند از آن جلوگیری کند به همراه داشته باشد و به طور کلی طرحواره آسیب‌پذیری در برابر ضرر را در مردان تشدید کند. همانطور که در یافته قبل نیز اشاره شد تفاوت‌های جنسیتی، تجربیات متفاوت محیطی و شیوه‌های برخورد و تعامل متفاوت والدین با فرزندان دختر و پسر و نیز نگاه جنسیتی حاکم بر نظام ارزشی خانواده، جامعه و به تبع آن نظام آموزشی می‌تواند به فعال‌سازی طرحواره‌های متفاوتی در دو جنس منجر شود به گونه‌ای که پژوهش کاظمی و مطهری [۷۵] نشان داد، دختران

زنانگی خصوصیات شخصیتی بیانی و پروراندن (مانند عاطفی، گرم، مهربان و غریزی بودن و ...) را در برمی‌گیرد [۵۹]. پژوهش یانگ و همکاران [۲۱] نشان داد، تفاوت‌های جنسیتی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد که همسالان، مدرسه و سایر ساختارهای اجتماعی - فرهنگی بر شکل‌گیری آنها تأثیر دارند؛ همچنین پژوهش گرین‌هاوز و پاول^۱ [۶۰] نیز نشان داد، دختران و پسران نقش‌های مناسب جنسیتی و هویت جنسیتی خود را با تأثیر پذیرفتن از خانواده و ویژگی‌های اجتماعی و محیطی که در آن زندگی می‌کنند، می‌پذیرند. از آنجا که فرد تمایل دارد یاد بگیرد که خود را با توجه به محیط خود تعریف کند، این مفاهیم بر ادراک فرد از خود تأثیر می‌گذارد و در نتیجه طرحواره‌ها در بافت فرهنگ و نقش‌های جنسیتی تحول می‌یابند و این مسائل اجتماعی و فرهنگی، وقایع استرس‌زای زندگی، جدایی و سوگ با شروع اختلال وسواس فکری - عملی ارتباط دارد و این رابطه در مردان معنادارتر است [۶۲، ۶۱]. مطالعات اخیر بر روی نمونه‌های بالینی اختلال وسواس فکری عملی نشان می‌دهد که جنسیت بیان ژنتیکی این اختلال پیچیده را تعدیل می‌کند و منجر به فنوتیپ‌های خاص می‌شود [۶۳، ۶۴]. همانطور که نتایج این پژوهش نشان داد، نقش طرحواره‌های نقص و شرم، آسیب‌پذیری و اطاعت در پسران در ارتباط با اختلال وسواس فکری عملی بیشتر است که با پژوهش عرب و همکاران [۶۵] همسو است. در این پژوهش که در حوزه بریدگی و طرد انجام شد نشان داد مردان در طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی و بد رفتاری، نقص/شرم و انزوای اجتماعی نمرات بالاتری نسبت به زنان داشتند که این شباهت بین یافته‌ها می‌تواند ناشی از وجه تشابه فرهنگ مشترک ایرانی باشد.

بخش دیگر یافته‌های این پژوهش تفاوت نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی علائم وسواس در نوجوانان دختر و پسر را نشان داد. این نتایج نشان داد طرحواره‌های آسیب‌پذیری و وابستگی بهترین پیش‌بین نمره کل وسواس نوجوانان است و همچنین آسیب‌پذیری در نوجوانان پسر بهترین پیش‌بین نمره کل وسواس است، در حالی‌که در نوجوانان دختر، بهترین پیش‌بین نمره کل وسواس، وابستگی است. نتایج حاضر با پژوهش‌های بالابان و

2. Bilge, Balaban.
3. Vivan.
4. Mathis.
5. Rompella.
6. Mataix-Cols.

1. Greenhouse and Powell.

سیاسگزاری

از ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر اصفهان و همچنین تمامی دانش‌آموزان و کادر مدارس (مدیران، معلمان و...) که در انجام این پژوهش همکاری کردند تقدیر و تشکر می‌شود. نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. *Depressive Disorders: DSM-5-TR Selections*. American Psychiatric Pub. 2022. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- 2- Dell'Osso B, Benatti B, Hollander E, Fineberg N, Stein DJ, Lochner C, Menchon JM. Childhood, adolescent and adult age at onset and related clinical correlates in obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2016; 20(4): 210-217. <https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1207087>
- ۳- شاکه‌نیا، فرحناز؛ کجباف، محمدباقر؛ گلکاری، طاهره. مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت دلبستگی دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۱۳۹۶؛ ۴ (۲): ۱۳۵-۱۴۵. <http://childmentalhealth.ir/article-1-154-fa.html>
- 4- Melin K. "Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents." 2019. <http://hdl.handle.net/2077/58235>
- 5- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*. 2005; 62(6): 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- 6- Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics*. 2020; 9(1): 76-93. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.02>

دانش‌آموز حساسیت بیشتری نسبت به طرح‌واره‌های خودگردانی و عملکرد مختل دارند؛ یعنی حساسیت نسبت به شکست و بی‌کفایتی در گام نخست و سپس حساسیت نسبت به محرومیت و تحقیرشدگی قرار دارد. بنابراین، احساس بی‌کفایتی و شکست بسته به تقاضاهای بیش از حد یا انتقادی می‌تواند زمینه شکل‌گیری اختلالات روانی مانند بیش‌فعالی، اضطراب فراگیر، وسواسی اختلال اجباری را فراهم می‌کند یا استعداد موجود را تقویت می‌کند [۶۷].

به طور کلی نتایج این پژوهش از اهمیت تفاوت نقش طرح‌واره‌های ناسازگار در نشانگان وسواس فکری عملی نوجوانان پسر و دختر، حمایت می‌کند. این مسئله، تفاوت سبب‌شناسی ابعاد نشانگان وسواس از نقطه نظر نظریه‌های شناختی نشان می‌دهد که می‌تواند تلویحات تشخیصی و درمانی در بر داشته باشد. اگرچه برای دستیابی به یک روند تشخیصی و درمانی ویژه پسران و دختران مبتلا به ابعاد مختلف وسواس بر اساس اصول طرح‌واره درمانی نیاز به پژوهش‌های گسترده‌تری دارد، با این حال، نتایج این پژوهش می‌تواند سرنخ‌هایی برای استفاده از تدابیر درمانی متفاوت برای ابعاد مختلف وسواس در دختران و پسران، به‌منظور دستیابی به اثرات درمانی بالاتر، در اختیار درمانگران حوزه وسواس قرار دهد. علاوه بر این، آموزش والدین در زمینه طرح‌واره‌ها و ارتباط آن با وسواس در زمینه آموزش‌های فرزندپروری می‌تواند از آسیب‌های احتمالی این حوزه پیشگیری کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه پژوهش به نوجوانان شهر اصفهان اشاره نمود؛ بنابراین در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای خودگزارشی استفاده شده است که اگرچه به لحاظ روانسنجی کفایت لازم را داشت. اما، پیشنهاد می‌شود به جهت بررسی عمیق‌تر روابط بین متغیرهای این پژوهش از روش‌های کیفی (چون، مصاحبه و مشاهده) نیز استفاده شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود، با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی یک نمونه غیربالینی انجام گرفته است، این پژوهش بر روی مبتلایان به اختلالات وسواسی نیز تکرار شود.

- 14-Destree L, et al. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of psychiatric research*. 2021; 142: 345-360. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.08.017>
- 15-Ou W, et al. Association between childhood maltreatment and symptoms of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2021; 11: 612586. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.612586>
- 16-van Leeuwen WA, van Wingen GA, Luyten P, Denys D, van Marle HJF. Attachment in OCD: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2020; 70: 102187. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102187>
- 17-Câdea DM, Szentagotai-Tătar A. Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2018; 58: 78-106. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.005>
- 18-Grisham JR, Fullana MA, Mataix-Cols D, Moffitt TE, Caspi A, Poulton R. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 2011; 41(12): 2495-2506. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000894>
- 19- Baz A, Özkorumak Karagüzel E. Comparison of Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder Patients, Their Siblings, and Controls. *Alpha Psychiatry*. 2022; 23(4): 157-163. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.21565>
- 20-Young JE. Schema therapy for borderline and narcissistic personality disorders. Pittsfield, MA: New England Educational Institute. 2023. https://books.google.com/books/about/Schema_Therapy.html?id=vScjGGgJEZgC
- 21- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford press. 2006. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>
- 7- Baz A. A comparative examination of the relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patient with obsessive compulsive disorder, uneffected siblings of patients and healthy controls. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2019; 29: 38-38. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.036>
- 8- Sookman D, Pinard G, Beauchemin N. Multidimensional schematic restructuring treatment for obsessions: *Theory and practice*. *Journal of Cognitive psychotherapy*. 1994; 8(3): 175-194. <https://psycnet.apa.org/record/1995-22322-001>
- 9- Atalay H, Atalay F, Karahan D, Çaliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2008; 12(4): 268-279. <https://doi.org/10.1080/13651500802095004>
- 10- Voderholzer U, Schwartz C, Thiel N, Kuelz AK, Hartmann A, Scheidt CE., & Zeeck A. A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*. 2013; 47(1): 24-31. <https://doi.org/10.1159/000348484>
- 11- Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E, et al. The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *Major depressive disorder*. 2014; 14(1): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0362-0>
- 12- Kim JE, Lee SW, Lee SJ. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2014; 215(1): 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.036>
- ۱۳- سنایی مهر، مجیب؛ میرزا حسینی، حسن؛ زرغام حاجبی، مجید. تعیین نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای در طرحواره‌ سازگار اولیه و اختلال وسواس فکری عملی. *مطالعات ناتوانی*. ۱۴۰۰؛ ۱۱(۱): ۸-۱. <http://jdisabilstud.org/article-1-2272-fa.html>

- 30-Bär A, Bär HE, Rijkeboer MM, Lobbestael J. Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2023; 1–32. <https://doi.org/10.1111/papt.12465>
- 31-McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, Weissman DG. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC medicine*. 2020; 18(1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>
- 32-Freeman N. Constructive thinking and early maladaptive schemas as predictors of interpersonal adjustment and marital satisfaction. *Dissertation Abstracts International*. 1998; 59(9): 5081. <https://search.worldcat.org/title/Constructive-thinking-and-early-maladaptive-schemas-as-predictors-of-interpersonal-adjustment-and-marital-satisfaction/oclc/43314067>
- 33-Torresan RC, Ramos-Cerqueira ATA, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC, Torres AR. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2013; 209(2): 186-195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.006>
- 34-IRKÖRÜCÜ A. "Gender difference in early maladaptive schemas." *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 5.9, 2016; 103-119. https://www.ufuk.edu.tr/uploads/page/enstituler/sosyal-bilimler/ensdergi/say-9/aye_irkrc.pdf
- 35-Welburn, Ken, et al. "The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms." *Cognitive therapy and research*. (2002); 26: 519-530. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1016231902020>
- 36-Güler K, Yüksel, S. The Relationship Between Gender Roles In Women And Early Maladaptive Schemas. *American Journal of Humanities and Social Sciences Research*. 2021, 5.11: 07-19. <https://www.ajhssr.com/wp-content/uploads/2021/11/B215110719.pdf>
- 37-Benatti B, Celebre L, Gironi N, Priori A, Bruno A, Viganò C., & Dell'Osso B. Clinical characteristics and comorbidity associated with female gender in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 131: 209-214. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.019>
- 22-Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*. 2019; 5(9): e02361. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- 23-Dostal AL, Pilkington PD. Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023; 336: 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053>
- 24-Kwak KH, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Res*. 2015; 230(3): 757-762. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015>
- ۲۵-اسماعیلی، علی؛ سهرابی اسمرود، فرامرز؛ برجلی، احمد؛ فرخی، نورعلی. طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSs) فعال در بیماران اختلال وسواس - اجبار (OCD). *مطالعات روانشناسی بالینی*. ۱۳۹۰؛ ۲۵(۲): ۴۳-۴۵. <https://doi.org/10.22054/jcps.2011.5794>
- 26-Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. *Schema Therapy*. Taylor and Francis Group, Routledge.(2011). <https://psycnet.apa.org/record/2010-09192-000>
- 27-Reich J, Simonsen E. Treatment of obsessive-compulsive disorder in the context of an avoidant personality disorder. *Personality and Mental Health*. 2008; 2(2): 104-109. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pmh.36>
- 28-Haaland AT, Vogel PA, Launes G, Haaland V, Hansen B, Solem S, Himle JA. The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2011; 49(11): 781-788. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.007>
- 29-Grisham JR, Fullana MA, Mataix-Cols D, Moffitt TE, Caspi A, Poulton R. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*. 2011; 41: 2495–2506. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000894>

- 47-Emmelkamp PMG, Kraaijkamp HJM, van den Hout MA. Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*. 1999; 23, 269-279. <https://doi.org/10.1177/0145445599232005>
- 48-Sanavio, E. & Vidotto, G. The components of the moudsley obsessional- compulsive questionnaire. *Behavior Research and Therapy*. 1985; 23(6), 659-662. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90061-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90061-0)
- 49-d meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2023; 62(1): 28-52. <https://doi.org/10.1111/bjc.12392>
- 50-Bilge Y, Balaban G. The Relationships between Personality Disorders and Early Maladaptive Schemas and the Moderating Role of Gender. *Alpha Psychiatry*. 2021; 22(1): 12-18. <https://doi.org/10.5455/apd.114935>
- 51-Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurieta N, Vallejo J. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*. 2008; 25(10): 832-838. <https://doi.org/10.1002/da.20332>
- ۵۲- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ باصری صالحی، نیلوفر؛ روشن چسلی، رسول؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا. مقایسه طرحواره‌های شناختی ناسازگار، باورهای غیرمنطقی و مهارت‌های ارتباطی در نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی. *روان پرستاری*. ۱۳۹۳؛ ۲(۱): ۱-۱۲. <http://ijpn.ir/article-1-282-fa.html>
- 53-Pajouhinia S, Abavisani Y, Rezazadeh Z. Explaining the obsessive-compulsive symptoms based on cognitive flexibility and social cognition. *Practice in Clinical Psychology*. 2020; 8(3): 233-242. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-712-en.html>
- 54-Abramowitz JS, Khandker M, Nelson CA, Deacon BJ, Rygwall R. The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour research and therapy*. 2006; 44(9): 1361-1374. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.011>
- 38-Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan AA, Saif-Nobakht Z. Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*. 2002; 48(1): 20-28. <https://doi.org/10.1177/002076402128783055>
- ۳۹- دلیر، مجتبی. فراوانی زیرگروه‌های اختلال وسواس- اجبار: نقش جنسیت. *روانشناسی*. ۱۳۹۸؛ ۸ (۲): ۳۱-۳۸. <http://frooyesh.ir/article-1-1299-fa.html>
- ۴۰- هومن، حیدرعلی. مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزار لیزرل. تهران: سمت، ۱۳۸۸. <http://lib.ardakan.ac.ir/dL/search/default.aspx?Term=12658&Field=0&DTC=1>
- 41- Young J. Cognitive Therapy for Personality Disorders Florida. Professional Resource Press. 1994 <https://www.amazon.com/Cognitive-Therapy-Personality-Disorders-Schema>
- ۴۲- یوسفی، ناصر؛ اعتمادی، عذرا؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، سیداحمد؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات. مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در همسران مطلقه و عادی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده طلاق. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۸۹؛ ۱۶ (۱): ۳۳-۲۱. <https://doi.org/magiran.com/p716065>
- 43-Khosravani V, Najafi M, Mohammadzadeh A. The Young Schema questionnaire-short form: A Persian version among a large sample of psychiatric patients. *International journal of mental health and addiction*. 2020 Aug; 18(4): 949-67. <https://psycnet.apa.org/record/2018-49581-001>
- 44-Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*. 1997; 15(5): 389-395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- 45-Abolqasemi A, Narimani M. Psychological tests. Ardebil. 2005. <https://www.gisoom.com/book/1364815/A7>
- 46-Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*. 2005; 21(4): 185-192. <https://doi.org/10.1002/da.20070>

- 63-Karayorgou M, Altemus M, Galke BL, Goldman D, Murphy DL, Ott J, Gogos JA. Genotype determining low catecholO-methyltransferase activity as a risk factor for obsessive compulsive disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1997; 94(9): 4572-5. <https://doi.org/10.1073/pnas.94.9.4572>
- 64-Castle DJ, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995; 29(1): 114-7. <https://doi.org/10.3109/00048679509075899>
- ۶۵-عرب‌پور، سحر؛ خسروی، زهره؛ صرامی، غلامرضا. بررسی تفاوت جنسیتی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای: رویکرد طرح‌واره محور. *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*. ۱۳۹۷؛ ۱(۱): ۴۳-۶۸. <https://doi.org/10.22051/JWSPS.2018.19976.1709>
- 66-Balaban G, Bilge Y. The psychological disorders and early maladaptive schemas in adolescents: the moderating role of gender/ *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2020; 21(6): 600-609. <https://doi.org/10.5455/apd.114935>
- 67-Vivan ADS, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordioli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2013; 36: 111-118. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1113>
- 68-Mathis MAD, Alvarenga PD, Funaro G, Torresan RC, Moraes I, Torres AR., & Hounie AG. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2011; 33: 390-399. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462011000400014>
- 69-Rompella, N. Obsessive-compulsive disorder: the ultimate teen guide. Lanham, Maryland: Scarecrow Press, Inc. 2009. <https://www.amazon.com/Obsessive-Compulsive-Disorder-Ultimate-Guide>
- 70-Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(7): 773-778. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816b73c0>
- 71-Beauchaine TP, Hinshaw SP. (Eds.). *Child and adolescent psychopathology*. John Wiley & Sons. 2017.
- 55-Wolters LH, Prins PJ, Garst GJA, Hogendoorn SM, Boer F, Vervoort L, de Haan E. Mediating mechanisms in cognitive behavioral therapy for childhood OCD: The role of dysfunctional beliefs. *Child Psychiatry & Human Development*. 2019; 50: 173-185. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0830-8>
- 56-Calamari JE, Cohen R J, Rector NA, Szacun-Shimizu K, Riemann BC, Norberg MM. Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44(9): 1347-1360. <https://psycnet.apa.org/record/2006-09968-012>
- 57-Irkorucu A. Gender difference in early maladaptive schemas. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016; 5(9): 103-119. https://www.ufuk.edu.tr/uploads/page/enstituler/sosyal-bilimler/ensdergi/say-9/aye_irkrcc.pdf
- 58-Olinto M. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados deanálise. *Rev Bras Epidemiol*. 1998; 1(2): 162-9. <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/NbDG8bGnBrZzqQKDsHQ9SCz/abstract/?lang=pt>
- 59-Topuz C., Yıldızbaş, F. The examination of graduate students' gender roles in relation with demographics. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 159, 565-569. <https://www.researchgate.net/publication/272380088>
- 60-Greenhaus JH, Powell GN. When Work and Family Are Allies: A Theory of Work-Family Enrichment. *Academy of Management Review*. 2006; 31: 72-92. <https://psycnet.apa.org/record/2006-00663-006>
- 61-Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry*. 1996; 169(1): 101-107. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.101>
- ۶۲-رحیم‌خانلی، معصومه؛ علی‌مهدی، منصور؛ فهیمی، صمد؛ بیرامی، منصور؛ مجتبابی، مینا. سبک‌های هویت و محیط‌های اولیه تحول: با تأکید بر سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۲(۲): ۸۵-۹۶. <https://doi.org/10.1001.1.23452188.1395.14.2.87>

- 74-Bogetto F, Venturello S, Albert UM, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*. 1999; 14(8): 434-441.
[https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(99\)00224-2](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(99)00224-2)
- 72-Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*. 2003; 60(8), 837-844.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- 75- کاظمی، حمید؛ مطهری، سارا. رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالات فراشناختی در دانش‌آموزان دختر و پسر. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۳۹۲؛ (۳) : ۱-۱۱-۲۲.
<https://sid.ir/paper/472581/fa>
- 73- Jacob G, Van Genderen H, Seebauer L. Breaking negative thinking patterns: A schema therapy self-help and support book. John Wiley & Sons. 2014.
URL:<https://www.savetovalistebalans.rs/wp-content/uploads/2021/06/Breaking-negative-thinking>

اثر بخشی بسته غنی سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه های اسلامی بر رضایت زناشویی زوجین

نویسندگان

مجتبی ساتکین^۱، سید ابوالقاسم مهری نژاد^{۲*}، نعمت ستوده اصل^۳، حسن اسدزاده^۴

۱. دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

m_satkin@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. sotodehl@yahoo.com

۴. دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

asadzadehd@yahoo.com

چکیده

مقدمه: رضایت زناشویی مهم ترین و اساسی ترین عامل پایداری و دوام زندگی مشترک است و آموزه های اسلامی، راهنمایی مطمئن برای ازدواج پایدار و رضایت بخش خواهند بود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی بسته آموزشی غنی سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه های اسلامی بر رضایت زناشویی زوجین انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه آزمایش، کنترل و طرح پیش آزمون، پس آزمون با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش، زوجین مراجعه کننده به دو مرکز مشاوره در شهر تهران بودند که ۴۰ زوج به روش هدفمند انتخاب و به دو گروه آزمایش (۲۰ زوج) و گروه کنترل (۲۰ زوج) به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش، مداخله هفتگی را به شکل گروهی در ۱۲ جلسه حضوری، ۱۲ جلسه غیر حضوری و ۳ اردوی آموزشی دریافت کردند. هر دو گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به وسیله پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از آزمون های ناپارامتری ویلکاکسون و من ویتنی تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد تأثیر مداخله برنامه غنی سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه های اسلامی بر رضایت زناشویی و زیرمقیاس های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی در زوجین گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل معنی دار بوده است ($P < 0/002$). آزمون پیگیری نیز نشان داد، اثر آموزش ماندگار و معنی دار بوده است ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه، استفاده از بسته آموزشی غنی سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه های اسلامی که یک برنامه مداخلاتی متناسب با ملاحظات فرهنگی است، می تواند در افزایش رضایت زناشویی زوجین موثر باشد؛ بنابراین، مشاوران و روانشناسان می توانند از این بسته آموزشی در مداخلات خود برای افزایش رضایت زناشویی زوجین استفاده کنند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۲/۰۸

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۸/۲۲



کلیدواژه ها

غنی سازی زندگی زناشویی، رضایت زناشویی، زوجین، آموزه های اسلامی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

s.mehrinejad@alzahra.ac.ir

مقدمه

و زمانی از اعتبار لازم برخوردارند که مبتنی بر داده‌های فرهنگی آن جامعه باشند و بدون در نظر گرفتن ملاحظات بومی و فرهنگی، چنین مداخلاتی با بی‌اعتباری روبه‌رو خواهد شد [۹]. از سویی در تمام کشورها نیز دین و آموزه‌هایش بخش مهمی از فرهنگ کشورها را تشکیل می‌دهند [۱۰، ۱۱]. متخصصان به این واقعیت اذعان دارند؛ رابطه دین و فرهنگ رابطه‌ای ناگسستنی است و آنچه فرهنگ را شکل می‌دهد دین است و به بیان دیگر، نیاز انسان به کلام متعال الهی، خمیرمایه فرهنگ است. برنامه‌های غنی‌سازی زندگی زناشویی نیز به عنوان نوعی از مداخلات روانشناختی از این امر مستثنی نیستند. به گونه‌ای که حتی برخی از مدل‌های غنی‌سازی روابط همسران مانند برنامه مواجهه ازدواج^۷ براساس دستورالعمل‌های دین مسیحیت تدوین گردیده است. تحقیقات نشان می‌دهند آموزه‌های اسلامی هم از ظرفیت بالایی برای سعادت‌مندی و خوشبختی انسان از جمله در بهبود روابط زوجین برخوردار می‌باشند و در رضایت زناشویی نیز که مقوله‌ای وابسته به فرهنگ است تأثیرگذار می‌باشد. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دینداری عامل پیش‌بینی کننده مهمی در مورد رضایت زناشویی است [۱۲، ۱۳]؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی بر رضایت زناشویی زوجین انجام شده است.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با استفاده از طرح گروه‌های آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شده است. همچنین برای بررسی ماندگاری اثر آموزش در هر دو گروه، مرحله پیگیری نیز قرار داده شد. بسته آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی که توسط تیم تحقیق، تدوین و در مدت سه ماه به گروه آزمایش ارائه و اثر آن در مقایسه با گروه کنترل بر رضایت زناشویی سنجیده شد. در این فاصله گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان دوره و در مرحله پیگیری یعنی دو ماه پس از دوره، هر دو گروه پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را تکمیل

برنامه غنی‌سازی زندگی زناشویی، رویکردی مبتنی بر آموزش قابلیت‌ها و مهارت‌ها است که زوجین زندگی زناشویی خود را با کمک آن ارتقاء دهند و همچنین دوام رابطه آنها پایدارتر می‌شود [۱]. برنامه غنی‌سازی یک برنامه کلی در جهت تقویت سلامت رابطه زوج‌های متاهل است که نقاط قوت آنها را تشخیص داده و زوجها را نسبت به گفتگو در مورد رابطه‌شان کمک می‌نماید [۲]. این برنامه راهی را فراهم می‌کند تا زوجین در حین گفتگو درباره مطالب مهم، بتوانند با یکدیگر ارتباط برقرار نمایند [۳]. این برنامه‌ها به عنوان برنامه‌های آموزشی و رشد‌محور به دنبال افزایش روابط صمیمانه بین همسران شکل گرفتند [۴، ۵]. برنامه‌های غنی‌سازی می‌تواند باعث جلوگیری از بروز مشکلات و مسائل کوچک، پیش از بروز مشکلات بزرگتری در زندگی زناشویی شود. در واقع غنی‌سازی زندگی زناشویی یک برنامه پیشگیرانه است و پیشگیری بسیار مؤثرتر از درمان است و تشخیص زود هنگام و پیشگیری در مسائل و مشکلات خانوادگی نیز بسیار حائز اهمیت است [۳]. به‌علاوه برخی رویکردهای غنی‌سازی زندگی زناشویی بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره علت بروز مشکلات تأکید و به زوجین کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای حل مشکلاتشان را یاد بگیرند [۶]. هدف این رویکردها، کمک به زوجین برای افزایش آگاهی و کاوش احساسات و افکار خود و همسر، گسترش همدلی و صمیمیت و رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسئله است [۷]. امروزه انواع مختلفی از برنامه‌های آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی از قبیل پیشگیری و ارتقاء زوجین (PREP)^۱، مواجهه ازدواج (ME)^۲، ارتباط بین زوجین، برنامه TIME^۳ برای ازدواج بهتر، آموزش صمیمیت زوجین، برنامه ارتقاء ارتباط (RE)^۴، آماده سازی/غنی‌سازی اولسون^۵ و برنامه انجمن غنی‌سازی زوجین برای ازدواج (A.C.M.E)^۶ در حال اجرا می‌باشد [۸].

اما مطالعات نشان می‌دهند، مداخلات روانشناختی بدون در نظر گرفتن فرهنگ مراجعان امری غیرقابل قبول هستند

1. Prevention and Relationship Enhancement Program.
2. Marriage Enrichment.
3. Training in Marriage Enrichment.
4. Relationship Enhancement.
5. PREPARE/ENRICH— Growing Together Workshop.
6. Association of Couples for Marriage Enrichment.

7. Marriage Encounter Program.

بالقوه زوج‌ها را توصیف کند، یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی و تقویت آنها را مشخص نماید. این ابزار همچنین می‌تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوج‌هایی که در جستجوی مشاوره زنشویی و به دنبال تقویت رابطه زنشویی خود هستند، استفاده شود. این مقیاس شامل ۴ خرده مقیاس ۳۵ ماده‌ای می‌باشد که می‌تواند به عنوان یک ابزار تحقیق از جمله رضایت، ارتباطات و حل تعارض استفاده گردد. مقیاس زوجی انریچ یک اندازه‌گیری کلی از روابط زنشویی شامل تحریف‌آرمانی^۳، رضایت زنشویی^۴، مسایل شخصیتی^۵، ارتباطات^۶، حل تعارض^۷، مدیریت مالی^۸، فعالیت‌های اوقات فراغت^۹، رابطه جنسی^{۱۰}، فرزندان و فرزندپروری^{۱۱}، خانواده و دوستان^{۱۲}، نقش‌های مساوات‌طلبی مربوط به زن و مرد^{۱۳}، جهت‌گیری مذهبی^{۱۴}، همبستگی زوج‌ها^{۱۵} و تغییرات زنشویی^{۱۶} را شامل می‌شود [۱۴]. این پرسشنامه توسط آسوده و همکاران (۲۰۱۰) ترجمه شد [۱۵]. پرسشنامه زوجی انریچ توسط دیوید السون و امی السون در سال ۲۰۰۰ م. روی ۲۵۵۰۱ زوج متاهل اجرا شد. ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های رضایت زنشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب از این قرار است ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده آزمون به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ بوده است و ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهش آسوده با تعداد ۳۶۵ زوج (۷۳۰ نفر) به ترتیب ۰/۶۸ (با حذف سوال ۲۴ آلفا ۰/۷۸ می‌شود)، ۰/۷۸، ۰/۶۲، ۰/۷۷ به دست آمد [۱۵].

ب. بسته آموزشی غنی‌سازی زندگی زنشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی: این برنامه توسط ساتکین و همکاران در سال ۱۴۰۰ طراحی، تدوین و روایی‌یابی شد و

کردند. سپس تغییرات درون‌گروهی و بین‌گروهی رضایت زنشویی در دو گروه آزمایش و کنترل در مقاطع مختلف زمانی بررسی شد. همچنین میزان تغییرات رضایت زنشویی در گروه آزمایش به تفکیک جنسیت افراد در مقاطع زمانی مطالعه مورد بررسی قرار گرفت.

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام زوج‌های مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره در شهر تهران بودند که به دلیل ناراضی‌تی و یا بهبود رابطه زنشویی خود مراجعه کرده بودند و از این میان ۴۰ زوج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه با ۲۰ زوج تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل گذشتن حداقل یک سال از زندگی مشترک، داشتن ناراضی‌تی زنشویی براساس خوداظهاری، حضور همزمان زوجین در جلسات آموزشی، سن ۲۰ تا ۴۰ سال و سطح تحصیلات حداقل دیپلم بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در این مطالعه بدین شکل بودند: میانگین سن مردان ۳۱/۶۱، میانگین سن زنان ۲۸/۲۰، میانگین اختلاف سن مردان و زنان ۳/۵۳، میانگین سن ازدواج مردان ۲۶/۰۷، میانگین سن ازدواج زنان ۲۲/۶۹ و میانگین طول مدت ازدواج زوجین ۵/۵۴ سال.

ابزارهای پژوهش

الف. پرسشنامه رضایت زنشویی انریچ (ENRICH): در این پژوهش به منظور بررسی رضایت زنشویی از پرسش‌نامه رضایت زنشویی انریچ^۱ استفاده شد. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات و کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. فورز و السون^۲ (۱۹۸۹) از این پرسشنامه، برای بررسی رضایت زنشویی استفاده کرده‌اند و معتقدند: این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می‌آید حساس است [۱۴]. فورز و السون (۱۹۸۹ م.) با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در تحقیق ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند، با استفاده از این پرسشنامه می‌توان با دقت ۹۵-۸۵٪ بین زوجین خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد. هر یک از موضوعات این پرسشنامه، در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است. ارزیابی این زمینه‌ها در درون یک رابطه زنشویی، می‌تواند مشکلات

- 3 . Idealistic Distortion.
- 4 . Marital Satisfaction.
- 5 . Personality Issues.
- 6 . Communication.
- 7 . Conflict Resolution.
- 8 . Financial Management.
- 9 . Leisure Activities.
- 10 . Sexual Relationship.
- 11 . Children and Parenting.
- 12 . Family and Friends.
- 13 . Equalitarian Roles.
- 14 . Religious Orientation.
- 15 . Marital Cohesion.
- 16 . Marital Change.

- 1 . Four ENRICH Couple Scales.
- 2 . Fowers & Olson.

شرح‌صدر در زندگی زناشویی و عوامل شرح‌صدر/
آموزش راهکارهای افزایش ظرفیت وجودی.
اردوی اول. آشنایی با ساختار خانواده‌اسلامی / آشنایی با جایگاه و نقش زن و شوهر و توزیع قدرت / گفتگو در مورد حقوق و مسئولیت‌ها و مدیریت مالی.
جلسه پنجم. آشنایی با اهمیت حیا در زندگی زناشویی / آموزش راهکارهای افزایش حیا در زندگی زناشویی؛
جلسه ششم. آموزش راهکارهای شکرگزاری و تشکر / آموزش راهکارهای افزایش صبر در زندگی زناشویی؛
جلسه هفتم. آموزش راهکارهای افزایش تعهد و وفاداری در زندگی زناشویی؛
جلسه هشتم. ایجاد نگاه مثبت به رابطه جنسی / آشنایی با وظایف متقابل، تفاوت‌ها و شرایط روانی زن و مرد / آموزش راهکارهای بهبود روابط جنسی.
اردوی دوم. شناسایی مؤلفه‌های ارتباط موثر / شناسایی موانع ارتباطی / آموزش سبک‌های مختلف / آموزش گوش دادن فعال / آموزش کارآمدتر کردن ارتباط.
جلسه نهم. آشنایی با نیازهای عاطفی زن و شوهر / آموزش تامین نیازهای عاطفی زن و شوهر در زندگی زناشویی؛
جلسه دهم. آشنایی با تعارضات زناشویی و زمینه‌های ایجاد تعارض / آموزش مراحل حل تعارض و راهکارهای دینی حل تعارض؛
جلسه یازدهم. آشنایی با اهمیت روابط خانوادگی و حیطه‌های اختلاف نظر / آموزش راهکارهای بازسازی رابطه با خانواده خود و همسر؛
جلسه دوازدهم. آشنایی با اهمیت روابط اجتماعی در خانواده و آسیب‌شناسی / آموزش فنون مقابله با آسیب‌های روابط اجتماعی در خانواده؛
اردوی سوم. آموزش چگونگی استمرار آثار جلسات / جمع‌بندی و نتیجه‌گیری جلسات / ایجاد خاطره خوب از حضور در دوره و دریافت بازخورد / اجرای پس‌آزمون.
جلسات غیر حضوری
جلسه اول. آشنایی با نگاه اسلام به ازدواج و همسر و بعد معنوی انسان و ساختار معنویت؛
جلسه دوم. آشنایی با الگوی خانواده سالم از دیدگاه اسلام / آشنایی با عوامل ایجاد ازدواج موفق از دیدگاه اسلامی؛

از این جهت که بر مبنای اصول و مبانی موجود در آموزه‌های اسلامی تهیه شده است در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت [۱۶]. این برنامه به زوجها یاد می‌دهد تا با در نظر گرفتن ابعاد مختلف وجودی خود و همسر، به صورت مؤثر و کارآمد ارتباط برقرار کنند، حل مسئله نمایند و در همه این موارد خدامحور عمل نمایند و رشد کنند. این بسته آموزشی سه‌ماهه است که در آن زوجها به صورت گروهی در ۱۲ جلسه حضوری، ۱۲ جلسه غیرحضوری و سه اردوی آموزشی شرکت کردند. بررسی روایی محتوای بسته‌ی آموزشی، با روش دلفی با استفاده از نظرات پنل تخصصی پانزده نفره از صاحب‌نظران در حوزه خانواده با رویکرد اسلامی انجام شد. در این روش جهت کمی‌سازی میزان توافق اعضای پنل تخصصی، از شاخص‌های ضریب نسبی روایی محتوا (CVR)^۱، شاخص روایی محتوا (CVI)^۲ و قابلیت قابلیت اجرایی استفاده شد. بررسی روایی محتوایی نشان داد که CVI، CVR و قابلیت اجرایی این بسته آموزشی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۵ و ۰/۹۴ می‌باشد که نشان‌دهنده دارا بودن حداقل مقدار مورد قبول می‌باشد. شرح تفصیلی بررسی تحلیل محتوای کیفی [۱۷] و نیز نحوه تدوین و ارائه بسته آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی [۱۶] به تفکیک بر اساس جلسات حضوری، غیرحضوری و اردوهای آموزشی به همراه موضوعات، اهداف، تکالیف، کاربرگ‌ها و روش‌های ارائه، در مقالات منتشر شده مولفان موجود است. شرح مختصر این برنامه به شرح زیر است:

جلسات حضوری:

جلسه اول. آشنایی اعضای گروه با اهداف، قوانین، ساختار جلسات و روش کار / ایجاد انگیزه برای حضور منظم و انجام تکالیف؛

جلسه دوم. آشنایی با سازه روانی - معنوی عقل / عوامل رشددهنده و آسیب‌رسان / آموزش راهکارهای تقویت عقل در زندگی زناشویی؛

جلسه سوم. آشنایی با سازه روانی - معنوی قلب / آشنایی با عوامل سلامت و تقویت قلب و نقش قلب معنوی در زندگی زناشویی / آموزش راهکارهای ایجاد سلامت قلب؛

جلسه چهارم. آشنایی با سازه روانی - معنوی صدر / نقش

1. Content Validity Ratio.

2. Content Validity Index.

شیوه انجام پژوهش

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت - کنندگان اخذ و برای اجرا و انتشار نتایج پژوهش با تأکید بر اصل محرمانگی توضیحات جامع و روشنی مبنی بر تضمین حریم خصوصی و رازداری و مختار بودن برای خروج از پژوهش داده شد. پس از اتمام پژوهش گروه کنترل نیز تحت آموزش قرار گرفتند. از ۲۰ زوج گروه -آزمایش، ۱۶ زوج (۳۲ نفر) و از ۲۰ زوج گروه کنترل، ۱۵ زوج (۳۰ نفر) دوره آموزشی را به پایان رساندند و سایر زوج‌ها به دلایل مختلف مانند بارداری، بستری شدن، مشکلات شغلی و بی‌توجهی به انتهای دوره نرسیدند.

شیوه تحلیل داده‌ها

در مرحله بررسی اثربخشی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار برای توصیف نمره پرسشنامه در دو گروه، قبل و بعد از آموزش و در مرحله پیگیری استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون‌های ناپارامتری من ویتنی و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

مقایسه تغییرات درون گروهی رضایت زناشویی زوجین در جدول ۱، در گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک در مقاطع مختلف زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری ارائه شده است.

جدول ۱. مقایسه تغییرات درون گروهی رضایت زناشویی (کل) در گروه آزمایش و کنترل در مقاطع مختلف زمانی

| گروه | رضایت زناشویی (کل) | پیش آزمون (۱) | پس آزمون (۲) | مرحله پیگیری (۳) |
|-------------|------------------------|------------------|------------------|------------------|
| گروه آزمایش | انحراف معیار ± میانگین | ۱۰۸/۹۰ ± ۲۲/۱۳ | ۱۲۰/۰۹ ± ۱۷/۶۸ | ۱۲۴/۲۱ ± ۱۶/۲۱ |
| | سطح معنی داری | $p(۱,۲) = ۰/۰۰۲$ | $p(۳,۲) = ۰/۳۵۲$ | $p(۳,۱) = ۰/۰۰۴$ |
| گروه کنترل | انحراف معیار ± میانگین | ۱۲۵/۳۰ ± ۹/۵۹ | ۱۲۳/۶۶ ± ۱۴/۲۳ | ۱۱۸/۷۳ ± ۹/۶۲ |
| | سطح معنی داری | $p(۱,۲) = ۰/۴۶۰$ | $p(۳,۲) = ۰/۰۹۴$ | $p(۳,۱) = ۰/۰۲۰$ |

مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری با مرحله پیش‌آزمون نداشته است ($P=۰/۴۶۰$). وضعیت رضایت زناشویی (کل) در گروه کنترل در مرحله پیگیری بطور معنی‌داری کمتر از مرحله پیش‌آزمون بوده است ($P=۰/۰۲۰$). وضعیت رضایت زناشویی (کل) در گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری با مرحله پس‌آزمون نداشته است ($P=۰/۰۹۴$).

جلسه سوم. آشنایی با مشترکات و تفاوت‌های طبیعی- فطری زن و مرد؛

جلسه چهارم. آشنایی با تأثیرات حواس پنجگانه در زندگی زناشویی/ آموزش راهکارهای ایجاد نشاط در زندگی زناشویی؛

جلسه پنجم. آشنایی با اهمیت جهاد با نفس در زندگی زناشویی/ آموزش راهکارهایی جهاد با نفس در زندگی زناشویی؛

جلسه ششم. آشنایی با فنون و راهکارهای مهارت کنترل خشم در زندگی زناشویی؛

جلسه هفتم. آموزش راهکارهای گذشت و سازگاری در زندگی زناشویی؛

جلسه هشتم. آشنایی با موانع لذت جنسی زوجین/ آموزش راهکارهای رفع موانع لذت جنسی در زندگی زناشویی؛

جلسه نهم. آموزش فنون و راهکارهای همدلی در زندگی زناشویی؛

جلسه دهم. آموزش قواعد مذاکره برای حل تعارض و روش‌های غیرمؤثر حل تعارض در آموزه‌های دینی؛

جلسه یازدهم. آموزش رفتارهای درون منزل براساس آموزه‌های اسلامی؛

جلسه دوازدهم. آموزش راهکارهای نگاه معنوی به وظایف زناشویی/ شناخت امور عبادی در خانواده.

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که وضعیت رضایت زناشویی (کل) در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون ($P=۰/۰۰۲$) و پیگیری ($P=۰/۰۰۴$) بطور معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون بوده است و در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری با مرحله پس‌آزمون نداشته است ($P=۰/۳۵۲$). همچنین وضعیت رضایت زناشویی (کل) در گروه کنترل در

جدول ۲. مقایسه تغییرات درون‌گروهی زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی در گروه آزمایش و کنترل در مقاطع مختلف زمانی

| زیرمقیاس | گروه | شاخص | پیش آزمون (۱) | پس آزمون (۲) | مرحله پیگیری (۳) |
|---------------|-------------|----------------------|----------------|----------------|------------------|
| رضایت زناشویی | گروه آزمایش | انحراف معیار±میانگین | ۳۳/۱۸±۷/۲۶ | ۳۶/۰۳±۵/۵۴ | ۳۸/۰۰±۴/۹۵ |
| | | سطح معنی داری | $p(۱,۲)=۰/۰۰۶$ | $p(۳,۲)=۰/۱۳۹$ | $p(۳,۱)=۰/۰۰۴$ |
| | گروه کنترل | انحراف معیار±میانگین | ۳۷/۶۳±۳/۹۶ | ۳۷/۵۰±۵/۲۰ | ۳۶/۳۰±۳/۲۳ |
| | | سطح معنی داری | $p(۱,۲)=۰/۸۳۳$ | $p(۳,۲)=۰/۲۴۵$ | $p(۳,۱)=۰/۰۹۳$ |
| ارتباطات | گروه آزمایش | انحراف معیار±میانگین | ۳۰/۷۵±۶/۹۵ | ۳۴/۰۹±۶/۰۵ | ۳۵/۰۹±۵/۸۶ |
| | | سطح معنی داری | $p(۱,۲)=۰/۰۰۶$ | $p(۳,۲)=۰/۶۷۹$ | $p(۳,۱)=۰/۰۲۸$ |
| | گروه کنترل | انحراف معیار±میانگین | ۳۶/۳۳±۳/۳۹ | ۳۵/۷۶±۴/۳۴ | ۳۳/۸۳±۳/۵۴ |
| | | سطح معنی داری | $p(۱,۲)=۰/۵۱۳$ | $p(۳,۲)=۰/۰۷۳$ | $p(۳,۱)=۰/۰۲۶$ |
| حل تعارض | گروه آزمایش | انحراف معیار±میانگین | ۲۸/۸۱±۴/۹۷ | ۳۱/۷۱±۴/۶۰ | ۳۱/۹۳±۴/۳۸ |
| | | سطح معنی داری | $p(۱,۲)=۰/۰۰۶$ | $p(۳,۲)=۰/۹۶۹$ | $p(۳,۱)=۰/۰۱۲$ |
| | گروه کنترل | انحراف معیار±میانگین | ۳۲/۱۳±۳/۱۲ | ۳۱/۶۳±۳/۸۰ | ۳۰/۱۶±۲/۹۰ |
| | | سطح معنی داری | $p(۱,۲)=۰/۵۹۳$ | $p(۳,۲)=۰/۰۱۸$ | $p(۳,۱)=۰/۰۲۵$ |
| تحریف آرمانی | گروه آزمایش | انحراف معیار±میانگین | ۱۶/۱۵±۴/۴۴ | ۱۸/۲۵±۳/۱۵ | ۱۸/۶۲±۳/۴۲ |
| | | سطح معنی داری | $p(۱,۲)=۰/۰۰۵$ | $p(۳,۲)=۰/۵۹۹$ | $p(۳,۱)=۰/۰۲۶$ |
| | گروه کنترل | انحراف معیار±میانگین | ۱۹/۲۰±۱/۴۸ | ۱۸/۷۶±۲/۴۹ | ۱۸/۴۳±۱/۹۹ |
| | | سطح معنی داری | $p(۱,۲)=۰/۵۴۸$ | $p(۳,۲)=۰/۵۸۹$ | $p(۳,۱)=۰/۲۳۲$ |

معنی‌داری کمتر از مرحله پیش‌آزمون بوده اند. زیرمقیاس ارتباطات هم در گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری با مرحله پس‌آزمون نداشته ولی زیرمقیاس حل تعارض بطور معنی‌داری کمتر بوده است.

مقایسه تغییرات بین گروهی رضایت زناشویی در زوجین گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک در مقاطع مختلف زمانی در جدول ۳ ارائه شده است.

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، میزان تغییرات رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون با زمان مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایشی و در گروه کنترل کاهش‌ی بوده، بگونه‌ای که تغییرات در گروه آزمایش بطور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بوده است ($P<۰/۰۰۲$). همچنین میزان تغییرات رضایت زناشویی کل در مرحله پیگیری با زمان مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایشی و در گروه کنترل کاهش‌ی بوده، بگونه‌ای که تغییرات در گروه آزمایش بطور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بوده است ($P<۰/۰۰۱$).

مقایسه تغییرات درون‌گروهی زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی در زوجین گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک در مقاطع مختلف زمانی در جدول ۲ ارائه شده است.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بطور معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون بوده‌اند و در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری با مرحله پس‌آزمون نداشته‌اند. زیرمقیاس‌های حل تعارض و تحریف آرمانی در گروه آزمایش در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری با مرحله پس‌آزمون نداشته‌اند. همچنین نتایج نشان می‌دهد، زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی و تحریف آرمانی در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری با مرحله پیش‌آزمون نداشته‌اند و در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری با مرحله پس‌آزمون نداشته‌اند. زیرمقیاس‌های ارتباطات و حل تعارض نیز در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری با مرحله پیش‌آزمون نداشته‌اند و در مرحله پیگیری بطور

جدول ۳: مقایسه تغییرات بین گروهی رضایت زناشویی (کل) در دو گروه آزمایش و کنترل در مقاطع زمانی مطالعه

| رضایت زناشویی کل | پیش آزمون (۱) | پس آزمون (۲) | مرحله پیگیری (۳) | میزان تغییرات پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون (۲،۱) | میزان تغییرات پیگیری در مقایسه با پیش آزمون (۳،۱) |
|------------------|---------------|--------------|------------------|---|---|
| گروه آزمایش | ۱۰۸/۹۰±۲۲/۱۳ | ۱۲۰/۰۹±۱۷/۶۸ | ۱۲۴/۲۱±۱۶/۲۱ | ۱۱/۱۸±۱۰/۶۵ | ۱۵/۳۱±۱۹/۳۵ |
| گروه کنترل | ۱۲۵/۳۰±۹/۵۹ | ۱۲۳/۶۶±۱۴/۲۳ | ۱۱۸/۷۳±۹/۶۲ | -۱/۶۳±۸/۶۰ | -۶/۵۶±۸/۴۴ |
| سطح معنی داری | ۰/۰۲۴ | ۰/۶۸۲ | ۰/۳۳۸ | ۰/۰۰۲ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۴: مقایسه تغییرات بین گروهی زیرمقیاس های رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل در مقاطع زمانی مطالعه

| زیرمقیاس | گروه | مرحله پیش آزمون (۱) | مرحله پس آزمون (۲) | مرحله پیگیری (۳) | میزان تغییرات پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون (۲،۱) | میزان تغییرات پیگیری در مقایسه با پیش آزمون (۳،۱) |
|---------------|---------------|---------------------|--------------------|------------------|---|---|
| رضایت زناشویی | گروه آزمایش | ۳۳/۱۸±۷/۲۶ | ۳۶/۰۳±۵/۵۴ | ۳۸/۰۰±۴/۹۵ | ۲/۸۴±۳/۲۴ | ۴/۸۱±۵/۶۹ |
| | گروه کنترل | ۳۷/۶۳±۳/۹۶ | ۳۷/۵۰±۵/۲۰ | ۳۶/۳۰±۳/۲۳ | -۰/۱۳±۲/۱۶ | -۱/۳۳±۲/۸۷ |
| | سطح معنی داری | ۰/۰۹۳ | ۰/۴۰۱ | ۰/۲۴۷ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۰۱ |
| ارتباطات | گروه آزمایش | ۳۰/۷۵±۶/۹۵ | ۳۴/۰۹±۶/۰۵ | ۳۵/۰۹±۵/۸۶ | ۳/۳۴±۴/۳۹ | ۴/۳۴±۶/۹۵ |
| | گروه کنترل | ۳۶/۳۳±۳/۳۹ | ۳۵/۷۶±۴/۳۴ | ۳۳/۸۳±۳/۵۴ | -۰/۵۶±۳/۶۰ | -۲/۵۰±۳/۷۴ |
| | سطح معنی داری | ۰/۰۱۲ | ۰/۷۱۱ | ۰/۵۹۹ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۰۲ |
| حل تعارض | گروه آزمایش | ۲۸/۸۱±۴/۹۷ | ۳۱/۷۱±۴/۶۰ | ۳۱/۹۳±۴/۳۸ | ۲/۹۰±۳/۶۸ | ۳/۱۲±۴/۲۴ |
| | گروه کنترل | ۳۲/۱۳±۳/۱۲ | ۳۱/۶۳±۳/۸۰ | ۳۰/۱۶±۲/۹۰ | -۰/۵۰±۳/۰۱ | -۱/۹۶±۲/۸۱ |
| | سطح معنی داری | ۰/۰۶۶ | ۰/۸۳۰ | ۰/۲۹۹ | ۰/۰۰۹ | <۰/۰۰۱ |
| تحریف آرمانی | گروه آزمایش | ۱۶/۱۵±۴/۴۴ | ۱۸/۲۵±۳/۱۵ | ۱۸/۶۲±۳/۴۲ | ۲/۰۹±۲/۶۱ | ۲/۴۶±۴/۱۹ |
| | گروه کنترل | ۱۹/۲۰±۱/۴۸ | ۱۸/۷۶±۲/۴۹ | ۱۸/۴۳±۱/۹۹ | -۰/۴۳±۲/۱۰ | -۰/۷۶±۲/۲۹ |
| | سطح معنی داری | ۰/۰۲۴ | ۰/۷۷۰ | ۰/۴۷۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۱۲ |

کنترل کاهش یافته، به گونه ای که تغییرات در گروه آزمایش بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بوده است. همچنین میزان تغییرات در همه زیرمقیاس رضایت زناشویی در مرحله پیگیری با زمان مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش افزایشی و در گروه کنترل کاهش یافته، بگونه ای که تغییرات در گروه آزمایش بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بوده است.

مقایسه تغییرات بین گروهی زیرمقیاس های رضایت زناشویی در زوجین گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک در مقاطع مختلف زمانی در جدول ۴ ارائه شده است.

یافته های جدول ۴ نشان می دهد، میزان تغییرات در همه زیرمقیاس های رضایت زناشویی در مرحله پس آزمون با زمان مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش افزایشی و در گروه

مطالعه معنی دار نمی‌باشد. همچنین میزان تغییرات نمرات رضایت زناشویی مردان و زنان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون با زمان پیش‌آزمون و مرحله پیگیری با زمان مرحله پیش‌آزمون معنی دار نمی‌باشد.

مقایسه تغییرات رضایت زناشویی (کل) در گروه آزمایش به تفکیک جنسیت در مقاطع زمانی مطالعه در جدول ۵ ارائه شده است.

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت نمرات رضایت زناشویی مردان و زنان گروه آزمایش در هیچ یک از مراحل

جدول ۵: مقایسه تغییرات رضایت زناشویی (کل) گروه آزمایش به تفکیک جنسیت در مقاطع زمانی مطالعه

| رضایت زناشویی | پیش‌آزمون (۱) | پس‌آزمون (۲) | مرحله پیگیری (۳) | میزان تغییرات پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون (۲،۱) | میزان تغییرات پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون (۳،۱) |
|---------------|---------------|--------------|------------------|---|---|
| مرد | ۱۰۹/۷۵±۲۴/۰۵ | ۱۱۹/۵۶±۱۷/۸۹ | ۱۲۵/۸۷±۱۸/۶۷ | ۹/۸۱±۱۴/۴۳ | ۱۶/۱۲±۲۳/۲۵ |
| زن | ۱۰۸/۰۶±۲۴/۱۷ | ۱۲۰/۶۲±۲۱/۶۰ | ۱۲۲/۵۶±۱۸/۲۵ | ۱۲/۵۶±۱۸/۹۸ | ۱۴/۵۰±۲۲/۸۵ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۸۲۶ | ۰/۸۳۶ | ۰/۳۶۵ | ۰/۸۳۶ | ۰/۶۷۰ |

جدول ۶: مقایسه تغییرات زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی گروه آزمایش به تفکیک جنسیت در مقاطع زمانی مطالعه

| زیرمقیاس | جنسیت | مرحله پیش‌آزمون (۱) | مرحله پس‌آزمون (۲) | مرحله پیگیری (۳) | میزان تغییرات پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون (۲،۱) | میزان تغییرات پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون (۳،۱) |
|---------------|---------------|---------------------|--------------------|------------------|---|---|
| رضایت زناشویی | مرد | ۳۳/۳۷±۷/۰۹ | ۳۵/۵۶±۵/۸۰ | ۳۸/۱۸±۵/۵۵ | ۲/۱۸±۵/۱۵ | ۴/۸۱±۶/۷۱ |
| | زن | ۳۳/۰۰±۸/۶۳ | ۳۶/۵۰±۶/۷۷ | ۳۷/۸۱±۵/۹۶ | ۳/۵۰±۶/۰۲ | ۴/۸۱±۶/۷۶ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۶۶۹ | ۰/۷۰۶ | ۰/۶۹۷ | ۰/۶۷۰ | ۰/۹۵۵ |
| ارتباطات | مرد | ۳۱/۸۱±۷/۸۶ | ۳۴/۷۵±۶/۰۳ | ۳۵/۸۱±۶/۶۰ | ۲/۹۳±۵/۰۷ | ۴/۰۰±۸/۱۴ |
| | زن | ۲۹/۶۸±۷/۸۵ | ۳۳/۴۳±۷/۷۴ | ۳۴/۳۷±۶/۸۵ | ۳/۷۵±۷/۳۹ | ۴/۶۸±۸/۴۳ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۳۷۷ | ۰/۲۹۳ | ۰/۴۰۷ | ۰/۹۵۹ | ۰/۹۳۲ |
| حل تعارض | مرد | ۲۸/۷۵±۵/۹۸ | ۳۱/۵۰±۵/۰۲ | ۳۲/۲۵±۵/۳۱ | ۲/۷۵±۴/۹۴ | ۳/۵۰±۶/۰۹ |
| | زن | ۲۸/۸۷±۶/۰۰ | ۳۱/۹۳±۵/۶۵ | ۳۱/۶۲±۵/۲۱ | ۳/۰۶±۴/۸۹ | ۲/۲۵±۵/۰۷ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۹۷۷ | ۰/۹۱۷ | ۰/۵۹۹ | ۰/۸۶۴ | ۰/۵۵۲ |
| تحریف آرمانی | مرد | ۱۵/۸۱±۵/۰۰ | ۱۷/۷۵±۳/۶۶ | ۱۸/۵۰±۳/۹۴ | ۱/۹۳±۲/۵۹ | ۲/۶۸±۴/۲۵ |
| | زن | ۱۶/۵۰±۴/۶۰ | ۱۸/۷۵±۳/۶۲ | ۱۸/۷۵±۳/۷۶ | ۲/۲۵±۴/۱۵ | ۲/۷۵±۴/۷۱ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۴۲۵ | ۰/۲۹۳ | ۰/۶۳۷ | ۰/۹۳۲ | ۰/۶۲۲ |

بحث

رضایت زناشویی مهم‌ترین و اساسی‌ترین عامل پایداری و دوام زندگی مشترک است که از وجود یک رابطه دوستانه همراه با حسن تفاهم، درک یکدیگر، وجود یک تعادل منطقی بین نیازهای مادی و معنوی زوجین حاصل می‌شود [۱۸]. پیرو هدف مطالعه، یافته‌های تحقیق نشان داد، انجام برنامه آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی از نظر علمی و عملی امکان‌پذیر است و باعث افزایش معنی‌دار نمره رضایت زناشویی زوجین گروه آزمایش

مقایسه تغییرات زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی در گروه آزمایش به تفکیک جنسیت در مقاطع زمانی مطالعه در جدول ۶ ارائه شده است.

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت نمرات همه زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی در مردان و زنان گروه آزمایش در هیچ یک از مراحل مطالعه معنی‌دار نمی‌باشد. همچنین میزان تغییرات نمرات زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی در مردان و زنان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون با زمان پیش‌آزمون و مرحله پیگیری با زمان مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار نمی‌باشد.

موافقت که مهارت‌های ارتباطی زوجین از تعیین‌کننده‌های اساسی رضایت زناشویی می‌باشد [۲۸]. تحقیقات اکان^۱ نشان می‌دهد، مشکلات ارتباطی منبع اصلی دشواری‌های بین فردی می‌باشند و بیشتر مشکلات زناشویی و خانوادگی ناشی از سوءتفاهم و ارتباط ناکارآمد همسران است که منجر به ناکامی و عصبانیت و نیز ناخشنودی می‌شود [۲۹]. بیشتر تحقیقات انجام شده در مورد تعارض زناشویی نیز یک الگوی ناکارآمد ارتباطی را به صورت ضمنی یا صریح پذیرفته‌اند. نبود مهارت‌های ارتباطی در بسیاری از مشکلات زناشویی از قبیل خشونت و سوء رفتار نیز دخیل می‌باشد. مطابق انتظار، روابط غیرکلامی زوجین نیز می‌تواند بر رضایت و یا نارضایتی در زندگی زناشویی تأثیر بگذارد. شاید به همین دلیل باشد که محققان رفتار غیرکلامی را شاخص قوی‌تری برای تمایز زوج‌های درمانده و غیردرمانده می‌دانند [۳۰]. یافته‌های گاتمن و گاتمن^۲ نیز نشان می‌دهد زوج‌های درمانده به شکل معناداری رفتارهای غیرکلامی منفی‌تری نسبت به زوج‌های غیردرمانده بروز می‌دهند [۲۸]. مطالعات طولی مارکمن^۳ نیز نشان می‌دهد، کیفیت ارتباط، رابطه مستقیمی با رضایت زناشویی دارد. برخی از شیوه‌های ارتباطی مثبت، همچون بیان همدلانه و مناسب احساسات^۴، کفایت ادراکی^۵ (درک همسر توسط فرد)، همبستگی بالایی را با رضایت زناشویی دارند [۳۱]. در تهیه بسته آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی حاضر نیز بر مسائل ارتباطی مانند پرهیز از فریاد کشیدن و صدای بلند^۶، متین و آرام سخن گفتن^۷، سخن گفتن منطقی، مستدل و براساس شواهد و مدارک معتبر^۸، کوتاه و مختصر صحبت کردن^۹، رسا و گویا صحبت کردن^{۱۰}، استفاده از کلمات و عباراتی که در عرف پسندیده است^{۱۱}، با توجه

در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. این بدین معناست که بسته آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی تدوین شده، هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت بر رضایت زناشویی زوجین گروه آزمایش، تأثیر مثبت داشته است. اینکه در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در دوره پیگیری، تغییرات افزایشی بوده، احتمالاً نشان‌دهنده این است که بسته آموزشی حاضر، علاوه بر اثر آنی و ناشی از حضور در فضای جلسات، اثر بلندمدت نیز داشته است و در واقع اثر آن پایدار بوده است. همچنین احتمال معنی‌دار نبودن نمره رضایت زناشویی زوجین گروه آزمایش در دوره پیگیری نسبت به پس‌آزمون نیز به دلیل گذر زمان و خارج شدن از فضای کارگاهی جلسات باشد. بازگشت به حالت طبیعی زندگی و اتمام دوره آموزشی می‌تواند در ارزیابی واقعی‌تر و بدور از احساسات ناشی از جلسات، به زوجین شرکت‌کننده کمک کند. البته با این وجود نیز باز هم تغییرات دوره پیگیری نسبت به پیش‌آزمون پایدار و معنی‌دار بوده است.

نتایج این پژوهش از این جهت که نشان داده برنامه غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی می‌تواند مداخله موثر و پایداری برای افزایش رضایت زناشویی باشد با یافته‌های ثناگویی زاده [۱۹]، منجزی و همکاران [۲۰]، جوادی و همکاران [۱۲]، فرهمند و همکاران [۲۱]، کلانتری و همکاران [۱۳] همسو است و همچنین با پژوهش‌های اولیاء و همکاران [۸]، امینی و حیدری [۲۲]، قربانعلی پور و همکاران [۲۳]، عزیززی و همکاران [۲۴] و فروغی و همکاران [۲۵] که اثربخشی برنامه‌های آموزشی غنی‌سازی زندگی را بر رضایت زناشویی بررسی کرده‌اند؛ همسو می‌باشد.

دلایل متعددی وجود دارد مبنی بر اینکه آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی به روش گروهی در افزایش رضایت زناشویی زوجین حاضر در این مطالعه سودمند بوده است. تقویت مهارت‌های ارتباطی اعم از ارتباط کلامی و غیرکلامی میان زوجین می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در افزایش رضایت زناشویی زوجین در این مطالعه باشد [۲۶]. در واقع ارتباط نقشی محوری را در زندگی زناشویی ایفا می‌نماید و از این‌روست که مشکلات ارتباطی براساس یافته‌های زمینه‌یابی، رایج‌ترین شکایت زوج‌های مراجعه‌کننده برای درمان را نیز تشکیل می‌دهد [۲۷]. نظریه‌پردازان، محققان و درمانگران نیز هر سه با این نظر

1. Okan, B. F.
2. Gottman, J.M. Gottman, J.
3. MarKman.
4. Competence.
5. Perceptual

۶. سوره لقمان، آیه ۱۹.

۷. سوره طه، آیه ۴۴.

۸. سوره نساء، آیه ۹؛ احزاب، آیه ۷۰.

۹. کلینی، ج ۲، ص ۱۱۶.

۱۰. سوره نساء، آیه ۶۶.

۱۱. سوره نساء، آیه ۱۹؛ طباطبایی، ۱۳۷۴: ج ۲، ص ۲۳۲.

بهداشت، گرفتن دست همسر، نگاه با محبت همسران به هم، زینت کردن زوجین برای یکدیگر، تهیه هدیه برای همسر، داشتن برنامه و قرار دو نفره (قرار عاشقی)، داشتن ساعت گفتگو با یکدیگر (ساعت عاشقی)، توجه به خود بیش از همسر و تشکر از همسر به صورت مستمر از جمله تکالیف مستمر در دوره می‌باشند.

لازم به ذکر است که به نظر می‌رسد، تبعات روانشناختی، اجتماعی، اقتصادی و ... همه‌گیری ویروس کرونا بخشی از نتایج را تحت‌تأثیر قرار داده باشد. نبود امکان بررسی این مورد می‌تواند از محدودیت‌های این مطالعه باشد. یک پیشنهاد برای رفع این محدودیت، استفاده از روش‌های آنلاین و مجازی برای آموزش و جمع‌آوری داده‌ها می‌باشد. این روش، امکان بررسی این مورد را فراهم خواهد کرد و از محدودیت‌های مطالعه کاسته خواهد شد. همچنین با توجه به محدودیت‌هایی همچون محدود شدن افراد نمونه به دو مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره در تهران و در برهه زمانی محدود، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج نیز با محدودیت روبه‌رو خواهد شد. پیشنهاد می‌شود؛ برای افزایش قابلیت اعتماد پژوهش‌های آینده در این زمینه، پژوهش‌های بیشتر در جوامع متنوع و با اندازه‌گیری‌های مختلف انجام شود. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر؛ پیشنهاد می‌شود که برنامه غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی که با توجه به فرهنگ اسلامی تدوین شده است در لیست برنامه‌های آموزشی زوج‌درمانی و خانواد درمانی قرار گیرد متخصصان خانواده بتوانند با توجه به تأثیرگذاری این برنامه، به رفع مشکلات ارتباطی و غنی‌سازی روابط صمیمانه زوجها و خانواده‌ها بپردازند. بی‌توجهی به ملاحظات فرهنگی جامعه و استفاده نکردن از برنامه‌های آموزشی متناسب با فرهنگ، می‌تواند منجر به ناکارآمدی برنامه‌های آموزشی، افزایش اختلافات فرهنگی و مذهبی و در نتیجه افزایش اختلافات و تعارضات زناشویی و کاهش کیفیت زندگی زناشویی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش، تأثیر آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی را در افزایش رضایت زناشویی زوجین مورد تأیید قرار می‌دهد. نتایج این تحقیق می‌تواند به عنوان مقدمه پژوهش‌های آینده جهت مقایسه

کافی گوش دادن^۱، شنونده خوبی بودن^۲، قطع نکردن صحبت همسر^۳ و اطمینان از کامل شدن سخن همسر قبل از پاسخگویی و سپس انعکاس دادن احساسات و نظرات او مانند آینه^۴ و همچنین آموزش مهارت‌های ارتباط غیرکلامی مانند شناخت روابط غیرکلامی^۵، هماهنگی روابط کلامی و غیرکلامی^۶، تنظیم حالات چهره^۷ تماس چشمی مثبت^۸، توجه به آهنگ کلام^۹، برقراری تماس بدنی^{۱۰}، توجه به وضعیت بدنی^{۱۱} تأکید شده است [۲۷].

عامل دیگر که ممکن است در افزایش رضایت زناشویی زوجین این مطالعه مؤثر بوده باشد، پرداختن به مسائل معنوی در زندگی زناشویی می‌باشد. استفاده زیاد از راهبردها و تکنیک‌های معنوی مانند راهکارهای سلامت و تقویت قلب، مبارزه مؤثر با هوای نفس، افزایش صبر و شکرگذاری، تقویت حیا و افزایش تعهد، در سرتاسر دوره آموزشی و به خصوص تأکید زیاد بر ایجاد نگاه معنوی به زندگی زناشویی در زوجین به عنوان بخشی اساسی از بسته آموزشی حاضر، ممکن است برای زوجها ابزاری فراهم ساخته باشد که در افزایش رضایت زناشویی آنها نیز مؤثر باشد. از عوامل مؤثر دیگر بر رضایت زناشویی زوجین، می‌توان به مداخلات شناختی از جمله انجام تکالیفی برای درک ابعاد شخصیتی خود، نقاط قوت و ضعف‌های خویشتن به عنوان یک همسر و درک درست از شخصیت همسر و قوت و ضعف‌های او به عنوان شریک زندگی می‌باشد. همچنین به نظر می‌رسد قرار دادن تکالیف مستمر در دوره آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی و تأکید زیاد بر انجام آنها در افزایش رضایت زناشویی زوجین مورد مطالعه مؤثر باشد. تعیین تکالیفی مانند برقراری رابطه جنسی، انجام نظافت و

۱. سوره زمر، آیه، ۱۸.

۲. سوره توبه، آیه، ۶۱.

۳. کلینی، ج ۲، ص ۶۰۸.

۴. حرانی، ۱۴۰۴، ص ۱۷۳.

۵. مجلسی، ۱۹۸۳، ج ۲، ص ۳۲.

۶. مجلسی، ۱۹۸۳، ج ۷۴، ص ۹۱.

۷. کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۱۰۳.

۸. کلینی، ۱۴۰۷، ج ۵، ص ۳۲۷؛ متقی هندی، ۱۴۰۹، ج ۱۶، ص ۱۷۶.

۹. سوره لقمان، آیه ۱۹؛ سوره احزاب، آیه ۳۲.

۱۰. نوری، ۱۴۰۸، ج ۷، ص ۵۰۷.

۱۱. سوره اسراء، آیه ۲۴؛ سوره لقمان، ۱۸؛ کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۱۰۳.

- 5- Hosseini N, Lau PL, Baranovich D-L. Enhancing marital satisfaction through acceptance and commitment therapy: A review of marital satisfaction improvement of Iranian couples. *International Journal of Education, Psychology and Counseling*. 2019; 4: 53-60. <http://dx.doi.org/10.35631/IJEPC.433005>
- 6- Ghasemi Moghadam K, Asgari A. Effectiveness of Group Education of Marital Enrichment Program (Olson Style) on Improvement of Married Women's Satisfaction. *Clinical Psychology and Personality*. 2013; 11(1): 1-10. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2674.html?lang=en
- 7- Bowling TK, Hill CM, Jencius M. An overview of marriage enrichment. *The family journal*. 2005; 13(1):87-94. <http://dx.doi.org/10.1177/1066480704270229>
- 8- Oulia N, Fatehizadeh M, Bahrami F. Increasing Marital Satisfaction Through An Enrichment Program. *The Journal of New Thoughts on Education*. 2009; 4(1-2): 9-30. <https://doi.org/10.22051/jontoe.2008.238>
- 9- Janbozorgi M. Premarital counseling: principles, principles and practical strategies Qom: Research Institute of Hawzah and University (RIHU); 2018.
- 10- Younesi J. Management of marital relationship. Tehran: Ghatreh Press; 2008.
- 11- Walsh F. Strengthening family resilience: Guilford publications; 2015.
- 12- Javadi BS, Afrooz G, Hosseinian S, Gholamali Lavasani M. The Effectiveness of religious-based communication skills and emotional interactions on marital satisfaction. *Journal of Family Psychology*. 2021; 2(2): 3-14. https://www.ijfpjournal.ir/article_245481.html?lang=en
- 13- Kalantari M, Baqeri F, Sadeqi Ms. Effectiveness of educational program for enhancement of intimacy based on Iranian Native Culture on marital satisfaction of couples. *Journal of Applied Psychology*. 2018; 12(1): 7-24. https://apsy.sbu.ac.ir/index.php/index/journal/article_97031_2e02a228062c0b5007ab036cc167ed51.pdf
- 14- Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy*. 1989; 15(1): 65-79. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1989.tb00777.x>

بسته غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی با سایر برنامه‌های غنی‌سازی زندگی زناشویی باشد. همچنین استفاده از بسته آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی که یک برنامه مداخلاتی متناسب با ملاحظات فرهنگی است و می‌تواند در افزایش رضایت زناشویی زوجین موثر باشد؛ بنابراین، مشاوران و روانشناسان می‌توانند از این بسته آموزشی در مداخلات خود برای افزایش رضایت زناشویی زوجین استفاده کنند.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از نتایج [رساله مقطع دکترا] در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی سمنان بوده که در تاریخ ۹۸/۸/۲۸ در شورای پژوهش آن دانشگاه به تصویب رسیده است. کد اخلاق این پژوهش IR.IAU.DAMGHAN.REC.1399.010 می‌باشد که در تاریخ ۱۳۹۹/۹/۱ در دانشگاه آزاد اسلامی دامغان به تصویب رسیده است؛ بنابراین، از استادان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، متخصصان پنل تخصصی و تمام افرادی که در انجام مطالعه حاضر نقش داشتند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند؛ تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

- 1- Scuka RF. The Radical Nature of the Relationship Enhancement Expressive Skill and its Implications for Therapy and Psychoeducation. *The Family Journal*. 2011; 19(1): 30-35. <https://doi.org/10.1177/1066480710387491>
- 2- Aghausofi A, Tarkhan M, karimi r. Effect of Enrichment Education of Communication on Conjugal Satisfaction of Addicted Couples. *Clinical Psychology and Personality*. 2020; 16(1): 49-56. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2835>
- 3- Olson DH, Olson AK, Larson PJ. Prepare-Enrich program: Overview and new discoveries about couples. *Journal of Family & Community Ministries*. 2012; 25: 30-44. <https://www.semanticscholar.org/paper/PREPAR-E-ENRICH-Program-%3A-Overview-and-New-about-Olson-Olson/99db2070ac1e0b2de407e316176841711abec29a>
- 4- Berger R, Hannah MT. Preventive approaches in couples therapy: Routledge; 2013.

- 22-Amini M, Heydari H. Effectiveness of Relationships Enrichment Education on Improvement of Life Quality and Marital Satisfaction in Married Female Students. *Journal of Education and Community Health*. 2016; 3(2): 23-31. <http://dx.doi.org/10.21859/jech-03024>
- 23-Ghorban. Alipour M, Farahani HA, Borjali A, Moghadas L. The Effect Of Group Therapy Of Changing Life Style On Increasing Marital Satisfaction. *Journal of Psychological Studies*. 2008; 4(3): 57-72. <http://dx.doi.org/10.21859/jech-03024>
- 24-Azizi A, Esmali R, Dehghan Manshadi SM, Esmali S. The Effectiveness of life Skills Training on Marital Satisfaction in Divorce Applicant Couples. *Iran Journal of Nursing*. 2016; 29(99): 22-33. <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.29.99.100.22>
- 25-Foroughi M, Bagheri F, Ahadi H, Mazaheri M. The effectiveness of educational interventions of enrichment of marital life with emotional-focused approach during pregnancy on couples' marital satisfaction after the birth of the first child. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2018; 7(2): 55-81. <https://doi.org/10.22034/fcp.2018.57510>
- 26-Gottman JM. Gottman method couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*. 2008; 4(8): 138-64. https://www.researchgate.net/publication/232576213_Clinical_Handbook_of_Couple_Therapy
- 27-Jodari J, FathiAshtiani A, Motabi f, HasanAbadi H. Theoretical Foundations of Lifestyle from the View of the Holy Quran. *Biquarterly journal of Studies in Islam & Psychology* 2017; 11(20): 7-37. <https://doi.org/10.30471/psy.2017.1366>
- 28-Gottman JM, Gottman JS. *Gottman couple therapy*. 2015.
- 29-Okun BF. *Effective helping: interviewing and counseling techniques*. Tehran: Toloe Danesh; 2003.
- 30-Driver J, Tabares A, Shapiro AF, Gottman JM. *Couple interaction in happy and unhappy marriages: Gottman Laboratory studies*. 2012.
- 31-Markman HJ, Halford WK. International perspectives on couple relationship education. *Family process*. 2005; 44(2): 139-46. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00049.x>
- 15-Asoodeh MH, Khalili S, Daneshpour M, Lavasani MG. Factors of successful marriage: Accounts from self described happy couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 2042-6. <http://dx.doi.org/10.1521/jsyt.2011.30.2.43>
- 16-Satkin M, Sotodehasl N, Mehrinejad SA, Asadzadeh H. Design, compilation and validation of educational package of marital enrichment based on Islamic teachings. *Nurse and Physician within War*. 2021; 9(32): 40-53. <https://npwj.ajaums.ac.ir/article-1-828-fa.pdf>
- 17-Satkin M, Mehrinejad SA, Sotodehasl N, Asadzadeh H. Marital enrichment based on Islamic teachings: a qualitative content analysis. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2021; 12(47): 1-46. https://cpap.shahed.ac.ir/article_4256_18885050c197fc4357f31bc1ff78f7cc.pdf
- 18-Gholizadeh A, Esmailyan. Ardestani Z. The Effect of Social Capital Components on Marital Satisfaction of Married Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2014; 15(56): 37-46. <https://www.prepare-enrich.com/pe/pdf/research/newdiscoveries.pdf>
- 19-Sanagouezade M, Etemadi O, Ahmadi SA, Jazayeri Ra-S. the effectiveness of functional family counseling with an Islamic approach on the conflicts between teenagers and parents and the attitude toward parents. *the islamic journal of women and families*. 2018; 7: 83-104. magiran.com/p2013275
- 20-Monjezi F, Shafiabadi A, Sodani M. A study of Islamic communication Style and Religious attitudes on improvement of marital satisfaction. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012; 10(1): 30. https://rbs.mui.ac.ir/browse.php?a_id=239&sid=1&slc_lang=en
- 21-Farahmand B, Fallah-Yakhdani MH, Vaziri-Yazdsi S. Investigating the Impact of Intimacy Education Enriched by Islamic Teachings on the Satisfaction and Intimacy of Introverted Couples in Yazd, Iran. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat* (ie, Research on Religion & Health). 2019; 5(4): 48-60. <https://ensani.ir/file/download/article/1651923565-10552-1400-201.pdf>

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب

نویسندگان

منیر رحیمی^۱، منصوره بهرامی پور^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

monirrahimi74@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب انجام شد.

روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با گروه آزمایش، کنترل، پیش آزمون - پس آزمون اجرا شد. مرحله پیگیری ۴۵ روز و به شیوه نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین کودکان مضطرب ۸-۱۲ سال در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود و در ادامه تعداد ۳۰ نفر تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) انتخاب شدند. گروه آزمایش، درمان فراتشخیصی یکپارچه اهرنریچ (۲۰۱۹) را در ۱۵ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند، در حالی که گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه اضطراب (SCAS)، آگاهی هیجانی (EAQ-30)، تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، مقیاس عواطف مثبت و منفی (PANAS) بود. داده‌های پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به وسیله نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد، درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه منفی کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ ساله مؤثر است، ولی یافته‌های پژوهش در تأثیر این درمان بر بهبود میانگین نمره عاطفه مثبت در کودکان مضطرب سودمند نبود.

بحث و نتیجه‌گیری: از پژوهش اینگونه نتیجه‌گیری می‌شود؛ توجه ویژه به مداخلات کودکان مضطرب و ارائه آموزش‌های لازم جهت کنترل اضطراب در کودکان که در چارچوب رویکرد مناسب باشد، (درمان فراتشخیصی یکپارچه) می‌تواند آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب را بهبود بخشد. در نهایت با توجه به یافته‌ها می‌توان درمان فراتشخیصی یکپارچه را به عنوان درمان مؤثر در مداخلات کودکان مضطرب به کار برد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۵/۱۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۱۸



کلیدواژه‌ها

آگاهی هیجانی، اضطراب، تنظیم شناختی هیجان، درمان فراتشخیصی یکپارچه، عاطفه مثبت و منفی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

bahramipourisfahani@yahoo.com

مقدمه

سال‌های ابتدایی کودکی مهم‌ترین سال‌های حیات در زندگی کودک است و تجربیات این سال‌ها زیربنای زندگی آینده هر انسانی را رقم می‌زند. لذا، اگر در راستای این سال‌ها به نیازها و حیطه‌های تکاملی کودکان پاسخ مناسبی داده شود، آن‌ها سالم‌تر و از قدرت تفکر بیشتری برخوردار می‌گردند و مهارت‌های عاطفی و اجتماعی بهتری خواهند داشت [۱]. اضطراب^۱، جزء جدایی‌ناپذیر زندگی طبیعی دوران کودکی بوده و به روشنی نشانگر روند رشد طبیعی کودک است [۲]. در واقع اضطراب‌ها ممکن است اثر سودمندی روی رشد کودکان داشته باشند؛ زیرا فرصت‌های مناسبی را برای رشد سازوکارهای مقابله‌ای جهت مواجهه با عوامل فشارزا و اضطراب‌آور آتی مهیا می‌سازند [۳]. از این رو اختلالات اضطرابی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان هستند و نرخ شیوع آن‌ها در هر سال بین ۱۰ - ۲۱ درصد تخمین زده می‌شود [۴]. همچنین اختلالات اضطرابی در کودکان منجر به افزایش تخریب کارکردهای تحصیلی، اجتماعی و افزایش احتمال تداوم و گسترش این اختلالات در دوره‌های بعدی رشد می‌شود [۴].

از شاخص‌های نشان دهنده مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان مضطرب، هوش هیجانی است و مهم‌ترین مؤلفه هوش هیجانی، آگاهی هیجانی^۲ [۵]، تنظیم شناختی هیجان^۳ [۶] و عاطفه مثبت و منفی^۴ [۷] است. از این رو می‌توان بیان داشت، توانایی شخص در شناخت دقیق هیجان‌های خود هنگام روی دادن آن‌ها و درک شیوه‌های مناسب برای نشان دادن واکنش منطقی به افراد در وضعیت‌های گوناگون را خودآگاهی هیجانی می‌نامند [۸]. برای مثال ابعاد مهمی چون شناخت نقاط قوت و ضعف روانی، شناخت درست و دقیق احساسات، آشنایی با نیازهای روانی، ترسیم اهداف واقعی به جای اهداف تخیلی، کمال‌گرایانه و ایجاد احساس ارزشمندی در مهارت خودآگاهی هیجانی مدنظر قرار داده است [۹]. توجه به هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها و نحوه واکنش فیزیولوژیکی

بدن، شناخت تصویرهای هیجانی در ذهن و شناخت افکار و هیجان‌هایی که بسیار استرس‌زا هستند، زمینه‌ای فراهم می‌آورند تا فرد آگاهی مواجهه مطلوب و مؤثر با آنها را داشته باشد و با کنترل هیجان‌ها، لحظه‌های شروع استرس را تشخیص داده و با آن مبارزه نماید [۱۰].

تنظیم هیجانی با فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه می‌تواند منجر به گوشه‌گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب گردد [۱۱]. از این رو، تنظیم هیجان فرآیندی است که توسط آن، افراد هیجان‌های خود (موقعی که هیجانی هستند) و چگونگی تجربه یا ابراز این هیجان‌ها را تحت نفوذ خود قرار می‌دهند. در واقع، تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است و به عنوان فرآیندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش‌های هیجانی تعریف شده است که در سطوح ناهشیار، نیمه‌هشیار و هشیار به کار گرفته می‌شود [۱۲]. تنظیم هیجانی، شامل استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه یک هیجان است [۱۱] و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می‌کنند [۱۳]. یکی از متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشود. تنظیم شناختی هیجان، به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان، اشاره دارد [۱۴]. مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد. به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا اطلاق می‌گردد [۱۳].

عاطفه یا تجربیات هیجانی، یک نشانگر عملکرد روان‌شناختی محسوب می‌شود. عاطفه مثبت که شامل شادی، لذت، علاقه، اعتماد و ذوق است نقش مهمی در مواجهه افراد با فشار روانی و اضطراب دارد و در مقابل، عاطفه منفی که شامل خشم و خصومت و غمگینی است

- 1 . Anxiety.
- 2 . emotional awareness.
- 3 . Cognitive regulation of emotion.
- 4 . Positive and negative effect.

یکپارچه یا درمان فراتشخیصی شده، که به منظور هدف قرار دادن عناصر یا مؤلفه‌های مشترک چندین اختلال با یک پروتکل واحد ابداع شده است [۲۲]. یک دلیل دیگر برای به کارگیری یک رویکرد یکپارچه یا فراتشخیصی برای کودکان این است که تکنیک‌های این رویکرد، نقص‌هایی را مورد هدف قرار می‌دهند که می‌توانند پایه و اساس اختلال‌های هیجانی باشند [۲۳].

با اینکه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ریشه در سنت شناختی - رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تأکید می‌کند [۲۴]. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است. در واقع هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که بیماران مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه مؤثر هیجانات منفی را مدیریت نمایند [۲۴]. این درمان کمک می‌کند تا بیماران فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. بیماران یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی می‌شود [۲۴]. بنابراین، با توجه به آن چه بیان شد و با نظر به کارآمدی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش مشکلات ناشی از اضطراب کودکان و با توجه به اهمیت پرداختن به مؤلفه‌های روانشناختی و هیجانی کودکان مضطرب و همچنین با توجه به خلاء دانش پژوهشی موجود در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر روی کودکان مضطرب و بررسی نشدن همزمان متغیرها با یکدیگر، هدف از اجرای این پژوهش یافتن پاسخ برای این پرسش زیر است که:

آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تفکر کارآگاهی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب مؤثر است؟

منجر به اضطراب می‌گردد [۱۵]. براساس الگوی دو عاملی که توسط واتسون، کلازک و تلگان [۱۶] مطرح شد، عاطفه دارای دو بعد مستقل: عاطفه مثبت و عاطفه منفی است. این دو بعد به عنوان عوامل کلی در تجربه‌های هیجانی توصیف می‌شوند. عاطفه مثبت گرایش به احساسات خوب است در حالی که برعکس عاطفه منفی به میزانی که افراد هیجان منفی، سمپتوم‌های روان‌شناختی و واکنش‌های منفی نسبت به موقعیت‌های پراسترس را تجربه می‌کنند، اشاره دارد. عاطفه مثبت نشان دهنده فعالیت‌ها و دل مشغولی‌های لذت‌بخش با محیط است. بالا بودن عاطفه مثبت حاکی از مصمم، علاقه‌مند، هشیار، مشتاق و شاد بودن است در حالی که عاطفه مثبت پایین نشان دهنده غمگینی، خستگی و بی‌قراری است. برعکس عاطفه منفی، پریشانی ذهنی و دل مشغولی‌های ناخوشایند فرد را منعکس می‌کند. بالا بودن عاطفه منفی با احساس‌هایی چون خشم، گناه، ترس، غم، حقارت و نفرت مشخص می‌شود. پایین بودن عاطفه منفی نشان دهنده آرام و با وقار بودن است [۱۷].

برخی گزارشات علمی نشان می‌دهند، تأثیر عاطفه مثبت سازمان‌بندی شناختی به گونه‌ای است که پاسخ‌های خلاق یا جدیدی ایجاد می‌کند و می‌تواند موجب استفاده بهینه از منابع ذهنی‌مان شود [۱۸]. هارمون، نیلسن، لوریدگ و ویلیامس [۱۹] نیز بیان داشتند که عاطفه مثبت نشان می‌دهد که محیط ایمن است و بهای یک تصمیم‌گیری غلط ناچیز است، در نتیجه فرد را به سوی تلاش برای رسیدن به هدف ترغیب می‌کند. در حالی که عاطفه منفی بیانگر آن است که خطر در نزدیکی است، در نتیجه فرد را از حرکت به سوی اهداف خود باز می‌دارد.

در طی چند دهه گذشته که رویکردهای شناختی- رفتاری برای درمان اضطراب و سایر اختلال‌های هیجانی مرتبط، رشد و گسترش یافتند جایگاه بالایی در درمان‌های اثربخش پیدا کردند که هر روز نیز با پذیرش بیشتری روبه‌رو بود [۲۰]. با این وجود، این پروتکل‌ها و دستورالعمل‌ها متعدد و تا حدی پیچیده هستند و همچنین آموزش مؤثر آن‌ها نیز محدود است [۲۱]. از طرف دیگر در پژوهش‌های دیگر مشخص شده است که هم‌ابتلایی گسترده‌ای در میان اختلال‌های روانی و به خصوص میان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی وجود دارد، طوری که گاهی این هم‌ابتلایی به ۶۰ درصد می‌رسد. این امر باعث پدیدآیی پروتکل درمانی

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود.

آزمودنی‌ها

بیماری‌های مزمن و مصرف‌نکردن داروی پزشکی یا روان‌پزشکی خاص. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: بی‌تمایلی به مشارکت و یا انصراف از شرکت در جلسات مداخله، همکاری نکردن یا بی‌تمایلی به ادامه شرکت در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه. سپس پروتکل پژوهش در ۱۵ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا و مجدداً ابزار پژوهش، بر روی دو گروه آزمایش و کنترل به اجرا درآمد. مجدداً پس از گذشت ۴۵ روز ابزار پژوهش بر روی گروه‌ها به اجرا درآمد. لازم به ذکر است از آنجایی که درمان فراتشخیصی یکپارچه [۲۵] برای نخستین بار توسط پژوهشگر در گروه سنی ۸-۱۲ سال به اجرا درآمد، نخست توسط پنج نفر از متخصصین حوزه روانشناسی کودک و نوجوان (اساتید و هیئت علمی دانشگاه خواراسگان) از نظر ساختار، محتوا، زمان و فرایند مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفت و به طور مقدماتی بر روی ۲۰ کودک توسط استاد راهنما در کلینیک راه برتر به اجرا درآمد و نهایتاً جلسات درمانی تحت نظارت استاد راهنما از طریق آموزش برخط و در بستر اسکای روم با توجه به دوران کرونا روی گروه آزمایش اجرا گردید.

نتیجه ارزیابی این پروتکل که توسط ۵ ارزیاب متخصص حوزه روان‌شناسی انجام گرفت، بر اساس فرمول زیر و از نقطه نظر آماری معادل با عدد ۰/۹۹ گردید. بدین ترتیب قابلیت اجرایی پروتکل به اثبات رسید.

$$CVR = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

N: تعداد کل متخصصین

Ne: تعداد متخصصینی که گزینه ضروری را انتخاب کرده اند.

جدول ارزیابی بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه به شرح ذیل می باشد.

جدول ۱. ارزیابی بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه

| متغیر | ۵ عالی | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ ضعیف |
|---|--------|---|---|---|--------|
| تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای اضطراب کودکان | | | | | |
| تناسب جلسات با ساختار و گام‌های مورد نیاز در بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر اضطراب کودکان | | | | | |
| کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از گام‌ها و مراحل تدوین بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر اضطراب کودکان | | | | | |
| کفایت بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر کودکان مضطرب | | | | | |
| ارزیابی کلی بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر اضطراب کودکان | | | | | |

محتوای جلسات مداخله به شیوه درمان فراتشخیصی یکپارچه [۲۵]

| جلسه | هدف | شرح جلسات |
|-------|---|--|
| ۱ | معرفی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان | آشناسازی کودکان با الگو و ساختار درمان، شناسایی مشکلات اصلی، برقراری ارتباط، آشنایی کودکان با هدف هیجان‌ها و شروع شکل‌گیری آگاهی هیجانی |
| ۲ | شناسایی هیجان‌ها | یادگیری شناسایی و درجه‌بندی شدت هیجان‌های مختلف، عادی‌سازی تجربه‌های هیجانی، آشنایی با سه بخش تجربه هیجانی و چرخه اجتناب، شناسایی پاداش‌هایی برای رفتارهای جدید |
| ۳ | استفاده از آزمایش‌های علمی در تغییر هیجان‌ها و رفتارها | یادگیری مفهوم رفتار متضاد، تمرین آزمایش‌های علمی برای کمک به شکل‌گیری رفتار متضاد با رفتار هیجانی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان، آشنایی با پیگیری رشته هیجان و فعالیت در قالب یک آزمایش |
| ۴ | سرنخ‌های بدنی | توصیف مفهوم سرنخ‌های بدنی و ارتباط آنها با هیجان‌های قوی، یادگیری شناسایی سرنخ‌های بدنی هیجان‌های مختلف، آموزش مهارت اسکن کردن بدن، تمرین تجربه کردن سرنخ‌های بدنی بدون استفاده از اجتناب و پرت کردن حواس |
| ۵ | ردیابی کردن فکرها | آشنایی با مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر، آموزش تشخیص تله‌های فکری رایج به کودکان |
| ۶ | استفاده از تفکر کارآگاهی | آشنایی با تفکر کارآگاهی، کاربرد تفکر کارآگاهی |
| ۷ | حل مساله و مدیریت تعارض | آشنایی با حل مسئله، کاربرد حل مسئله |
| ۸ | آگاهی از تجربه‌های هیجانی | یادگیری درباره مهارت «ن»، آموزش درباره آگاهی از لحظه حال، آشنایی با آگاهی غیرقضاوت‌گرانه |
| ۹ | آشنایی با مواجهه هیجانی | مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان، مرور مفاهیم رفتارهای هیجانی و رفتار متضاد، انجام مواجهه با استفاده از یک اسباب‌بازی یا شیء دیگر، نهایی کردن فرم‌های رفتار هیجانی با کودکان و والدین |
| ۱۰ | روبرو شدن با هیجان‌ها | مرور مفهوم استفاده از آزمایش‌های علمی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی، آشنایی با رفتارهای ایمنی بخش و رفتارهای اجتنابی نامحسوس، تمرین برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در گروه، برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی آینده جهت روبرو شدن با هیجان‌های قوی |
| ۱۱-۱۴ | روبرو شدن با هیجان‌ها | برنامه‌ریزی و اجرای اولیه مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در جلسه ۱۱، برنامه‌ریزی و اجرای بیشتر فعالیت‌های مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در جلسات ۱۲ تا ۱۴ |
| ۱۵ | خلاصه برنامه و پیگیری و پیشگیری از عود | مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان آموخته شده، برنامه‌ریزی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در آینده، جشن گرفتن پیشرفته حاصل از برنامه درمانی |

کودکان و نوجوانان و براساس پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو طراحی شده است. این ابزار دارای ۳۰ پرسش با ۶ زیرمقیاس توانایی تمایز قائل شدن میان هیجان‌ات (با ۷ پرسش)، توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات (با ۳ پرسش)، توانایی پنهان نکردن هیجان‌ات (با ۵ پرسش)، خودآگاهی بدنی (با ۵ پرسش)، توجه کردن به هیجان‌ات دیگران (با ۵ پرسش) و توانایی تحلیل هیجان‌ات (با ۵

و سپس جلسات آموزشی تحت نظارت استاد راهنما و توسط پژوهشگر بر روی کودکان مضطرب گروه آزمایش به اجرا در آمد (جدول ۱)

ابزارها

پرسشنامه آگاهی هیجانی

این پرسشنامه خودگزارشی به وسیله ریفی و همکاران [۲۶] به منظور سنجش چگونگی احساس یا ادراک

دارد که هر دو فرم شامل ۹ زیرمقیاس می‌باشد. در فرم ۱۸ پرسش ۹ زیرمقیاس عبارتند از سرزنش خود (با ۲ پرسش)، پذیرش (با ۲ پرسش)، نشخوار فکری (با ۲ پرسش)، تمرکز مجدد مثبت (با ۲ پرسش)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (با ۲ پرسش)، ارزیابی مجد مثبت (با ۲ پرسش)، دیدگاه‌گیری (با ۴ پرسش)، (با ۲ پرسش) و سرزنش دیگران (با ۲ پرسش). از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی راهبردهای سازش یافته و از مجموع زیرمقیاس‌های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی راهبردهای سازش نیافتاده به دست می‌آید. روش نمره‌گذاری به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت (همیشه با نمره ۵ تا هرگز با نمره ۱) می‌باشد. سازندگان ابزار ضرایب اعتبار کل ابزار را ۰/۸۷ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند [۳۰]. در ایران اعتبار پرسشنامه با آلفای کرونباخ در یک پژوهش ۰/۸۳ برای کل پرسش‌ها به دست آمده است [۳۱]. در پژوهشی دیگر در داخل ایران، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌ها ۰/۸۹ محاسبه شده است [۳۲]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۱ و دو راهبر سازگار و ناسازگار هیجانی به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه عواطف مثبت و منفی

این ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و مثبت در سال ۱۹۸۸ م. توسط واتسون و همکاران [۱۶] تدوین شده است. این ابزار دارای ۲۰ پرسش و ۲ زیرمقیاس عاطفه مثبت (با ۱۰ پرسش) و عاطفه منفی (با ۱۰ پرسش) می‌باشد. نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (بسیار کم با نمره ۱ تا بسیار زیاد با نمره ۵) انجام می‌شود. اگر چارچوب زمانی به حالت جاری خلق و هفته جاری اشاره نماید، بخش عاطفه سنجیده می‌شود و اگر زمان طولانی‌تر در نظر گرفته شود، بخش خصیصه‌ای سنجیده می‌شود. واتسون و همکاران [۱۶] ضریب آلفای کرونباخ عاطفه مثبت را ۰/۸۸ و ضریب آلفای کرونباخ عاطفه منفی را ۰/۸۷ گزارش داده‌اند. همچنین، اعتبار آزمون را از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت برابر با ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی برابر با ۰/۷۱

پرسش) می‌باشد. نمره‌گذاری این ابزار در طیف لیکرت ۳ درجه‌ای (درست است با نمره ۱ تا نادرست با نمره ۳) انجام می‌شود. ریفی و همکاران [۲۶] همسانی درونی گویه‌های پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. یوسفی و طغیانی [۲۷] نیز ضریب اعتبار این ابزار را به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، محاسبه ضرایب همبستگی بین ابعاد این مقیاس با مقیاس ناگویی هیجانی و هوش هیجانی نشان داد، پرسشنامه فوق از روایی ملاکی بالایی برخوردار است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب اسپنس - نسخه کودکان

این ابزار خودگزارشی به وسیله اسپنس و همکاران [۲۸] به منظور سنجش اضطراب در کودکان ۸ تا ۱۵ سال طراحی شده است و این ابزار شامل دو فرم مخصوص کودک با ۴۵ پرسش و فرم مخصوص والدین با ۳۸ پرسش است. در پژوهش حاضر از فرم مخصوص کودکان ۴۵ پرسش استفاده گردید و شامل زیرمقیاس‌های اضطراب جدایی (با ۶ پرسش)، اضطراب فراگیر (با ۶ پرسش)، اضطراب اجتماعی (با ۶ پرسش)، حمله هراس و ترس از فضای باز (با ۹ پرسش)، وسواس فکری - عملی (با ۶ پرسش) و فوبی و ترس از جراحی بدن (با ۵ پرسش) می‌شود و بقیه پرسش‌ها خنثی هستند. نمره‌گذاری این ابزار در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز با نمره صفر تا همیشه با نمره ۴) انجام می‌شود. در این ابزار اضطراب با توجه به طبقه‌بندی DSM-IV تقسیم‌بندی و مشخص می‌گردد. سازنده ابزار، اعتبار آن را برای کل ابزار ۰/۹۲ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش نموده است [۲۸]. در پژوهش شهنی، داوودی، مهربانی زاده، زرگر [۲۹] نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ الی ۰/۷۴ محاسبه شد و نیز در پژوهش حاضر ضریب اعتبار پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

این ابزار خودگزارشی توسط گارنفسکی و همکاران [۳۰] به منظور سنجش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تدوین شده است. این ابزار دو فرم ۳۶ پرسش و ۱۸ پرسش

(معادل ۳۳/۳ درصد) در گروه ۷ و ۸ سال، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) در گروه ۱۰ سال و ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه ۱۱ و ۱۲ سال بوده‌اند. در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) در گروه ۷ و ۸ سال، ۷ نفر (معادل ۴۶/۶۷ درصد) در گروه ۹ سال، ۰ نفر (معادل ۰ درصد) در گروه ۱۰ سال و ۵ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) در گروه ۱۱ و ۱۲ سال بوده‌اند. در جدول ۲، نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و نتایج آزمون ماکلی (پیش فرض کرویت) برای آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی ارائه شده است.

گزارش کرده‌اند. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برای عاطفه مثبت ۰/۸۵ و برای عاطفه منفی ۰/۸۲ برآورد شده است [۳۳]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ عاطفه مثبت ۰/۷۴ و عاطفه منفی ۰/۷۱ به دست آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. تمامی این داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS-26 مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

براساس یافته‌های پژوهش در گروه کنترل، ۵ نفر

جدول ۲. نتایج آزمون پیش فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی

| ردیف | متغیر | آزمون | آزمون شاپیرو - ویلک | | آزمون لوین | | آزمون کرویت موچلی و برابری واریانس‌ها |
|------|--------------|-----------|---------------------|----------|------------|----------|---------------------------------------|
| | | | آماره | معناداری | آماره | معناداری | |
| ۱ | آگاهی هیجانی | پیش‌آزمون | ۰/۹۷ | ۰/۶۹ | ۰/۹۵ | ۰/۳۴ | ۰/۸۳ (p=۰/۰۸) |
| | | | ۰/۹۵ | ۰/۲۳ | ۳/۶۹ | ۰/۰۶ | |
| | | | ۰/۹۷ | ۰/۴۸ | ۱/۵۳ | ۰/۲۳ | |
| ۲ | آگاهی هیجانی | پس‌آزمون | ۰/۹۵ | ۰/۲۳ | ۳/۶۹ | ۰/۰۶ | ۴۲/۲۲ (p=۰/۰۰۱) |
| | | | ۰/۹۷ | ۰/۴۸ | ۱/۵۳ | ۰/۲۳ | |
| | | | ۰/۹۷ | ۰/۴۸ | ۱/۵۳ | ۰/۲۳ | |
| ۳ | تنظیم شناختی | پیش‌آزمون | ۰/۹ | ۰/۰۱ | ۳/۴۷ | ۰/۰۷ | ۱۲/۸۳ (p=۰/۰۸) |
| | | | ۰/۹ | ۰/۰۱ | ۷/۲۶ | ۰/۰۱۲ | |
| | | | ۰/۹۴ | ۰/۱ | ۸/۱۳ | ۰/۰۱ | |
| ۴ | هیجان سازش | پیش‌آزمون | ۰/۹۵ | ۰/۲ | ۰/۱۴ | ۰/۷۱ | ۱۰/۱۹ (p=۰/۰۱۷) |
| | | | ۰/۹۵ | ۰/۲۱ | ۰/۶۰ | ۰/۴۵ | |
| | | | ۰/۹۴ | ۰/۱ | ۱/۳۹ | ۰/۲۵ | |
| ۵ | هیجان سازش | پس‌آزمون | ۰/۹۵ | ۰/۲۱ | ۰/۲۸ | ۰/۶۰ | ۱۴/۲۶ (p=۰/۰۰۵) |
| | | | ۰/۹۵ | ۰/۲۱ | ۰/۲۸ | ۰/۶۰ | |
| | | | ۰/۹۷ | ۰/۵۷ | ۰/۰۳ | ۰/۸۶ | |
| ۶ | نایافته | پیگیری | ۰/۹۴ | ۰/۱ | ۱/۳۹ | ۰/۲۵ | ۰/۲۱ (p=۰/۰۰۱) |
| | | | ۰/۹۵ | ۰/۱۷ | ۰/۲۳ | ۰/۶۳ | |
| | | | ۰/۹۵ | ۰/۲۱ | ۰/۲۸ | ۰/۶۰ | |
| ۱ | عاطفه مثبت | پیش‌آزمون | ۰/۹۵ | ۰/۱۷ | ۰/۲۳ | ۰/۶۳ | ۰/۱۹ (p=۰/۰۰۱) |
| | | | ۰/۹۵ | ۰/۲۱ | ۰/۲۸ | ۰/۶۰ | |
| | | | ۰/۹۷ | ۰/۵۷ | ۰/۰۳ | ۰/۸۶ | |
| ۲ | عاطفه منفی | پس‌آزمون | ۰/۸۸ | ۰/۰۰۳ | ۳/۱۱ | ۰/۰۹ | ۵/۵۹ (p=۰/۰۵۵) |
| | | | ۰/۹۳ | ۰/۰۶ | ۳/۱۰ | ۰/۰۹ | |
| | | | ۰/۹۴ | ۰/۰۸ | ۳/۸۰ | ۰/۰۶ | |
| ۳ | پیگیری | پیگیری | ۰/۹۴ | ۰/۰۸ | ۳/۸۰ | ۰/۰۶ | ۰/۲۱ (p=۰/۰۰۱) |
| | | | ۰/۹۳ | ۰/۰۶ | ۳/۱۰ | ۰/۰۹ | |
| | | | ۰/۸۸ | ۰/۰۰۳ | ۳/۱۱ | ۰/۰۹ | |

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آگاهی هیجانی، در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ($p > 0.05$) و یا ($p \geq 0.01$). تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نایافته)، در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($p \geq 0.01$)، پس‌آزمون ($p \geq 0.01$) و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا (در مرحله پیگیری تنظیم سازش یافته برابری واریانس خطا وجود نداشته و رعایت نشده است) بوده است ($p > 0.05$) و یا ($p \geq 0.01$). عاطفه مثبت، در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ($p \geq 0.01$) و نتایج آزمون ماکلی نیز حاکی از برقرارنبودن پیش فرض کرویت و استقلال است. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی برای گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است.

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آگاهی هیجانی، در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ($p > 0.05$) و یا ($p \geq 0.01$). تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نایافته)، در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($p \geq 0.01$)، پس‌آزمون ($p \geq 0.01$) و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا (در مرحله پیگیری تنظیم سازش یافته برابری واریانس خطا وجود نداشته و رعایت نشده است) بوده است ($p > 0.05$) و یا ($p \geq 0.01$). عاطفه مثبت، در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ($p \geq 0.01$) و نتایج آزمون ماکلی نیز حاکی از برقرارنبودن پیش فرض کرویت و استقلال است. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی برای گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

| متغیر | زمان | گروه کنترل | | درمان فراتشخیصی یکپارچه | |
|---------------------------------|-----------|------------|-------|-------------------------|-------|
| | | SD | M | SD | M |
| آگاهی هیجانی | پیش‌آزمون | ۸/۶۰ | ۵۰/۴۰ | ۱۰/۴۶ | ۵۸/۴۰ |
| | پس‌آزمون | ۷/۹۹ | ۵۰/۲۰ | ۱۰/۷۴ | ۷۰/۸۷ |
| | پیگیری | ۹/۰۷ | ۴۹/۵۳ | ۱۱/۲۵ | ۶۹/۲۷ |
| تنظیم شناختی هیجان سازش‌یافته | پیش‌آزمون | ۰/۴۸ | ۲/۰۹ | ۰/۸۶ | ۲/۵۹ |
| | پس‌آزمون | ۰/۵۲ | ۲/۲۹ | ۱ | ۳/۱۵ |
| | پیگیری | ۰/۵۱ | ۲/۳۰ | ۰/۹۶ | ۳/۱۸ |
| تنظیم شناختی هیجان سازش‌نایافته | پیش‌آزمون | ۰/۶۲ | ۳/۳۳ | ۰/۶۵ | ۲/۹۹ |
| | پس‌آزمون | ۰/۵۱ | ۳/۲۲ | ۰/۵۸ | ۲/۳۶ |
| | پیگیری | ۰/۴۸ | ۳/۲۷ | ۰/۶۰ | ۲/۳۳ |
| عاطفه مثبت | پیش‌آزمون | ۶/۳۹ | ۲۷/۷۳ | ۷/۲۲ | ۲۷/۴۰ |
| | پس‌آزمون | ۵/۹۲ | ۲۷/۹۳ | ۵/۲۹ | ۳۲/۴۰ |
| | پیگیری | ۵/۶۳ | ۲۷/۵۳ | ۵/۴۱ | ۳۲/۸۷ |
| عاطفه منفی | پیش‌آزمون | ۴/۱۰ | ۳۸/۲۷ | ۶/۴۲ | ۳۴/۶۷ |
| | پس‌آزمون | ۳/۶۰ | ۳۷/۴۰ | ۵/۱۷ | ۲۸/۲۷ |
| | پیگیری | ۳/۶۸ | ۳۸/۳۳ | ۵/۲۳ | ۲۸/۲۰ |

نشان داده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی در جدول ۴ ارائه شده است.

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی

| متغیر | منبع اثر | | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | معناداری | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
|---------------------------------|------------|-----------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|----------------|------------|
| | درون گروهی | بین گروهی | | | | | | | |
| آگاهی هیجانی | درون گروهی | زمان | ۶۳۹/۰۲ | ۲ | ۳۱۹/۵۱ | ۲۳/۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶ | ۱ |
| | | تعامل زمان×گروه | ۷۴۷/۴۷ | ۲ | ۳۷۳/۷۳ | ۲۷/۵۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ | ۱ |
| | | خطا (زمان) | ۴۶۰/۱۱۸ | ۵۶ | ۳/۵۷ | - | - | - | - |
| | بین گروهی | گروه | ۵۸۵۶/۴۰ | ۱ | ۵۸۵۶/۴۰ | ۲۲/۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ | ۰/۹۹۶ |
| | | خطا | ۷۲۳۷/۸۲ | ۲۸ | ۲۵۸/۴۹ | - | - | - | - |
| | | خطا | - | - | - | - | - | - | - |
| تنظیم شناختی هیجان سازش یافته | درون گروهی | زمان | ۳/۰۵ | ۱/۰۵ | ۲/۹۱ | ۱۲/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱ | ۰/۹۴ |
| | | تعامل زمان×گروه | ۰/۶۷ | ۱/۰۵ | ۰/۶۴ | ۲/۸۰ | ۰/۱۰ | ۰/۰۹ | ۰/۳۷ |
| | | خطا (زمان) | ۶/۷۳ | ۲۹/۳۰ | ۰/۲۳ | - | - | - | - |
| | بین گروهی | گروه | ۱۲/۶۹ | ۱ | ۱۲/۶۹ | ۸/۶۱ | ۰/۰۰۷ | ۰/۲۳ | ۰/۸۱ |
| | | خطا | ۴۱/۲۷ | ۲۸ | ۱/۴۷ | - | - | - | - |
| | | خطا | - | - | - | - | - | - | - |
| تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته | درون گروهی | زمان | ۲/۶۹ | ۱/۱۲ | ۲/۴۰ | ۱۵/۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ | ۰/۹۸ |
| | | تعامل زمان×گروه | ۱/۵۷ | ۱/۱۲ | ۱/۴۱ | ۹/۰۸ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۴ | ۰/۸۶ |
| | | خطا (زمان) | ۴/۸۶ | ۳۱/۳۶ | ۰/۱۵ | - | - | - | - |
| | بین گروهی | گروه | ۱۱/۴۷ | ۱ | ۱۱/۴۷ | ۱۳/۹۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ | ۰/۹۵ |
| | | خطا | ۲۳/۰۱ | ۲۸ | ۰/۸۲ | - | - | - | - |
| | | خطا | - | - | - | - | - | - | - |
| عاطفه مثبت | درون گروهی | زمان | ۱۳۶/۹۶ | ۱/۱۰ | ۱۲۳/۹۷ | ۲۰/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۲ | ۰/۹۹ |
| | | تعامل زمان×گروه | ۱۳۹/۷۶ | ۱/۱۰ | ۱۲۶/۵۰ | ۲۰/۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۲ | ۰/۹۹ |
| | | خطا (زمان) | ۱۸۹/۲۹ | ۳۰/۹۳ | ۳۰/۹۳ | - | - | - | - |
| | بین گروهی | گروه | ۲۲۴/۰۴ | ۱ | ۲۲۴/۰۴ | ۲/۲۰ | ۰/۱۵ | ۰/۰۷ | ۰/۳۰ |
| | | خطا | ۲۸۴۷/۲۴ | ۲۸ | ۱۰۱/۶۹ | - | - | - | - |
| | | خطا | - | - | - | - | - | - | - |
| عاطفه منفی | درون گروهی | زمان | ۲۳۶/۲۹ | ۱/۱۲ | ۲۱۰/۹۹ | ۵۱/۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵ | ۱ |
| | | تعامل زمان×گروه | ۱۸۵/۷۶ | ۱/۱۲ | ۱۶۵/۸۷ | ۴۰/۶۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ | ۱ |
| | | خطا (زمان) | ۱۲۷/۹۶ | ۳۱/۳۶ | ۴/۰۸ | - | - | - | - |
| | بین گروهی | گروه | ۱۳۰/۷/۲۱ | ۱ | ۱۳۰/۷/۲۱ | ۲۰/۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۲ | ۰/۹۹ |
| | | خطا | ۱۸۱۲/۵۸ | ۲۸ | ۶۴/۷۳ | - | - | - | - |
| | | خطا | - | - | - | - | - | - | - |

تنظیم شناختی هیجان سازش‌نا یافته بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p > 0.01$) وجود دارد. در متغیر عاطفه مثبت در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=20/25$ ، $df=1/10$ و $p < 0.01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=20/67$ ، $df=1/10$ و $p > 0.05$) معنادار است. معناداری زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد، در متغیر عاطفه مثبت و بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر عاطفه منفی در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=51/71$ ، $df=1/12$ و $p < 0.01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=40/65$ ، $df=1/12$ و $p < 0.01$) معنادار است. معناداری زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در متغیر عاطفه منفی و بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی در عامل زمان در جدول (۵) آمده است.

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیر آگاهی هیجانی در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=23/54$ ، $df=2$ و $p < 0.01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=27/53$ ، $df=2$ و $p < 0.05$) معنادار هستند. این معناداری نشان می‌دهد، در متغیر آگاهی هیجانی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p > 0.01$) وجود دارد.

در متغیر تنظیم شناختی، هیجان سازش‌یافته در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=12/68$ ، $df=1/05$ و $p < 0.01$) معنادار ولی تعامل عامل زمان و گروه ($F=2/80$ ، $df=1/05$ و $p > 0.05$) معنادار نیست. نبود معناداری تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد، در متغیر تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ولی تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری نیست. همچنین در متغیر تنظیم شناختی هیجان سازش‌نا یافته در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=15/50$ ، $df=1/12$ و $p < 0.01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=9/08$ ، $df=1/12$ و $p < 0.01$) معنادار هستند. این معناداری نشان می‌دهد، در متغیر

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی در عامل زمان

| متغیر | زمان مبنا | زمان مورد مقایسه | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | معناداری |
|---------------------------------|-----------|------------------|------------------|----------------|----------|
| آگاهی هیجانی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | -۶/۱۳ | ۱/۰۶ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | -۵ | ۱/۰۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۱/۱۳ | ۰/۷۳ | ۰/۳۹ |
| تنظیم شناختی هیجان سازش یافته | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | -۰/۳۸ | ۰/۱۱ | ۰/۰۰۵ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | -۰/۴۰ | ۰/۱۱ | ۰/۰۰۳ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | -۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۹۱ |
| تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | -۰/۳۷ | ۰/۰۹ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | -۰/۳۶ | ۰/۰۹ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | -۰/۰۰۸ | ۰/۰۳ | ۱ |
| عاطفه مثبت | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | -۲/۶۰ | ۰/۵۲ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | -۲/۶۳ | ۰/۶۱ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | -۰/۰۳ | ۰/۱۸ | ۱ |
| عاطفه منفی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۳/۶۳ | ۰/۴۴ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | ۳/۲۰ | ۰/۵۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | -۰/۴۳ | ۰/۱۵ | ۰/۰۲ |

نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری پاسخ دهند. این رویکرد با یک برنامه درمانی به تفکیک جلسات می‌پردازد که به مراجع دارای اضطراب در شناخت هر چه بهتر افکار، احساسات و هیجاناتش کمک می‌کند. این فرایند سبب می‌شود که فرایندهای هیجانی آن‌ها همچون مهارت شناسایی احساسات خود، جرأت در بیان و به اشتراک نهادن احساسات ادراک شده، آگاهی نسبت به تغییرات بدنی و نیز همزمان درک هیجانات دیگران و قضاوت‌نداشتن نسبت به برداشت دیگران از احساسات خود در فرد دچار تغییر و دگرگونی گردد [۳۶]. علاوه بر این، در تبیین تغییر و بهبود نمرات آگاهی هیجانی مراجعان مضطرب به عنوان یکی از آماج‌های کلیدی درمان فراتشخیصی یکپارچه، می‌توان به وجود برخی تکنیک‌ها و مهارت‌ها در تعدادی از جلسات درمانی پروتکل مذکور اشاره نمود. چنان که در روند جلسات این رویکرد درمانی تلاش گردید تا فرد مراجع با اختلال اضطرابی و رفتاری الگوهای اجتناب از احساسات و عواطف را آموخته و با راهبردهای مختلف اجتناب از این احساسات و تأثیر آن بر تجارب احساسی و هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان آشنا شوند. مواجهه و استفاده از راهبردهای مختلف آشنایی با تجارب هیجانی سبب می‌شود تا فرایندهای هیجانی فرد مضطرب همچون شناسایی مناسب احساسات، مهارت در تحلیل احساسات خود و تمایز قائل شدن بین آنچه فکر و درک می‌کند و آنچه در دنیای واقعی وجود دارد افزایش یابد و به این ترتیب آگاهی هیجانی بهبود نشان می‌دهد [۳۵]. علاوه بر این در جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه، به فرد مضطرب آموزش داده می‌شود که با یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجانات و واکنش‌های مرتبط با آن) خصوصاً با استفاده از تکنیک‌ها و تمرینات ذهن آگاهی نگرشی جدید پیدا کنند. تمرکز بر ذهن آگاهی باعث می‌شود، فرد مضطرب از درهم آمیختگی با افکار خود مصون بماند [۳۷]. در یک نگاه کلی میتوان گفت از آنجا که این درمان، یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است؛ بنابراین، آشنایی با بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، همچنین آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجانها به کودکان مضطرب کمک می‌کند تا

چنان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود در متغیر آگاهی هیجانی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/01$) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود داشته؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). در متغیر تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نیافته)، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/01$) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد، ولی بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). در متغیر عاطفه مثبت، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/01$) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). همچنین در متغیر عاطفه منفی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/01$) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/05$) و در نهایت بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ سال انجام شد. یافته‌های پژوهش حاکی از این بوده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود میانگین نمره آگاهی هیجانی در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون سودمند بوده است و این اثر مثبت مداخله در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. در راستای تطبیق و انطباق یافته حاضر با نتایج دیگر پژوهش‌ها، یافته حاضر با یافته‌های مینگوزو و همکاران [۳۴]، مبنی بر آن که درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب بهبود آگاهی هیجانی مراجعان و کاهش شدت نشخوار فکری و اجتناب شناختی شده است. ریلی و همکاران [۳۵]، مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر ناگویی هیجانی و بهبود باور خودکارآمدی در مبتلایان به اضطراب اجتماعی. ضرغامی و همکاران [۳۶]، مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در راستای اثربخشی درمان فراتشخیصی بر آگاهی هیجانی همسو می‌باشد.

در تبیین یافته حاضر می‌توان بیان نمود که درمان فراتشخیصی به افراد مضطرب می‌آموزد چگونه با هیجانات

تجاری هیجانی خود شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساسات و هیجانات جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجارب هیجانی خود مواجه گردند. همه این مهارت‌ها با اصلاح عادات تنظیم هیجانی و نحوه به کارگیری راهبردهای مرتبط با آن در شرایط مناسب منجر به کاهش شدت تجارب هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن هیجانات به سطح مطلوب و رضایت‌بخش و کارکردی می‌شود [۴۳]. شرکت‌کنندگان در پژوهش با انجام تمرینات آموزش آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت شامل هیجانات مثبت و منفی، افزایش آگاهی غیرقضوتی و لحظه‌ای از تجارب هیجانی، جهت دهی به سمت «اینجا و اکنون»، اجتناب از سرکوبی هیجانی و اجتناب تجربی، انعطاف‌پذیری شناختی، پذیرش روانی و سایر آموزش‌های مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه به سازگاری روانی رسیده و یادگرفتند که هیجانات، احساسات و افکار منفی خود را پذیرفته و از اجتناب و نشخوار فکری دست بردارند. ارائه تمرینات ذهن آگاهی، پذیرش و تجربه هیجانات به مراجعان در این شیوه مداخلاتی باعث شد که آن‌ها از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان از جمله تمرکز مثبت مجدد، برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت، دیدگاه وسیع‌تر و پذیرش در مواجهه با رویدادهای ناگوار و اضطراب‌زا استفاده نموده و کمتر به راهبردهای ناسازگارانه مانند خودسرزنشی و یا فاجعه‌پنداری متوسل شوند [۳۹]. بنابراین، می‌توان گفت: آموزش فراتشخیص با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود، کودکان مضطرب به ارزیابی دوباره هیجانات و مخصوصاً هیجان منفی خود بپردازند و این هیجان‌ها را در درون خویش بپذیرند که این امر موجب افزایش راهبرد ارزیابی مجدد شناختی در آنان خواهد شد [۴۴].

یافته‌ها نیز حاکی از این بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود میانگین نمره عاطفه مثبت در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس از مداخلت اثربخش نبوده است. یافته حاضر با نتایج مطالعات کروپس و همکاران [۴۵] که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی اثربخشی دارد؛ پژوهش رینهلوت و

ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار را شناسایی کنند، با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آنها را تجربه نمود و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند؛ در نتیجه تسلط بیشتری در شناسایی، تشخیص و تنظیم هیجانات و آگاهی هیجانی خود پیدا می‌کنند [۳۸].

یافته‌های دیگر پژوهش حاکی از آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود میانگین نمره تنظیم شناختی هیجانی در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس از مداخلت اثربخش بوده است و این اثر مثبت مداخله در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. یافته حاضر با یافته‌های طالبی و همکاران [۳۹] مبنی بر اثرگذاری مثبت درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان، برینینگ و همکاران [۴۰] مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بیماران دارای علائم وسواسی-اجباری بر تنظیم مهارت شناختی هیجانی و کاهش نشخوار فکری، عطارد و همکاران [۴۱]، مبنی بر آن که مراجعان دارای مشکلات خلقی و اضطرابی با دریافت تمرینات درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به صورت انفرادی در تنظیم هیجانات و استفاده از راهبردهای مثبت ناشی از آن موفق عمل کرده‌اند، عثمانی و شکری [۴۲] مبنی بر اثرگذاری درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجانات و نیز گارسیا و همکاران [۴۳]، مبنی بر آن که اجرای پروتکل یکپارچه با درمان فراتشناختی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود نمره راهبرد تنظیم هیجانی اثربخش می‌باشد؛ مهدیون و همکاران [۴۴] نشان دادند، درمان فراتشخیصی موجب کاهش اضطراب اجتماعی، بهبود کفایت و تنظیم هیجان دانشجویان می‌شود همسو است.

افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان نمودن یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند، کاهش دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه به مراجعان می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجانات خود پاسخ دهند. در تبیین یافته باید بیان کرد، این درمان کمک می‌کند تا مراجعان فهم بهتری از تعامل افکار، احساسات و رفتارها در ایجاد تجارب هیجانی درونی داشته باشند. مراجعان یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از

همکاران [۴۶] که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تجارب عاطفی و شدت علائم بیماران با علائم افسردگی و اضطراب پرداخته و نشان دادند هر دو رویکرد مؤثر هستند، ناهمسو بوده است و با یافته هویونا و همکاران [۴۷]، مبنی بر آن که این پروتکل درمانی به دلیل درگیر کردن مراجع در کاهش الگوهای رفتاری ناشی از هیجان و جایگزینی آن با رفتارهای لذت‌بخش، عملکرد بهتری در افزایش شناسایی، ابراز و تجربه عواطف مثبت نسبت به عواطف منفی دارد، همسو است.

در تبیین ناهمخوانی یافته حاضر، می‌توان به دشواری فهم این پروتکل و تمرینات آن برای مراجعان ۸ تا ۱۲ سال برخلاف سایر پروتکل‌ها اشاره داشت. متفاوت بودن جمعیت مورد مطالعه این پژوهش با سایر مطالعات، نامفهوم بودن برخی از پرسش‌ها برای مراجعان و طولانی بودن پرسش‌های پژوهش اشاره کرد. در ادامه می‌توان گفت: در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی دو مازول، یعنی جلسه چهارم درمانی به تبیین این تکنیک و اجرای آن به صورت‌های مختلف که قابل فهم برای افراد کم سن و سال باشد همراه با استعاره‌های فراوان توضیح داده شد تا انعطاف‌پذیری توجه، لزوم آن و نحوه دستیابی به آن آموزش داده شود؛ اما از این نظر درمان فراتشخیصی یکپارچه نتوانسته بر عواطف مثبت تأثیرگذار باشد.

همچنین یافته‌ها حاکی از این بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه، بر بهبود میانگین نمره عاطفه منفی در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده است و این اثر مثبت مداخله، در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است؛ بنابراین، فرضیه پنجم پژوهش تأیید می‌شود. یافته حاضر مبنی بر اثربخش بودن درمان فراتشخیصی بر عاطفه منفی با نتایج مطالعه [۴۱، ۴۸، ۴۹ و ۵۰] مبنی بر آن که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌ای موجب بهبود در ادراک عاطفه را می‌گردد همسو است.

در تبیین این نتیجه باید گفت: رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه عمدتاً شامل بازسازی مجدد واقعه اضطراب‌زا از طریق تصویرسازی ذهنی و واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف شده بیمار درباره خودش و تهدیدآمیز بودن دنیای پیرامون است. این رویکرد نمونه‌ای از کار در سطح شناختی به شمار می‌رود زیرا هدف عمدتاً

تغییر ماهیت خاطرات بیمار (شناخت) و محتوای باورهای او درباره خودش و جهان پیرامون (شناخت) است. در این شیوه مداخلاتی بیشتر بر اجتناب بیرونی (همان موقعیت‌ها، افراد و مکان‌های ناخوشایند) و مواجهه با آن‌ها تمرکز می‌شود [۵۰]. در واقع درمان مطرح شده از سوی بارلو و همکاران، بیشتر روی اجتناب رفتاری کار می‌کند و سایر جنبه‌های اجتناب یعنی اجتناب شناختی را نادیده می‌گیرد؛ بنابراین، با مواجهه بیشتر فرد با خاطرات اضطرابی می‌تواند بر تعدیل عواطف منفی مؤثر واقع شود. این شیوه مداخلاتی علاوه بر تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تنظیم هیجانی، تکنیک‌های تغییر انگیزش را نیز به کار می‌گیرد. انگیزش نقش قابل توجهی در حرکت، فعالیت، کاهش ترس و هیجانات منفی دارد [۴۹]. همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه در مازول نخست خود به افزایش آمادگی و انگیزه مراجعان برای تغییر رفتاری و تقویت مهارت خودکارآمدی یا باور به توانایی‌های شخصی برای دستیابی موفقیت‌آمیز به تغییر موردنظر تأکید دارد و به این ترتیب می‌تواند عواطف منفی را کاهش دهد [۴۸]. علاوه بر این، تمرکز مازول پنجم درمان فراتشخیصی یکپارچه بر شناسایی و کاهش رفتارهای ناسازگارانه ناشی از عواطف و هیجانات است که در کاهش خلق افسرده مؤثر است.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

بنابر آن چه بیان گردید، پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی چون همزمان شدن دوره آموزشی با دوره کرونا و برگزار نکردن دوره‌ها به صورت حضوری، پایین بودن حجم گروه‌ها، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی برای سنجش اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه و نداشتن سنجش‌های پیگیری طولانی مدت (۶ ماه و یا بیشتر) برای ارزیابی میزان ماندگاری اثربخشی این برنامه مداخلاتی در طول زمان و زیاد بودن تعداد پرسشنامه‌های مورد استفاده برای این سن بوده است. از این رو پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن این مداخله آموزشی در کاهش هیجانات و عواطف منفی و بهبود نمرات آگاهی هیجانی و تفکر کارآگاهی از این روش درمانی در مراکز آموزشی، مدارس و سایر مراکز که با کودکان مضطرب و مراجعان کودک و نوجوان درگیر هستند، نه تنها در مورد متغیرهای وابسته در این پژوهش

- 5- Schensul J J, Salvi A, Ha T, Grady J, Li J, Reisine S. Evaluating cognitive/emotional and behavioral mediators of oral health outcomes in vulnerable older adults. *Journal of Applied Gerontology*. 2020; 41(1): 187-197.
<https://doi.org/10.1177/0733464820974920>
- 6- Megreya AM, Al-Attayah A. A, Moustafa A. A, & Hassanein E. E. Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020; 76: 101600.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101600>
- 7- Uhl K, Halpern L F, Tam C, Fox J K, & Ryan J L. Relations of emotion regulation, negative and positive affect to anxiety and depression in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies*. 2019; 28: 2988-2999.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01474-w>
- 8- Smith, R., Killgore, W. D., & Lane, R. D. (2018). The structure of emotional experience and its relation to trait emotional awareness: A theoretical review. *Emotion*, 2018; 18(5): 670.
<https://doi.org/10.1037/emo0000376>
- 9- Lane R D. & Smith R. (2021). Levels of emotional awareness: Theory and measurement of a socio-emotional skill. *Journal of Intelligence*. 2021; 9(3): 42.
<https://doi.org/10.3390/jintelligence9030042>
- 10-Guzman, E, Bruegge B. Towards emotional awareness in software development teams. In *Proceedings of the 2013 9th joint meeting on foundations of software engineering*. 2013. 671-674. <https://doi.org/10.1145/2491411.2494578>
- ۱۱- بشارت، محمدعلی؛ فرهمند، هادی. نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۳۹۶؛ ۱۲(۴۴): ۷-۱۶.
<https://www.sid.ir/>

بلکه برای متغیرهای خلقی، شناختی، شخصیتی و خانوادگی دیگر آن اجرا و مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، برگزاری کارگاه‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه برای معلمان و مشاوران مدارس جهت آشنایی بیشتر با این رویکرد و ارجاع دانش آموزان مضطرب جهت دریافت خدمات روان‌شناختی حرفه‌ای پیشنهاد می‌گردد.

این پژوهش حاصل پایان‌نامه کارشناسی/ارشد نویسنده مسئول این مقاله با همکاری مراکز مشاوره راه برتر و مدارس منطقه ۵ آموزش و پرورش شهر اصفهان است. موضوع پژوهش جزو دغدغه شخصی نویسندگان مقاله بوده است و پژوهش را با علاقه شخصی به انجام رسانیده و هیچگونه تعارضی در نوع علائق خود نداشته‌اند. از زحمات استاد معظم راهنما و مدیران مدارس و دانش آموزان و والدین آنان به خاطر راهنمایی‌ها و همکاری‌هایشان صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- 1- Zhang Y, Zhan N, Long M, Xie D, Geng F. Associations of childhood neglect, difficulties in emotion regulation, and psychological distresses to COVID-19 pandemic: An intergenerational analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2020; 105674.2022.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105674>
- 2- Thümmler R, Engel E. M, Bartz J. (Strengthening Emotional Development and Emotion Regulation in Childhood—As a Key Task in Early Childhood Education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.2022; 19(7): 3978.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19073978>
- ۳- ذکایی آشتیانی، الهه؛ سامانی، سیامک؛ سهرابی شگفتی، نادره؛ امیدوار، بنفشه. بررسی اثربخشی بازی درمانی تعاملی با مدل تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب‌های دلبستگی (مطالعه موردی). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲): ۱۸۹-۲۰۵.
 10.22070/cpap.2022.14780.1112
- 4- Giffort D. (2022). Review of Unnerved: Anxiety, Social Change, and the Transformation of Modern Mental Health. *Social Forces*. 2022.
<https://doi.org/10.1093/sf/soab155>

- 18-Akca A, Ayaz-Alkaya S. (Media use, positive and negative emotions, and stress levels of adults during COVID-19 pandemic in Turkey: A cross-sectional study. *International journal of nursing practice*. 2022; 28(2): e13035.
<https://doi.org/10.1111/ijn.13035>
- 19-Harmon TG, Nielsen C, Loveridge C, Williams C. Effects of Positive and Negative Emotions on Picture Naming for People with Mild-to-Moderate Aphasia: A Preliminary Investigation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022; 65(3), 1025-1043.
https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00190
- ۲۰- بارکلی، راسل؛ ماش، اریک. روانشناسی مرضی کودک، آسیب شناسی روانی کودک. ترجمه حسن توننده جانی، نسرین کمال پور و جهانشیر توکلی زاده. تهران: نشر مرنديز؛ ۱۳۹۳.
- ۲۱- ویلسون، راب؛ برنج، رنا. درمان رفتاری شناختی به زبان ساده. ترجمه زهره خسروی و سمیه رضایی. تهران: نشر ارجمند؛ ۱۴۰۰. (سال نشر اثر به زبان اصلی ۲۰۰۶)
- 22-Vasilioiu V. S, Karademas E. C, Christou Y, Papacostas S, Karekla M. Mechanisms of change in acceptance and commitment therapy for primary headaches. *European Journal of Pain*. 2022; 26(1): 167-180.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1851>
- 23-Strawn J. R, Mills J. A, Suresh V, Peris, T. S, Walkup J. T, Croarkin P. E. Combining selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioral therapy in youth with depression and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2020; 298: 292-300.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.047>
- 24-Byrne G, Ghráda Á. N, O'Mahony T, Brennan E. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021; 94: 378-407.
<https://doi.org/10.1111/papt.12282>
- ۱۲-دهقانی بنادکی، روح الله؛ روشن چسلی، رسول؛ عباسی، روح الله؛ فراهانی، حجت‌اله. پیش‌بینی تعهد زناشویی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حیطه جدایی/ طرد): نقش واسطه ای تنظیم شناختی هیجان و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر گوشی هوشمند. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲): ۳۳-۴۸.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16390.1242>
- 13-McLaughlin K. A, Garrad M. C, Somerville L. H. What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2020.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/kmclaughlin>
- 14-Neacsu AD, Beynel L, Graner JL, Szabo ST, Appelbaum LG, Smoski MJ, LaBar KS. Enhancing cognitive restructuring with concurrent fMRI-guided neurostimulation for emotional dysregulation—A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2022; 301: 378-389.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.053>
- 15-Young KS, Sandman, CF, Craske MG. Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, 2019; 9(4): 76.
<https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- 16-Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54(6): 1063-1070 <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- 17-Behnke M, Buchwald M, Bykowski A, Kupiński S, Kaczmarek LD. Psychophysiology of positive and negative emotions, dataset of 1157 cases and 8 biosignals. *Scientific Data*. 2022; 9(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1038/s41597-021-01117-0>

۳۲-رضائی، فرزانه؛ رضاخانی، سیمین دخت. سهم راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی میزان نشخوار فکری زنان (مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقه ۱۴ تهران). *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۳۹۸؛ ۲۰(۲): ۹۰-۹۹. برگرفته از <https://sid.ir>

۳۳-لطفی، مژگان؛ بهرامپور، لیلا؛ امینی، مهدی؛ فاطمی‌تبار، ریحانه؛ بیرشک، بهروز. اعتباریابی مقیاس عاطفه مثبت و منفی برای کودکان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۸؛ ۲۵(۴): ۴۴۰-۴۵۳. برگرفته از <https://ijpcp.iums.ac.ir>

34-Meneguzzo P, Garolla A, Bonello E, Todisco P. Alexithymia, dissociation and emotional regulation in eating disorders: Evidence of improvement through specialized inpatient treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022; 29(2): 718-724. <https://doi.org/10.1002/cpp.2665>

35-Reilly EE, Brown TA, Arunagiri V, Kaye WH, Wierenga CE. Exploring changes in alexithymia throughout intensive dialectical behavior therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2022; 30(3): 193-205. <https://doi.org/10.1002/erv.2887>

۳۶-ضرغامی، فیروزه؛ شعیری، محمدرضا؛ شهریور، زهرا. درمان فرانتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی همبود: مطالعه تک موردی. *پژوهش‌های روانشناختی*. ۱۳۹۸؛ ۱(۲۲): ۹۲-۱۱۴. برگرفته از <https://psychological-research.com>

37-Bernstein EE, LeBlanc N J, Bentley K H, Barreira PJ, McNally RJ. A single-session workshop to enhance emotional awareness and emotion regulation for graduate students: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2021; 28(3): 393-409. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.008>

38-Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*. 2015; 39(2): 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>

25-Ehrenreich-May J, & Bilek, E. L. The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19(1): 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.003>

26-Rieffe C, Meerum Terwogt M, Petrides K.V, Cowan C, Miers A.C, Tolland A. (2007). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*. 2007; 43: 95-105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.015>

۲۷-یوسفی، رحیم؛ طغیانی، الهه. مقایسه تاب‌آوری روانی و مکانیزم‌های دفاعی در افراد نظامی و غیرنظامی. *مجله طب نظامی*. ۱۳۹۷؛ ۱۸(۲): ۲۰۷-۲۱۴. <https://civilica.com/doc/1735413>

28-Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*. 1998; 36(5): 545-66. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)

۲۹-شهنی، راضیه؛ داوودی، ایران؛ مهرابی‌زاده، مهناز؛ زرگر، یداله. اثربخشی مداخله والد مخور بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون‌سازی کودکان ۶ تا ۹ ساله. *مجله روان‌شناسی بالینی سمنان*. ۱۳۹۶؛ ۱۹(۱): ۱۴-۲۶. <https://doi.org/10.22075/JCP.2017.9805>

30-Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC; 2002. (Date of publication) datec.nl

۳۱-خواستاری، سهیلا؛ عسگری، پرویز. رابطه بین تنظیم هیجانی، انعطاف‌پذیری کنشی و خودکارآمدی با خلاقیت هیجانی هنرمندان نقاش شهر اهواز. *مجله سلامت اجتماعی*. ۱۳۹۸؛ ۲(۲): ۱۴۹-۱۵۶. <https://doi.org/10.22037/ch.v6i2.21967>

۴۵- مهدیون، زهرا السادات؛ فروغی، علی اکبر؛ احمدیان، حمزه؛ اکبری، مریم. اثربخشی درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و کفایت هیجان در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *روان‌شناسی بالینی*. ۱۴۰۱؛ ۱۴(۱): ۵-۴۹
10.22075/JCP.2022.23251.2145

46-Corpas J, Moriana JA, Venceslá J F, Gálvez-Lara M. Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: a randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*. 2018; 32(4): 456-469.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>

47-Reinholt N, Hvenegaard M, Christensen A. B, Eskildsen A, Hjorthøj C, Poulsen, S, Arnfred S. MTransdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2022; 91(1): 36-49.
<https://doi.org/10.1159/000516380>

48-Huynh AT, Gaboury I, Provencher MD, Norton P J, Roberge P. Patient acceptability of group transdiagnostic cognitive behavior therapy for the treatment of anxiety disorders in community-based care: a qualitative study. *Clinical Psychologist*. 2022; 26(2): 119-128.
<https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2041363>

۴۹- بخشی‌پور، عباس؛ وجودی، بابک؛ علی‌لو، مجید م؛ عبدی، رضا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی. *مجله اندیشه و رفتار*. ۱۳۹۵؛ ۱۱(۴۱): ۶۷-۸۷

۵۰- بخشی‌پور، عباس؛ وجودی، بابک؛ محمودعلی‌لو، مجید؛ و عبدی، رضا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی. *اندیشه و رفتار*. ۱۳۹۵؛ ۱۱(۴۱): ۶۷-۷۶.
SID. <https://sid.ir/paper/505748/fa>

۳۹- طالبی، نجمه؛ داورانی، مهسا؛ نوروزی کوهشدت، رضا؛ یعقوبی، لیلا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان ناباور. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۷؛ ۱۹(۲): ۱۶۰-۱۶۶

<https://doi.org/10.22038/jfmh.2017.8988>

40-Brenning K, Soenens B, Vansteenkiste M, De Clercq B, Antrop I. Emotion regulation as a transdiagnostic risk factor for (non) clinical adolescents' internalizing and externalizing psychopathology: Investigating the intervening role of psychological need experiences. *Child Psychiatry & Human Development*. 2011; 53(1): 124-136.
<https://doi.org/10.1007/s10578-020-01107-0>

۴۱- عطارد، نسترن؛ میکائیلی، نیلوفر؛ مهاجری اول، نسترن؛ وجودی، بابک. اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. *مجله طنین سلامت*. ۱۳۹۶؛ ۴(۴): ۵۶-۶۱

۴۲- عطارد، نسترن، میکائیلی، نیلوفر، مهاجری اول، نسترن، و وجودی، بابک. اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*. ۱۳۹۵؛ ۴(۴): ۵۴-۶۲.
SID. <https://sid.ir/paper/244666/fa>

۴۳- عثمانی، هاله؛ شکری، لیلا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۳۹۸؛ ۱(۲): ۱۲۵-۱۳۶.
10.22034/CECIRANJ.2019.91938

44-García Escalera J, et al. (2018). An Open Trial Applying the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP A) Adapted as a School Based Prevention Program. *Child & Youth Care Forum*.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>

52-Braga C, Ferreira H, Sousa I, Gonçalves M. M. Ambivalence resolution in the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An exploratory case study. *Psychotherapy Research*. 2022. 1-13.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2062267>

51-Plamondon J, Provencher M. D. Integrated group treatment for anxiety disorders: a transdiagnostic effectiveness and feasibility study in a mental health hospital setting. *Clinical Psychologist*. 2022; 26(2): 108-118.
<https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2061341>

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر (مطالعه موردی)

نویسندگان

زهرا عسکری^{۱*}، مرضیه هاشمی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران. M.hashemi2@khatam.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: طرح پژوهش تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه (ABAB) و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری افراد مبتلا به اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک آروین در تهران، در سال ۱۴۰۱ بود و از این تعداد ۳ نفر به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) روی آزمودنی‌ها اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت‌اند از: مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر، پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان، پرسشنامه تحریک‌پذیری، مقیاس تاب‌آوری و پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از فرمول درصد بهبودی، اندازه اثر کوهن، اندازه اثر PND، تحلیل دیداری درون موقعیتی و ترسیم دیداری استفاده شد.

نتایج: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد، درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب بهبود متغیرهای پژوهشی شده است به گونه‌ای که درصد بهبودی کلی اضطراب فراگیر در هر سه آزمودنی به ترتیب ۵۸٪، ۵۵٪ و ۵۷٪ بود و این میزان در پیگیری یک‌ماهه نیز ثابت ماند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها، حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در تنظیم هیجان، کاهش تحریک‌پذیری، افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرانی در آزمودنی‌ها است. این درمان می‌تواند به‌عنوان آموزش برای توان‌بخشی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر به کار رود.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۳/۱۶

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۹/۰۴



کلیدواژه‌ها

درمان فراتشخیصی یکپارچه، تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری، نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

z.askari1966@gmail.com

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱ به‌عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی شایع و مزمن روان‌پزشکی شناخته می‌شود که نشانگان بارز آن نگرانی افراطی و اغراق شده در مورد حوادث روزمره زندگی است؛ بدون آن که دلیل روشن و منطقی برای این نگرانی‌ها وجود داشته باشد. میزان نگرانی این افراد معمولاً غیرواقعی یا نامتناسب با موقعیت است و شدت اضطراب به قدری زیاد است که در عملکرد روزانه از جمله محل کار، مدرسه و روابط اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند [۱]. وجود علائم این اختلال در طولانی مدت، ناتوان‌کننده بوده و اثرات مخربی بر زندگی فرد می‌گذارد [۲]. شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت عمومی ایالات متحده ۳/۱٪ و شیوع یکساله این اختلال در جمعیت ۱۸-۶۵ سال ایران ۵/۲٪ گزارش شده است [۳]. این اختلال در زنان دو برابر مردان شیوع دارد و حداقل طول مدت برای تشخیص گذاری اضطراب فراگیر ۶ ماه است [۴]. سیر این اختلال نوسان‌دار است و در صورت درمان نشدن پیش‌آگهی آن ضعیف خواهد بود. همچنین، پیش‌بینی‌کننده قوی اختلال‌های ثانویه بعدی از جمله اختلالات افسردگی عمده می‌باشد [۵].

مطابق با مطالعات و پژوهش‌های روان‌شناختی تنظیم هیجان، عامل مهم و تأثیرگذار در افزایش سلامت روانی افراد و بهبود عملکرد است و نقص در آن موجب ایجاد اختلالات درون‌ریز و برون‌ریز می‌شود [۶]. تنظیم هیجان فرآیندی است که از طریق آن افراد می‌توانند هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل کنند [۷]. تنظیم هیجان به گروهی از راهبردها گفته می‌شود که دربردارنده شیوه‌های پاسخ‌دهی، کنترل هیجانات و توانایی تنظیم حالت‌های روان‌شناختی و اجتماعی است [۸]. نقص در تنظیم هیجان عاملی مهم در مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالاتی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی عمده، اختلال دوقطبی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد و الکل مطرح شده است [۹]. همچنین، در بسیاری از ملاک‌های تشخیصی مطرح شده برای اختلالات روانی در DSM-5 به وضوح به مشکلاتی در

تنظیم هیجان افراد اشاره شده است. برای مثال، ملاک اجتناب مدام از محرک‌های مرتبط با آسیب در اختلال استرس پس از سانحه، واکنش‌های متناوب خشم در اختلال شخصیت پارانوئید، مشکلات کنترل تکانه در سوء مصرف مواد، ترس از اضافه شدن وزن در اختلال بی‌اشتهایی عصبی و خلق تحریک‌پذیر، شدید و نوسانی در اختلال دوقطبی، همگی به مشکلات افراد در تنظیم هیجان اشاره می‌کند [۱۰]. در مدل بدتنظیمی هیجانی اختلال اضطراب فراگیر به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دچار نقص در تنظیم هیجانات خود هستند؛ به‌گونه‌ای که افراد در کنترل احساس اضطراب ناتوان‌اند. این اختلال با نقص در تجربه و تنظیم هیجان مشخص می‌شود و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در چهار مؤلفه شدت هیجان‌ها، فهم ضعیف هیجان‌ها، واکنش منفی نسبت به هیجان‌ها و راهبردهای نابهنجار مدیریت هیجان‌ها نقص دارند [۱۱]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین بدتنظیمی هیجانی، نگرانی آسیب‌شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد. تنظیم هیجان موجب کاهش نشانگان افسردگی، استرس، اضطراب و همچنین تحریک‌پذیری در افراد می‌شود. افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند در مقایسه با افرادی که این راهبردها را آموزش ندیده‌اند از بهزیستی روانی بالاتر و همچنین بهبود خلق منفی برخوردار هستند [۱۲، ۱۳، ۱۴] و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، اضطراب و نگرانی خود را کاهش می‌دهند [۱۵].

از دیگر متغیرهای بسیار مهم که در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شود، تحریک‌پذیری است. تحریک‌پذیری نشانه آزارنده‌ای است که در صورت کنترل نشانگان آن کمک‌شایانی به مبتلایان می‌شود. تحریک‌پذیری نوعی احساس پریشانی و هیجان خشم یا ناامیدی است و به معنای تمایل افراد برای واکنش نشان دادن به احساسات پرخاشگرانه، تکانشگری و خصومت‌طلبی تعریف شده است [۱۶]. به نظر می‌رسد یک عامل فیزیولوژیکی در فعالیت ساختاری مغز مبتلایان به GAD وجود دارد به‌گونه‌ای که فعالیت لوب آهیانه‌ای راست غیرطبیعی است. همچنین در تصویربرداری (fMRI)^۲ یک

2. Functional magnetic resonance imaging

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD).

خودشان ایجاد می کنند تا از رویارویی با هیجانات منفی جلوگیری کنند. این افراد پس از قرارگیری در یک موقعیت مثبت، از مواجهه شدن با موقعیت منفی یا خنثی اجتناب می کنند و برای مواجهه نشدن با موقعیت منفی از مکانیسم نگرانی استفاده می کنند که با عاطفه منفی همراه است [۲۳]. بررسی های صورت گرفته شده نشان می دهد بین مکانیسم نگرانی و اختلالات شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد به گونه ای که افزایش نگرانی موجب افزایش پریشانی و اختلال اضطراب فراگیر می شود [۲۴].

بنابراین، با توجه به موارد بیان شده اختلال اضطراب فراگیر به سبب شیوع بالای خود و تأثیرات جدی بر سلامت روانی جامعه مسئله ای مهم و درخور توجه است. این اختلال، چون در ماهیت خود مزمن است، به گونه ای ابعاد گسترده ای از زندگی افراد مبتلا را مختل می کند، و اگر به موقع و به شکل صحیح درمان نشود، می تواند به طور جدی سلامت روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، نیازمند تکنیک ها و روش های درمانی جدید و مؤثر هستیم تا هم کیفیت زندگی افراد مبتلا بهبود یابد و هم تأثیرات منفی اقتصادی و اجتماعی کاهش پیدا کند. یکی از این درمان ها پروتکل یکپارچه (UP)^۴ است. پروتکل یکپارچه (UP) فراتشخیصی برای بهبود و کاهش نشانگان اختلالات عاطفی و هیجانی است. با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و تحت تأثیر قرار دادن سلامت روانی جامعه و از آن جا که این اختلال یک اختلال اضطرابی مزمن است که ابعاد بسیار گسترده ای از زندگی مبتلایان را تحت الشعاع قرار می دهد و در صورت بی توجهی به درمان، ممکن است موجب کاهش سلامت روان افراد شود، لازم است تا روش های درمانی مؤثر و جدیدی جهت درمان این اختلال به کار برده شود. در نتیجه علاوه بر کاهش رنج این افراد و خانواده هایشان، هزینه های اجتماعی و اقتصادی تحمیل شده بر جامعه را نیز می توان کاهش داد. این درمان متمرکز بر تنظیم احساسات است و برگرفته از مؤلفه های درمان شناختی رفتاری (CBT) است. این مؤلفه ها احساسات منفی بیماران و واکنش های ناگهانی به احساسات را هنگامی که رخ می دهند، هدف قرار می دهد. نقاط قوت بالقوه رویکرد فراتشخیصی یکپارچه شامل: قابلیت اجرا برای اختلالات

تغییر در اتصالات عملکردی کورتکس آهیانه ای خلفی^۱ در مبتلایان به GAD مشاهده شده است که این نقص فیزیولوژیکی موجب تغییرات خلقی و تنظیم نبودن هیجانات منفی می شود که این عامل به نوبه خود باعث افزایش تحریک پذیری در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر می شود [۱۷].

از جمله متغیرهای تأثیرگذار دیگر بر اختلال اضطراب فراگیر، تاب آوری^۲ است. تاب آوری به عنوان ظرفیتی برای مقاومت در شرایط تهدیدآمیز و استرس زا و بازگشت به حالت اصلی پس از تجربه یک آسیب روانی تعریف می شود که موجب سازگاری بیشتر افراد با نیازها، تهدیدهای آسیب زای زندگی، و افزایش سلامت روان فرد می شود [۱۸]. افراد تاب آور، انعطاف پذیری بیشتری در مقابل رویدادهای آسیب زای زندگی از خودشان بروز می دهند. در حالی که افراد با تاب آوری پایین توانایی کمتری در سازگاری و وفق دادن خودشان با تغییرات محیطی و آسیب های احتمالی دارند و با سرعت کمتری می توانند به شرایط عادی بازگردند [۱۹]. نتایج پژوهش های بیشماری حاکی از آن است که تاب آوری نقش میانجی بسیار مهمی در بروز اختلالات روانی دارد [۲۰]. به نظر می رسد مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر هنگامی که درگیر هیجانات ناخوشایند مانند اضطراب می شوند، وقایع روزمره زندگی را بیش از حد تهدیدکننده برآورد می کنند و در این هنگام کنترل هیجانات منفی از دستشان خارج می شود و به تبع آن تاب آوری شان نیز دستخوش تغییرات منفی می شود و بازگشت به شرایط طبیعی زندگی را برای این افراد دوچندان مشکل می کند [۲۱].

از دیگر مشکلات افراد مبتلا به GAD نگرانی^۳ است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نگرانی به عنوان یک مکانیسم دفاعی شناختی برای تنظیم واکنش های عاطفی شان نسبت به محرک های تهدید برانگیز استفاده می کنند و چون این افراد در موقعیت این جا و اکنون زندگی نمی کنند؛ نگرانی، هیجانانگیزان را دستخوش تغییرات منفی می کند [۲۲]. در مدل الگوی اجتناب تقابلی نگرانی، افراد دارای اضطراب فراگیر به صورت آگاهانه نگرانی را در

1 . Posterior Parietal Cortex.
2 . Resilience.
3 . Worry.

4 . Unified Protocol.

اختلالات اضطرابی کمک کند تا بتوانند هیجانات ناخوشایندشان را تنظیم نمایند، هیجانات منفی‌شان را بپذیرند و آن‌ها را تحمل نمایند تا در نهایت بتوانند هیجان‌اتشان را تنظیم کنند؛ در این صورت تحریک‌پذیری و نگرانی افراد کاهش می‌یابد، تاب‌آوری افزایش می‌یابد، در نهایت علائم اختلال اضطراب فراگیر کاهش می‌یابد. در این درمان هدف اصلی از بین بردن علائم اختلال و هیجانات منفی نمی‌باشد، بلکه هدف کاهش و تعدیل بار منفی هیجانات آزردهنده است که مبتلایان را قادر می‌سازد تا این هیجانات را کنترل نمایند [۳۵،۳۴].

پژوهش‌های پیشین، اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر اختلالات اضطرابی همچون اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند و نتایج حاکی از اثرگذاری این درمان بر هیجانات منفی، احساسات بدنی ناخوشایند مبتلایان همچون تحریک‌پذیری و بی‌قراری می‌باشد [۳۶،۳۷]. علیرغم درمان‌های موجود، تعداد قابل توجهی از بیماران همچنان چالش‌های قابل توجهی در مدیریت علائم خود تجربه می‌کنند. پروتکل یکپارچه فراتشخیصی (UP)، با تمرکز بر تنظیم هیجان، می‌تواند فهم ما را از نحوه تعامل متغیرهای مختلف مانند: تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی بهبود بخشد و راه‌کارهای مؤثرتری برای مداخلات درمانی ارائه دهد. اگرچه اثربخشی از این درمان در تعدیل نگرانی و کاهش نشانه‌های اضطراب فراگیر به خوبی شناخته شده است، اما تأثیر آن بر متغیرهای دیگری نظیر تحریک‌پذیری و تاب‌آوری کمتر مورد توجه قرار گرفته است. تحریک‌پذیری و تاب‌آوری به عنوان عوامل مؤثر در تجربیات روزمره بیماران با اضطراب فراگیر، نقش مهمی در کیفیت زندگی و پاسخ به درمان دارند. با شناخته شدن تأثیرات پروتکل UP بر این متغیرها، می‌توان به بهینه‌سازی و تکمیل این پروتکل پرداخت و در نتیجه، به ارتقاء کیفیت و اثربخشی درمان‌ها برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک نمود. به‌علاوه استفاده از روش مطالعات موردی در این پژوهش، امکان مد نظر قرار دادن و بررسی دقیق و عمقی اثرات پروتکل UP بر این متغیرها را فراهم می‌آورد. این روش به ما این امکان را می‌دهد که نقاط قوت، ضعف، چالش‌ها و فرصت‌های این پروتکل را در مواجهه با متغیرها بررسی کنیم. بنابراین، این پژوهش می‌تواند پاسخ‌های جدید و مهمی به پرسش‌های درمانی موجود و چالش‌های پیش رو

گوناگون، راهبردهای مؤثر و کارآمد برای رسیدگی به اختلالات همبود همراه، ساده‌سازی مدل‌های درمان برای اختلالات عاطفی چندگانه، سهولت یادگیری و آموزش برای درمانگران تازه‌کار و درمان‌های خاص اختلال موجود و کاهش هزینه در مقایسه با مدل‌های مختلف درمانی دیگر است [۲۵]. درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نشانگان اختلال اضطراب فراگیر، تنظیم خواب، بهبود عملکرد و تنظیم هیجان مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری دارد [۲۶،۲۷،۲۸]. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) می‌آموزند؛ حس‌های بدنی حاصل از تحریک‌پذیری را ادراک نمایند و با انجام تمرینات رفتاری و مواجهه مکرر با حس‌های بدنی، موفق به تنظیم هیجانات منفی خود و کاهش بی‌قراری و تحریک‌پذیری شوند [۲۹]. به‌علاوه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه و فراگرفتن راهبردهای مقابله با اجتناب هیجانی می‌آموزند که در صورت داشتن هیجانات منفی به تنظیم هیجان‌اتشان بپردازند و این امر منجر به افزایش تاب‌آوری و سازگاری موفقیت‌آمیز با محیط زندگی‌شان می‌شود [۳۰]. همین‌طور نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) و درمان‌های شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی مبتلایان به اضطراب فراگیر تأثیر معناداری دارد [۳۱، ۳۲]. برای درمان اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، درمان‌های موج سوم همچون درمان‌های شناختی رفتاری (CBT)، درمان پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) وجود دارد. درمان ACT قدرت مشاهده بدون قضاوت و بزرگ‌نمایی و پذیرش هیجان‌ها، افکار و احساسات منفی را در درمان‌جویان تقویت می‌کند اما مانند درمان (UP) به افراد آگاهی و رویارویی با هیجانات بدنی‌شان را آموزش نمی‌دهد [۳۳]. اگرچه CBT به عنوان روش اصلی درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر شناخته شده است [۳۴] ولی یک مطالعه فراتحلیل جدید که با هدف بررسی درصد بهبود در CBT برای اختلالات اضطرابی انجام شده است، حاکی از آن است که میزان بهبودی به‌طور میانگین ۵۱٪ بوده است [۳۵]. درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) نسبت به درمان‌های پیشین، بیش از درمان‌های دیگر متمرکز بر شناسایی هیجانات ناسازگارانه است که به مبتلایان

ارائه دهد و در جهت توسعه دانش درمانی و پژوهشی موجود گام‌های معناداری بردارد. لذا، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک پذیری، تاب آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی، از نوع تک آزمودنی (موردی) با خط پایه چندگانه ABAB است. جامعه آماری در این پژوهش تمامی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک مشاوره و روانشناسی آروین در شهر تهران در بهمن و اسفند ماه سال ۱۴۰۰ می‌باشند. در نمونه آماری پژوهش، تعداد ۳ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس برای اهداف پژوهشی انتخاب شدند.

ملاک های ورود به پژوهش: ۱. داشتن حداقل ۱۸ سال سن ۲. داشتن حداقل تحصیلات دیپلم ۳. تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر براساس نظر روان شناس بالینی ۴. دریافت تشخیص اضطراب فراگیر در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر ۵. نداشتن تشخیص سایر اختلالات روانی، جسمانی و شخصیتی شدید بر اساس نظر روان شناس بالینی. مصرف نکردن مواد روان گردان ۷. دریافت نکردن آموزش‌های روان درمانی دیگر به طور هم‌زمان.

در این پژوهش ابتدا از آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) انجام شد، پس از آن که تشخیص اضطراب فراگیر، زیر نظر روان شناس بالینی قطعی شد. تعداد ۳ آزمودنی به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب شدند و تعداد ۱۲ جلسه پروتکل یکپارچه (UP) طی مدت ۳ ماه، به صورت هفته‌ای ۱ جلسه و در مدت زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه اجرا شد. پیش از شروع درمان، از آزمودنی‌ها خط پایه گرفته شد و سپس در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۲ و پیگیری یک ماهه، آزمودنی‌ها به تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها پرداختند. آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، مرحله مداخله و یک ماه پس از درمان مورد آزمون قرار گرفتند تا میزان ثبات اثربخشی درمان مورد بررسی قرار بگیرد. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱. مقیاس ۷ پرسش اضطراب فراگیر^۱: پرسشنامه ۷ پرسش اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونگ، ویلیامز و الو به عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کند تهیه شده است. این مقیاس دارای ۷ پرسش است که هر یک از پرسش‌ها از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و گستره نمرات مقیاس از ۰ تا ۲۱ است. همسانی درونی GAD- Seven، ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز خوب است (۰/۸۳) [۳۸]. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس GAD- Seven بر روی جمعیت ایرانی، نشان داد: ضریب آلفای کرونباخ آزمون ۰/۸۵ و پایایی ناشی از دو بار اجرای این مقیاس در این نمونه ۰/۴۸ بود. درستی روایی همگرا پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک (۰/۷۲)، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰ پرسش (۰/۷۴) و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت و ابعاد آن (بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی و ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی) مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد گزارش شده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده ای از چک لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ بدست آمده است [۳۹].

۲. پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان^۲: این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان تدوین شده است. پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. پرسش‌های ۲، ۴، ۶، و ۹ پرسشنامه بعد سرکوبی را مورد سنجش قرار می‌دهند و بقیه سؤالات تنظیم ارزیابی مجدد را مورد سنجش قرار می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همسانی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی

1. Seven-GAD

2. Gross and John Emotion Regulation Questionnaire

طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است و پاسخ آزمودنی‌ها بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌گردد. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است. در این مقیاس، نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر در شخص می‌باشد. کانر و دیویدسون ثبات درونی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و قابلیت اعتماد بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند [۴۴]. نسخه فارسی مقیاس تاب‌آوری در پژوهش‌های داخلی از اعتبار (روایی) مناسب برخوردار است، همچنین پایایی (ثبات) مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شده است و نتایج قابل اطمینان گزارش شده است [۴۵].

۵. پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا (PSWQ)^۳: پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا توسط میر، میلر، متزگر و بورکوک ساخته شده است که ۱۶ گویه دارد و نگرانی شدید، مفراط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به پرسش‌ها بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای است، به هر پرسش نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) تعلق می‌گیرد. ۱۱ سؤال پرسشنامه به‌طور مثبت و ۵ پرسش آن (پرسش‌های ۳، ۱، ۸، ۱۰ و ۱۱) به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است و نمره بیشتر نشان از شدت بیشتر نگرانی است. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی باز آزمایی پس از ۴ هفته، ۰/۹۳ بود [۴۶]. ضریب همبستگی این آزمون با متغیرهای افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس معنادار گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده است و ضریب همبستگی این پرسشنامه با اضطراب صفت ۰/۶۸ و با افسردگی ۰/۴۳ است که بیان‌کننده روایی همگرایی پرسشنامه نگرانی است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۵ گزارش شده است [۴۷].

روند اجرای پژوهش: پروتکل UP برای درمان اختلالات هیجانی طراحی شده است. به‌طور کلی، این گروه از اختلال‌ها شامل اختلالات اضطرابی و خلقی است مانند: اختلال هراس با یا بدون آگروفوبیا، اختلال اضطراب

۰/۷۳ به‌دست آمده است. کارمین و وینگرهوتس در سال ۱۳۹۱ همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در ایران حسینی و خیر در سال ۱۳۸۹ میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده‌اند و مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به‌دست آمده است [۴۰]. روایی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان، برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای سرکوبی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است [۴۱]. در ایران نیز تاشک مشخصات روان‌سنجی این مقیاس را به دست آورده است. در این مطالعه آلفای کرونباخ مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۷ و مقیاس سرکوبی ۰/۹۰ به دست آمد [۴۲].

۳. پرسشنامه تحریک‌پذیری (IRQ)^۱: این مقیاس توسط کریگ هیتانن مارکووا و بریوس در سال ۲۰۰۸ م. ساخته و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه بر اساس لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری شده است. بدین‌گونه، می‌توان به هر پرسش از صفر (اصلاً) تا ۳ (زیاد) نمره داد. دامنه نمرات برای این آزمون از صفر تا ۶۳ است. نمره بالاتر از ۴۲ نشان دهنده تحریک‌پذیری بالا و نمره پایین‌تر از آن نشان دهنده تحریک‌پذیری پایین است. هیچ کدام از عبارات‌های این پرسشنامه نمره معکوس ندارد. در پایان نمره‌گذاری، برای هر پرسشنامه یک نمره کل در نظر گرفته می‌شود و جمع نمرات کلیه عبارات‌های آزمون باهم خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ نسخه اصلی برای کل آزمون ۰/۹۰ و بین دو نیمه آزمون برابر با ۰/۷۸ است و اعتبار این آزمون پس از گذشت دو هفته ۰/۸۲ به دست آمد. این پرسشنامه در ایران توسط پورافروز، ستایشی، الله بیگدلی و پدرام در سال ۱۳۹۹ ترجمه شده و پایایی آن با استفاده از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمده است. نتایج نشان می‌دهد که نسخه ترجمه شده پرسشنامه تحریک‌پذیری از پایایی و روایی خوبی برخوردار است [۴۳].

۴. مقیاس تاب‌آوری^۲: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ م. جهت سنجش میزان تاب‌آوری افراد

3 . Penn State Worry Questionnaire

1 . Irritability Questionnaire
2 . Resilience scale

با اضطراب بیش از حد در مورد نگرانی‌های بهداشتی و همچنین بسیاری از اختلالات که در آن تجربه یک شکایت اصلی است، طراحی شده است. در ادامه خلاصه جلسات درمانی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواسی اجباری و افسردگی می‌شود. این برنامه همچنین برای رسیدگی به اختلالات نزدیک به اختلالات هیجانی مانند هیپوکندریا و دیگر مشکلات مرتبط

جدول ۱. خلاصه جلسات دوازده‌گانه درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو، ۲۰۱۷)، [۴۸]

| جلسات | اهداف | محتوا | تمرین | نتیجه |
|------------------------|----------------------------------|---|--|---|
| جلسه نخست | افزایش انگیزه و ارائه منطق درمان | افزایش انگیزه، مصاحبه‌ی انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طی درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان و اجرای پیش‌آزمون | - | - |
| جلسه دوم | شناخت هیجانات | ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC\ | بازنویسی هیجانات منفی و مثبت | بازنگری در ابراز هیجانات |
| جلسه سوم و چهارم | پذیرش هیجانات و آگاهی از آن‌ها | آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی | استفاده از نظر و دیدگاه نزدیک‌ترین شخص در مورد هیجانات | دیدن هیجانات منفی و پذیرش بدون قضاوت آن‌ها |
| جلسه پنجم | باز ارزیابی هیجانات | ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه توماتیک و تله‌های شایع فکری و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر | قبل از ابراز هیجان شناخت و بازنگری آن در منزل | مواجهه با هیجانات منفی و مقابله با آن‌ها |
| جلسه ششم | اجتناب هیجانی و تأثیرات آن | شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان | تمرین مواجهه با هیجانات منفی و مقابله منطقی و تحلیل محتوای هیجانات در منزل | اجتناب از هیجانات منفی |
| جلسه هفتم | شناخت رفتارهای مرتبط با هیجان | بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی ۲ (EDB) ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به‌واسطه‌ی رویارویی با رفتارها | - | اجتناب از رفتارهای تخریب‌کننده مبتنی بر هیجانات |
| جلسه هشتم | جستجوی احساسات بدنی | آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم | تکنیک پویش بدن و تمرین در منزل | پذیرش احساسات منفی بدنی |
| جلسه نهم، دهم و یازدهم | منطق رویارویی با هیجانات | رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب | برگه سلسله‌مراتب ترس و تکمیل در منزل | رویارویی با احساساتی نظیر ترس و اضطراب |
| جلسه دوازدهم | نتیجه‌گیری | مرور کلی مفاهیم درمان و بحث درباره بهبودی و پیشرفت‌های درمانی، پیشگیری از عود و اجرای پس‌آزمون | - | - |

1. Antecedent Reaction Consequence.
2. Emotion Drives Behavior.

نتایج

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین اثربخشی از تحلیل‌های درصد بهبودی، تحلیل‌های ترسیمی، اندازه اثر کوهن و درصد داده‌های ناهمپوش PND استفاده شد. مطالعات مختلف برای تفسیر شاخص اندازه اثر کوهن، درصد بهبودی بالای ۵۰ برای درصد بهبودی و مقدار ۰/۴۱ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ را به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد

کرده‌اند. برای تفسیر درصد داده‌های ناهمپوش، درصد بالای ۰/۵۰ را حجم اثر بسیار پایین، بین مقادیر ۰/۵۰ تا ۰/۷۵ را حجم اثر متوسط و مقدار ۰/۷۵ را اندازه اثر بسیار بالا پیشنهاد کرده‌اند. برای تفسیر تعیین ثبات روند و تحلیل دیداری درون موقعیتی از هفت مرحله گاست و اسپریگز استفاده شد. طبق اطلاعات دموگرافیک جنسیت هر ۳ آزمودنی زن بوده است، در رنج سنی بین ۲۵-۲۵ قرار داشتند، هر ۳ آزمودنی مجرد بوده‌اند و آزمودنی سوم دارای شغل بوده است.

جدول ۲. نمرات آزمودنی‌ها در طی خط پایه، دوره مداخله و پیگیری ۱ ماهه در متغیرهای تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری، نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر

| آزمودنی | متغیر | خط پایه | سنجش ۳ | سنجش ۶ | سنجش ۹ | سنجش ۱۲ | پیگیری | درصد بهبود کلی |
|---------|---------------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|----------------|
| | اضطراب فراگیر | ۱۷ | ۱۶ | ۱۴ | ۱۱ | ۹ | ۷ | ۵۸٪ |
| | تنظیم هیجان | ۳۲ | ۳۶ | ۴۱ | ۴۵ | ۴۸ | ۵۰ | ۵۶٪ |
| اول | تحریک‌پذیری | ۴۵ | ۴۲ | ۳۷ | ۲۹ | ۲۳ | ۲۱ | ۵۳٪ |
| | تاب‌آوری | ۳۱ | ۳۴ | ۳۷ | ۴۲ | ۴۷ | ۴۸ | ۵۴٪ |
| | نگرانی | ۶۳ | ۶۱ | ۵۳ | ۴۵ | ۳۲ | ۳۰ | ۵۲٪ |
| | اضطراب فراگیر | ۱۸ | ۱۶ | ۱۴ | ۱۱ | ۸ | ۸ | ۵۵٪ |
| | تنظیم هیجان | ۳۵ | ۳۹ | ۴۴ | ۴۷ | ۵۳ | ۵۴ | ۵۴٪ |
| دوم | تحریک‌پذیری | ۴۷ | ۴۴ | ۳۸ | ۲۹ | ۲۳ | ۲۳ | ۵۱٪ |
| | تاب‌آوری | ۳۳ | ۳۵ | ۳۹ | ۴۴ | ۵۱ | ۵۰ | ۵۱٪ |
| | نگرانی | ۶۵ | ۶۰ | ۵۲ | ۴۲ | ۳۳ | ۳۱ | ۵۲٪ |
| | اضطراب فراگیر | ۱۹ | ۱۷ | ۱۴ | ۱۱ | ۹ | ۸ | ۵۷٪ |
| | تنظیم هیجان | ۳۳ | ۳۶ | ۴۱ | ۴۷ | ۵۲ | ۵۳ | ۶۰٪ |
| سوم | تحریک‌پذیری | ۵۲ | ۴۶ | ۴۰ | ۳۴ | ۲۷ | ۲۵ | ۵۱٪ |
| | تاب‌آوری | ۳۵ | ۳۹ | ۴۵ | ۴۹ | ۵۲ | ۵۳ | ۵۱٪ |
| | نگرانی | ۶۲ | ۵۹ | ۵۳ | ۴۵ | ۳۳ | ۳۰ | ۵۱٪ |

نتایج داده‌های حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد، درصد بهبود کلی اضطراب فراگیر در اثر درمان با پروتکل UP در آزمودنی نخست ۵۸٪، در آزمودنی دوم ۵۵٪ و در آزمودنی سوم نیز ۵۷٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر اضطراب فراگیر در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰). میزان درصد بهبود کلی متغیر تنظیم هیجان در آزمودنی نخست ۵۱٪، آزمودنی دوم ۵۰٪ و در آزمودنی سوم ۵۰٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در

متغیر تنظیم هیجان در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰). درصد بهبودی متغیر تحریک‌پذیری در آزمودنی نخست ۶۶٪، در آزمودنی دوم ۵۱٪ و در آزمودنی سوم ۵۲٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر تحریک‌پذیری در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰). میزان درصد بهبود کلی متغیر تاب‌آوری در آزمودنی نخست ۵۰٪، در آزمودنی دوم ۵۲٪ و در آزمودنی سوم ۵۰٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی

آزمودنی سوم ۵۸٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر نگرانی در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰).

در متغیر تاب آوری در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰). همچنین درصد بهبود کلی متغیر نگرانی در آزمودنی نخست ۵۳٪، در آزمودنی دوم ۶۶٪ و در

جدول ۳. شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر کوهن
نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای تنظیم هیجان، تحریک پذیری، تاب آوری، نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر

| آزمودنی | متغیر | میانگین خط پایه (MD) | میانگین مداخله (M2) | انحراف استاندارد مداخله (S) | درصد بهبودی مداخله | اندازه اثر کوهن (D1) | میانگین پیگیری (M3) | انحراف استاندارد پیگیری | درصد بهبودی پیگیری | اندازه اثر کوهن (D2) | اندازه اثر PND |
|---------|---------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|----------------|
| | اضطراب فراگیر | ۱۷ | ۱۲/۵ | ۳/۱۰ | ۲۶٪ | ۱/۴۵ | ۷ | ۳/۸۴ | ۵۸٪ | ۲/۶۰ | ۸۳٪ |
| | تنظیم هیجان | ۳۲ | ۴۲/۵ | ۵/۱۹ | ۳۲٪ | ۲/۰۳ | ۵۰ | ۵/۸۵ | ۵۶٪ | ۳/۰۷ | ۸۳٪ |
| اول | تحریک پذیری | ۴۵ | ۳۲/۷۵ | ۸/۴۱ | ۲۷٪ | ۱/۴۵ | ۲۱ | ۹/۳۶ | ۵۳٪ | ۲/۵۶ | ۸۳٪ |
| | تاب آوری | ۳۱ | ۴۰ | ۵/۷۱ | ۲۹٪ | ۱/۵۷ | ۴۸ | ۶/۳۶ | ۵۴٪ | ۲/۶۷ | ۸۳٪ |
| | نگرانی | ۶۳ | ۴۷/۷۵ | ۱۲/۳۶ | ۲۴٪ | ۱/۲۳ | ۳۰ | ۱۳/۹۰ | ۵۲٪ | ۲/۳۵ | ۸۳٪ |
| | اضطراب فراگیر | ۱۸ | ۱۲ | ۳/۹۱ | ۳۳٪ | ۱/۵۳ | ۸ | ۳/۹۳ | ۵۵٪ | ۲/۵۴ | ۸۳٪ |
| | تنظیم هیجان | ۳۵ | ۴۵/۷۵ | ۵/۸۵ | ۳۰٪ | ۱/۸۳ | ۵۴ | ۶/۵۳ | ۵۴٪ | ۲/۹۰ | ۸۳٪ |
| دوم | تحریک پذیری | ۴۷ | ۳۳/۵ | ۹/۳۲ | ۲۸٪ | ۱/۴۴ | ۲۳ | ۹/۶۳ | ۵۱٪ | ۲/۴۹ | ۸۳٪ |
| | تاب آوری | ۳۳ | ۴۲/۲۵ | ۶/۸۹ | ۲۸٪ | ۱/۳۴ | ۵۰ | ۷/۱۲ | ۵۱٪ | ۲/۳۸ | ۸۳٪ |
| | نگرانی | ۶۵ | ۴۶/۷۵ | ۱۱/۷۵ | ۲۸٪ | ۱/۵۵ | ۳۱ | ۱۲/۸۷ | ۵۲٪ | ۴/۷۷ | ۸۳٪ |
| | اضطراب فراگیر | ۱۹ | ۱۲/۷۵ | ۳/۴۹ | ۳۲٪ | ۱/۷۹ | ۸ | ۳/۸۵ | ۵۷٪ | ۲/۸۵ | ۸۳٪ |
| | تنظیم هیجان | ۳۳ | ۴۴ | ۶/۹۷ | ۳۳٪ | ۱/۵۷ | ۵۳ | ۷/۵۳ | ۶۰٪ | ۲/۶۵ | ۸۳٪ |
| سوم | تحریک پذیری | ۵۲ | ۳۶/۷۵ | ۸/۱۳ | ۲۹٪ | ۱/۸۷ | ۲۵ | ۹/۱۷ | ۵۱٪ | ۲/۹۴ | ۸۳٪ |
| | تاب آوری | ۳۵ | ۴۶/۲۵ | ۵/۶۱ | ۳۲٪ | ۲ | ۵۳ | ۵/۹۲ | ۵۱٪ | ۳/۰۴ | ۸۳٪ |
| | نگرانی | ۶۲ | ۴۷/۵ | ۱۱/۲۳ | ۲۳٪ | ۱/۲۹ | ۳۰ | ۱۳/۰۸ | ۵۱٪ | ۲/۴۴ | ۸۳٪ |

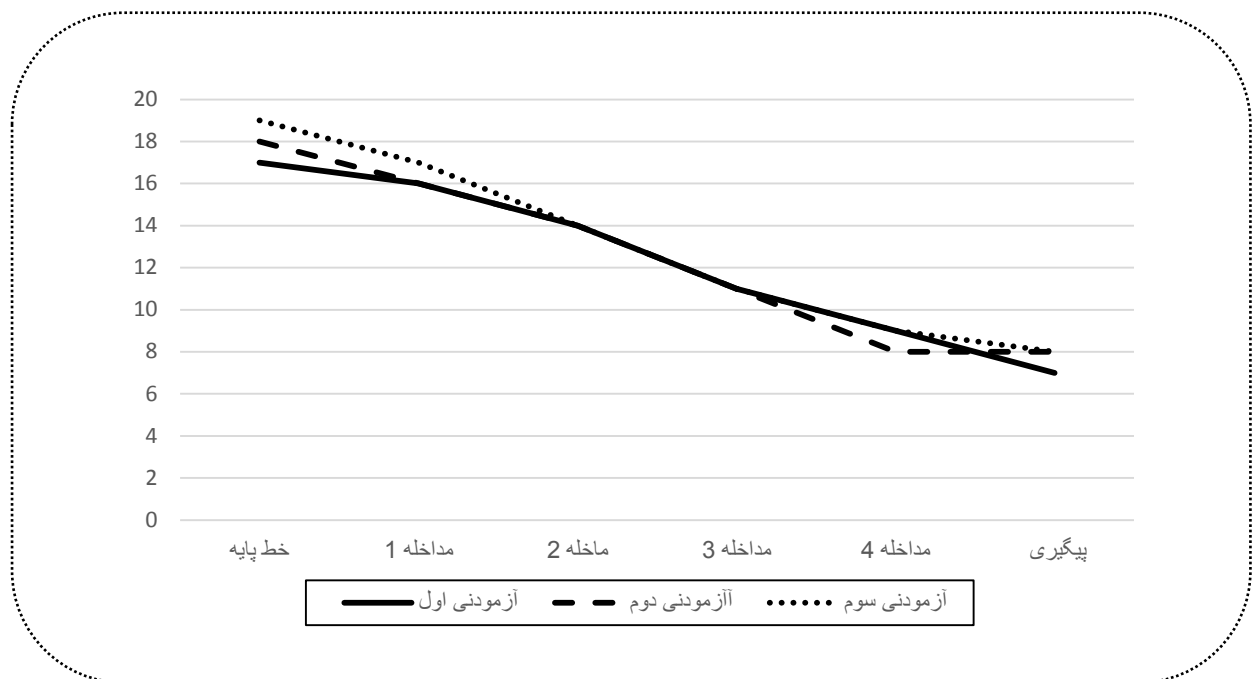
مقیاس‌های اضطراب فراگیر، تحریک پذیری و تاب آوری بالا گزارش شده است ($D > 2/70$).

طبق نتایج داده‌های حاصل از جدول ۴، ثبات روند در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در هر ۳ آزمودنی باثبات است. همچنین جهت روند در مراحل خط پایه در هر ۳ آزمودنی روند صعودی می‌باشد. در مراحل مداخله و پیگیری در هر ۳ آزمودنی روند نزولی داشته است. بنابراین، طبق تحلیل نتایج داده‌های آماری می‌توان گفت: درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) تأثیر معناداری را در تنظیم هیجان، تحریک پذیری، تاب آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دارد.

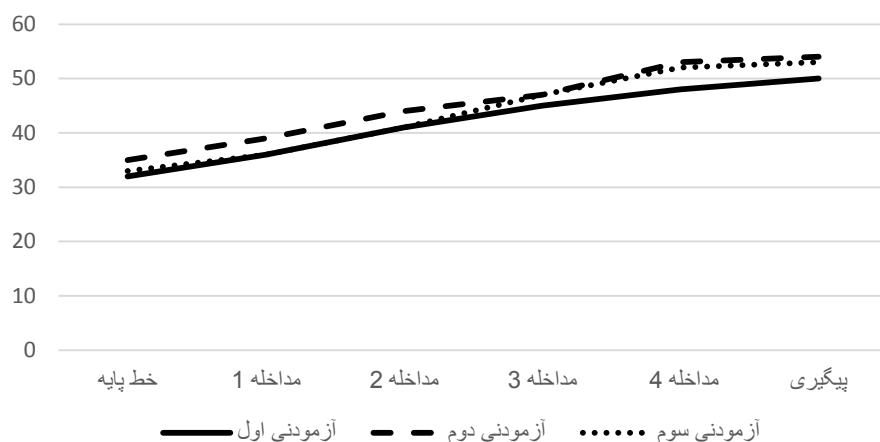
طبق نتایج حاصل از داده‌های جدول ۳، درصد بهبودی اضطراب فراگیر در آزمودنی نخست ۵۸٪ و اندازه اثر کوهن در زیر مقیاس‌های اضطراب فراگیر، تحریک‌پذیری و تاب آوری و نگرانی متوسط ($D < 2/70$) و در زیر مقیاس تنظیم هیجان بالا گزارش شده است ($D > 2/70$). درصد بهبودی اضطراب فراگیر در آزمودنی دوم ۵۵٪ و اندازه اثر کوهن در زیر مقیاس‌های اضطراب فراگیر، تحریک‌پذیری، تاب آوری متوسط ($D < 2/70$) و در زیر مقیاس‌های تنظیم هیجان و نگرانی بالا گزارش شده است ($D > 2/70$). درصد بهبودی اضطراب فراگیر در آزمودنی سوم ۵۷٪ و اندازه اثر کوهن در زیر مقیاس‌های تنظیم هیجان و نگرانی متوسط ($D < 2/70$) و در زیر

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای شرکت‌کنندگان در متغیر اضطراب فراگیر

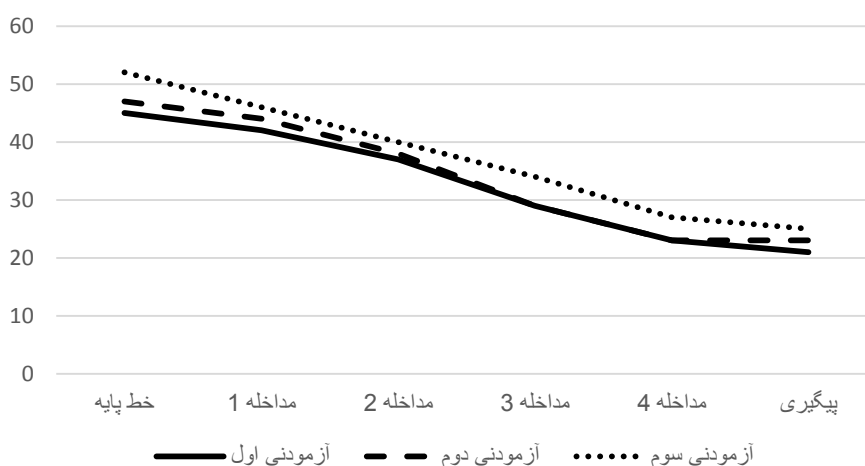
| مرحله مقیاس | | | مرحله مداخله | | | مرحله خط پایه | | | توالی موقعیت |
|-------------|---------|---------|--------------|----------|--------|---------------|-----------|-----------|--------------------------|
| سوم | دوم | اول | سوم | دوم | اول | سوم | دوم | اول | شرکت‌کنندگان |
| ۲ | ۲ | ۲ | ۴ | ۴ | ۴ | ۲ | ۲ | ۲ | تعداد جلسات |
| طراز | | | | | | | | | |
| ۸ | ۸ | ۷ | ۱۲/۷۵ | ۱۲ | ۱۲/۵ | ۱۹ | ۱۸ | ۱۷ | میان |
| ۸ | ۸ | ۷ | ۱۲/۷۵ | ۱۲ | ۱۲/۵ | ۱۹ | ۱۸ | ۱۷ | میانگین |
| ۹-۷ | ۹-۷ | ۸-۶ | ۱۷-۹ | ۱۶-۷ | ۱۶-۹ | ۲۰-۱۸ | ۱۹-۱۷ | ۱۸-۱۶ | دامنه تغییرات |
| ۶/۹-۴/۶ | ۶/۹-۴/۶ | ۵/۸-۶/۴ | ۱۰/۱۵-۲/۳ | ۹/۱۴-۶/۴ | ۱۵-۱۰ | ۱۵/۲۲-۲/۸ | ۱۴/۲۱-۴/۶ | ۱۳/۲۰-۶/۴ | محفظه ثبات |
| ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۸۵ | ۹۰ | ۹۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | درصد داده‌های محفظه ثبات |
| بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | دامنه تغییرات محفظه ثبات |
| تغییر طراز | | | | | | | | | |
| -۱ | -۱ | -۲ | -۷ | -۸ | -۵ | +۲ | +۲ | +۱ | تغییر طراز نسبی |
| -۱ | -۱ | -۲ | -۱۱ | -۱۰ | -۱۰ | +۲ | +۲ | +۱ | تغییر طراز مطلق |
| روند | | | | | | | | | |
| نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | صعودی | صعودی | صعودی | جهت |
| بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | بائبات | ثبات |
| ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | درصد داده‌های محفظه ثبات |



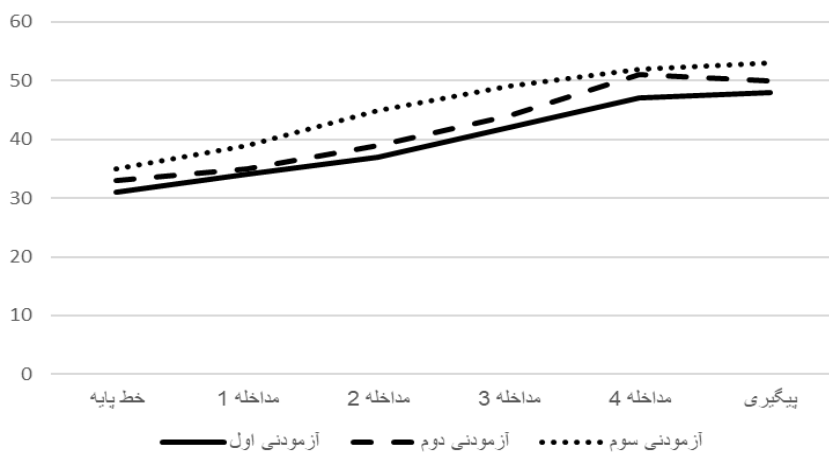
نمودار ۱. ترسیم روند تغییرات اضطراب فراگیر کل در شش مشاهده برای هر آزمودنی



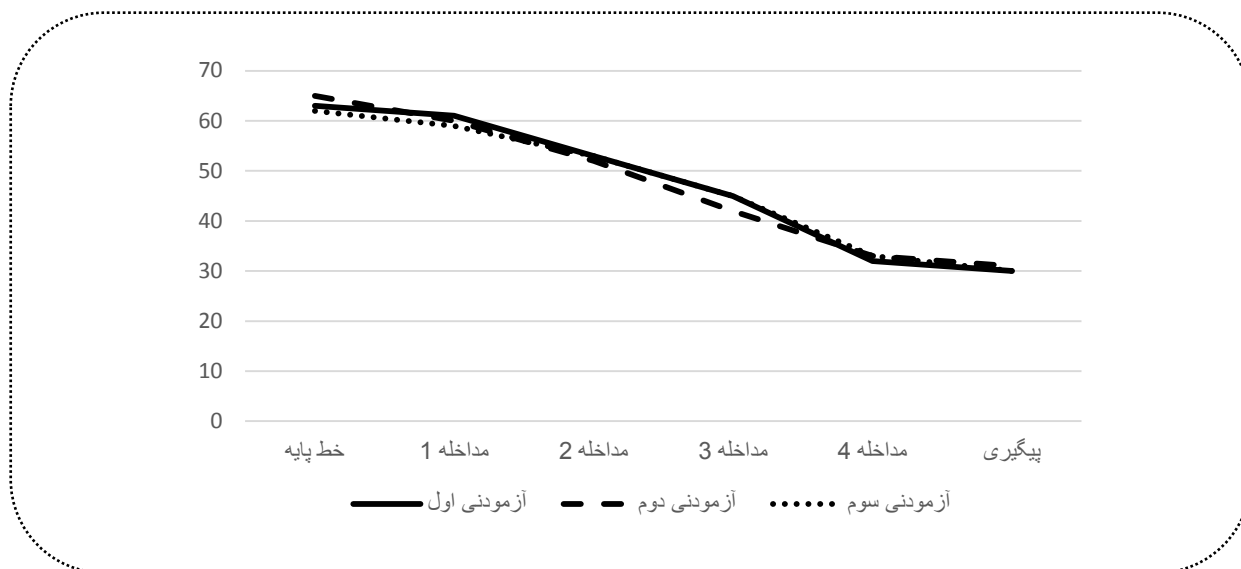
نمودار ۲. ترسیم روند تغییرات تنظیم هیجان کل در شش مشاهده برای هر آزمودنی



نمودار ۳. ترسیم روند تغییرات تحریک‌پذیری کل در شش مشاهده برای هر آزمودنی



نمودار ۴. ترسیم روند تغییرات تاب‌آوری کل در شش مشاهده برای هر آزمودنی



نمودار ۵. ترسیم روند تغییرات نگرانی کل در شش مشاهده برای هر آزمودنی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این پرسش انجام گرفت؛ آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری دارد؟ یافته‌های پژوهش نشان داد؛ درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) تأثیر معناداری را در تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دارد.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان را می‌توان به واسطه فرایندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. با استفاده از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد کمک می‌شود، هیجان‌ناخوشایندشان را درک کنند و آن را تحمل نمایند. همچنین به افراد کمک می‌شود، مؤلفه‌های تجارب هیجانی‌شان و مدل (ARC) هیجان‌ناخوشایندشان را شناسایی کنند. این امر به افراد در تنظیم هیجان‌ناخوشایند کمک شایانی می‌کند. یافته‌های این پژوهش درباره اثربخشی UP بر تنظیم هیجان تأییدکننده پژوهش‌های پیشینی است که اثربخشی این درمان را بر علائم اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) بر

تنظیم هیجان مبتلایان به اضطراب فراگیر پرداخته‌اند، همسو است [۴۹،۵۰،۵۱]. درمان فراتشخیصی یکپارچه به طور مؤثری موجب کاهش علائم و نشانگان اضطراب و افسردگی می‌شود و نتایج آن با پژوهش حاضر همسو است [۵۲]. همچنین مطابق با پژوهش‌ها، ترکیب درمان فراتشخیصی یکپارچه به همراه تحریک جریان مستقیم درون جمجمه‌ای می‌تواند علائم اختلال اضطراب فراگیر را کاهش دهد [۵۳] که نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر همپوشانی دارد.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحریک‌پذیری و تاب‌آوری را می‌توان به واسطه فرایندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. در درمان UP با شناسایی رفتارهای هیجان‌ناخوش و استفاده از رفتارهای جایگزین به افراد کمک می‌شود عملی مخالف در پاسخ به هیجان‌ناخوش خود انجام دهند. همچنین به افراد آموزش داده می‌شود حواس بدنی‌شان را درک کنند و با تکنیک‌های رفتاری به مقابله با آن‌ها بپردازند. در نتیجه تحریک‌پذیری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کاهش می‌یابد و به دنبال آن تاب‌آوری افزایش پیدا می‌کند. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین؛ ۱. پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تحریک‌پذیری؛ [۵۴] ۲. پژوهش اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کنترل خشم و کاهش تحریک‌پذیری [۵۵] و در نهایت نتایج پژوهشی درمان فراتشخیصی یکپارچه تأثیر معناداری را در کاهش

1. Antecedent, Response, Consequences.

- 2- Robichaud M, Dugas MJ. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. Routledge; 2012 Oct 12. <https://doi.org/10.4324/9781315709741>
- 3- Sharifi V, Esmaili A, Motevalian A, Rahimimovaghar A, Hefazati M, Radgoodarzi R, Hajebi A. Translation and validation of the Iranian version of the Sheehan Disability Scale. Annual Conference of Scientific Association of Psychiatrists of Iran. 2011, 28. <https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/59>
- 4- Stein MB, Sareen J. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*. 2015 Nov 19; 373(21): 2059-68. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>
- 5- Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual review of clinical psychology*. 2013; 9: 275. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>
- 6- Esmaili L, Aghaei A, Abedi MR, Esmaili M. Effectiveness of emotion regulation in the mental health of epileptic girls. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.451>
- 7- Bargh JA, Williams LE. The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*. 2007; 1: 429-45. <https://awspntest.apa.org/record/2007-01392-021>
- 8- Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation conceptual: Handbook of emotion regulation. New York: Guilfords Publication. 2007. <https://psycnet.apa.org/record/2007-01392-001>
- 9- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010 Mar 1; 30(2): 217-37. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- 10-Kring AM, Sloan DM, editors. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. Guilford Press; 2009 Nov 4. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>

تحریک پذیری کودکان مبتلا به تحریک پذیری دارد، نتایج پژوهش حاضر همسو است [۵۶].

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نگرانی را می توان به واسطه فرایندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. با استفاده از تکنیک آگاهی هیجانی غیر قضاوتی و تمرکز بر زمان حال (ذهن آگاهی) افراد تمرکزشان را معطوف به زمان حال می کنند و از نشخوار فکری راجع به گذشته و پیش بینی وقایع فاجعه آمیز آینده اجتناب می کنند. همچنین با استفاده از تکنیک ارزیابی شناختی، تله های فکری (فاجعه سازی و نتیجه گیری شتاب زده) و باورهای مرکزی افراد از طریق پیکان رو به پایین شناسایی می شود و به چالش کشیده می شود. در نتیجه توسط تکنیک های ذکر شده نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کاهش می یابد.

نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) و نیز پژوهش درمان های شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی مبتلایان به اضطراب فراگیر، همسو است [۵۷، ۵۸]. همچنین در پژوهش با عنوان؛ درمان متمرکز بر هیجان (هیجان محور) بر کاهش علائم نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر، تأثیر معناداری دارد [۵۹] و نتایج این پژوهش ها همسو با پژوهش حاضر است.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان فراتشخیصی یکپارچه تأثیر معناداری در تنظیم هیجان، کاهش تحریک پذیری، تاب آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دارد و می تواند به عنوان درمانی مؤثر برای درمان این اختلال به کار رود. با این حال به علت محدودیت هایی نظیر، استفاده از روش تک آزمودنی و حجم نمونه اندک، استفاده از پرسشنامه های خود گزارش دهی و استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه در دسترس، باید در تعمیم دهی نتایج جوانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین پیشنهاد می شود در پژوهش های با حجم نمونه بیشتر و کار گروهی به ارزیابی تأثیر این روش درمانی بر انواع دیگر اختلالات خلقی مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی پرداخته شود.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Dsm-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

- 19-Meece JL, Glienke BB, Askew K. Gender and motivation. *Handbook of motivation at school*. 2009 Sep 10: 425-46.
<https://dx.doi.org/10.4324/9780203879498>
- 20-Mylant M, Ide B, Cuevas E, Meehan M. Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilient? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2002 Apr 1; 8(2): 57-64.
<https://doi.org/10.1067/mpn.2002.125037>
- 21-Newton-John TR, Mason C, Hunter M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation psychology*. 2014 Aug; 59(3): 360.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0037023>
- 22-Newman MG, Cho S, Kim H. Worry and generalized anxiety disorder: a review. Newman, MG, Cho, S., & Kim, H. (2017). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. 2017; 10.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05108-7>
- 23-Llera SJ, Newman MG. Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*. 2014 May 1; 45(3): 283-99.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.12.011>
- 24-Hallion LS, Steinman SA, Kusmierski SN. Difficulty concentrating in generalized anxiety disorder: An evaluation of incremental utility and relationship to worry. *Journal of anxiety disorders*. 2018 Jan 1; 53: 39.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.007>
- 25-Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Yamaguchi K, Nakajima S, Miyamae M, Toyota A, Okumura Y, Takebayashi Y. Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2022 Jan 10: 1-2.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721005067>
- 26-Nasiri F, Mashhadi A, Bigdeli I, Chamanabad AG, Ellard KK. Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: a randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2020 Feb 1; 262: 405-13.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.064>
- 11-Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of anxiety disorders*. 2009 Oct 1; 23(7): 866-71.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.006>
- 12-Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2006 Aug; 30(4): 469-80.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-006-9055-4>
- 13-Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Emotion Regulation Training on Irritability, Depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2020 Aug 22; 12(2): 41-50.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2020.19250.1778>
- 14-St-Louis AC, Rapaport M, Chénard Poirier L, Vallerand RJ, Dandeneau S. On emotion regulation strategies and well-being: The role of passion. *Journal of Happiness Studies*. 2021 Apr; 22(4): 1791-818. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00296-8>
- 15-O'Toole MS, Renna ME, Mennin DS, Fresco DM. Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy*. 2019 Nov 1; 50(6): 1042-52.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.005>
- 16-Fida R, Paciello M, Barbaranelli C, Tramontano C, Fontaine RG. The role of irritability in the relation between job stressors, emotional reactivity, and counterproductive work behaviour. *European Journal of work and organizational psychology*. 2014 Jan 2; 23(1): 31-47.
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.713550>
- 17-Huang Z, Zhan S, Chen C, Li N, Ding Y, Hou Y, Wang L, Wang Y. The effect of insomnia on cortical excitability in patients with generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 755. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00755>
- 18-Feldman R. Social behavior as a transdiagnostic marker of resilience. *Annual review of clinical psychology*. 2021 May 7; 17: 153-80.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-102046>

- 34-Nathan PE, Gorman JM, editors. A guide to treatments that work. Oxford University Press; 2015 Jun 26.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199342211.001.0001>
- 35-Dear BF, Staples LG, Terides MD, Karin E, Zou J, Johnston L, Gandy M, Fogliati VJ, Wootton BM, McEvoy PM, Titov N. Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*. 2015 Dec 1; 36: 63-77.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.003>
- 36-Ghaderi, F., Akrami, N., Namdari, K., Abedi, A. Comparing the effectiveness of integrated cognitive-behavioral therapy with transdiagnostic therapy on the symptoms of patients with generalized anxiety disorder coexisting with depression. 2021; 27(4): 440-457.
<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3>
- 37-Sharafi MR, Jafari D, Bahrami. M. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and integrated transdiagnostic therapy on the social adjustment of adolescents with generalized anxiety disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020; 9(6): 83-95.
<http://jdisabilstud.org/article-1-2982-en.html>
- 38-Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006 May 22; 166(10): 1092-7.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 39-Naeinian MR, Shairi MR, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7).
https://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html
- 40-Hosseini F, Kheir M. Investigation of the Role of Teacher in Mathematic Academic Emotions and Students Emotion Regulation. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2011 Jan 21; 5(20): 41-63.
https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4176_en.html?lang=en
- 41-Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*. 2010 Jan 25.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009>
- 27-Mohammadpour M, Sadeghi K, Foroughi A, Amiri S, Pouyanfard S, Parvizifard A, Khoramniya S. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: treatment of comorbid psychopathology accompanying a generalized anxiety disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2018 Oct 24; 12(3): 125-31.
https://www.behavsci.ir/article_86046.html
- 28-Abbasi A, Aghaei A, Moghadam HE. Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. *Journal of psychologicalscience*. 2019 Sep 10; 18(78): 691-8.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-356-en.html>
- 29-Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, Gallagher MW, Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2012 Sep 1; 43(3): 666-78.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- 30-Cassielo-Robbins C, Southward MW, Tirpak JW, Sauer-Zavala S. A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*. 2020 Jun 1; 78: 101852.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- 31-Abbasi A, Aghaei A, Moghadam HE. Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. *Journal of psychologicalscience*. 2019 Sep 10; 18(78): 691-8.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-356-en.html>
- 32-Dehshiri G, Golzari, M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 2009; 1(4): 67-75.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988>
- 33-Keshavarz afshar H, Rafei Z, Mirzaei A. Effectiveness of acceptance and acceptance therapy (ACT) on inclusive treatment. *Payesh (Health Monitor)*. 2018; 17(3): 89-96.
<http://payeshjournal.ir/article-1-47-en.html>

- 50-Ghezelsefloo M, Nejatifar S, Aghaziarati A. students with internalized behavioral problems. *Psychological Science*. 2022 Jun; 21(111): 525-41. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1448-fa.html>
- 51-Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary psychology*. 2016 Sep 10; 11(1): 21-32. https://bjcp.ir/browse.php?a_id=813&sid=1&slc_lang=en
- 52-Maia AC, Braga AA, Nunes CA, Nardi AE, Silva AC. Transdiagnostic treatment using a unified protocol: application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2013; 35: 134-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892013000200007>
- 53-Nasiri F, Mashhadi A, Bigdeli I, Chamanabad AG, Ellard KK. Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2020 Feb 1; 262: 405-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.064>
- 54-Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Emotion Regulation Training on Irritability, Depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2020 Aug 22; 12(2): 41-50. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.19250.1778>
- 55-Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2020 May 1; 27(2): 184-201. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>
- 56-Hawks JL, Kennedy SM, Holzman JB, Ehrenreich-May J. Development and application of an innovative transdiagnostic treatment approach for pediatric irritability. *Behavior therapy*. 2020 Mar 1; 51(2): 334-49. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.004>
- 42-Taherifar Z, Ferdousi S, Moutabi F, Mazaheri MA, Fata L. The mediating role of failure of emotion regulation strategies in the relationship between negative emotion intensity and safety motivation with generalized anxiety symptoms. *Contemporary psychology, the two-quarter journal of the Iranian Psychological Association*. 2016 Mar 10; 10(2): 51-66. https://bjcp.ir/browse.php?a_id=898&sid=1&slc_lang=en
- 43-Pourafrooz E, Setayeshi S, Alahbigdeli E, & Pedram M M. (2020). Making and Standardization the Psychometricof irritability questionnaire. *PSYCHOMETRY*, 8(32): 7-21. <https://sanad.iau.ir/Journal/ps/Article/1111983>
- 44-Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep; 18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- 45-Mohammadi M, Jazayeri AR, Rafiei AH, Jokar B, Pourshahbaz, A. Investigating resilience factors in people at risk of drug use. *Scientific-Research Quarterly Journal of Psychology of Tabriz University*. 2006; 1(3): 193-214. <https://www.sid.ir/paper/120410/fa>
- 46-Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990 Jan 1; 28(6): 487-95. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- 47-Dehshiri G. The Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Anxiety and Worry of People with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2012; 4(2): 19-28. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2085>
- 48-Barlow D. H, Farchione T J, Bullis J R, Gallagher M. W, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, ... & Cassiello-Robbins C. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2017; 74(9): 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- 49-Bameshgi M, Kimiaei A, Mashhadi, A. Effectiveness of a unified protocol on emotion regulation and experiential avoidance in women with comorbid major depressive and generalized anxiety symptoms. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2020; 22(6): 341-348. <https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1083880.html>

مدلیابی روابط ساختاری علائم شخصیت مرزی بر اساس روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی در نوجوانان: نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی

نویسندگان

کوثر حسینیان لنگوری سرخی^۱، زینب خانجانی^{۲*}، تورج هاشمی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. hossiniankowsar1998@gmail.com

۲. استاد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. tourjhashemi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی از اوایل بزرگسالی شروع می‌گردد و عملکرد فرد را در زمینه‌های مختلف به‌ویژه روابط بین‌فردی به شدت مختل می‌نماید. بنابراین، بررسی عواملی که در شکل‌گیری بدنه این اختلال نقش دارند، ضرورت می‌یابد. به همین منظور هدف پژوهش حاضر مدلیابی روابط ساختاری علائم شخصیت مرزی بر اساس روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی در نوجوانان با توجه به نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی است. بدین منظور نمونه‌ای به حجم ۳۴۲ نفر از میان دانش‌آموزان متوسطه دوم شهرستان بابل به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. جهت اندازه‌گیری متغیرها از پرسش‌نامه‌های مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان (کریک، ۲۰۰۵م)، روابط موضوعی بل برای کودکان و نوجوانان (موریس بل، ۲۰۰۳م)، تجارب ترومای دوران کودکی (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳م) و عملکرد انعکاسی نوجوانان (شارپ و همکاران، ۲۰۰۹م) استفاده شد. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از نرم‌افزارهای SPSS²⁴ و SMART PLS^{3,2,8} استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد، روابط موضوعی معیوب و ترومای دوران کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق توانایی ذهنی‌سازی ضعیف بر ویژگی‌های شخصیت مرزی تأثیر دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت، روابط موضوعی معیوب و ترومای دوران کودکی می‌تواند علائم شخصیت مرزی را به تنهایی در نوجوانی پیش‌بینی کنند. همچنین روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی می‌تواند رشد ذهنی‌سازی را با وقفه روبه‌رو سازند و به‌واسطه ایجاد نقص در شکل‌گیری این توانایی مهم زمینه را برای بروز نشانگان شخصیت مرزی در نوجوانی فراهم کنند. درک اهمیت روابط موضوعی اولیه، تجارب تروماتیک در دوران کودکی و توانایی ذهنی‌سازی به عنوان عوامل مؤثر در بروز نشانگان شخصیت مرزی می‌تواند به درک عمیق‌تری از مکانیزم‌هایی که در ظهور شخصیت مرزی نقش دارند منجر شود و امکان اقدامات پیشگیرانه را در سنین پایین‌تر و نوجوانی موجب گردد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۸/۲۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۱۸



کلیدواژه‌ها

روابط موضوعی، ترومای دوران کودکی، ظرفیت ذهنی‌سازی، علائم شخصیت مرزی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

dr.khanjaani@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

شخصیت^۱، به معنای روش‌هایی است که یک فرد برای فکرکردن و رفتارکردن دارد و هر فرد را به طور خاص و منحصربه‌فردی از هم جدا می‌کند. باتوجه‌به تعریف شخصیت، روان‌شناسی شخصیت نیز به مطالعه علمی اشخاص اشاره دارد [۱] و روان‌شناسان را قادر می‌سازد نه تنها فرآیند شکل‌گیری شخصیت، بلکه فرآیندهایی که باعث تبدیل شخصیت سالم به اختلالات شخصیتی^۲ می‌شوند را نیز مورد بررسی قرار دهند.

از منظر بالینی، اختلالات شخصیت الگویی از تجربیات و رفتار درونی را توصیف می‌کنند که به طرز قابل‌توجهی از انتظارات فرهنگی فرد منحرف می‌شوند و در عملکردهای عاطفی، شناختی، رفتاری و بین‌فردی اختلال قابل‌توجهی را ایجاد می‌کنند. علائم اغلب در دوران نوجوانی آغاز می‌شوند و الگوی پایداری از عملکرد ناسازگار در طول زمان حفظ می‌شود. این الگوی تفکر و رفتار فرد افراطی، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگار است و موجب به چالش کشیدن روابط بین‌فردی می‌شود و در نتیجه ناراحتی قابل‌توجهی را برای فرد و دیگران ایجاد می‌کند [۲]. اختلالات شخصیت می‌توانند به طرز قابل‌توجهی سلامت و رفاه عمومی را در سطح فردی کاهش دهند [۳]. در عین‌حال، این اختلالات ممکن است بار اقتصادی را در سطح جامعه افزایش دهند [۴] و آن را به یک حوزه مهمی برای پژوهش تبدیل کنند [۵].

اختلال شخصیت اختلالی شایع و مزمن است. نتایج برخی از پژوهش‌ها از جمله اتون و گرین^۳ [۶] حاکی از آن است که تقریباً یک نفر از هفت نفر در جمعیت غیربالینی حداقل یک اختلال شخصیت را تجربه می‌کند. در میان افرادی که از اختلال‌های شخصیتی رنج می‌برند، حدود ۳۰ تا ۶۰ درصد از آن‌ها تشخیص اختلال شخصیت مرزی^۴ را دریافت کرده‌اند. بنابراین این اختلال نسبت به سایر اختلالات شخصیتی از نظر شیوع جایگاه بالاتری را دارد و تقریباً یک‌سوم تا یک‌چهارم از موارد اختلال‌های شخصیتی را تشکیل می‌دهد [۷]. اختلال شخصیت مرزی به موقعیت روان‌پزشکی اطلاق می‌شود که با روابط بین‌فردی بی‌ثبات،

ترس از طردشدن، اختلال هویت، تکانشگری، رفتارهای پرخطر، بی‌ثباتی عاطفی، احساس مزمن پوچی، دشواری در کنترل خشم، افکار پارانوئید و نشانه‌های تجزیه‌ای مشخص می‌شود [۲].

اگرچه توافق دیرینه‌ای در مورد این موضوع وجود دارد که اختلالات شخصیت ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارند؛ اما تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی صورت می‌گیرد و تشخیص آن در دوران نوجوانی و قبل از ۱۸ سالگی موضوعی پیچیده و جدال‌آمیز به حساب می‌آید [۸]. اما شواهد زیادی از تشخیص و درمان BPD در نوجوانی حمایت می‌کنند و معتقدند همانند تشخیص آن در بزرگسالی از پایایی و روایی برخوردار است [۹ و ۱۰]. پژوهشگران میزان شیوع اختلال شخصیت مرزی را در نوجوانان مشابه جمعیت بزرگسال ۱ تا ۳ درصد، در نمونه‌های بالینی ۳۳ تا ۴۹ درصد و در نمونه‌های سرپایی ۱۱ درصد برآورد کرده‌اند [۱۱]. بنابراین، با بررسی و شناسایی عوامل مستعد کننده و نگهدارنده این اختلال می‌توان نوجوانان در معرض خطر را شناسایی نمود و اقدامات درمانی لازم را جهت جلوگیری از تشدید علائم به کار بست.

در بین رویکردهای مختلف که به آسیب‌شناسی روانی BPD پرداخته‌اند، رویکرد روان تحلیل‌گری^۵ عمیق‌ترین آن بوده است. این رویکرد، به دنبال کشف این است که گذشته افراد به چه صورت بر روی رفتار و روابط کنونی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. یکی از نظریه‌های برگرفته از رویکرد روان تحلیل‌گری که در سبب‌شناسی BPD بسیار مورد توجه قرار گرفته است رویکرد روابط موضوعی^۶ است [۱۲].

رویکرد روابط موضوعی، از جمله رویکردهایی است که حاصل تغییر رویکرد روان تحلیل‌گری کلاسیک است [۱۳]. نظریه‌پردازان روابط موضوعی، ضمن اینکه بسیاری از مفاهیم رویکرد کلاسیک را می‌پذیرند تمرکزشان بیشتر بر روی روابط بین‌فردی، نیاز به ایجاد روابط و نه لذت جنسی (به‌ویژه روابط مختل اوایل کودکی با والدین) می‌باشد که می‌تواند به شکل‌گیری ساختارهای درون روانی معیوب از خود و دیگران و در نتیجه استعداد ابتلاء به طیف وسیعی از اختلال‌های روانی منجر شود [۱۴]. اصطلاح موضوع

1. Personality.
2. Personality Disorders.
3. Eaton & Greene.
4. Borderline Personality Disorder.

5. Psychodynamic Perspective.
6. Object Relation Theory.

اهمیت مراقبت‌های اولیه را نیز متذکر می‌شود. از متغیرهای دیگر که ارتباط آن با اختلال شخصیت مرزی در پژوهش‌ها بسیار مورد بررسی قرار گرفته است، ترومای دوران کودکی^۳ است. تروماهای دوران کودکی، جنبه‌های مختلف بد رفتاری در دوران کودکی، از جمله آزار جنسی^۴ (تماس جنسی یا نوازش اندام تناسلی کودک)، آزار آزار فیزیکی^۵ (کتک‌زدن، ضرب و شتم، هل‌دادن)، غفلت عاطفی^۶ (مراقبت و محبت کافی نکردن به کودک)، آزار عاطفی^۷ (تهدید، توهین، محصور کردن کودک) و غفلت جسمی^۸ (نبود مراقبت‌های پزشکی، آموزشی، سرپناه یا سایر سایر مراقبت‌های ضروری برای رشد سالم کودک علی‌رغم داشتن امکانات) را شامل می‌شود [۲۵، ۲۶]. در تاریخچه دوران کودکی بخش بزرگی از افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تروماهایی اعم از سوءاستفاده و غفلت به چشم می‌خورد. به همین دلیل گفته می‌شود ترومای دوران کودکی مهم‌ترین عامل خطر محیطی برای BPD است اگرچه پیش‌شرط لازم برای ایجاد آن نیست [۲۷]. به همین دلیل می‌توان بد رفتاری‌های دوران کودکی را به تنهایی به‌عنوان یک محرک راه‌انداز برای ظهور و رشد علائم اختلال شخصیت مرزی بررسی نمود [۲۸]. به‌عنوان مثال: استادنوروزی و زمستانی [۲۹] در پژوهشی دریافتند که تروماهای دوران کودکی قادر است با درصد تبیین ۲۳ الی ۴۸ درصد گروه دارای اختلال شخصیت مرزی را از گروه غیربالینی تفکیک کند. همچنین زاشچیرینسکایا و ایساگولوا^۹ [۲۸] نشان دادند که همه نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برخی از انواع تروماهای روانی دوران کودکی را تجربه کرده بودند. علی‌رغم وجود پژوهش‌های زیادی که در مورد ارتباط تروماهای دوران کودکی با موارد بالینی اختلال شخصیت مرزی انجام شده است [۲۸-۳۵] اما نتایج حاکی از آن بود که بین نشانگان شخصیت مرزی و ابعاد تروما رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد، مطالعات کمی در همین حوزه در جمعیت غیربالینی صورت گرفته است در حالیکه پژوهش‌ها حاکی از آن است که بسیاری از

نظریه روابط موضوعی، به موضوع واقعی بیرونی^۱ که نیازی را برآورده می‌سازد و به باز نمود ذهنی آن در فرد اشاره دارد [۱۵]. این واژه در ترکیب با روابط، به فرآیند رشد روان در ارتباط با دیگران در محیطی که کودک در آن در حال رشد است، اشاره می‌کند. در نظریه روابط موضوعی، فرض بر این است که تصویر فرد از خود در تعامل با شخص دیگر که به آن موضوع می‌گویند به همراه عاطفه حاکم بر آن رابطه درونی می‌شود و این تصاویر درونی شده از این ارتباط به‌عنوان سازمان دهنده اصلی کنش‌وری‌های روانی عمل می‌کنند [۱۶]. کرنبرگ^۲ [۱۷] معتقد است، تعامل‌های عاطفی با افراد مهم زندگی فرد که در طی تحول درونی می‌شوند و در ساختارهای حافظه ماندگار می‌مانند، روابط موضوعی را شکل می‌دهند. این روابط موضوعی درونی، تلفیق جنبه‌های واقعی (بین‌فردی) و خیالی ارتباطات گذشته فرد همراه با دفاع‌های مربوط به آن است و نسبتاً در طول زمان پایدار می‌مانند؛ اما ظرفیت اصلاح هم دارند. در فرآیند رشد کودک، بازنمایی‌های خوب و بد که کودک از خود و دیگران و در تعامل با موضوع، درونی می‌سازد به تدریج یکپارچه می‌گردد و به بازنمایی‌های پیچیده‌تر و واقعی‌تر منجر می‌گردند و کودک می‌فهمد که موضوع و دیگران ترکیبی از اسناد خوب و بد هستند و می‌توانند در یک زمان رضایت‌بخش و در زمان دیگر ناکام‌کننده باشند. اما در کودکی که به سمت BPD می‌روند به دلیل اینکه موضوع ناکام‌کننده بوده است این فرآیند یکپارچگی صورت نمی‌گیرد و کودک یک جدایی دائمی بین بخش‌های ایده‌آل و آزاردهنده موضوع به وجود می‌آورد. این آشفتگی عمیق در روابط موضوعی می‌تواند نشانگان بی‌ثباتی، کناره‌جویی، آرمانی‌سازی ناگهانی و نارزنده‌سازی فاجعه‌آمیز را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تبیین کند. نتایج مطالعاتی که همخوان با این نظریه صورت گرفته است، نشان می‌دهد که بین روابط موضوعی با BPD رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۱۸-۲۴] و افراد با نشانگان شخصیت مرزی دارای روابط موضوعی آسیب دیده هستند. شاید بر اساس روابط موضوعی مختل بتوان نشانه ترس از طرد و رها شدن را در افراد مستعد این اختلال که سابقه روابط موضوعی آشفته دارند، پیش بینی نمود. از طرفی بررسی این متغیر

3 . Childhood Trauma.

4 . Sexual Abuse.

5 . Physical Abuse.

6 . Emotional Neglecting.

7 . Emotional Abuse.

8 . Physical Neglecting.

9 . Zashchirinskaia & Isagulova.

1 . External Real Object.

2 . Krenberg.

انسانی بر اساس حالات ذهنی قصدمندانۀ زیربنایی کمک می‌کند. فوناگی معتقد است؛ ذهنی‌سازی، یک دستاورد تحولی و نه یک توانایی ذاتی است و اکتساب آن به کیفیت روابط دلبستگی، به‌ویژه روابط دلبستگی اولیه با والدین ارتباط دارد. اگر در روابط اولیه کودک، والد یا مراقب پاسخگو و یا قابل‌پیش‌بینی باشد کودک این روابط را درونی می‌کند و دلبستگی ایمن و سالم شکل می‌گیرد که باعث می‌شود فرد نسبت به فرایندهای درون روانی خودآگاهی پیدا کند و از آن به‌عنوان راهنمایی برای درک افکار، احساسات و نیاتی که در ذهن مراقبین و دیگران است، استفاده کند. بنابراین، ذهنی‌سازی رشد خواهد کرد. اما اگر در روابط اولیه کودک، والد یا مراقب پاسخگو و قابل‌پیش‌بینی نباشد؛ موجب شکل‌گیری دلبستگی ناایمن می‌گردد. در دلبستگی ناایمن کودک روابط اولیه آشفته با والد یا مراقب را درونی می‌کند که منجر به سوءبرداشت از دیگران به‌عنوان افرادی غیرقابل‌اعتماد می‌گردد و در نتیجه ارزیابی درست افکار و احساسات دیگران را از دست می‌دهد (به عبارتی بازنمایی‌های ذهنی درستی از خود و دیگران شکل نمی‌گیرد) و به این صورت رشد ذهنی‌سازی را با وقفه روبه‌رو می‌کند. مطالعاتی هم که در سال‌های اخیر در مورد عوامل مؤثر بر توانایی ذهنی‌سازی صورت گرفته است نشان می‌دهد، بین ظرفیت ذهنی‌سازی و روابط دلبستگی اولیه کودک با والد یا مراقب ارتباط وجود دارد [۳۸، ۳۹، ۴۹-۵۱].

همچنین به نظر می‌رسد وجود سابقۀ بدرفتاری‌های دوران کودکی توانایی ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند [۴۵، ۴۹، ۵۲-۵۴]. اسکلیاروف^۳ [۵۵] در پژوهش خود اظهار کرد کرد که سابقۀ رویدادهای آسیب‌زا در زندگی افراد شکل‌گیری مناسب ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند. فولر^۴ [۵۶] در مطالعه‌ای بیان کرد وجود سابقۀ بدرفتاری‌های دوران کودکی توانایی ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند. افرادی که سابقۀ تجربۀ بدرفتاری را در کودکی داشته‌اند حالات درون‌روانی بدخواهانه و خصمانۀ سواستفاده‌گران را درونی‌سازی کرده‌اند. این بازنمایی‌ها موجب شکل‌گیری ترس و ناامیدی در کودک می‌گردد به‌گونه‌ای که دیگر تمایلی برای کشف و درک حالات درون‌روانی دیگران ندارد و از درک حالات درون‌روانی خود نیز دست می‌کشد.

افراد در جمعیت غیربالینی نیز بدرفتاری و غفلت را در دوران کودکی تجربه کرده‌اند [۳۶]. پژوهش‌های صورت گرفته بر روی گروه بالینی (افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی) نشان می‌دهد، اکثرشان در کودکی تجربه سوءاستفاده و غفلت را داشته‌اند [۲۸، ۲۹] پس می‌توان از طریق آسیب‌ها و مشکلاتی که افراد در دوران کودکی خود تجربه می‌کنند به شناخت بهتری از رفتارها و مشکلات آن‌ها در هنگام بزرگسالی دست یافت و نیز با پیشگیری از مشکلات دوران کودکی، از ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی جلوگیری نمود. به همین دلیل بررسی این متغیر و نقش آن در پیش‌بینی علائم اختلال شخصیت مرزی در نمونه غیربالینی و در نوجوانان نیز درارای اهمیت است، زیرا با شناسایی نوجوانان آسیب دیده می‌توان اقدامات پیشگیرانه را به‌کار بست [۲۹].

باوجود اینکه شواهد زیادی رابطه بین روابط موضوعی مختل [۱۸-۲۴] و بدرفتاری‌های دوران کودکی [۲۸-۳۵] با اختلال شخصیت مرزی را تأیید می‌کنند؛ اما به نظر می‌رسد این روابط از طریق عوامل دیگری نیز میانجی‌گری می‌شوند. به همین دلیل بسیاری از مطالعات به دنبال تبیین این متغیرهای میانجی و مکانیسم اثرگذاری آن‌ها هستند [۳۵]. ظرفیت ذهنی‌سازی از جمله این متغیرها است که در سال‌های اخیر موردتوجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است [۳۷]. به نظر می‌رسد روابط موضوعی مختل (که دلبستگی ناایمن را ایجاد می‌کند) و تجارب تلخ دوران کودکی موجب نقص در توانایی ذهنی‌سازی می‌شوند و وجود نقص و ناتوانی در ذهنی‌سازی درست زمینه را برای بروز واکنش‌های اختصاصی شخصیت مرزی مهیا می‌کند [۳۸-۴۵].

فوناگی^۱ نظریه‌پرداز ذهنی‌سازی^۲ است. او از دل واکاوی واکاوی و بررسی شباهت‌ها، تفاوت‌ها و ارتباط نظریات دلبستگی و روان‌تحلیل‌گری، نظریۀ ذهنی‌سازی را پایه‌گذاری کرد [۴۶]. ذهنی‌سازی توانایی درک حالت‌های ذهنی خود و دیگران است [۴۷]. منظور از حالت‌های ذهنی، فرآیندهایی هستند که بر رفتار، هیجان‌ها، نیازها، اهداف و افکار تأثیر می‌گذارند [۴۸]. در واقع این توانایی، یک فعالیت ذهنی - تخیلی است که به ما در درک و تفسیر رفتارهای

3 . Sklyarov.

4 . Fowler.

1 . Fonagy.

2 . Mentalization.

باتوجه به اینکه بخش بیشتری از پژوهش‌ها بر روی جمعیت بالینی انجام شده‌است و در مورد جمعیت غیر بالینی با کاستی پژوهشی روبه‌رو هستیم، انجام این پژوهش برای جبران این خلاء ضروری است. در ادامه نیز یافته‌های این پژوهش در صورتی که مشخص گردد، مدل نظری تدوین شده با داده‌های تحقیق برازش دارد و روابط متغیرهای مذکور معنی‌دار می‌باشد، اطلاعات مناسبی را در اختیار درمانگران و پژوهشگران علاقه‌مند به این حیطه خواهد داشت و با افزایش آگاهی آگاهی در زمینه عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زمینه را برای پژوهش‌های بیشتر فراهم می‌کند. بنابراین، مسئله اصلی این پژوهش تدوین مدلی برای پاسخ به این پرسش است که آیا روابط موضوعی مختل و ترومای دوران کودکی می‌توانند منجر به نقص در توانایی ذهنی‌سازی درست گردند و به واسطه نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی می‌توانند علائم شخصیت مرزی را در نوجوانی پیش‌بینی کنند یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. در این پژوهش روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی متغیر پیش‌بین، ظرفیت ذهنی‌سازی متغیر میانجی و خصایص شخصیت مرزی متغیر ملاک است.

آزمودنی:

الف. جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان متوسطه دوم (۱۶ تا ۱۸ سال) شهرستان بابلسر در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند.

ب. نمونه پژوهش: نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین مدارس شهرستان بابلسر انتخاب شد. به این صورت که از بین مدارس مقطع متوسطه دوم شهرستان بابلسر تعداد ۷ مدرسه دخترانه و ۵ مدرسه پسرانه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس در مرحله بعدی از میان پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم موجود در هر مدرسه یک پایه به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعدی از بین کلاس‌های موجود در هر پایه تحصیلی (به‌عنوان مثال سه کلاس مقطع دهم) یک کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شد. در نهایت، پس از ارائه توضیحاتی در مورد موضوع، اهمیت پژوهش و کسب رضایت

به‌علاوه این بازنمایی‌ها موجب می‌شوند که کودک نیت و قصد دیگران را سوء برداشت کند؛ دیگران را افرادی غیر قابل اعتماد بداند و در درک حالات ذهنی دیگران دچار نقص شود. بنابراین نقص در این توانایی باعث سوءتفسیر و برداشت نادرست از حالات ذهنی خود و دیگران می‌شود و ممکن است به آسیب‌های شدیدی در تعاملات اجتماعی منجر گردد. آسیب در تعاملات اجتماعی نقش محوری در رشد اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌کند [۵۷-۶۲].

اختلال شخصیت مرزی اختلالی دیرپا و کم‌تر قابل تغییر است و افراد مبتلا به این اختلال، ویژگی‌هایی دارند که باعث تنش و تعارض در روابط و اختلال در زندگی آن‌ها می‌شود. به‌منظور کمک به این افراد برای داشتن زندگی بهتر، توسعه و کاربست درمان‌های مؤثرتر لازم است تا این اختلال از نظر عوامل زمینه‌ساز به‌خوبی مورد بررسی قرار گیرد. باوجود اینکه پژوهش‌های زیادی در مورد ارتباط ترومای کودکی با اختلال شخصیت مرزی صورت گرفته است؛ البته پژوهش‌هایی که ارتباط روابط موضوعی را که نزدیک به مفهوم دل‌بستگی است با نشانگان شخصیت مرزی سنجیده باشد، بسیار کم است. از طرفی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در ذهنی‌سازی مشکل دارند و کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به رشد BPD می‌شود و این فرض موجب شکل‌گیری درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بیماران BPD شده است [۵۹]. در مورد اینکه چه عواملی منجر به نقص ذهنی‌سازی (که از روی‌آورد های دل‌بستگی دوران کودکی است) در این بیماران می‌شوند و نقص در ذهنی‌سازی چگونه ممکن است منجر به نشانگان شخصیت مرزی شود با خلاء پژوهشی روبه‌رو هستیم. علاوه بر موارد ذکر شده اختلال شخصیت مرزی صرفاً در جمعیت بالینی وجود ندارد، بلکه ویژگی‌ها و رگه‌های آن در جمعیت عادی نیز مشاهده می‌شود. نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عادی با پیامدهای منفی مانند: مشکلات تحصیلی، وجود نشانه‌های اختلال خلقی، اختلال در روابط و مشکلاتی نظیر مصرف الکل و مواد همراه است [۶۳]. بنابراین، باتوجه به پیامدهایی که رگه‌های اختلال شخصیت مرزی می‌تواند برای افراد و به‌ویژه نسل جوان و تحصیل کرده که سرمایه‌های جامعه محسوب می‌شوند، داشته باشد.

همه پاسخ‌ها در هر خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شوند و نمره ویژگی‌های مرزی بدست می‌آید. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالای علائم مرزی و نمرات پایین منعکس‌کننده علائم حداقل است. همسانی درونی ۰/۷۶ برای این مقیاس گزارش شده است [۶۵].

در پژوهش شارپ^۳ و همکاران [۶۶] پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. در ایران نیز همبستگی مناسب با مقیاس شخصیت مرزی ($r=0/51$) را برای این مقیاس گزارش کردند [۶۷]. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس‌های بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات هویتی، روابط منفی و خودجراحی به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۷ و ۰/۷۶ است. بنابراین، نتایج پژوهش بیانگر آن است که این مقیاس در ایران از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ترکیبی و روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا برای مقیاس شخصیت مرزی کودکان با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} بررسی شد. مقادیر ۰/۹۲ و ۰/۷۴ به ترتیب برای پایایی ترکیبی و روایی همگرا به دست آمد. پایایی ترکیبی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به‌عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل‌قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. بنابراین، مقادیر به‌دست‌آمده حاکی از پایایی ترکیبی و روایی همگرایی مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد که نتایج حاکی از روایی واگرا قابل‌قبولی بود.

پرسش‌نامه روابط موضوعی بل برای نوجوانان و

کودکان^۴ (BRIA): این پرسش‌نامه توسط بل در سال ۲۰۰۳ م. به‌منظور سنجش کیفیت روابط موضوعی در کودکان و نوجوانان بر اساس نسخه بزرگسال آن تدوین شده است که پنج خرده‌مقیاس‌های دلبستگی مثبت^۵، بیگانگی^۶، بیگانگی^۷، دلبستگی ناایمن^۸، خودمحوری^۹ و بی‌کفایتی اجتماعی^۹ را به‌صورت درست - نادرست (یک و صفر) می‌سنجد [۶۸]. خرده‌مقیاس دلبستگی مثبت

آگاهانه از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش پرسش‌نامه‌ها در اختیارشان قرار گرفت. باتوجه‌به اینکه کلاین [۶۴] حداقل حجم نمونه برای استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری را ۲۰۰ نفر می‌داند، توصیه می‌کند به ازای هر پارامتری که باید تخمین زده شود ۲۰ شرکت‌کننده در نظر گرفته شود. لذا، باتوجه‌به این توصیه و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی شرکت‌کنندگان و افزایش دقت، نمونه‌ای متشکل از ۳۸۷ آزمودنی انتخاب شد که با حذف پرسشنامه‌های ناقص داده‌های حاصل از ۳۴۲ نفر وارد تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بود:

مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان^۱

(BPFS-C): این مقیاس، یک پرسش‌نامه ۲۴ ماده‌ای است که برای سنجش ویژگی‌های شخصیت مرزی در کودکان ۹ سال و بالاتر توسط کریک^۲ [۶۵] در سال ۲۰۰۵ م. ساخته شد. در این مقیاس ۴ عاملی پرسش‌های ۱۴، ۸، ۱، ۲۱ و ۱۷ بی‌ثباتی عاطفی را با عباراتی نظیر: «من بین احساسات گوناگون در نوسان هستم، مثل عصبانی شدن، ناراحت شدن یا خوشحال شدن». و یا «وقتی عصبانی می‌شوم، نمی‌توانم خودم را کنترل کنم». پرسش‌های ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۲۲ مشکلات هویتی را با عباراتی نظیر: «احساس می‌کنم چیز مهمی در من گم شده است، اما نمی‌دانم چیست؟» و یا «احساس من درباره خودم زیاد تغییر می‌کند». پرسش‌های ۲، ۶، ۱۰، ۱۳، ۲۰ و ۲۴ روابط منفی را با عباراتی نظیر: «خیلی احساس تنهایی می‌کنم». و یا «می‌خواهم بعضی افراد بدانند که چقدر مرا رنجانده‌اند». و پرسش‌هایی ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹ و ۲۳ خودجراحی را با عباراتی نظیر «من کارها را بدون فکر کردن انجام می‌دهم». و یا «من در مورد چیزهایی که برایم مهم هستند بی‌احتیاط هستم». مورد سنجش قرار می‌دهند. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت ۱. هرگز، ۲. به‌ندرت، ۳. گاهی اوقات، ۴. اغلب و ۵. همیشه می‌باشد و پرسش‌های ۱، ۵، ۲۳ و ۲۴ باید به صورت معکوس نمره‌گذاری شوند.

1. Borderline Personality Features Scale for Children.
2. Crick.

3. Sharp.
4. Bell Relationship Inventory For Adolescents.
5. Positive Attachment (PA).
6. Alienation (AL).
7. Insecure Attachment (IA).
8. Egocentricity (EGC).
9. Social Incompetence (SI).

است. باتوجه‌به مقادیر به‌دست‌آمده این مقیاس در این پژوهش دارای پایایی ترکیبی و روایی همگرای مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد که نتایج حاکی از روایی واگرا قابل‌قبولی بود.

پرسش‌نامه تجارب ترومای دوران کودکی^۱ (CTQ):

این پرسش‌نامه ۲۸ ماده‌ای، به‌منظور سنجش آسیب‌ها و تروماهای دوران کودکی توسط برنشتاین^۲ و همکاران (۲۰۰۳م.) هم برای نوجوانان و هم برای بزرگسالان طراحی و تدوین شده است [۶۹]. سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی، غفلت جسمی و انکار مشکلات دوران کودکی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه را تشکیل می‌دهند. مؤلفه سوءاستفاده عاطفی (پرسش‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵) با عباراتی نظیر «برخی از اعضای خانواده‌ام به من القایی نظیر تنبل، کودن، یا زشت و... می‌دادند». و یا «من فکر می‌کردم که والدینم آرزو داشتند که من هرگز به دنیا نمی‌آمدم». به سنجش ترومای دوران کودکی می‌پردازد. مؤلفه سوءاستفاده فیزیکی (پرسش‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷) با عباراتی نظیر «من با کمربند، چوب، تسمه و یا یک چیز سخت دیگری تنبیه شده‌ام». و یا «من اعتقاد دارم که از نظر جسمی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌ام». ترومای دوران کودکی را می‌سنجد. خرده مقیاس سوءاستفاده جنسی نیز (پرسش‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷) با عباراتی مانند «کسی تلاش کرد تا با من تماس جنسی داشته باشد، یا تلاش کرده که من آن‌ها را لمس کنم». و یا «کسی من را مورد آزار جنسی قرار داده است». به سنجش ترومای دوران کودکی می‌پردازد. مؤلفه غفلت عاطفی (پرسش‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) با جملاتی مانند: «کسی در خانواده‌ام بود که کمک کرد تا من احساس مهم بودن داشته باشم». و یا «من احساس می‌کردم که کسی به من عشق می‌ورزد». این بعد از تجارب تروماتیک دوران کودکی را می‌سنجد. مؤلفه غفلت جسمی (پرسش‌های ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۲) با عباراتی نظیر: «در دوران کودکی غذای کافی به من نمی‌رسید». و یا «من در بچگی می‌دانستم که همواره کسی هست که از من مراقبت و محافظت کند». تجربه ترومای دوران کودکی را می‌سنجد. پرسش‌های (۱۰،

پرسش‌های ۱۳ تا ۱۶) با عباراتی نظیر «از میزان محبتی که در زندگی‌ام وجود دارد خوشحالم». و یا «والدینم از اینکه من به خودم افتخار می‌کنم، خوشحال هستند». رضایت از روابط فعلی با همسالان و والدین را می‌سنجد. خرده مقیاس بیگانگی (پرسش‌های ۱۷ تا ۲۰) با عباراتی نظیر «من تنها هستم». و یا «دوست دارم به تنهایی و به دور از مردم زندگی کنم». نبود اعتماد، مشکل در صمیمیت و احساس بیگانگی را می‌سنجد. خرده مقیاس بعدی که دل‌بستگی نایمن (پرسش‌های ۱ تا ۴) نام دارد با جملاتی مانند: «اگر یک دوست خوب به من آسیب بزند ممکن است از خودم متنفر شوم که چرا اجازه این اتفاق را دادم». و یا «اگر کسی را که دوست دارم دیگر من را دوست نداشته باشد این موضوع به شدت اذیتم می‌کند». حساسیت به طرد شدن، ترس از جدایی و رها شدن را می‌سنجد. فقدان همدلی، محافظت از خود، تمایل به کنترل و استثمار نیز در خرده مقیاس خودمحوری (پرسش‌های ۵ تا ۸) با عباراتی نظیر: «بهترین راه برای اینکه دیگران را وادار کنم به انجام دادن کاری که من می‌خواهم این است که آن‌ها را فریب دهم». و یا زمانی که یکی از نزدیکانم کاری را که من می‌خواهم انجام نمی‌دهد احساس عصبانیت می‌کنم». مورد سنجش قرار می‌گیرد. و خرده مقیاس آخر که بی‌کفایتی اجتماعی (پرسش‌های ۹ تا ۱۲) نام دارد با عبارتی نظیر «وقتی با پسر یا دختری که نمی‌شناسم صحبت می‌کنم احساس خجالت می‌کنم». و یا «احساس می‌کنم که باید همه را راضی نگه دارم وگرنه ممکن است آن‌ها مرا طرد کنند». به سنجش ناراحتی اجتماعی، کمرویی و مشکل در دوست‌یابی اختصاص دارد. نمرات بالاتر نشان می‌دهد، فرد روابط اولیه آشفته‌تری را درون‌فکنی کرده است. نتایج ارزیابی پایایی و روایی پرسش‌نامه مذکور، مناسب گزارش شده است [۶۸]. در این پژوهش از ۱۶ گویه که دارای بیشترین بار عاملی بودند و چهار خرده مقیاس دل‌بستگی نایمن، خودمحوری، بی‌کفایتی اجتماعی و بیگانگی استفاده شد که پایایی ترکیبی و روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا برای آن با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} و در مدل اندازه‌گیری به‌دقت بررسی شد. مقادیر ۰/۷۸ و ۰/۵۷ به ترتیب برای پایایی ترکیبی و روایی همگرا به دست آمد. پایایی ترکیبی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به‌عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل‌قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰

1. Childhood Trauma Questionnaire.

2. Bernstein.

برایم شبیه معماست». و یا «من خیلی نگرانم که مردم چه فکری می‌کنند و چه احساسی دارند». به سنجش توانایی فرد برای درک حالات ذهنی دیگران می‌پردازد. پرسش‌های ۱۹، ۱۸، ۱۱، ۶، ۴، ۳، ۳۸، ۳۲، ۲۶، ۲۳، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۷، ۲۰، ۲۱، ۳۴، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴ و ۴۵ عامل B و یا ذهنی‌سازی متمرکز بر خود^۳ را تشکیل می‌دهند که با عباراتی مانند: «من اغلب مردم را وادار می‌کنم تا به گفته من عمل کنند». و یا «من به احساساتم توجه می‌کنم». توانایی فرد را برای درک حالات ذهنی خود می‌سنجد. گویه‌ها دارای یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافقم هستند. میانگین هر عامل نمره کلی آن عامل را نشان می‌دهد. در عامل B نوجوانان با عملکرد انعکاسی مطلوب باید حداکثر امتیاز ۶ را در این خرده مقیاس به دست آورند؛ نمرات بالا نشان دهنده عملکرد انعکاسی بالاتر است. اما در عامل A نمره‌های متوسط نشان دهنده عملکرد انعکاسی بهتر است و نمره‌های بالا و پایین نشان دهنده عملکرد انعکاسی ضعیف می‌باشند. در نهایت، از مجموع امتیازهای این دو عامل، نمره کلی عملکرد انعکاسی به دست می‌آید. نوجوانان با توانایی ذهنی‌سازی مطلوب باید حداکثر امتیاز ۹ را در مقیاس کلی بدست آورند. پژوهش‌هایی که بر روی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه صورت گرفته است از اعتبار آن حمایت می‌کند و همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز ۰/۷۸ گزارش شده است [۷۱]. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کلی ۰/۷۷، مقیاس A: ۰/۸۶ و مقیاس B: ۰/۷۲ به دست آمده است [۷۲]. در این پژوهش نیز پایایی ترکیبی و روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا برای پرسش‌نامه عملکرد انعکاسی نوجوانان با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} به دقت بررسی شد. مقادیر ۰/۸۹ و ۰/۸۱ به ترتیب برای پایایی ترکیبی و روایی همگرا به دست آمد. پایایی ترکیبی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. باتوجه به مقادیر به دست آمده، این مقیاس در این پژوهش نیز دارای پایایی ترکیبی و روایی همگرای مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد که نتایج حاکی از روایی واگرا قابل قبولی بود.

۱۶، و ۲۲) به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. به عنوان نمونه: «هیچ چیزی در مورد خانواده ام وجود نداشت که من بخواهم آن را تغییر دهم». و یا «من دوران کودکی بسیار خوبی داشتم». اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این پرسش‌ها بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت ۱. هرگز، ۲. خیلی کم، ۳. گاهی اوقات، ۴. اغلب اوقات و ۵. همیشه می‌باشد که پرسش‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ باید به صورت معکوس نمره‌گذاری شوند. نمرات بالاتر بیانگر تروما یا آسیب بیشتر هستند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه و روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی مناسب گزارش شده است [۶۹]. در پژوهش انفعال و همکاران [۳۰] روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش انفعال و همکاران [۳۰] برای این پرسش‌نامه بالای ۰/۷۰ برآورد شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ترکیبی، روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا برای پرسش‌نامه تجارب ترومای دوران کودکی با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} بررسی شد. مقادیر ۰/۸۹ و ۰/۵۹ به ترتیب برای پایایی ترکیبی و روایی همگرا به دست آمد. پایایی ترکیبی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. باتوجه به مقادیر به دست آمده این مقیاس در این پژوهش نیز دارای پایایی ترکیبی و روایی همگرای مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد و نتایج حاکی از روایی واگرا قابل قبولی بود.

پرسش‌نامه عملکرد انعکاسی نوجوانان^۱ (RFQ-Y):

این پرسش‌نامه ۴۶ گویه‌ای توسط شارپ و همکاران (۲۰۰۹م.) به منظور سنجش ذهنی‌سازی در نوجوانان طراحی شده است [۷۰]. پرسش‌های ۱، ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۴۰ و ۴۶ عامل A و یا ذهنی‌سازی متمرکز بر دیگران^۲ را تشکیل می‌دهند که با عباراتی نظیر «افکار مردم

3. Self-Focused.

1. Reflective Functioning Questionnaire for Youth.
2. Other-Focused.

شیوه انجام پژوهش

روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود؛ پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش نسبت به انتخاب نمونه‌ها اقدام شد. سپس نمونه‌های انتخاب شده در خصوص اهداف پژوهش توجیه شدند و پس از جلب نظر مساعد آن‌ها جهت شرکت در این پژوهش، پرسش‌نامه‌ها به صورت فردی بر روی نمونه‌ها اجرا شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار شد و تحلیل‌های موردنظر بر روی آن‌ها صورت گرفت. لازم به ذکر است که در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از قبیل اصل رضایت آگاهانه، اصل محرمانه ماندن اطلاعات و اصل رازداری رعایت شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ماتریس همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری بر روی نرم‌افزارهای SPSS²⁴ و SMART PLS^{3,2,8} استفاده شد.

نتایج

در پژوهش حاضر، از مجموع ۳۴۲ شرکت کننده ۲۶۵ نفر (۷۷/۵ درصد) دختر و ۷۷ نفر (۲۲/۵ درصد) پسر بودند که از این تعداد ۱۱۸ نفر (۳۴/۵ درصد) از پایه دهم، ۱۴۱ نفر (۴۱/۲ درصد) از پایه یازدهم و ۸۳ نفر (۲۴/۳ درصد) از پایه دوازدهم بودند. قبل از بررسی فرضیات و محاسبه همبستگی از ضرایب چولگی و کشیدگی برای بررسی نرمال بودن متغیرها استفاده شد. اگر مقدار آماره Z برای چولگی و کشیدگی بین -۱/۹۶ و +۱/۹۶ باشد، نرمال بودن متغیرها تأیید می‌گردد. اما برای تقریباً همه متغیرها این مورد برقرار نبود. از این رو فرض نرمال بودن برای همه متغیرهای تحقیق پذیرفته نشد. بنابراین، برای بررسی همبستگی بین این متغیرها از ضریب همبستگی اسپیرمن و برای بررسی مدل تحقیق از نرم‌افزار SMART PLS^{3,2,8} استفاده گردید. جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و جدول ۲ ماتریس همبستگی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

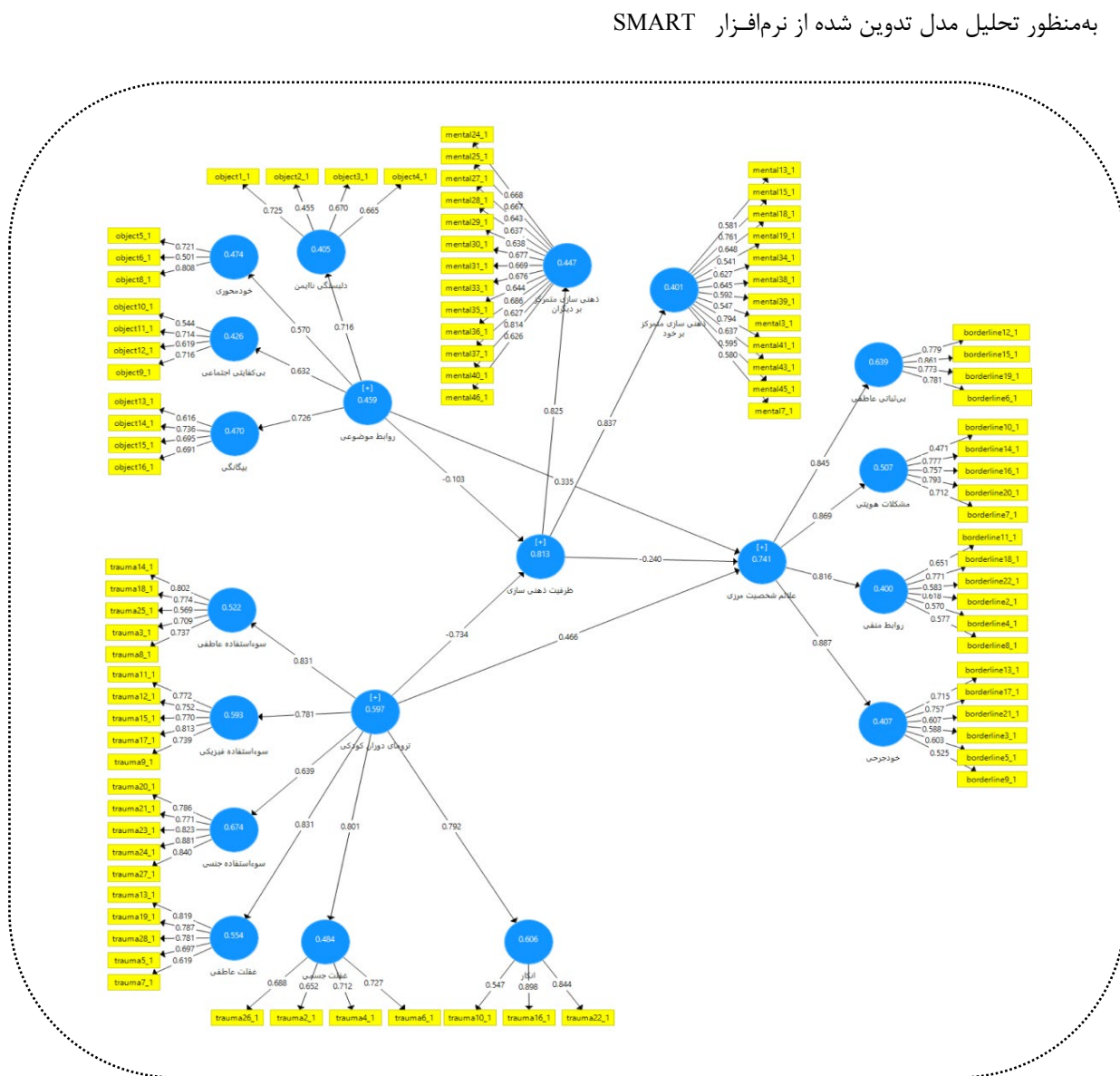
| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | مقدار Z چولگی | متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | مقدار Z چولگی | | |
|--------------------|-------------------|------------------|---------------|-------|-----------------|---------------------------|---------------|------|-------|
| خصوصیات شخصی مرزی | بی‌ثباتی عاطفی | ۱۱/۷ | ۴/۸۶ | ۴/۱۷ | روابط موضوعی | دلبستگی ناایمن | ۲/۰۴ | ۱/۲۴ | -۱/۴۲ |
| | مشکلات هویتی | ۱۰/۷۸ | ۴/۶۴ | ۵/۴۹ | | خودمحوری | ۱/۵۲ | ۱/۱۸ | ۲/۸۸ |
| | روابط منفی | ۱۲/۳۰ | ۴/۲۵ | ۴/۸۲ | | بی‌کفایتی اجتماعی | ۱/۵۴ | ۱/۲۷ | ۳/۵۴ |
| | خودجرحی | ۱۱/۱۷ | ۴/۲۱ | ۷/۳۴ | | بیگانگی | ۱/۳۰ | ۱/۳۴ | ۵/۱۲ |
| | نمره کل | ۴۴/۷۵ | ۴۵/۸۶ | ۴/۵۲ | | نمره کل | ۶/۴۱ | ۳/۴۸ | ۱/۱۷ |
| ترومای دوران کودکی | سوءاستفاده عاطفی | ۹ | ۴/۲۱ | ۸/۸۳ | ظرفیت ذهنی‌سازی | ذهنی‌سازی متمرکز بر خود | ۳/۷۹ | ۰/۶۳ | -۷/۳۲ |
| | سوءاستفاده فیزیکی | ۷/۰۳ | ۳/۵۷ | ۱۴/۴۸ | | ذهنی‌سازی متمرکز بر دیگری | ۴/۰۵ | ۰/۵۶ | -۴/۷۳ |
| | سوءاستفاده جنسی | ۶/۷۸ | ۳/۵۵ | ۱۸/۳۴ | | نمره کل | ۷/۸۴ | ۱/۰۸ | -۵/۲۷ |
| | غفلت عاطفی | ۱۰/۰۱ | ۴/۶۰ | ۶/۶۱ | | | | | |
| | غفلت جسمی | ۷/۷۸ | ۳/۴۳ | ۹/۷۳ | | | | | |
| نمره کل | ۴۶/۸۴ | ۱۷/۲۸ | ۸/۹۰ | | | | | | |

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|---|---------|------------------|
| روابط موضوعی | ۱ | | | | ۱۴/۹۲ | ۵/۷۲ |
| ترومای دوران کودکی | ۰/۴۸۳*** | ۱ | | | ۴۶/۸۴ | ۱۷/۲۷ |
| خصوصیات شخصی مرزی | ۰/۵۷۳*** | ۰/۵۸۴*** | ۱ | | ۴۴/۷۵ | ۱۵/۸۶ |
| ظرفیت ذهنی‌سازی | -۰/۴۳۵*** | -۰/۷۵۷*** | -۰/۵۸۰*** | ۱ | ۶/۴۱ | ۳/۴۸ |

باتوجه به نتایج جدول ۲، مشاهده می‌شود که بین متغیرهای تحقیق با ۹۹ درصد اطمینان همبستگی معناداری وجود دارد. بین متغیرهای روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی با خصایص شخصیت مرزی همبستگی مثبت (به ترتیب $0/573^{***}$ و $0/584^{***}$)، وجود دارد. اما بین متغیرهای روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی با ظرفیت ذهنی‌سازی همبستگی منفی (به ترتیب $0/435^{***}$ و $0/757^{***}$)، وجود دارد. همچنین بین ظرفیت ذهنی‌سازی با خصایص شخصیت مرزی نیز همبستگی منفی ($0/580^{***}$)، وجود دارد. $(P < 0/01)$

هم‌منظور تحلیل مدل تدوین شده از نرم‌افزار SMART



شکل ۱. نمودار مسیر به همراه ضرایب استاندارد در مدل نهایی

جدول ۳ نشان می‌دهد؛ شرط هم خطی نبودن رعایت شده است. دومین معیار ارزیابی مدل درونی، ضرایب مسیر هستند و به‌منظور بررسی معناداری آن‌ها، از رویه خودگردان‌سازی استفاده شد. این ضرایب به همراه مقادیر T، سطح معنی‌داری و همچنین فاصله اطمینان برای اثرات مستقیم و غیرمستقیم در جدول ۳ ارائه شده است.

در بخش مدل درونی، ارتباط بین متغیرهای مکنون تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرد. نخستین معیار برای بررسی مدل درونی، بررسی هم‌خطی بودن متغیرها است که به این منظور از شاخص تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. سطح تحمل کمتر از ۰/۲ (VIF بالاتر از ۵)، نشان‌دهنده هم‌خطی بین متغیرها است. همان‌طور که نتایج

جدول ۳. شاخص‌های هم‌خطی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل درونی پژوهش

| اثر مستقیم | | هم‌خطی (VIF) | | | مسیر |
|-----------------|--------|--------------|-------|-------|---|
| فاصله اطمینان | مقادیر | B | T | sig | |
| ٪ ۹۷/۵ | ٪ ۲/۵ | | | | |
| ۰/۳۹۸ | ۰/۲۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۶/۹۵ | ۰/۳۳ | ۱/۴۵۷ |
| ۰/۴۷۱ | ۰/۱۸۱ | ۰/۰۰۱ | ۴/۱۳ | ۰/۴۶ | ۱/۴۹۰ |
| -۰/۰۳۳ | -۰/۱۶۵ | ۰/۰۰۴ | ۲/۸۲ | -۰/۱۰ | ۱/۴۵۷ |
| ۰/۶۸۳ | ۰/۸۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۲۴/۱۱ | -۰/۷۳ | ۲/۹۱۵ |
| -۰/۱۰۱ | -۰/۳۴۶ | ۰/۰۰۱ | ۳/۶۱ | -۰/۲۴ | ۲/۷۷۳ |
| اثرات غیرمستقیم | | | | | |
| ۰/۰۴۵ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۳۰ | ۲/۱۷ | ۰/۰۲۳ | روابط موضوعی -> ظرفیت ذهنی‌سازی -> خصایص شخصیت مرزی |
| ۰/۲۵۹ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۳/۵۱ | ۰/۱۷۷ | ترومای دوران کودکی -> ظرفیت ذهنی‌سازی -> خصایص شخصیت مرزی |

جدول ۴. شاخص‌های R^2 و Q^2 مدل درونی پژوهش

| متغیر | R^2 | Q^2 |
|------------------|-------|-------|
| ظرفیت ذهنی‌سازی | ۰/۶۳۳ | ۰/۴۹۲ |
| خصایص شخصیت مرزی | ۰/۵۲۹ | ۰/۳۶۷ |

معیار بعدی که رایج‌ترین معیار ارزیابی مدل درونی است، ضریب تعیین (R^2) می‌باشد و نشان‌دهنده دقت پیش‌بینی مدل است. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به‌عنوان مقدار ملاک به ترتیب برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته می‌شود [۷۳]. همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، ضریب تعیین ظرفیت ذهنی‌سازی و خصایص شخصیت مرزی دارای مقدار متوسط و تقریباً قوی

نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۳ حاکی از آن است که روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی بر خصایص شخصیت مرزی با ضریب تأثیر ۰/۳۳ و ۰/۴۶ و با ۹۹ درصد اطمینان تأثیر مثبت و معنادار دارند. همچنین روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی بر ظرفیت ذهنی‌سازی با ضریب تأثیر ۰/۱۰ و ۰/۷۳ و با ۹۹ درصد اطمینان تأثیر منفی و معنادار دارند. اثر مستقیم ظرفیت ذهنی‌سازی بر خصایص شخصیت مرزی نیز با ضریب تأثیر ۰/۲۴ در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است. بعلاوه نتایج جدول نشان می‌دهد روابط موضوعی ($\beta=0/023 P < 0/05$) و ترومای دوران کودکی ($\beta=0/177 P < 0/01$) بر خصایص شخصیت مرزی از طریق ظرفیت ذهنی‌سازی اثر غیرمستقیم و مثبت معنادار دارند.

یک دیگری محروم کننده و یا حتی سوءاستفاده‌گر و یک خود بی‌پناه و نیازمند را درونی می‌کند [۱۷]. به تدریج که کودک رشد می‌کند این تصاویر و بازنمایی‌های درونی خوب و بد را یکپارچه می‌کند و این منجر به بازنمایی‌های واقعی‌تر و پیچیده‌تر می‌شود و موجب می‌گردد، کودک بفهمد دیگران می‌توانند در یک زمان خوب باشند و موجب رضایت کودک شوند و در زمان دیگر بد باشند و کودک را ناکام کنند. اما در بیماران مبتلا به BPD درست در زمانی که این یکپارچگی ویژگی‌های مثبت و منفی در حال شکل گرفتن بوده است شدت خشم و نفرت نسبت به یک تصویر بد، شاید تصویر خوب را نابود کرده است. بنابراین، یکپارچگی و انسجام میان تصاویر خوب و بد اتفاق نیفتاده است. این جدایی دائمی بین بخش‌های ایده‌آل و آزاردهنده ناشی از تجارب عاطفی با ویژگی‌هایی همچون بی‌ثباتی، کناره‌جویی، آرمانی سازی ناگهانی و نارزنده‌سازی فاجعه آمیز همراه است [۱۶].

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد؛ ترومای دوران کودکی، می‌تواند علائم شخصیت مرزی را پیش‌بینی کند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است [۲۸-۳۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت: بسیاری از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در گذشته با تهدیدها و تنبیه‌های جسمانی و هیجانی گسترده‌ای مواجه شده‌اند و یا شاهد تنبیه سایر اعضای خانواده توسط یک فرد پرخاشگر بوده‌اند. همچنین ممکن است در یک بافت خانوادگی آشفته‌ای قرار گرفته باشند که والدین آن‌ها خود مورد سوءاستفاده قرار گرفتند و از مشکلات روانی رنج می‌برند. به عبارتی از تأمین محیطی عاری از تروما ناتوان هستند و خود عامل آن محسوب می‌شوند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ممکن است احساس ترس و درماندگی حاصل از این تجربیات ناگوار را از کودکی در صورت درمان نکردن با خود به بزرگسالی آورده‌اند و مشکلاتی را در دستیابی به نقاط عطف تحولی تجربه کرده‌اند.

این تجارب ناگوار دوران کودکی موجب می‌گردد تا فرد دنیا را به‌صورت یک مکان ترسناک و خطرناک ببیند، حس اعتماد در آن‌ها تضعیف شود، به فاکتورهای منفی گوش به زنگ شده و حساسیت بیشتری نسبت به انتقادهای و احساسات منفی دیگران پیدا کند و باورهای ناسازگار بنیادینی را در فرد به وجود آورد به این صورت که او لایق

است. آخرین معیار ارزیابی مدل درونی Q^2 استون - گیسر^۱ [۷۴] است که نشان‌دهنده تناسب پیش بین مدل است. مقدار Q^2 بیشتر از صفر برای یک متغیر مکنون درون‌زای معین، نشان‌دهنده تناسب پیش بین مدل است [۷۵]. نتایج این معیار در جدول ۴ ارائه شده است و مطلوب است. پس از ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری، مدل کلی (مجموع مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری) مورد بررسی قرار گرفت. برای این منظور تننهاوس^۲ و همکاران [۷۶] شاخص GOF^3 را معرفی نموده‌اند. هر چه این شاخص به یک نزدیک‌تر شود نشان از قدرت و کیفیت بالای مدل است.

جدول ۵. نتایج برازش کلی مدل با معیار GOF

| مؤلفه | R ² | Communality | GOF |
|------------------|----------------|-------------|-------|
| ظرفیت ذهنی‌سازی | ۰/۶۳۳ | ۰/۳۶۸ | ۰/۵۰۹ |
| خصایص شخصیت مرزی | ۰/۵۲۹ | ۰/۵۳۰ | |
| میانگین | ۰/۵۸۱ | ۰/۴۴۹ | |

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار معیار GOF معادل ۰/۵۰۹ است و نشان می‌دهد مدل کلی از برازش مطلوب برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مدلیابی روابط ساختاری علائم شخصیت مرزی بر اساس روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی در نوجوانان با توجه به نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش نشان می‌دهد، روابط موضوعی آشفته منجر به افزایش علائم شخصیت مرزی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات قبلی همسو است [۱۸-۲۴]. در تبیین این یافته می‌توان گفت: در فرآیند رشد، کودک در تعامل با مراقبش تجربیات مثبت و منفی را کسب می‌کند. در تجربه‌های مثبت، نوزاد تصاویر ایده‌آلی از دیگری به‌عنوان موجودی کامل و تغذیه‌دهنده و همچنین تصویر ایده‌آلی از خود به‌عنوان یک خود کامروا را درونی می‌کند. اما از سوی دیگر، در تجربه‌های منفی، نوزاد

1 . Stone -Geisser.
2 . Tenenhaus.
3 . Goodness of Fit.

تا به آن حالت گیج‌کننده درونی پایان دهد و به فهم بیشتر حالت‌های درونی مانند احساسات، باورها، خواسته‌ها و... منجر شود [۵۰]. به تدریج کودک می‌فهمد که دیگران هم می‌توانند حالت درونی و ذهنی مربوط به خودشان را داشته باشند و به این فرض زیربنایی ذهنی‌سازی که هر ذهن از ذهن دیگر جداست دست می‌یابد. این فهم ظرفیتی را برای کودک ایجاد می‌کند که فرایندهای ذهنی و هیجانی درون روانی خود و دیگران را در تعاملات بین‌فردی در نظر بگیرد [۵۱]. حال اگر پاسخ‌های مادر غیر قابل‌پیش‌بینی و تکانشگرانه باشد و یا بازتابی که کودک از مادر دریافت می‌کند با آن تغییرات و هیجانات درونی که تجربه می‌کند یکی نباشد کودک هرگز قادر به ادراک احساسات، افکار، علایق و نیازهای خود نخواهد بود و علاوه بر حالت‌های درونی خود در درک و تفسیر حالت‌های درونی دیگران نیز به درستی عمل نمی‌کند. بنابراین، این امر شرایط را برای پیدایش ذهنی‌سازی ناقص کودک فراهم می‌آورد [۳۸].

همچنین نتیجه پژوهش حاضر مؤید آن بود که تجربه تروما در دوران کودکی نیز می‌تواند رشد توانایی ذهنی‌سازی را با وقفه روبه‌رو سازد. این یافته با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته همسو است [۴۵، ۴۹، ۵۲-۵۴]. در تبیین این یافته می‌توان گفت: کودکی که در معرض رویدادهای آسیب‌زا از جمله سوءاستفاده قرار گرفته است، حالت‌های خصمانه و بد فرد آزارگر را درونی می‌کند. این حالت موجب می‌گردد تا کودک در مواجهه با وضعیت‌هایی که مشابه تجربه آسیب و تروما هستند به دلیل روبه‌رو شدن دوباره با نیت بدخواهانه فرد آسیب‌رسان، دچار ترس شده و به‌جای مقابله و تصویرسازی مناسب از وقایع تمایل به اجتناب و فرار داشته باشد. به این ترتیب سیستم ذهنی‌سازی خود را خاموش کرده و در درک دیدگاه‌ها و احساسات خود و دیگران دچار نقص می‌شود. همچنین به دلیل تجربه‌های نامطلوب در کودکی ممکن است به طرز غیرمعمولی به حالات هیجانی دیگران که ممکن است حالات کاملاً طبیعی باشند توجه کند و تمایل داشته باشد که قصد و نیت دیگران را به‌عنوان نیت منفی پیش‌بینی کند و در نتیجه قابلیت درک درست دیگران را از دست می‌دهد و دائماً در روابط خود دچار سوءبرداشت خواهد شد [۴۹].

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نیز نشان داد، ضعف در توانایی ذهنی‌سازی با رشد علائم شخصیت مرزی همراه

عشق و محبت نیست و همیشه در خطر طرد و رها شدن از سمت کسی که دوستش دارد قرار دارد. در واقع این تجارب موجب می‌شود که هر زمان فرد در شرایط استرس‌زا و نامطلوب مشابه همان شرایط قرار گیرد به دلیل تجربه کردن هیجانات شدید منفی و ناتوانی در کنترل آن‌ها واکنش‌های شدیدی را از جمله خشم و عصبانیت آشکار و پنهان و همچنین رفتارهای تکانشی از خود بروز دهد و این موجب مشکلاتی در ارتباط میان‌فردی‌شان شود [۳۴]. علی‌رغم اینکه شواهد همسوی بسیاری با این یافته پژوهش وجود دارد و به تعدادی از آن‌ها نیز اشاره شد، اما مطالعاتی نیز هستند که معتقدند؛ ارتباط معنی‌داری بین ترومای دوران کودکی و شخصیت مرزی وجود ندارد. به‌عنوان مثال بورنوالووا^۱ و همکارانش [۳۵] در پژوهش خود دریافتند که باوجود اینکه بین ابعاد بدررفتاری‌های دوران کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد؛ اما این ارتباط به معنای رابطه علت و معلولی نیست و همیشه بدررفتاری‌های دوران کودکی نمی‌تواند منجر به ویژگی‌های شخصیت مرزی شود؛ بلکه مکانیزم‌های دیگری ممکن است این رابطه را تسهیل کنند. از جمله آمادگی زیستی و ژنتیکی فرد که منجر به آسیب‌پذیری در مقابل اختلال شخصیت مرزی در صورت وقوع ترومای دوران کودکی می‌گردد.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر، دربردارنده این نتیجه است که روابط موضوعی معیوب می‌تواند رشد توانایی ذهنی‌سازی را مختل سازد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های گذشته همسو است [۳۸، ۳۹، ۴۹-۵۱]. در تبیین اینکه چگونه روابط موضوعی می‌تواند در شکل‌گیری ذهنی‌سازی دخالت داشته باشد به دلیل اینکه پژوهشی به‌طور مستقیم این رابطه را مورد بررسی قرار نداده است، از تحقیقاتی که رابطه دل‌بستگی و ذهنی‌سازی را مورد بررسی قرار داده‌اند به دلیل پایه نظری مشترک استفاده شد. می‌توان گفت وقتی نوزاد با تغییرات فیزیولوژیک و روانی پیچیده و گیج‌کننده‌ای مواجه می‌شود، نقش مادر به‌عنوان مرجع ارتباطی برای تفسیر این تغییرات بسیار مهم است. مادر با استفاده از اظهارات کلامی و چهره‌ای خود به کودک بازخورد می‌دهد. در این لحظات کودک به کمک آن بازخورد یک بازنمایی درونی از خود در ذهن ایجاد می‌کند. این بازنمایی درونی به او کمک می‌کند

1. Bornovalova.

خود و دیگران منجر به بروز علائم شخصیت مرزی گردد. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته همسو است [۴۲-۴۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت: وقوع مشکلات و تجربه‌های منفی در دوران کودکی می‌تواند منجر به کاهش انگیزه و بی‌تمایلی مرضی در خصوص سازمان‌دهی و مدیریت درست بازنمایی‌های روابط و تمرکز بر حالات روانی شود. به عبارت دیگر این افراد ممکن است در مواجهه با وضعیت‌های نامطلوب یا استرس‌زا تمایل به اجتناب و فرار داشته باشند به جای اینکه آن شرایط و موقعیت را در ذهن خود بازنمایی کرده و به طور مؤثری با آن مقابله کنند؛ در واقع برای اجتناب از فکرکردن در مورد مقاصد بدنهاد دیگران سیستم ذهنی‌سازی خود را خاموش می‌کنند. از طرف دیگر، بعضی از افراد تجربیات و مشکلاتشان در دوره کودکی موجب شده است، آن‌ها به طرز غیرمعمولی و بیش از حد به حالات هیجانی دیگران (ذهنی‌سازی مفرط) توجه کنند. این ویژگی ممکن است باعث شود که آن‌ها در شناسایی و تفسیر حالات هیجانی دیگران به طور نامناسبی عمل کنند و دیگران را افرادی غیرقابل اعتماد بدانند و در درک حالات ذهنی دیگران دچار نقص شوند [۴۹، ۵۷]. در این راستا، شواهد تجربی نیز نشان می‌دهند، ظرفیت کم ذهنی‌سازی با مشکلات بین‌فردی مرتبط است [۶۲]. علاوه بر این، تمرکز ذهنی‌کردن در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نشان داده است که به طور قابل توجهی مشکلات بین‌فردی را بهبود می‌بخشد [۴۷]. بنابراین، می‌توان گفت؛ تجربه تروماتیک در دوران کودکی به‌عنوان یکی از ریشه‌های اختلال شخصیت مرزی، از طریق ایجاد نقص در ذهنی‌سازی موجب مشکلات بین‌فردی در این بیماران می‌شود؛ زیرا نقص در ذهنی‌کردن موجب می‌شود که این افراد سؤتفاهم‌های ارتباطی را از طریق بازگشت به حالت‌های ذهنی درک نکنند، در نتیجه به تداوم و تشدید هر چه بیشتر مشکلات بین‌فردی در این بیماران منجر شود [۵۳].

مطالعه حاضر نشان داد، خصایص شخصیت مرزی می‌تواند از جمله آسیب‌های ترومای دوران کودکی و روابط موضوعی معیوب باشد. باین حال همه نوجوانانی که تجربه ترومای دوران کودکی و یا روابط موضوعی معیوب را داشتند به چنین آسیبی دچار نمی‌شوند. از این‌رو بررسی عوامل مؤثر در مکانیزم اثر این تجارب بر خصایص شخصیت مرزی اصلی‌ترین چالش پژوهش حاضر بود. نتایج نشان داد، نقص

خواهد بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده همسو است [۵۷-۶۲]. امروزه نقص در توانایی ذهنی‌سازی، به‌عنوان توانایی درک رفتارهای خود و دیگران، به‌عنوان یک حوزه اساسی و مهم دیگر در سبب‌شناسی BPD پیشنهاد شده است و بر همین اساس درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌منظور تقویت و رشد ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی احساسات و افکاری که تجربه می‌کند، طراحی شده است [۶۰ و ۶۱]. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت؛ نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند در تحلیل و تعبیر درست رفتارها و واکنش‌های اجتماعی دیگران تأثیر بگذارد و از این طریق موجب مشکلاتی در ارتباطات اجتماعی فرد گردد که در اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یکی از علائم اصلی به شمار می‌آید [۶۰].

دیگر نتیجه پژوهش حاضر نشان داد، روابط موضوعی (معیوب) می‌تواند در رابطه با رشد توانایی ذهنی‌سازی نقش ایفا کند و از این طریق رشد ذهنی‌سازی را مختل سازد و پیامد توانایی ذهنی‌سازی رشد نیافته، افزایش علائم شخصیت مرزی از جمله روابط بین‌فردی بی‌ثبات خواهد بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته با توجه به نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی همسو است [۳۸-۴۱]. اگر در روابط اولیه کودک، مراقب پاسخگو و قابل‌پیش‌بینی باشد کودک این روابط را درونی می‌کند و دلبستگی ایمن و سالم شکل می‌گیرد و باعث می‌شود فرد نسبت به فرایندهای درون روانی خود آگاهی پیدا کند و از آن به‌عنوان راهنمایی برای درک افکار، احساسات و نیاتی که در ذهن مراقبین و دیگران است، استفاده کند. بنابراین، ذهنی‌سازی رشد خواهد کرد. اما اگر در روابط اولیه کودک، مراقب پاسخگو و قابل‌پیش‌بینی نباشد موجب شکل‌گیری دلبستگی ناایمن می‌گردد. در دلبستگی ناایمن کودک روابط اولیه آشفته با مراقب را درونی می‌کند که منجر به سوءبرداشت از دیگران به‌عنوان افرادی غیرقابل‌اعتماد می‌گردد و در نتیجه ارزیابی درست افکار و احساسات دیگران را از دست می‌دهد و به این صورت رشد ذهنی‌سازی را با وقفه روبه‌رو می‌کند و نقص در ذهنی‌سازی زمینه را برای بروز علائم مرزی فراهم می‌سازد [۴۱].

آخرین نتیجه پژوهش حاضر، حاکی از آن بود که ترومای دوران کودکی می‌تواند از طریق ایجاد اختلال در رشد توانایی ذهنی‌سازی و فهم حالات ذهنی و درون‌روانی

- 3- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*. 2006 May 1; 47(3): 178-84.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>

۴- صبری، وحید؛ یعقوبی، حمید؛ حسینی، جعفر؛ علیلو، مجید محمود. تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی در تکانشگری، بد تنظیمی هیجانی و طرح‌واره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۱-۱۶.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2021.13899.1048>

- 5- Soeteman DI, Roijen LH, Verheul R, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008 Feb 15; 69(2): 265-259.
[10.4088/jcp.v69n0212](https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0212)

- 6- Eaton NR, Greene AL. Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Current opinion in psychology*. 2018 Jun 1; 21: 32-28.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.001>

- 7- Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological assessment*. 2001 Dec; 13(4): 591-577.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>

- 8- Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*. 2007 Oct; 187(S7): S18-21.
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01330.x>

- 9- Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*. 2004 Dec 1; 18(6): 526-41.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>

- 10-Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*. 2008 Jul 1; 28(6): 969-81.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>

در ذهنی‌سازی می‌تواند اثر ترومای دوران کودکی و روابط موضوعی معیوب را بر خصایص شخصیت مرزی در نوجوانان میانجی‌گری کند. به این صورت که ترومای دوران کودکی و روابط موضوعی معیوب، منجر به اختلال در توانایی ذهنی‌سازی در نوجوان می‌شود و نقص در این توانایی به‌مرورزمان نوجوان را به سمت بروز خصایص شخصیت مرزی سوق می‌دهد. بنابراین، مدل ساختاری پژوهش حاضر به فهم عوامل زمینه‌ساز نشانگان شخصیت مرزی در نوجوانان کمک می‌کند و می‌تواند اقدامات پیشگیرانه را بهبود بخشد. این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به محدودیت در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی و نمونه‌های بالینی اشاره کرد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه بر روی جمعیت‌های بالینی و دیگر گروه‌های سنی جهت بررسی تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست‌آمده صورت گیرد و نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. باتوجه‌به اهمیت ترومای دوران کودکی در بروز علائم اختلال شخصیت مرزی، پیشنهاد می‌شود در محیط‌های درمانی زیر نظر آموزش‌وپرورش، با ایجاد محیطی امن و قابل‌اعتماد تاریخچه آسیب‌های دوران کودکی بررسی شود. همچنین باتوجه‌به نقشی که ذهنی‌سازی در شکل‌گیری علائم شخصیت مرزی ایفا می‌کند، با تقویت این توانایی در نوجوانان آسیب‌دیده، می‌توان از شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی در آن‌ها جلوگیری کرد.

تقدیر و تشکر

از تمامی دانش‌آموزان عزیزی که با پرکردن پرسش‌نامه‌ها و همکاری‌شان مسیر پژوهش را هموار نمودند، بسیار قدردانی می‌کنم.

منابع

- 1- Cervone D, Pervin LA. Personality: Theory and research. John Wiley & Sons; 2022 Nov 22.
 URL:
<https://books.google.com/books?id=KnNWD9EYCGgC&newbks=0&hl=en>
- 2- American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- ۱۹- نیک فلاح، راضیه؛ گلشنی، فاطمه. مقایسه روابط ابژه‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و آسیب دوران کودکی در افراد دارای نشانگان اختلال‌های شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی - جبری. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰ (۲): ۱۲۵-۱۳۸.
<https://www.magiran.com/paper/citation?ids=2270451>
- ۲۰- غلامی، فریده؛ بقولی، حسین؛ برزگر، مجید؛ کوروش نیا، مریم. ارائه یک الگوی علی جهت تبیین اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روانشناختی*. ۱۳۹۹؛ ۱۱ (۴۱): ۱۱۳-۱۳۹.
<https://www.magiran.com/paper/citation?ids=2244198>
- 21-Lewis KC, Meehan KB, Cain NM, Wong PS, Clemence AJ, Stevens J, Tillman JG. Impairments in object relations and chronicity of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2016 Feb; 30(1): 19-34.
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_178
- 22-Stern BL, Caligor E, Hörz-Sagstetter S, Clarkin JF. An object-relations based model for the assessment of borderline psychopathology. *Psychiatric Clinics*. 2018 Dec 1; 41(4): 595-611.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.007>
- ۲۳- چمنی، فاطمه؛ نجفی، محمود. ارتباط روابط موضوعی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانگان شخصیت مرزی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۳۹۷؛ ۱۱ (۱): ۵۴-۶۱.
<https://www.magiran.com/paper/citation?ids=1857154>
- ۲۴- ابراهیم‌زاده، نرگس؛ نجفی، محمود؛ صباحی، پرویز. تحلیل تمیزی افراد با نشانگان شخصیت مرزی از افراد بدون نشانگان شخصیت مرزی بر اساس سبک دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی و روابط شیء. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۹؛ ۱۱ (۱): ۸۹-۹۸.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18019.1690>
- 25-Spinhoven P, Penninx BW, Hickendorff M, van Hemert AM, Bernstein DP, Elzinga BM. Childhood Trauma Questionnaire: factor structure, measurement invariance, and validity across emotional disorders. *Psychological assessment*. 2014 Sep; 26(3): 717-729.
<https://doi.org/10.1037/pas0000002>
- 11-Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JE, Sobczak S, Van Alphen SP. A life span perspective on borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*. 2019 Jul; 21: 1-8.
<https://doi.org/10.1007%2Fs11920-019-1040->
- 12-Steenbarger BN. Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *The Counseling Psychologist*. 1992 Jul; 20(3): 403-50. <https://doi.org/10.1177/0011000092203001>
- 13-Westen D. Social cognition and object relations. *Psychological bulletin*. 1991 May; 109(3): 429-455.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.3.429>
- 14-Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2006). Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychopathology. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 1: Theory and Method (pp. 701-749). New York, NY: Wiley & Sons.
[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkozej\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2340207](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkozej))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2340207)
- 15-Clair MS. *Object relations and self psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. 1996.
https://www.google.com/books/edition/Object_Relations_and_Self_Psychology/sjEQAQAAIAAJ?hl=en
- 16-Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American journal of psychiatry*. 2007 Jun; 164(6): 922-8.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- 17-Kernberg OF. Object relations theory and clinical psychoanalysis. Jason Aronson; 1995 Jun 1.
https://www.google.com/books/edition/Object_Relations_Theory_and_Clinical_Psy/X-USb93ZGy4C?hl=en&gbpv=0
- 18-Huprich SK, Nelson SM, Pagueot A, Lengu K, Albright J. Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017 Jan; 8(1): 46-53.
<https://doi.org/10.1037/per0000188>

- ۳۳-حنایی، نازیلا؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی‌پور رودسری، عباس؛ اکبری، ابراهیم. ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، تجربهٔ کودک‌آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۴؛ ۱۳(۱): ۱۰۱-۱۲۰.
<https://doi.org/10.22070/2.12.101>
- 34-Winsper C, Zanarini M, Wolke D. Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychological medicine*. 2012 Nov; 42(11): 2405-20.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712000542>
- 35-Bornovalova MA, Matusiewicz A, Rojas E. Distress tolerance moderates the relationship between negative affect intensity with borderline personality disorder levels. *Comprehensive psychiatry*. 2011 Nov 1; 52(6): 744-53.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.11.005>
- ۳۶-محمودعلیلو، مجید؛ هاشمی، تورج؛ بیرامی، منصور؛ بخشی‌پور، عباس؛ شریفی، محمدامین. نقش بدرفتاری دوران کودکی و آلکسی تایمی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی (BPD): مطالعه‌ای در جمعیت غیربالینی. *نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی*. ۱۳۹۸؛ ۲۱(۲): ۷۳-۹۶.
<https://www.magiran.com/paper/1999499>
- 37-Ballespí S, Vives J, Sharp C, Tobar A, Barrantes-Vidal N. Hypermentalizing in social anxiety: Evidence for a context-dependent relationship. *Frontiers in psychology*. 2019 Jul 9; 10: 1501.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01501>
- 38-Gambin M, Woźniak-Prus M, Konecka A, Sharp C. Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*. 2021 Jan 2; 18(1): 18-37.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1736030>
- ۳۹-اسدی، سمیه؛ بخشی‌پور رودسری، عباس؛ محمودعلیلو، مجید؛ سید موسوی، پریسا سادات. رابطه امنیت دلبستگی با بد تنظیمی هیجانی نوجوانان: نقش میانجی توانایی ذهنی‌سازی. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۱۲): ۸۵-۹۶.
<https://doi.org/20.1001.1.2383353.1400.10.12.15.7>
- 26-World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. World Health Organization; 2019 May 16.
<http://apps.who.int/iris>
- 27-Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018 May 24; 4(1): 1-20.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- 28-Zashchirinskaia O, Isagulova E. Childhood Trauma as a Risk Factor for High Risk Behaviors in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2023 Jan; 18(1): 65-71.
<https://doi.org/10.18502/ijps.v18i1.11414>
- ۲۹-استادنوروزی، منا؛ زمستانی، مهدی. بررسی مقایسه‌ای ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیر بیمار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۱۳۹۹؛ ۷(۶): ۸۵-۹۹.
<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-99-85>
URL:982-fa.html
- ۳۰-انفعال، نوید؛ امیدوار، بنفشه؛ زارع‌نژاد، محمد. پیش‌بینی صفات سازمان شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر (محل انجام تحقیق: مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز). *مجله علمی پژوهان*. ۱۴۰۰؛ ۱۹(۳): ۱-۱۱.
<http://psj.umsha.ac.ir/article-1-731-fa.html>
- ۳۱-کیایی، شیرین؛ گلشنی، فاطمه؛ امامی‌پور، سوزان؛ باغدادساریانس، آنیثا؛ بدیعی، محمد مهدی. مدل ساختاری اختلال شخصیت مرزی بر اساس تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرح‌واره‌ای و فرزندپروری ادراک شده مادر با میانجیگری دشواری تنظیم هیجان. *خانواده و بهداشت*. ۱۴۰۰؛ ۱۱(۱): ۱۰۵-۱۲۲.
<https://doi.org/20.1001.1.23223065.1400.11.1.8.1>
- 32-Bertele N, Talmon A, Gross JJ, Schmahl C, Schmitz M, Niedtfeld I. Childhood maltreatment and borderline personality disorder: the mediating role of difficulties with emotion regulation. *Journal of personality disorders*. 2022 Jun; 36(3): 264-76.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.3.264>

- 48-ALLEN, JON G. PhD. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, Second Edition. *Journal of Psychiatric Practice*. 26(2): 160-161, March 2020.
<https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000454>
- 49-Brüne M, Walden S, Edell MA, Dimaggio G. Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. *Comprehensive psychiatry*. 2016 Jan 1; 64:29-37.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.003>
- 50-Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Current opinion in psychology*. 2019 Feb 1; 25: 152-6.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.06.008>
- 51-Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, editors. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge; 2018 Apr 24.
https://www.google.com/books/edition/Affect_Regulation_Mentalization_and_the/GpNXDwAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- 52-Weijers J, Fonagy P, Eurelings-Bontekoe E, Termorshuizen F, Viechtbauer W, Selten JP. Mentalizing impairment as a mediator between reported childhood abuse and outcome in nonaffective psychotic disorder. *Psychiatry research*. 2018 Jan 1; 259: 463-9.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.010>
- 53-Duval J, Ensink K, Normandin L, Sharp C, Fonagy P. Measuring reflective functioning in adolescents: Relations to personality disorders and psychological difficulties. *Adolescent Psychiatry*. 2018 Apr 1; 8(1): 5-20.
<https://doi.org/10.2174/2210676608666180208161619>
- 54-Li ET, Carracher E, Bird T. Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child abuse & neglect*. 2020 Jan 1; 99: 104-253.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104253>
- 55-Sklyarov O. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Attachment and Mentalization in Sex Offenders (Doctoral dissertation, George Fox University).
URL:<https://www.proquest.com/openview/516107e39eac0ab1470f81d3eef1f4e3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=51922&diss=y>
- 40-Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macias M, Rohwer H. Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2021 Jun; 62(3): 312-20.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12717>
- 41-Agostini A, Scaiole E, Belluzzi A, Campieri M. Attachment and Mentalizing Abilities in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology research and practice*. 2019 Dec 5; 2019: 7847123.
<https://doi.org/10.1155/2019/7847123>
- 42-Kay SJ. The Relationship Among Reflective Functioning, History of Childhood Trauma, and Symptoms of Depersonalization and Derealization in Patients with Panic Disorder. City University of New York; 2018.
<https://search.proquest.com/openview/facc5ca30fb5d02b19c830b6358a3802/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- 43-Chiesa M, Fonagy P. Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and mental health*. 2014 Feb; 8(1): 52-66. <https://doi.org/10.1002/pmh.1245>
- 44-Quek J, Newman LK, Bennett C, Gordon MS, Saeedi N, Melvin GA. Reflective function mediates the relationship between emotional maltreatment and borderline pathology in adolescents: A preliminary investigation. *Child abuse & neglect*. 2017 Oct 1; 72: 215-26.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.008>
- ۴۵-بن‌راضی غابشی، مینا؛ دهشیری، غلامرضا؛ فرح بیجاری، اعظم؛ مهری‌نژاد، سیدابوالقاسم. ارائه مدل رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده در زنان و دختران آسیب‌دیده، با نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی و پردازش هیجانی. *شناخت اجتماعی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۲۰): ۲۵-۳۸
https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_8360.html
- 46-Køster A. Mentalization, embodiment, and narrative: critical comments on the social ontology of mentalization theory. *Theory & Psychology*. 2017 Aug; 27(4): 458-76.
<https://doi.org/10.1177/0959354317711031>
- 47-Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*. 2004 Feb 1; 18(1): 36-51.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>

- 64-Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023 May 24.
URL:https://www.google.com/books/edition/Principles_and_Practice_of_Structural_Eq/t2CvEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- 65-Crick NR, Murray-Close DI, Woods K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*. 2005 Dec; 17(4): 1051-70. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S0954579405050492>
- 66-Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel AB, Sturek J, Fonagy P. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011 Jun 1; 50(6): 563-73. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- ۶۷-زرگر، یدالله؛ سجادی، سیده فاطمه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ ارشادی، نسرين. اعتباریابی مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز. *مطالعات علوم پزشکی*. ۱۳۹۳؛ ۲۵(۴): ۳۳۸-۳۵۲. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2279-fa.html>
- 68-Bell M. Bell Object Relations Inventory for adolescents and children: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of personality assessment*. 2003 Feb 1; 80(1): 19-25. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_09
- 69-Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2): 169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- 70-Sharp C, Williams LL, Ha C, Baumgardner J, Michonski J, Seals R, Patel AB, Bleiberg E, Fonagy P. The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2009 Dec; 73(4): 311-38. <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.4.311>
- 71-Ha C. The Psychometric Properties of a Newly Adapted Social Cognitive Measure for Adolescents: The Reflective Function Questionnaire for Youth (Doctoral dissertation). <https://uh-ir.tdl.org/handle/10657/3628>
- 56-Fowler S. The relationship between traumatic events and psychological symptomatology and the moderating role of mentalization (2016). <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/1440/>
- 57-Petersen R, Brakoulias V, Langdon R. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2016 Jan 1; 64: 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.10.004>
- ۵۸-باباپور، سما؛ شفیع‌آبادی، عبدالله، سعادت، ابوطالب؛ فتاحی اندبیل، اعظم. مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*. ۱۴۰۱؛ ۶(۴): ۲۶۱-۲۴۶. <http://islamiclifej.com/article-1-1471-fa.html>
- ۵۹-عینی، ساناز؛ نریمانی، محمد؛ عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد؛ صادقی موحد، فریبا. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی - تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *پایش*. ۱۳۹۷؛ ۱۷(۳): ۲۵۷-۲۸۷. <https://www.magiran.com/paper/citation?ids=184052>
- 60-Euler S, Nolte T, Constantinou M, Griem J, Montague PR, Fonagy P, Personality and Mood Disorders Research Network. Interpersonal problems in borderline personality disorder: associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*. 2021 Apr; 35(2): 177-93. <https://doi.org/10.1521/pedi201933427>
- 61-De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Thérapie basée sur la mentalisation et le trouble de personnalité limite. *L'Encéphale*. 2017 Aug 1; 43(4): 340-5. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.020>
- 62-Berenson KR, Dochat C, Martin CG, Yang X, Rafaeli E, Downey G. Identification of mental states and interpersonal functioning in borderline personality disorder. *Personality disorders*. 2018 Mar; 9(2): 172-81. <https://doi.org/10.1037/per0000228>
- ۶۳-پورشهریار، حسین؛ علیزاده، حسین؛ رجایی‌نیا؛ کاظم. تجربه آزار هیجانی کودکی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۷؛ ۲۴(۲): ۱۴۸-۱۶۳. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2814-en.html>

- 75-Henseler J, Ringle CM, Sinkovics RR. The use of partial least squares path modeling in international marketing. In *New challenges to international marketing 2009 Mar 6* (Vol. 20, pp. 277-319). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
- 76-Tenenhaus M, Amato S, Esposito Vinzi V. A global goodness-of-fit index for PLS structural equation modelling. In *Proceedings of the XLII SIS scientific meeting 2004 Jun 9*; Vol. 1, No. 2: 739-742. https://www.researchgate.net/publication/284462849_A_global_goodness-of-fit_index_for_PLS_structural_equation_modelling
- 72-Ha C, Sharp C, Ensink K, Fonagy P, Cirino P. The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of adolescence*. 2013 Dec 1; 36(6): 1215-23. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.008>
- 73-Chin WW. The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*. 1998 Jan 1; 295(2): 295-336. <https://psycnet.apa.org/record/1998-07269-010>
- 74-Geisser S. The predictive sample reuse method with applications. *Journal of the American statistical Association*. 1975 Jun 1; 70(350): 320-8. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1975.10479865>

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی

نویسندگان

مهديه غفاری موحد^۱، رسول روشن چسلی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. mh.ghafary284@gmail.com
۲. استاد تمام گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: شناسایی دقیق گستره مربوط به مشکلات جنسی در زنان و مردان متاهل با استفاده از ابزارهای سنجش دقیق، معتبر، مفید و کاربردی می‌تواند راهگشای ارزیابی دقیق و طرح‌ریزی یک برنامه درمانی مؤثر و کارآمد باشد. مطالعه حاضر نیز با هدف بررسی ابعاد روان‌سنجی و سنجش میزان روایی و پایایی آن را در جامعه ایرانی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی در جامعه ایرانی انجام گرفت.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۴/۱۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۰/۱۲



روش: این مطالعه در حیطه روان‌سنجی و از نوع توصیفی است. نمونه مورد مطالعه، ۳۸۵ نفر از زنان و مردان متاهل استان قم به صورت در دسترس انتخاب شدند. از این بین به طور مساوی ۵۰ درصد خانم و ۵۰ درصد آقا می‌باشند و با توجه به شیوع کرونا و نبود امکان تجمعات غیرضروری موجود، پرسشنامه‌ها به نسخه آنلاین تبدیل شده و لینک آن از طریق سایت پرس‌لاین در اختیار افراد نمونه قرار گرفت. شرایط ورود و خروج مشخص فضایی برای پاسخگویی ایجاد کرد. نسخه فارسی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی پس از مراحل ترجمه - بازترجمه، تنظیم و همراه با پرسشنامه‌های رضایت جنسی (ISS) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس اجرا گردید. برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد. شاخص روایی محتوایی (CVI) و نسبت روایی محتوایی (CVR) به منظور بررسی روایی محتوی به کار برده شدند. در این پژوهش روایی همگرا، از راه محاسبه همبستگی پیرسون بین نمرات این پرسشنامه با نمرات پرسشنامه رضایت جنسی و روایی واگرای آن نیز از راه محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌های این پرسشنامه با نمرات پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ داس بررسی شد. همچنین جهت سنجش پایایی نیز از روش دوتیمه‌سازی و محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد. در این مطالعه از نرم‌افزارهای spss نسخه ۲۴ و لیزرل نسخه ۸/۸ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

نتایج: تحلیل عامل تأییدی مدل ۵ عامل پرسشنامه را مورد تأیید قرار داد و از شاخص‌های برازش مناسبی برخوردار بود (RMSEA=۰/۰۸). در مطالعه حاضر شاخص‌های مربوط به روایی محتوا همگی در سطح قابل قبولی قرار داشتند (بالای ۰/۸۰). روایی همگرا در دامنه بین ۰/۵۰ تا ۰/۷۹ و روایی واگرای بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۲ قرار داشت (p<۰/۰۵). آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون در شیوه پایایی دو نیمه‌سازی ۰/۷۷ بود (p<۰/۰۵). سطح معنی‌داری هم ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تأیید روایی و پایایی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی در مردان و زنان متاهل ایرانی بود. این پرسشنامه با توجه به پایایی و روایی مناسب آن می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد و زمینه پژوهش‌های متعددی در قلمرو روان‌شناسی خانواده و شناسایی مشکلات جنسی را فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها

روایی، پایایی، مشکلات جنسی، ارزیابی، رضایت جنسی، عاطفه منفی، ویژگی‌های روان‌سنجی

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

rasolroshan@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

یکی از کارکردهای مهم خانواده را می‌توان تنظیم روابط جنسی قلمداد کرد. دانشمندان بر این نکته تأکید کرده‌اند، مسائل جنسی در زناشویی نقش مهمی دارد و داشتن روابط جنسی مطلوب از ضروریات هر خانواده می‌باشد. یکی از مهم‌ترین عوامل زندگی زناشویی رضایت‌بخش و کیفیت زندگی خوب، روابط لذتبخش جنسی است، زیرا رضایت بخش نبودن آن، سبب ایجاد احساس محرومیت، ناکامی و نبود ایمنی در همسران است و این محرومیت در نهایت موجب طلاق و ازهم‌گسستگی زندگی زناشویی می‌گردد [۷]. اغلب مشکلات و اختلافات خانوادگی مستقیم یا به طور غیرمستقیم، معلول ناسازگاری‌های جنسی بوده و عامل جنسی در سعادت زناشویی، نقش مهمی را بازی می‌کند [۸]. رضایت حاصل از فعالیت جنسی یکی از نیازهای فیزیولوژیک انسان است که موجب سلامتی شده و نه تنها روابط نزدیک را برای زوجین به همراه می‌آورد، بلکه آنان را در برابر بسیاری از اختلالات از جمله حمله قلبی و سردردهای میگرنی در مردان؛ همچنین علائم سندرم پیش از قاعدگی و آرتروز در زنان حفظ می‌کند، در حالی که فقدان رضایتمندی جنسی توانمندی‌ها و خلاقیت انسان‌ها را کاهش می‌دهد [۹].

احساس محرومیت در امور جنسی، ریشه بسیاری از بیماری‌های روانی گردیده و به صورت صفات خطرناک مانند میل به ظلم، خیانت، حسادت و فساد اجتماعی تجلی می‌کند [۱۰]. همراه با بروز مشکلات جنسی و کاهش شدید رضایت جنسی ابعادی از عاطفه منفی^۲ ممکن است نمایان شود. عاطفه منفی در واقع یک ناراحتی عمیق و درونی و البته ناخوشایند است که حالت‌های خلقی نامطلوب و ناخوشایند مثل نفرت، گناه، بی‌زاری، ترس، خشم و پرخاشگری را شامل می‌گردد. عاطفه منفی در دو طیف پایین و بالا بروز می‌کند و پایین بودن آن به معنای نمود کم‌تر خلقیات منفی و بالا بودن آن افزایش ناسازگاری و ناراحتی روانشناختی را نشان می‌دهد [۱۱]. مطالعات نشان می‌دهد در زوجینی که میزان رضایت جنسی کمتری را گزارش دهند احتمال بالا بودن عواطف منفی بیشتر است [۱۲]. تحمل رنج آثار روانی مشکلات جنسی، برای زوجین مشکل‌زا و حتی در روند تداوم زندگی زناشویی و کیفیت

از آنجایی که خانواده به عنوان مهم‌ترین نهاد اجتماعی در تمامی جوامع محسوب می‌گردد و آسیب به خانواده در واقع آسیب به زیربنای کل جامعه است، توجه به نیازهای خانواده بسیار حیاتی و مهم محسوب می‌گردد [۱]. از جمله نیازهای مطرح شده، رضایتمندی جنسی^۱ زوجین می‌باشد. ازدواج در واقع نوعی مشارکت جنسی بین دو نفر است و برای هر دو طرف اهمیت دارد. بسیاری از مطالعات عنوان می‌کنند، کامیابی و رضایت جنسی نتیجه عشق است [۲]. ازدواج، تشکیل خانواده و برقراری رابطه جنسی جهت تداوم نسل و به وجود آوردن همتابانی شبیه خود، از ابتدای تاریخ برای انسان دارای اهمیت به خصوصی بوده است. از این رو فعالیت‌های جنسی و میزان رضایت از این فعالیت‌ها همواره یکی از ابعاد مهم زندگی مشترک بوده است [۳]. از جمله ابعاد اساسی در رابطه بین همسران که معمولاً نادیده گرفته می‌شود، رابطه جنسی است. روابط جنسی همواره به صورت تابو در بسیاری از فرهنگ‌ها مطرح گردیده و اغلب افراد از صحبت در مورد آن شرم دارند. صحبت در مورد این مسائل اغلب با احساس شرم و گناه همراه است و معمولاً افراد بدون اطلاع از وضعیت جنسی خود یا با دریافت اطلاعات ناقص و اشتباه از منابع نادرست، ازدواج کرده و در زندگی زناشویی خود دچار مشکل می‌شوند [۴].

نگرش‌های اجتماعی ما در ارتباط با امور جنسی اغلب تحت سلطه باورهای مذهبی ما هستند. مبنی بر این که امیال جنسی باید مهار شوند و از لذت جنسی باید اجتناب ورزید. مانند اینکه دین اسلام و مسیحیت هر دو بر این باور هستند که فرد نباید از لحاظ جنسی فعال باشد مگر در ازدواج. بنابراین، ازدواج جایگاهی است برای امیال جنسی. ازدواج زمینه‌ای واضح برای افراد مذهبی می‌باشد که چگونه زندگی جنسی داشته باشند. این زمینه می‌تواند منجر به رضایت جنسی بیشتر در ازدواج در بین افراد مذهبی نسبت به افراد غیرمذهبی شود [۵]. نگرش‌های مذهبی بر صمیمیت در هنگام دخول و نگرش‌های مبنی بر خودارضایی تأثیرگذار خواهد بود. در واقع کسانی که پایبند به مبانی مذهبی نیستند، رضایت جنسی فیزیکی بالایی را تجربه می‌کنند در حالی که این مؤلفه تأثیری بر رضایت جنسی روانی ندارد [۶].

2 . Negative emotion.

1 . Sexual satisfaction.

خانواده بر این موضوع تأکید داشتند که میزان رضایت زناشویی و وجود نداشتن مشکلات جنسی می‌تواند تا حدود زیادی تضمین‌کننده زندگی زناشویی مطلوب‌تری باشد؛ به این صورت که زوجین دارای روابط زناشویی مستمر و سالم در روابط مشترک خود نیز دارای میزان درک بالاتر و رضایت بیشتری هستند [۲۲]. هرگونه ایجاد اختلال در رضایت‌مندی جنسی فرد که ناشی از عوامل روانشناختی، فیزیکی و اجتماعی است حتی در صورت کوتاه‌مدت و زودگذر بودن می‌تواند منجر به ناراحتی‌های مختصر یا عمده روانشناختی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و انزوای اجتماعی گردد. روابط دارای مشکل و غیر رضایت‌بخش علاوه بر اینکه سلامت جسمانی فرد را به خطر می‌اندازند، موجب ناراحتی در سلامت روانشناختی و در نهایت آسیب به زندگی زناشویی نیز می‌شوند [۲۳]. از این رو، توجه به گستره مربوط به مشکلات جنسی در زوجین یکی از ضرورت‌های حوزه ارزیابی و درمان مشکلات جنسی به شمار می‌رود و شناسایی دقیق این مشکلات با استفاده از ابزارهای سنجش دقیق، معتبر، مفید و کاربردی می‌تواند راهگشای طرح‌ریزی یک برنامه درمانی مؤثر و کارا باشد. با این وصف در مطالعه حاضر، پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی (SPSAQ)^۱ که توسط مؤسسه درمانی، آموزشی و تحقیقاتی مسائل جنسی سیاتل [۲۴] طراحی شده است به منظور بررسی ابعاد روان‌سنجی آن و سنجش میزان روایی و پایایی آن را در جامعه ایرانی (۳۸۵ نفر از زنان و مردان متاهل استان قم) مورد بررسی قرار گرفت.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش از نظر هدف تحقیق، در دسته‌بندی تحقیقات توسعه‌ای قرار دارد. این مطالعه، از لحاظ روش توصیفی و به لحاظ نوع آن در حیطه مطالعات ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار می‌باشد. ابتدا پرسشنامه از طریق تکنیک ترجمه و ترجمه مجدد از زبان مبدأ، انگلیسی به زبان فارسی ترجمه و سپس به انگلیسی برگردانده شد.

الف. جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش شامل زنان و مردان متاهل استان

زندگی زوجی آنها بسیار مؤثر است. در تحقیقی که تحت عنوان بررسی رابطه رضایت جنسی و طلاق صورت گرفته، نشان داده شد که ۶۷ درصد طلاق‌ها به علت آشنا نبودن به رفتارها و تمایلات جنسی طرف مقابل بوده است.

همچنین این مطالعه نشان داد؛ ۶۶/۷ درصد مردان و ۶۸/۴ درصد زنان از زندگی جنسی با همسرانشان راضی نیستند [۱۳]. تحقیقات نشان داده که ۵۸٪ درصد از طلاق‌ها در ایران به علت مشکلات جنسی است [۱۴]. مطالعات پیشین نشان می‌دهد، رضایت زناشویی در افراد به رضایت جنسی وابسته است [۱۵]. گیو و هونگ نیز در مطالعات گذشته‌نگر خود در زوجین چینی دریافتند که رضایت جنسی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر رضایت زناشویی دارد [۱۶]. در ایران بر اساس مطالعه و همه‌گیرشناسی که صفری نژاد و همکاران بر روی ۲۶۲۸ زن ۲۰ تا ۶۰ ساله انجام دادند به این نتیجه رسیدند؛ ۳۱ / ۵ درصد از شرکت‌کننده‌ها، دارای حداقل یکی از کژکاری‌ها بوده‌اند [۱۷]. به دلیل اهمیت حفظ بنیان زندگی زناشویی، بررسی مشکلات جنسی در زوجین بسیار حیاتی است. به همین علت تست‌ها و پرسشنامه‌های بسیاری جهت سنجش مشکلات جنسی در زوجین طراحی و تدوین شده است. از جمله پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت [۱۸] که ابزاری خود-گزارشی و ۱۴ ماده‌ای، برای سنجش تمایل جنسی فرد است. این سیاهه، شامل ۲ فرم ۷ پرسش است که تمایل جنسی فرد به تنهایی و نیز نسبت به فعالیت‌های جنسی با همسر را می‌سنجد. اجرای این آزمون بر روی افرادی که تابحال تجربه فعالیت جنسی نداشته‌اند نیز مناسب است [۱۹]. پرسشنامه دیگر پرسشنامه عملکرد جنسی مردان است که به ۵ حیطه تقسیم‌بندی شده است؛ عملکرد نعوظی، عملکرد رسیدن به لذت نهایی، تمایل جنسی، رضایت‌بخش بودن مقاربت و رضایت بخش بودن کل عملکرد جنسی [۲۰]. مقیاس تجارب جنسی آریزونا (ASEX)، توسط یکی از اساتید روانپزشکی دانشگاه آریزونا آمریکا ارائه شده است، با داشتن تنها ۵ پرسش، می‌تواند جهت تشخیص اختلال عملکرد جنسی زنان و مردان به کار رود [۲۱، ۲۲]. ولی، با توجه به مطالب ذکر شده هیچکدام از این ابزارها به صورت خاص گستره مشکلات جنسی را مورد توجه قرار نداده و ابعاد آن را بررسی نمی‌کنند. بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه مسائل جنسی زوجین در

1. Sexual Problems Self-Assessment Questionnaire.

فیزیولوژیکی^۱. در پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی، آیتم «عوامل پزشکی و فیزیولوژیک» کوتاه و به «عوامل جسمانی» تبدیل شده. عوامل جسمانی (پرسش ۴۲ تا ۶۵) همچنین، آیتم‌های موجود در این پرسشنامه به نحوی بسط یافتند تا ناراحتی‌های جنسی مردان و یک حوزه دیگر یعنی رضایت کلی که شامل دو آیتم: زندگی جنسی و صمیمیت است (پرسش ۱ و ۲) را دربرمی‌گیرد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که برنامه رایانه‌ای علامت‌هایی که در قالب پیوستار لیکرت زده شده است را به امتیازات عددی از ۰ تا ۱۰۰ برمی‌گرداند. نمره‌های بالا حوزه‌های دارای مشکل را نشان می‌دهد. پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی بازخورد سریع و جامع در خصوص وضعیت درونی رضایت ارتباطی و جنسی مراجع در اختیار درمانگر می‌گذارد. پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی مناسب به کارگیری در موضوعاتی بیشتری غیر از رضایت در روابط فردی و زوجی است. این ابزار را می‌توان به عنوان مقیاس تغییر درون فردی در مسیر درمان به کار برد. در خلال ایجاد این ابزار از مراجعانی که درمان‌های طولانی مدت انجام می‌دادند که معمولاً زوجین بودند، درخواست شد که پرسش‌های این پرسشنامه را کامل کنند. بیشتر این مراجعان این پرسشنامه را مفید و مختصر یافتند. بعد از آن این ابزار با مراجعان جدید هم مورد استفاده قرار گرفت. به دنبال آن، مصاحبه‌های بالینی نشان داد که برخی از مراجعان برخی از آیتم‌ها را نادرست علامت زده بودند. آیتم‌هایی که خیلی گنگ یا گیج‌کننده بودند اصلاح یا حذف شدند. همچنین تعدادی از پرسش‌های این پرسشنامه در تحقیقاتی با این عنوان‌ها به کار برده شد «خودپنداره جنسی در مردان اقلیت جنسی با تاریخچه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی [۲۵]» و روبرتا ای. ام‌تو (۲۰۱۸) تحت عنوان «بررسی ارتباط تاریخچه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی و ادراکات مربوط به سلامت جنسی جسمانی در مردان همجنسگرا: [۲۶] و

۱. مارتی کلین و جک مورین (۲۰۰۵)، ضمن به کار بردن «دیدگاه نوین» بیماری‌شناسی در طبقه‌بندی یکپارچه مشکلات جنسی زنان و مردان، مقوله پزشکی جدیدی را برای عوامل جسمانی کلی‌تری گسترش دادند، ما آن را توصیفی‌تر از گزارش‌های ذهنی و درونی پاسخ‌دهندگان یافتیم.

قم در سال ۱۴۰۱ می‌باشد. از بین جامعه آماری، به صورت غیرتصادفی و در دسترس نمونه‌ها انتخاب شدند.

ب. نمونه پژوهش

براساس فرمول تعیین حجم نمونه زیر و جهت اطمینان از اینکه بیشترین حجم نمونه محاسبه گردد P یا نسبت موفقیت در جامعه ۰/۵۰ در نظر گرفته شد. بدین ترتیب، تعداد کل نمونه با فرض جامعه آماری محدود، در سطح اطمینان ۰/۹۵ به صورت زیر محاسبه گردید. بر همین اساس ۳۸۴ نفر از زنان و مردان متاهل استان قم در سال ۱۴۰۱ به عنوان نمونه آماری انتخاب گردید که ۵۰ درصد آنان جنسیت زن و ۵۰ درصد آنان دارای جنسیت مرد می‌باشند. باتوجه به شیوع کرونا و نبود امکان تجمعات غیرضروری موجود، پرسشنامه‌ها به نسخه آنلاین تبدیل شده و لینک آن از طریق سایت پرس‌لاین در اختیار افراد نمونه قرار گرفت. شرایط ورود و خروج مشخص، فضایی برای پاسخگویی ایجاد کرد.

تمایل به شرکت در پژوهش، سکونت در شهر قم، متاهل بودن و قرارداد داشتن در گروه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال ملاک‌های ورود به مطالعه بودند و ملاک‌های خروج هم شامل تمایل نداشتن به شرکت در طرح، تحت نظارت روانشناس یا روانپزشک بودن، و مصرف داروهای روانپزشکی بود.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \cdot pg}{d^2}$$

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی (SPSAQ):
این پرسشنامه توسط الیزابت لارسن و همکاران در مؤسسه درمانی، آموزشی و تحقیقاتی مسائل جنسی سیاتل طراحی شده است [۱۷]. در فرایند ایجاد و تولید آیتم‌های محتوای پرسشنامه، از افراد متعددی کمک و مشورت گرفته شد و در واژه‌پردازی، طراحی و استفاده از این ابزار کمک کرده‌اند. پیش از طراحی نسخه رایانه‌ای، پرسشنامه‌ها نمره‌گذاری شده بود. کل فرم شامل ۷۲ آیتم است. آیتم‌ها در چهار حوزه قرار می‌گیرند. حوزه‌ها آن‌گونه که در بیماری‌شناسی نوین شناسایی شده‌اند، عبارتند از:

الف. اجتماعی - فرهنگی، سیاسی، یا اقتصادی، (پرسش ۳ تا ۲۰)، ب. روابط، (پرسش ۲۱ تا ۳۴) ج. عوامل روان‌شناختی (پرسش ۳۵ تا ۴۱)؛ د. عوامل پزشکی و

۰/۹۵۶ در سطح معناداری ۰/۱ شده است. همچنین برای بررسی دقیق‌تر پایایی بدست آمده از روش دونیمه کردن آزمون ۰/۸۸ شده است. ضریب گاتمن محاسبه شده نیز ۰/۸۰ می‌باشد. ثبات درونی این مقیاس توسط طراحان محاسبه و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ بدست آمد. پایایی مقیاس نیز با روش باز آزمایی با فاصله یک هفته محاسبه گردید که برابر ۰/۹۳ شد [۲۸].

۳. پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS 21^۵:

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس توسط لاویبوند^۶ ساخته شد که شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است [۲۹]. خرده‌مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتمادبه‌نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، نبود علاقه برای درگیری در امور، لذت‌نبردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده‌مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده‌مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد. هر یک از خرده‌مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ پرسش است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات پرسش‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر پرسش از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ پرسش) است، نمره نهایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. آنتونی^۷ و همکارانش مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند. نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۰/۹۷، ۱/۲۳، ۲/۸۹ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان

«بررسی سیستماتیک تأثیر سوءاستفاده جنسی در کودکی بر عملکرد جنسی مردان [۲۷]».

همچنین در این پژوهش متن اصلی پرسشنامه ترجمه و بازترجمه شد و هماهنگی نسخه ترجمه شده با نسخه اصلی، توسط چندی از متخصصین و استادان روان‌شناس بررسی و پس از اعمال اصلاحات تأیید شد و در ابتدا بر روی یک نمونه ۵۰ نفره بصورت آزمایشی اجرا گردید.

۴. مقیاس رضایت جنسی (ISS)^۱:

ابزار دیگر مقیاس رضایت جنسی (ISS) توسط هادسون^۲، هریسون^۳ و کروسکاپ^۴ در سال ۱۹۸۱م برای ارزیابی سطوح رضایت زوجین ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۵ پرسش می‌باشد و جزء پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی محسوب می‌شود به عنوان مثال. «من احساس می‌کنم که زندگی جنسی‌ام فاقد کیفیت است یا همسر من نمی‌تواند از لحاظ جنسی مرا ارضا کند». پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون در سطح یک مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰ تا ۶ مشخص می‌شود و در مجموع نمره آزمودنی‌ها در کل تست بین ۰ تا ۱۵۰ در نوسان است. همچنین پاره‌ای از ماده‌های مقیاس، نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره‌گذاری معکوس شامل پرسش‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴ و ۲۵ می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس منعکس‌کننده رضایت جنسی است. ثبات درونی این مقیاس توسط طراحان محاسبه و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ بدست آمد. پایایی مقیاس نیز با روش باز‌آزمایی با فاصله یک هفته محاسبه گردید که برابر ۰/۹۳ شد. روایی مقیاس از طریق روایی تفکیکی محاسبه گردید. نتایج نشان داد مقیاس، توانایی تشخیص زوجین دارا و فاقد مشکلات جنسی را دارد. روایی این مقیاس از طریق همبستگی آن با خرده‌مقیاس رضایت جنسی پرسشنامه انرژی نیز محاسبه گردید و میزان آن ۰/۷۴ به دست آمد [۲۸]. این پرسشنامه توسط پوراکیبر در سال ۱۳۸۹ با اجرای طرح مجدد به فاصله ۱۵ روز برای بررسی وضعیت هنجاری مقیاس انجام شد. نتایج اجرای آزمون و اجرای دوباره آن به وسیله آزمون همبستگی مورد تحلیل واقع شد. نتایج این آزمون نشانگر میزان همبستگی

1 . Sexual satisfaction questionnaire.

2 . Hudson.

3 . Harrison.

4 . Croscope.

5 . Depression, anxiety and stress questionnaire.

6 . Lovibond.

7 . Anthony.

فارسی ترجمه و جهت تعیین میزان مطابقت ترجمه با پرسشنامه اصلی (مبدأ) از دو کارشناس مسلط به زبان انگلیسی که قبلاً نسخه انگلیسی پرسشنامه را رؤیت نکرده بودند، درخواست برگردان دوباره نسخه ترجمه شده به زبان فارسی به انگلیسی شد. جهت بررسی همخوانی نسخه‌ها، نسخه اصلی و نسخه برگردان شده به انگلیسی مورد مقایسه قرار گرفت و با هماهنگی افرادی که ترجمه و ترجمه مجدد را بر عهده داشتند، تغییرات لازم در جمله‌بندی‌ها صورت گرفت و از روش ترجمه مجدد استفاده شد. در مرحله بعد، نسخه فارسی پرسشنامه روی ۵۰ نفر به صورت آزمایشی اجرا شد تا از نظر ظاهری و قابلیت فهم و درک آن بازنگری و اصلاحات و عباراتی که نامفهوم بود، مشخص و اصلاح گردد.

شیوه تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل عامل تأییدی استفاده شده است. روایی یابی به روش تحلیل عامل تأییدی، روایی همگرا و واگرا و روایی محتوای انجام شد. جهت سنجش پایایی پرسشنامه نیز از روش دو نیمه‌سازی و محاسبه آلفای کرونباخ با تأکید بر همبستگی درونی استفاده شد. در این مطالعه از نرم‌افزارهای spss نسخه ۲۴ و لیزرل نسخه ۸/۸ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده می‌شود. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نمونه بررسی‌شده در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. همچنین، میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت‌کننده در مطالعه نیز به ترتیب $\bar{x} = 36/07$ و $\sigma = 7/88$ بود. بر اساس اطلاعات توصیفی آزمودنی‌ها از لحاظ متغیر مدت رابطه با همسر میانگین و انحراف معیار مدت این رابطه به ترتیب $\bar{x} = 11/07$ و $\sigma = 8/32$ بود.

ضرایب همبستگی مربوط پرسش‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی در نمونه مورد مطالعه محاسبه شد. ماتریس همبستگی مربوط به مؤلفه‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی دربرگیرنده ضرایب همبستگی متعددی بود که مقدار آن‌ها مساوی و یا بالای ۰/۳۰ بودند. در ادامه همبستگی تک‌تک پرسش‌های پرسشنامه خودارزیابی

عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود [۳۰]. روایی این پرسشنامه در ایران توسط صاحبی و همکارانش مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه قابلیت اعتماد این مقیاس از طریق همسانی درونی و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و تنیدگی ادراک شده بررسی شد. در کل ضرایب قابلیت اعتماد و اعتبار به دست آمده بسیار رضایت‌بخش و در سطح $p < 0/001$ معنادار بود.

همبستگی‌ها بین زیر مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیر مقیاس تنیدگی DASS با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ بودند [۳۱]. در مطالعه سامانی و جوکار هم پایایی بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۹۰۱۲ و نیز شاخص خی دو در آزمون کرویت بارتلت برابر ۳۰۹۲/۹۳ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. براساس تحلیل عاملی انجام شده بر روی گویه‌های پرسشنامه و با ملاک قرار دادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری سه مقیاس فرعی استخراج شد که عبارتند از: افسردگی، اضطراب و تنیدگی که در راستای عامل‌های آزمون اصلی DASS می‌باشد [۳۲].

شیوه انجام پژوهش

پس از تهیه نسخه اصلی پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه از طریق تکنیک ترجمه و ترجمه مجدد^۱ از زبان مبدأ انگلیسی به زبان فارسی ترجمه و سپس به انگلیسی برگردانده شد. برای ترجمه و باز ترجمه، پرسشنامه توسط دو نفر کارشناس فارسی زبان مسلط به زبان انگلیسی، به

1. Forward- backward translation.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نمونه مورد مطالعه

| متغیر | طبقات | فراوانی (درصد) |
|-------------|---------------|----------------|
| جنسیت | زن | ۱۹۴ (۵۰/۴) |
| | مرد | ۱۹۱ (۴۹/۶) |
| سطح تحصیلات | زیر دیپلم | ۲۵ (۶/۵) |
| | دیپلم | ۱۱۳ (۲۹/۴) |
| | کاردانی | ۲۶ (۶/۸) |
| | کارشناسی | ۱۲۹ (۳۲/۵) |
| | کارشناسی ارشد | ۸۳ (۲۱/۶) |
| | دکتر و بالاتر | ۹ (۲/۳) |

مقیاس داشتند. برخی پرسش‌ها از قبیل پرسش‌های ۴۹، ۴۸، ۴۲، ۲۸، ۲۷، ۱۹، ۱۲ و ۶۰ همبستگی منفی با کل مقیاس داشتند با این حال به دلیل اینکه در صورت حذف آن پرسش‌ها آلفای نهایی پرسشنامه تغییر زیادی نمی‌کند، می‌توان از حذف این پرسش‌ها چشم‌پوشی کرد. در ستون ضریب آلفا هم در صورت حذف هیچ یک از پرسش‌ها، ضریب آلفای پرسشنامه افزایش قابل توجهی نمی‌یابد. نتایج همبستگی پرسش‌ها با کل آزمون نیز حاکی از آن است که ضرایب همبستگی مابین پرسش‌ها با کل آزمون بالا بوده و این شاخص نشان از میزان همسانی بالای آزمون است.

مشکلات جنسی با کل پرسشنامه بررسی گردید. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۲ آورده شده است. با توجه به نتایج این جدول، در بیشتر پرسش‌های همبستگی پرسش با کل آزمون نزدیک به ۳/ است. این موضوع نشان دهنده میزان همبستگی هر آیتم با نمره کل است. یعنی آن پرسش چیزی را اندازه‌گیری می‌کند که کل مقیاس آن را اندازه‌گیری می‌کند. برخی پرسش‌ها مثل پرسش‌های مربوط به بیماری‌های پزشکی از قبیل بارداری، تولد نوزاد، یائسگی، بیماری‌های مقاربتی و جراحی جسمی و نیز پرسش‌های مربوط به مصرف دارو، الکل، سیگار و در معرض مواد حلال و فرآر بودن؛ همبستگی نسبتاً پایینی (زیر ۰/۳۰) با کل

جدول ۲: برآورد ضریب پایایی برای کل پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی به روش آلفا کرونباخ

| پرسش مقیاس | میانگین مقیاس در صورت حذف آیتم | واریانس مقیاس در صورت حذف آیتم | همبستگی هر سوال با کل | آلفای کرونباخ مقیاس در صورت حذف آیتم |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| ۱ | ۳۷۸/۲۵ | ۴۹۵۰/۷۰۹ | ۱/۶۸۴ | ۱/۹۲۰ |
| ۲ | ۳۷۸/۳۴ | ۴۹۵۰/۸۸۴ | ۱/۶۵۱ | ۱/۹۲۰ |
| ۳ | ۳۷۸/۷۱ | ۵۰۰۹/۰۷۴ | ۱/۴۹۷ | ۱/۹۲۱ |
| ۴ | ۳۷۸/۱۱ | ۵۰۳۹/۵۲۷ | ۱/۴۲۶ | ۱/۹۲۲ |
| ۵ | ۳۷۷/۸۰ | ۵۰۳۰/۲۴۳ | ۱/۴۷۱ | ۱/۹۲۲ |
| ۶ | ۳۷۸/۱۲ | ۵۰۴۵/۶۴۸ | ۱/۴۱۴ | ۱/۹۲۲ |
| ۷ | ۳۷۸/۶۸ | ۵۰۸۸/۷۷۲ | ۱/۳۲۷ | ۱/۹۲۳ |
| ۸ | ۳۷۷/۲۸ | ۵۰۰۶/۰۵۲ | ۱/۵۳۸ | ۱/۹۲۱ |
| ۹ | ۳۷۷/۴۹ | ۴۹۷۳/۴۰۸ | ۱/۵۸۱ | ۱/۹۲۱ |

ادامه جدول ۲: برآورد ضریب پایایی برای کل پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی به روش آلفا کرونباخ

| پرسش مقیاس | میانگین مقیاس در صورت حذف آیتیم | واریانس مقیاس در صورت حذف آیتیم | همبستگی هر سوال با کل | آلفای کرونباخ مقیاس در صورت حذف آیتیم |
|---------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|--|
| ۱۰ | ۳۷۷/۸۶ | ۴۹۸۳/۲۹۶ | ۱/۵۳۳ | ۱/۹۲۱ |
| ۱۱ | ۳۷۸/۰۰ | ۴۹۵۹/۶۳۱ | ۱/۵۸۷ | ۱/۹۲۱ |
| ۱۲ | ۳۸۰/۳۷ | ۵۲۴۶/۴۹۶ | -۱/۰۶۷ | ۱/۹۲۶ |
| ۱۳ | ۳۷۸/۳۵ | ۵۰۱۸/۵۴۳ | ۱/۴۷۷ | ۱/۹۲۱ |
| ۱۴ | ۳۷۷/۶۷ | ۵۰۱۷/۱۰۶ | ۱/۵۲۱ | ۱/۹۲۱ |
| ۱۵ | ۳۷۸/۲۶ | ۴۹۹۶/۴۳۸ | ۱/۵۱۹ | ۱/۹۲۱ |
| ۱۶ | ۳۷۸/۹۶ | ۴۹۶۳/۶۷۴ | ۱/۵۶۱ | ۱/۹۲۱ |
| ۱۷ | ۳۷۸/۲۷ | ۵۰۲۶/۱۲۸ | ۱/۴۵۶ | ۱/۹۲۲ |
| ۱۸ | ۳۷۸/۱۲ | ۵۰۶۰/۹۸۶ | ۱/۳۸۰ | ۱/۹۲۲ |
| ۱۹ | ۳۸۰/۳۶ | ۵۴۱۹/۷۴۵ | -۱/۴۷۸ | ۱/۹۲۹ |
| ۲۰ | ۳۷۹/۱۹ | ۴۹۶۴/۳۷۶ | ۱/۵۷۹ | ۱/۹۲۱ |
| ۲۱ | ۳۷۸/۳۲ | ۴۹۳۳/۹۶۱ | ۱/۶۴۱ | ۱/۹۲۰ |
| ۲۲ | ۳۷۷/۹۰ | ۴۹۳۳/۱۹۳ | ۱/۶۸۸ | ۱/۹۲۰ |
| ۲۳ | ۳۷۸/۰۱ | ۴۹۱۵/۴۶۱ | ۱/۷۰۱ | ۱/۹۲۰ |
| ۲۴ | ۳۷۸/۴۸ | ۴۸۹۶/۹۷۸ | ۱/۶۹۸ | ۱/۹۲۰ |
| ۲۵ | ۳۷۸/۶۹ | ۴۸۸۷/۷۷۳ | ۱/۷۰۱ | ۱/۹۱۹ |
| ۲۶ | ۳۷۷/۵۳ | ۴۹۸۸/۲۲۴ | ۱/۵۸۲ | ۱/۹۲۱ |
| ۲۷ | ۳۷۹/۲۲ | ۵۴۵۴/۵۷۳ | -۱/۵۰۷ | ۰.۹۲۹ |
| ۲۸ | ۳۷۹/۶۷ | ۵۴۹۰/۹۶۴ | -۱/۵۶۳ | ۱/۹۳۰ |
| ۲۹ | ۳۷۸/۴۵ | ۴۸۸۵/۵۴۲ | ۱/۷۰۷ | ۱/۹۱۹ |
| ۳۰ | ۳۷۹/۵۲ | ۴۹۶۹/۳۶۰ | ۱/۵۷۴ | ۱/۹۲۱ |
| ۳۱ | ۳۷۷/۰۸ | ۵۰۸۷/۳۶۶ | ۱/۳۸۶ | ۱/۹۲۲ |
| ۳۲ | ۳۷۸/۲۴ | ۴۹۴۲/۰۷۳ | ۱/۶۴۹ | ۱/۹۲۰ |
| ۳۳ | ۳۷۸/۸۹ | ۴۸۹۰/۶۶۹ | ۱/۶۹۲ | ۱/۹۲۰ |
| ۳۴ | ۳۷۸/۵۸ | ۴۹۰۷/۰۲۹ | ۱/۶۷۵ | ۱/۹۲۰ |
| ۳۵ | ۳۷۸/۰۱ | ۴۹۴۸/۶۱۲ | ۱/۶۴۱ | ۱/۹۲۰ |
| ۳۶ | ۳۷۸/۰۳ | ۴۹۳۲/۲۷۹ | ۱/۶۷۹ | ۱/۹۲۰ |
| ۳۷ | ۳۷۸/۹۷ | ۴۸۷۰/۲۰۶ | ۱/۷۱۸ | ۱/۹۱۹ |
| ۳۸ | ۳۷۸/۷۱ | ۴۸۷۵/۸۷۷ | ۱/۷۲۲ | ۱/۹۱۹ |
| ۳۹ | ۳۷۷/۸۲ | ۴۹۵۷/۲۵۸ | ۱/۶۴۰ | ۱/۹۲۰ |
| ۴۰ | ۳۷۷/۷۴ | ۴۹۶۹/۸۲۲ | ۱/۶۳۰ | ۱/۹۲۰ |

ادامه جدول ۲: برآورد ضریب پایایی برای کل پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی به روش آلفا کرونباخ

| پرسش مقیاس | میانگین مقیاس در صورت حذف آیتیم | واریانس مقیاس در صورت حذف آیتیم | همبستگی هر سوال با کل | آلفای کرونباخ مقیاس در صورت حذف آیتیم |
|---------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|--|
| ۴۱ | ۳۷۷/۶۵ | ۴۹۸۴/۵۱۲ | ۱/۶۱۶ | ۱/۹۲۱ |
| ۴۲ | ۳۸۲/۰۵ | ۵۴۲۸/۱۲۳ | -/۵۷۲ | ۱/۹۲۸ |
| ۴۳ | ۳۷۶/۹۱ | ۵۱۶۸/۹۱۴ | ۱/۱۵۶ | ۱/۹۲۴ |
| ۴۴ | ۳۷۷/۱۴ | ۵۱۴۶/۷۹۷ | ۱/۲۰۰ | ۱/۹۲۳ |
| ۴۵ | ۳۷۶/۲۸ | ۵۱۷۵/۸۸۵ | ۱/۱۹۱ | ۱/۹۲۳ |
| ۴۶ | ۳۷۶/۵۱ | ۵۱۴۶/۰۹۹ | ۱/۲۷۵ | ۱/۹۲۳ |
| ۴۷ | ۳۷۷/۰۹ | ۵۱۰۰/۶۳۳ | ۱/۳۲۱ | ۱/۹۲۳ |
| ۴۸ | ۳۸۱/۹۴ | ۵۳۸۱/۲۴۸ | -/۴۰۰ | ۱/۹۲۸ |
| ۴۹ | ۳۸۳/۴۴ | ۵۲۶۰/۵۵۶ | -/۱۲۸ | ۱/۹۲۵ |
| ۵۰ | ۳۷۸/۶۲ | ۵۰۱۹/۶۹۷ | ۱/۴۶۴ | ۱/۹۲۲ |
| ۵۱ | ۳۷۷/۵۵ | ۵۰۳۹/۳۰۱ | ۱/۴۸۰ | ۱/۹۲۲ |
| ۵۲ | ۳۷۷/۲۸ | ۵۰۵۳/۰۴۶ | ۱/۴۵۲ | ۱/۹۲۲ |
| ۵۳ | ۳۷۷/۳۴ | ۵۰۶۱/۱۵۸ | ۱/۴۲۴ | ۱/۹۲۲ |
| ۵۴ | ۳۷۶/۵۱ | ۵۱۴۲/۵۵۴ | ۱/۲۹۸ | ۱/۹۲۳ |
| ۵۵ | ۳۷۸/۴۲ | ۵۰۴۴/۲۰۳ | ۱/۴۴۱ | ۱/۹۲۲ |
| ۵۶ | ۳۷۷/۰۰ | ۵۱۲۸/۷۴۳ | ۱/۲۶۰ | ۱/۹۲۳ |
| ۵۷ | ۳۷۶/۰۱ | ۵۲۰۴/۸۸۰ | ۱/۱۳۹ | ۱/۹۲۳ |
| ۵۸ | ۳۷۹/۷۶ | ۵۱۹۲/۹۵۶ | ۱/۰۶۵ | ۱/۹۲۴ |
| ۵۹ | ۳۷۶/۴۴ | ۵۱۵۸/۰۳۲ | ۱/۲۴۹ | ۱/۹۲۳ |
| ۶۰ | ۳۸۱/۴۳ | ۵۲۲۴/۱۹۹ | -/۰۱۵ | ۱/۹۲۵ |

جدول ۳. ماتریس همبستگی‌های عامل‌های ۵ گانه پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی

| رضایت کلی | عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی، یا اقتصادی | روابط | عوامل روانشناختی | عوامل جسمانی |
|---|---|--------|------------------|--------------|
| رضایت کلی | ۱ | | | |
| عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی، یا اقتصادی | **۰/۴۷ | ۱ | | |
| روابط | **۰/۷۲ | **۰/۵۸ | ۱ | |
| عوامل روانشناختی | **۰/۶۱ | **۰/۵۸ | **۰/۸۲ | ۱ |
| عوامل جسمانی | **۰/۴۰ | **۰/۴۷ | **۰/۴۸ | **۰/۵۲ |

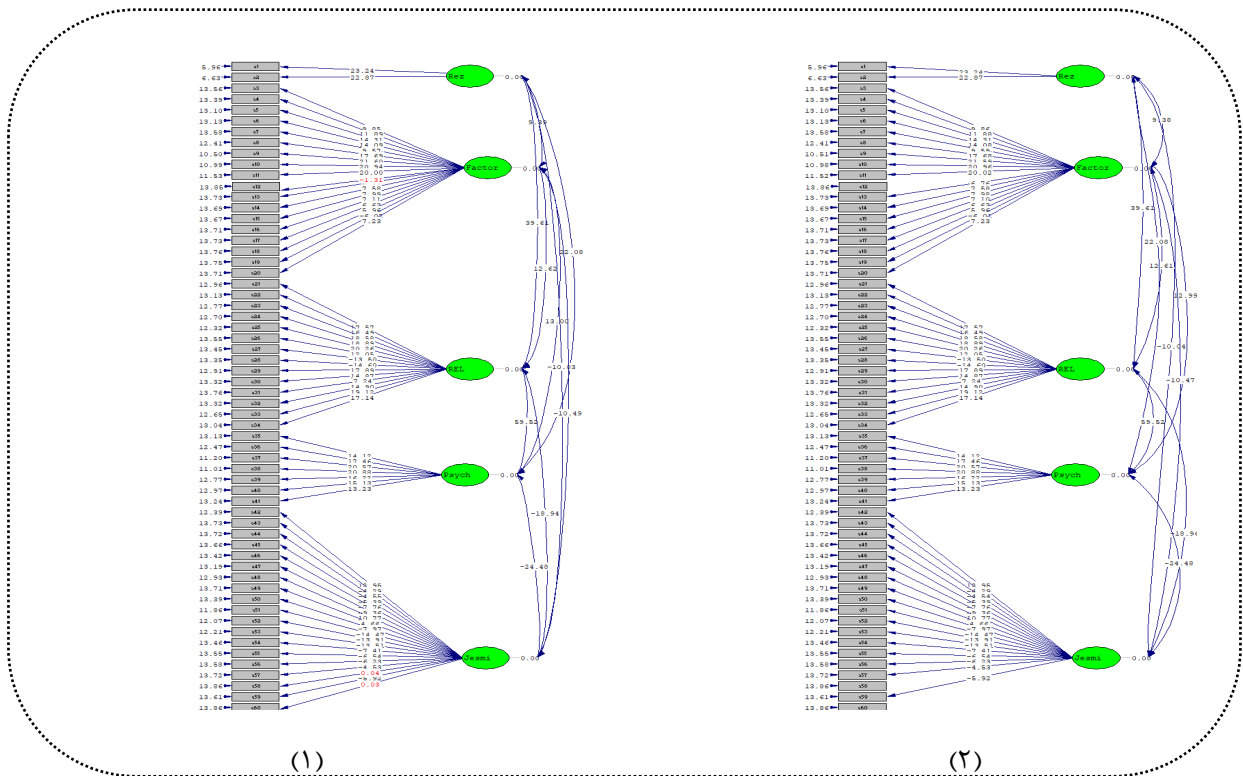
** معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱

بررسی روایی

برای انجام تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی، ابتدا روابط ساده همبستگی بین عوامل اصلی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه شد. نتایجی که در جدول شماره ۳ ارائه شده است نشان دهنده روابط معنی داری بین عامل‌ها بود.

پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی بر مبنای ۵ عامل پرسشنامه اصلی با استفاده از نرم‌افزار لیزرل با روش تحلیل عامل تأییدی مورد بررسی قرار گرفت. تصویر شماره ۱

نتیجه این تحلیل را نشان می‌دهد. همانطور که در این تصویر مشخص است، تمام پرسش‌ها به غیر از مسیر بار عاملی پرسش ۱۲ به مؤلفه عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی، یا اقتصادی و مسیر پرسش‌های ۵۸ و ۶۰ نیز به عامل جسمانی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی معنی‌دار نیست. بنابراین، در مرحله بعد این مسیرها و پرسش‌ها از حیثه این دو عامل حذف می‌شوند. تصویر شماره ۲ نتایج مربوط به تحلیل عامل تأییدی را پس از حذف این پرسش‌ها از تحلیل نشان می‌دهد. بار عاملی هر پرسش نیز در جدول شماره ۵ آمده است.



تصویر ۱. تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی

تصویر ۲. تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی اصلاح شده (معنی‌داری)

جدول ۴. بارهای عامل پرسشنامه اصلی خودارزیابی مشکلات جنسی در تحلیل عامل تأییدی مرحله نخست به همراه سطح معنی داری

| پرسش | عامل | R ² بار عاملی | واریانس خطا | t | p-value |
|------|--|--------------------------|-------------|-------|---------|
| q001 | رضایت کلی | ۰/۸۶ | ۱/۰۴ | ۲۳/۲۴ | ۰/۰۱۱ |
| q002 | رضایت کلی | ۰/۸۵ | ۱/۲۸ | ۲۲/۸۷ | ۰/۰۱۲ |
| q003 | عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی یا اقتصادی | ۰/۲۴ | ۶/۶۲ | ۹/۸۶ | ۰/۰۱۵ |
| q004 | " | ۰/۳۳ | ۵/۸ | ۱۱/۸۸ | ۰/۰۱۴ |
| q005 | " | ۰/۴۴ | ۴/۴۴ | ۱۴/۳۱ | ۰/۰۱۳ |

ادامه جدول ۴. بارهای عامل پرسشنامه اصلی خودارزیابی مشکلات جنسی در تحلیل عامل تأییدی مرحله نخست به همراه سطح معنی داری

| پرش | عامل | R ² بار عاملی | واریانس خطا | t | p-value |
|------|-------------------|--------------------------|-------------|-------|---------|
| q006 | " | ۰/۴۳ | ۴/۸۶ | ۱۴/۰۸ | ۰/۰۱۴ |
| q007 | " | ۰/۲۳ | ۵/۹۷ | ۹/۵۹ | ۰/۰۱۴ |
| q008 | " | ۰/۶۰ | ۳/۱ | ۱۷/۶۸ | ۰/۰۱۲ |
| q009 | " | ۰/۷۷ | ۲ | ۲۱/۵۹ | ۰/۰۱۲ |
| q010 | " | ۰/۷۵ | ۲/۴۳ | ۲۰/۹۶ | ۰/۰۱۳ |
| q011 | " | ۰/۷۰ | ۲/۹۱ | ۲۰/۰۲ | ۰/۰۱۳ |
| q012 | " | | | | |
| q013 | " | ۰/۱۲ | ۷/۵۴ | ۶/۷۶ | ۰/۰۱۵ |
| q014 | " | ۰/۱۵ | ۶/۲۹ | ۷/۵۸ | ۰/۰۱۴ |
| q015 | " | ۰/۱۶ | ۷/۴۹ | ۷/۹۸ | ۰/۰۱۵ |
| q016 | " | ۰/۱۳ | ۸/۷۶ | ۷/۱ | ۰/۰۱۶ |
| q017 | " | ۰/۱۱ | ۷/۶۶ | ۶/۶۳ | ۰/۰۱۵ |
| q018 | " | ۰/۰۹ | ۷/۵۱ | ۵/۹۶ | ۰/۰۱۵ |
| q019 | " | ۰/۰۹ | ۷/۴۷ | -۶/۰۱ | ۰/۰۱۵ |
| q020 | " | ۰/۱۴ | ۸/۲۱ | ۷/۲۳ | ۰/۰۱۶ |
| q021 | روابط | ۰/۵۹ | ۴/۰۳ | ۱۷/۵۷ | ۰/۰۱۴ |
| q022 | " | ۰/۵۴ | ۳/۹۹ | ۱۶/۴۹ | ۰/۰۱۳ |
| q023 | " | ۰/۶۳ | ۳/۴۳ | ۱۸/۵۸ | ۰/۰۱۳ |
| q024 | " | ۰/۶۵ | ۳/۷۳ | ۱۸/۸۹ | ۰/۰۱۴ |
| q025 | " | ۰/۷۱ | ۳/۲۳ | ۲۰/۲۶ | ۰/۰۱۴ |
| q026 | " | ۰/۳۳ | ۵/۲۴ | ۱۲/۰۵ | ۰/۰۱۳ |
| q027 | " | ۰/۳۹ | ۶/۱۹ | -۱۳/۵ | ۰/۰۱۵ |
| q028 | " | ۰/۴۵ | ۶/۰۷ | -۱۴/۶ | ۰/۰۱۵ |
| q029 | " | ۰/۶۰ | ۴/۴۲ | ۱۷/۸۹ | ۰/۰۱۴ |
| q030 | " | ۰/۴۶ | ۵/۰۱ | ۱۴/۸۷ | ۰/۰۱۴ |
| q031 | " | ۰/۱۳ | ۴/۹۷ | ۷/۲۴ | ۰/۰۱۲ |
| q032 | " | ۰/۴۶ | ۴/۸۵ | ۱۴/۹ | ۰/۰۱۴ |
| q033 | " | ۰/۶۶ | ۳/۸۴ | ۱۹/۱۲ | ۰/۰۱۴ |
| q034 | " | ۰/۵۷ | ۴/۶ | ۱۷/۱۴ | ۰/۰۱۴ |
| q035 | عوامل روان شناختی | ۰/۴۳ | ۵/۰۲ | ۱۴/۱۲ | ۰/۰۱۳ |

ادامه جدول ۴. بارهای عامل پرسشنامه اصلی خودارزیابی مشکلات جنسی در تحلیل عامل تأییدی مرحله نخست به همراه سطح معنی داری

| پرسش | عامل | R ² بار عاملی | واریانس خطا | t | p-value |
|------|--------------|--------------------------|-------------|--------|---------|
| q036 | " | ۰/۵۹ | ۳/۶۴ | ۱۷/۴۶ | ۰/۰۱۳ |
| q037 | " | ۰/۷۳ | ۳/۱۷ | ۲۰/۵۷ | ۰/۰۱۴ |
| q038 | " | ۰/۷۴ | ۲/۸۹ | ۲۰/۸۸ | ۰/۰۱۴ |
| q039 | " | ۰/۵۳ | ۳/۹ | ۱۶/۲۲ | ۰/۰۱۳ |
| q040 | " | ۰/۴۸ | ۴/۰۵ | ۱۵/۱۳ | ۰/۰۱۳ |
| q041 | " | ۰/۳۹ | ۴/۴ | ۱۳/۲۳ | ۰/۰۱۳ |
| q042 | عوامل جسمانی | ۰/۴۰ | ۳/۷۱ | ۱۲/۹۵ | ۰/۰۱۲ |
| q043 | " | ۰/۰۵ | ۴/۹۱ | -۴/۲۹ | ۰/۰۱۲ |
| q044 | " | ۰/۰۶ | ۵/۹۵ | -۴/۵۴ | ۰/۰۱۴ |
| q045 | " | ۰/۰۸ | ۲/۶۳ | -۵/۳۹ | ۰/۰۱۱ |
| q046 | " | ۰/۱۷ | ۳/۰۵ | -۷/۷۶ | ۰/۰۱ |
| q047 | " | ۰/۲۳ | ۵/۱۵ | -۹/۳۶ | ۰/۰۱۳ |
| q048 | " | ۰/۳۰ | ۵/۴۹ | ۱۰/۷۷ | ۰/۰۱۴ |
| q049 | " | ۰/۰۶ | ۴/۳۵ | ۴/۶۶ | ۰/۰۱۲ |
| q050 | " | ۰/۱۷ | ۷/۳۸ | -۷/۹۷ | ۰/۰۱۶ |
| q051 | " | ۰/۴۷ | ۳/۶۲ | -۱۴/۴۷ | ۰/۰۱۲ |
| q052 | " | ۰/۴۵ | ۳/۶۷ | -۱۳/۹۱ | ۰/۰۱۲ |
| q053 | " | ۰/۴۳ | ۳/۸۹ | -۱۳/۵۱ | ۰/۰۱۳ |
| q054 | " | ۰/۱۵ | ۲/۹۱ | -۷/۴۱ | ۰/۰۱ |
| q055 | " | ۰/۱۲ | ۶/۷۱ | -۶/۵۴ | ۰/۰۱۵ |
| q056 | " | ۰/۱۱ | ۵/۲۵ | -۶/۲۳ | ۰/۰۱۳ |
| q057 | " | ۰/۰۶ | ۰/۰۸۸ | -۴/۵۳ | ۰/۰۵ |
| q058 | " | | | | |
| q059 | " | ۰/۰۱ | ۲/۹۹ | -۵/۹۲ | ۰/۰۱ |
| q060 | " | | | | |

در تشکیل سازه مرتبه دوم نمره کلی و مقیاس ۵ عاملی بر حسب بار عاملی در هر مؤلفه همراه با مقدار T و بارهای عاملی هر یک از عامل‌ها نشان داده شده است. تصویر شماره ۳ نیز مدل ۵ عاملی پرسشنامه را نشان می‌دهد.

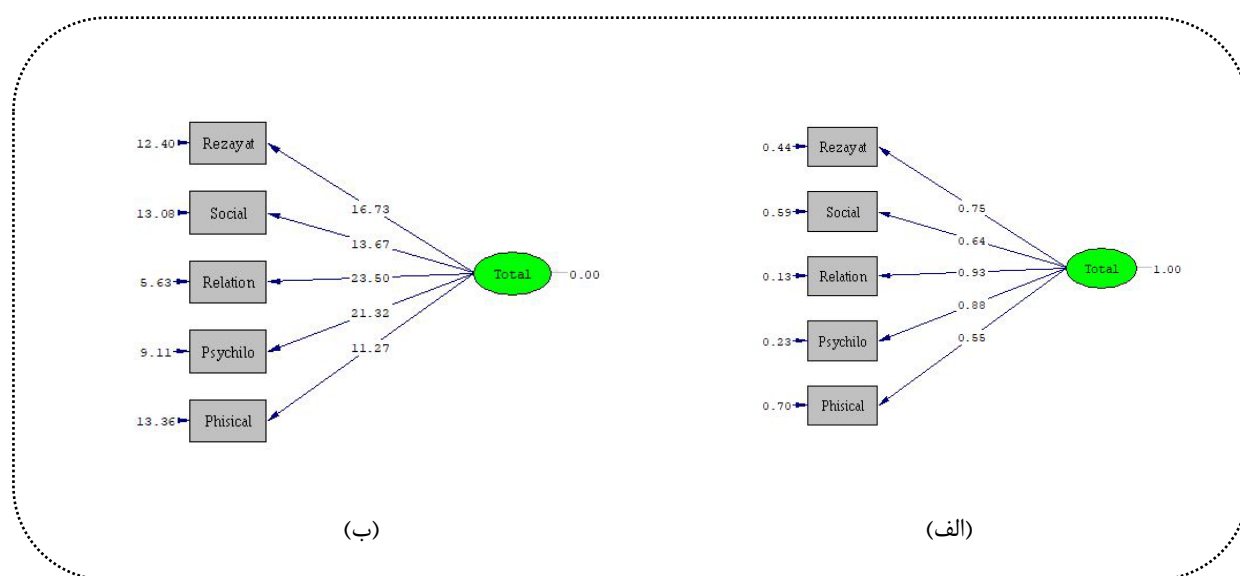
شاخص‌های برازش مدل و مقادیر به دست آمده از شاخص‌های برازش که در جدول شماره ۵ به نمایش درآمده است، حاکی از برازش مدل ۵ عاملی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی است. در جدول بعدی (شماره ۶) اثر سازه‌های مرتبه نخست

جدول ۵. شاخص های برازش مرحله دوم تحلیل عامل تأیید پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با عامل های ۵ گانه اصلی

| شاخص ها | مقدار | ملاک |
|---------------------|---------|-----------------------|
| χ^2 | ۶۹۱۴/۲۲ | غیر معنی دار (p=/.۰۰) |
| $\frac{\chi^2}{df}$ | ۴/۰۶ | ۵ < |
| GFI | ۰/۹۷ | ./۹ > |
| AGFI | ۰/۹۴ | ./۹ > |
| CFI | ۰/۹۱ | ./۹ > |
| NFI | ۰/۹ | ./۹ > |
| NNFI | ۰/۹۱ | ./۹ > |
| RMSEA | ۰/۰۷۸ | ./۰۸ < |
| PGFI | ۰/۵۳ | ./۵ > |

جدول ۶. اثر سازه های مرتبه نخست در تشکیل سازه مرتبه دوم پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی براساس بار عاملی

| نمره کلی | عامل | R ² بار عاملی | T | p-value |
|---------------------------------|--|--------------------------|-------|---------|
| پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی | رضایت کلی | ۰/۵۶ | ۱۶/۷۱ | ۰/۰۲۴ |
| | عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی یا اقتصادی | ۰/۴۱ | ۱۳/۶۶ | ۰/۰۳ |
| | روابط | ۰/۸۷ | ۲۳/۴۷ | ۰/۰۵ |
| | عوامل روانشناختی | ۰/۷۷ | ۲۱/۲۹ | ۰/۰۵ |
| | عوامل جسمانی | ۰/۳۰ | ۱۱/۲۶ | ۰/۰۵ |



تصویر ۳: تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی (مرحله دوم ۵ عاملی الف. استاندارد؛ ب. معنی داری)

- عامل روابط ۱۴ پرسش: پرسش‌های ۲۱ تا ۳۴
- عامل روان شناختی ۷ پرسش: پرسش‌های ۳۵ تا ۴۱
- عامل جسمانی ۱۷ پرسش: پرسش‌های ۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۱-۵۲-۵۳-۵۴-۵۵-۵۶-۵۷-۵۹

روایی همگرا و واگرا

همبستگی بین نمرات ابعاد مقیاس‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با نمره مقیاس رضایت جنسی (ISS) به منظور بررسی روایی سازه (روایی همگرا) پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی محاسبه شد. مطابق نتایج به دست آمده مشاهده شد، تمام عوامل پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با نمرات کل مقیاس رضایت جنسی هادسون همبستگی مثبت و معنی‌داری دارند ($p < 0.001$). این موضوع تأییدکننده روایی سازه یا همگرایی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی می‌باشد. روایی افتراقی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی نیز با استفاده از محاسبه همبستگی داده‌های به دست آمده از اجرای این پرسشنامه با نسخه کوتاه ۲۱ پرسش پرسشنامه؛ افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) انجام شد. عامل‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی دارای روابط همبستگی منفی و معنی‌دار با مؤلفه‌های پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس بودند ($p < 0.001$). جدول شماره ۸ دربردارنده نتایج مربوط به روایی همگرا و واگرای این مطالعه است.

جدول ۷: شاخص‌های برازش مرحله نخست تحلیل عامل تأیید پرسشنامه پنج عامل پیوسته شخصیت با عامل‌های اصلی

| شاخص‌ها | مقدار | ملاک |
|---------------------|-------|-----------------------------|
| χ^2 | ۲۴/۳۹ | غیر معنی‌دار ($p = 0.00$) |
| $\frac{\chi^2}{df}$ | ۴/۸۷ | $5 <$ |
| RMSEA | ۰/۰۷۸ | $0.08 <$ |

شاخص‌های برازش مدل و مقادیر به دست آمده از شاخص‌های برازش که در جدول شماره ۷ به نمایش درآمده است، حاکی از برازش مدل ۵ عاملی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی است.

براساس نتایج تحلیل عامل تأییدی پرسش‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی در مدل تحقیق بطور معنی‌داری بار عاملی خود را بر ۵ عامل ابتدایی پرسشنامه نشان دادند. ساختار مدل ۵ عاملی هم با توجه به معنی‌داری هر ۵ عامل در تشکیل مجموعه نهایی دارای زیر بنای قابل قبول و دارای برازندگی مناسب است.

در نهایت پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با ۵۷ پرسش و ۵ عامل اصلی به شرح زیرمورد تأیید قرار گرفت:

- عامل رضایت کلی ۲ پرسش: پرسش‌های شماره ۱ و ۲
- عامل عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی یا اقتصادی ۱۷ پرسش: پرسش‌های ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰

جدول ۸. همبستگی بین نمره‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با مقیاس رضایت جنسی هادسون و DASS21

| p-value | پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس | | | مقیاس رضایت جنسی هادسون | پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی |
|---------|----------------------------------|--------------|---------------|-------------------------|--|
| | مقیاس استرس | مقیاس اضطراب | مقیاس افسردگی | | |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۵۳ | -۰/۵۲ | -۰/۶۱ | ۰/۷۶ | رضایت کلی |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۴۳ | -۰/۴۶ | -۰/۵۰ | ۰/۵۴ | عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی یا اقتصادی |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۵۷ | -۰/۶۱ | -۰/۶۵ | ۰/۷۹ | روابط |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۵۴ | -۰/۶۲ | -۰/۵۸ | ۰/۷۴ | عوامل روانشناختی |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۴۰ | -۰/۵۰ | -۰/۴۵ | ۰/۵۱ | عوامل جسمانی |

روایی محتوا

برای بررسی مشکلات جنسی زنان و مردان متاهل می‌باشد. مقادیر محاسبه شده مربوط به شاخص CVR و CVI بر اساس نظر متخصصین درباره پرسش‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی در جدول شماره ۹ ارائه شده است.

جدول ۹. مقادیر CVI و CVR پرسش‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی

| سوال | CVI | CVR | سوال | CVI | CVR |
|------|------|------|------|------|------|
| ۱ | ۱ | ۱ | ۳۱ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۲ | ۱ | ۱ | ۳۲ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۳ | ۱ | ۱ | ۳۳ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ |
| ۴ | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ | ۳۴ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ |
| ۵ | ۱ | ۱ | ۳۵ | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ |
| ۶ | ۱ | ۱ | ۳۶ | ۱ | ۱ |
| ۷ | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ | ۳۷ | ۱ | ۱ |
| ۸ | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ | ۳۸ | ۱ | ۱ |
| ۹ | ۱ | ۰/۶۷ | ۳۹ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ |
| ۱۰ | ۰/۸۳ | ۰/۶۷ | ۴۰ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ |
| ۱۱ | ۰/۸۳ | ۰/۶۷ | ۴۱ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ |
| ۱۲ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ | ۴۲ | ۱ | ۱ |
| ۱۳ | ۱ | ۰/۸۳ | ۴۳ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۱۴ | ۱ | ۰/۸۳ | ۴۴ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۱۵ | ۱ | ۱ | ۴۵ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۱۶ | ۱ | ۱ | ۴۶ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۱۷ | ۱ | ۰/۸۳ | ۴۷ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۱۸ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ | ۴۸ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۱۹ | ۱ | ۰/۸۳ | ۴۹ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۲۰ | ۱ | ۱ | ۵۰ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۲۱ | ۱ | ۱ | ۵۱ | ۱ | ۰/۶۷ |
| ۲۲ | ۱ | ۰/۶۷ | ۵۲ | ۱ | ۱ |
| ۲۳ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ | ۵۳ | ۱ | ۰/۸۳ |
| ۲۴ | ۱ | ۰/۶۷ | ۵۴ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ |
| ۲۵ | ۱ | ۰/۸۳ | ۵۵ | ۰/۸۳ | ۰/۶۷ |
| ۲۶ | ۱ | ۰/۸۳ | ۵۶ | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ |
| ۲۷ | ۱ | ۰/۸۳ | ۵۷ | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ |
| ۲۸ | ۱ | ۰/۸۳ | ۵۸ | ۰/۹۲ | ۰/۵۰ |
| ۲۹ | ۱ | ۰/۶۷ | ۵۹ | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ |
| ۳۰ | ۱ | ۰/۸۳ | ۶۰ | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ |

برای ارزیابی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (ضرورت پرسش) انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (CVR^۱) و برای اطمینان از این که پرسش‌های ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (CVI^۲) استفاده شد. در ادامه پرسش‌های پرسشنامه برای ۱۲ نفر از متخصصین و استادان صاحب نظر حوزه روان‌شناسی ارسال شد و ضمن توضیح اهداف آزمون و ارائه تعاریف عملیاتی مربوط به محتوای پرسش‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا نظر خود را در مورد هر یک از پرسش‌ها از نظر مفهوم و محتوای گویه‌ها، ترتیب گویه‌ها، رعایت دستور زبان فارسی، داشتن تناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی گروه هدف و ساختار کلی ابزار در مورد تک‌تک گویه‌ها به صورت کتبی ثبت و به محقق ارائه نمایند. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از دو ضریب نسبت روایی محتوا CVR و CVI شاخص روایی محتوا استفاده شد. دامنه قابل قبول به تعداد متخصصان بستگی دارد که در این مطالعه براساس قضاوت ۱۲ متخصص در نظر گرفته شد. به عبارتی اگر مقدار CVR محاسبه شده برای هر آیتم، مساوی یا بالاتر از مقدار ۰/۵۶ باشد، روایی محتوای آن آیتم تأیید می‌گردد. در مطالعه حاضر نیز پرسش‌های مقادیر مربوط به CVI پرسشنامه خودارزیابی، مشکلات جنسی همگی از ۰/۸۰ بالاتر بودند. همچنین مقادیر به دست آمده در مورد CVR پرسشنامه هم از میزان قابل قبول با توجه به تعداد متخصصین (۰/۵۶) بالاتر بودند و فقط در مورد پرسش ۵۸ مقدار CVR به دست آمده کمتر از میزان قابل قبول بود (۰/۵۰). با توجه به نتایج تحلیل عاملی از سوالات پرسشنامه کنار گذاشته شد. CVI کل پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی هم برابر با ۰/۸۲ به دست آمد که در سطح قابل قبولی قرار داشت. این یافته‌های روایی محتوایی پرسشنامه، خودارزیابی مشکلات جنسی را مورد تأیید قرار می‌دهد. بیشتر پرسش‌های پرسشنامه، از لحاظ میزان ضریب نسبت روایی مقادیر بالایی را نشان دادند. بنابراین می‌توان گفت این پرسش‌ها از معیارهای مهم

1 . Content Validity Ratio.

2 . Content Validity Index.

۰/۷۷ r بود. برای ارزیابی همسانی درونی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی، ضریب آلفای کرونباخ داده‌های به دست آمده از نمونه مورد مطالعه در کل مقیاس پرسشنامه و همچنین عوامل آن محاسبه گردید. ضریب به دست آمده برای کل نمونه و عوامل پرسشنامه در جدول شماره ۱۰ به تفکیک ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول زیر مشاهده می‌شود شاخص همگنی آیتم‌ها یا همان ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۳ می‌باشد. در کنار ضریب همسانی مربوط به کل پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی؛ ضرایب آلفای مربوط به دو نیمه‌آزمون نیز در جدول زیر ارائه شده است که حکایت از همسانی درونی مطلوب نیمه‌های آزمون دارد.

گزارش CVI کلی ابزار نسبت به گزارش CVR تک به تک گویه‌ها در بسیاری از شرایط کارآمدتر و گویاتر است. CVI برای کل مقیاس هم برابر یا متوسط CVR گویه‌هایی است که در نسخه نهایی مقیاس می‌مانند. CVI کل پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی هم برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

بررسی پایایی

برای تعیین پایایی دو نیمه آزمون، کل پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی بر مبنای روش دونیمه‌سازی به دو قسمت ۲۹ و ۲۸ پرسش تقسیم گردید و سپس به منظور برآورد پایایی، ضریب همبستگی بین نمرات دو نیمه پرسشنامه محاسبه گردید و نتایج زیر به دست آمد: همبستگی بین دو نیمه آزمون در کل نمونه (n=۵۷) برابر با

جدول ۱۰. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ و دونیمه سازی) پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی

| ضریب آلفا | | تعداد پرسش‌ها | شاخص |
|-------------|-------------|---------------|--|
| دونیمه سازی | | | |
| بخش دوم | بخش اول | کل پرسشنامه | |
| ۰/۸۶ (n=۲۸) | ۰/۸۹ (n=۲۹) | ۹۳ | پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی |
| | ۰/۹۲ | ۲ | رضایت کلی |
| | ۰/۸۶ | ۱۷ | عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی یا اقتصادی |
| | ۰/۸۳ | ۱۴ | روابط |
| | ۰/۸۹ | ۷ | عوامل روانشناختی |
| | ۰/۴۷ | ۱۷ | عوامل جسمانی |

ثبت و به محقق ارائه نمایند. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از دو ضریب نسبت روایی محتوا CVR و ضریب شاخص روایی محتوا CVI استفاده شد. دامنه قابل قبول به تعداد متخصصان بستگی دارد و در این مطالعه براساس قضاوت ۱۲ متخصص در نظر گرفته شد. به عبارتی اگر مقدار CVR محاسبه شده برای هر آیتم، مساوی یا بالاتر از مقدار ۰/۵۶ باشد، روایی محتوای آن آیتم تأیید می‌گردد [۳۳].

در مطالعه حاضر نیز مقادیر مربوط به CVI و CVR پرسشنامه هم از میزان قابل قبول با توجه به تعداد متخصصین بالاتر بودند و در سطح قابل قبولی قرار داشتند. این یافته‌ها روایی محتوایی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی را مورد تأیید قرار می‌دهد. بیشتر پرسش‌های پرسشنامه، از لحاظ میزان ضریب نسبت روایی مقادیر بالایی را نشان دادند و لذا، می‌توان گفت؛ این سوالات از معیارهای مهم

بحث

این تحقیق به دنبال آن بود تا روایی و پایایی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی را که توسط الیزابت لارسن و همکاران [۲۴] طراحی شده است، مورد بررسی قرار دهد. قبل از انجام تحلیل‌های آماری بر روی داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی بر روی زنان و مردان متاهل ایرانی، پرسشنامه جهت بررسی روایی محتوایی، برای ۱۲ نفر از متخصصان و استادان صاحب نظر حوزه روان‌شناسی ارسال و از متخصصین خواسته شد تا نظرات و اصلاحات مورد نظرشان را از نظر مفهوم و محتوای گویه‌ها، ترتیب گویه‌ها، رعایت دستور زبان فارسی، داشتن تناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی گروه هدف و ساختار کلی ابزار در مورد تک تک گویه‌ها به صورت کتبی

آن، همبستگی مناسبی را بین آیتم‌های مختلف در شرایطی همانند، توسط شرکت‌کنندگان مشابه نشان داد. لذا، می‌توان نتیجه گرفت در اندازه‌گیری این ابزار خطایی وجود ندارد و افراد برداشت تقریباً یکسانی از این ابزار داشتند. نتایج مربوط به بررسی روایی همگرا هم برای کل پرسشنامه و هم ابعاد پنج‌گانه آن، نشان‌دهنده همبستگی‌های مثبت و بالایی بود که مؤید روایی همگرای مناسب پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی می‌باشد. حوزه‌های مورد بررسی این پرسشنامه به خوبی با مدل‌های موجود در مورد رضایت زناشویی، رضایت جنسی زوجین و گستره مشکلات جنسی همخوانی داشته است [۳۴]. همچنین باتوجه به این موضوع که طبق پژوهش‌ها، مشکلات و اختلالات جنسی در مردان شایع‌تر از زنان است و مردان در این موارد کمتر ممکن است مشکلات خود را شناخته و به دنبال درمان آن باشند، این پرسشنامه ناراحتی‌های جنسی مردان را به صورت آیتم‌های جدا بررسی نموده است [۳۵].

پژوهش حاضر علاوه بر این نتایج مربوط به روایی افتراقی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی نشان داد، عامل‌های پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی دارای روابط همبستگی منفی و معنی‌دار با مؤلفه‌های پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس هستند. زمانی که همبستگی بین آزمون‌های به کار گرفته شده برای اندازه‌گیری ویژگی‌های مورد بررسی پایین باشد، آزمون دارای روایی تشخیصی است.

یافته‌های مطالعات قبلی حاکی از آن است، بین عاطفه منفی و ناراضی‌تی و ناسازگاری زناشویی رابطه قوی وجود دارد [۳۶]. با توجه به نرخ بالای مشکلات جنسی در زوجین و با تحول یافتن نیازهای افراد برای ارتقای کیفیت زندگی جنسی خویش، میزان مراجعه برای درمان مشکلات جنسی به متخصصان علوم سلامت مانند پزشک، روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور خانواده و سایر افراد مرتبط در حال افزایش است. طبق مطالعات گوناگون، آغاز مشکلات جنسی زوجین متأثر از مشکلات بین‌فردی، مسائل حل نشده ناشی از تعارضات زناشویی، اختلالات روانشناختی مانند اختلال خلقی (افسردگی حاد و یا مزمن)، اضطراب، مشکلات شخصیتی و احتمالاً عاطفه منفی می‌دانند [۳۷]. در صورت نبود رضایت از زندگی جنسی و وجود مشکلات جنسی، ممکن است فرد در مورد خودپنداره خود دچار هیجانات

برای بررسی مشکلات جنسی زنان و مردان متاهل می‌باشد. به منظور تأیید ساختار عاملی فرض شده در اندازه‌گیری مشکلات جنسی سهم هر یک از متغیرها (پرسش‌ها) در اندازه‌گیری متغیر مورد نظر، پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی در نرم‌افزار لیزرل در نمونه زنان و مردان متاهل ایرانی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مربوط به تحلیل عامل تأییدی نشان داد، پرسش‌های مناسب انتخاب شده‌اند و پرسشنامه با کمترین تغییر و حذف برخی پرسش‌ها (۱۲، ۵۸، ۶۰) ساختار اصلی خود را حفظ می‌کند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت؛ تفاوت‌های فرهنگی، نژادی و تجارب مختلفی که توسط نمونه ایرانی تجربه می‌شود، سبب نشده‌است که پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی در مقایسه با سایر نمونه‌ها و مطالعات، به صورت متفاوتی مورد ارزیابی قرار گیرد. در یک اظهار نظر کلی می‌توان گفت: با توجه به تناسب و برازندگی مدل ۵ عاملی این مقیاس و برازش مدل در تحلیل عاملی تأییدی، پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی، برای سنجش موضوع مشکلات جنسی ابزار مناسب بوده و از روایی قابل قبولی جهت استفاده‌های بالینی نیز برخوردار است. بنابراین، تحلیل عاملی تأییدی نیز روایی سازه این پرسشنامه را مورد تأیید قرارداد.

ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) که متوسط باقیمانده‌های بین همبستگی، کوواریانس مشاهده شده نمونه و مدل مورد انتظار برآورد شده از جامعه را نشان می‌دهد، در مطالعه حاضر ۰/۰۷۸ به دست آمد. برای این شاخص مقادیر کمتر از ۰/۰۸ نشان‌دهنده برازش خوب، ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ بیانگر برازش متوسط و بالاتر از ۰/۱۰ نشان‌دهنده برازش ضعیف است. در نهایت پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با ۵۷ پرسش و ۵ عامل اصلی به شرح زیر مورد تأیید قرار گرفت: عامل رضایت کلی ۲ پرسش؛ عامل عوامل اجتماعی فرهنگی، سیاسی یا اقتصادی ۱۷ پرسش؛ عامل روابط ۱۴ پرسش؛ عامل روان شناختی ۷ پرسش و عامل جسمانی ۱۷ پرسش.

شاخص‌های برازش مدل و مقادیر به دست آمده از شاخص‌های برازش نیز حاکی از برازش مدل ۵ عاملی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی است.

علاوه بر این، ارزیابی همسانی درونی پرسشنامه (آلفای کرونباخ) برای کل آیتم‌های پرسشنامه و همچنین نیمه‌های

رضایت زناشویی، رضایت جنسی زوجین و گستره مشکلات جنسی همخوانی داشته است [۳۹]. با این حال می‌توان با استناد به نتایج پژوهش حاضر، از این ابزار برای پژوهش‌های مربوط به مقاصد ارزیابی و درمانی بهره گرفت. نتایج پژوهش حاضر در تأیید پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی با محدودیت‌های خاصی همراه بود. این محدودیت‌ها، مخصوصاً در زمینه بررسی انواع روایی یک ابزار که فرایندی مستمر و پیگیر است، بیشتر نمایان می‌شوند برای نمونه: محدود بودن نمونه مورد مطالعه به جمعیت زوجینی که در استان قم ساکن بودند، شیوه نمونه‌گیری در دسترس و استفاده نکردن از جمعیت بالینی از جمله محدودیت‌های تحقیق بود. محدودیت دیگر تحقیق در این است که عامل‌های به دست آمده در روایی سازه براساس تحلیل عاملی اکتشافی، در مجموع قادر به توضیح حدود ۶۹ درصد واریانس کلی بود. این نتیجه ممکن است تحت تأثیر ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه نیز باشد چرا که تقریباً ۳۰ درصد واریانس توسط خطاها محاسبه می‌گردد. با این اوصاف در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود؛ از نمونه‌های بیشتر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین بررسی ابعاد روان‌سنجی پرسشنامه در جمعیت‌های بالینی و جمعیت مبتلا به مشکلات جنسی می‌تواند ابعاد بالینی و تشخیصی این پرسشنامه را مشخص‌تر سازد. تدارک طرح‌های پژوهشی به منظور تکمیل فرایند روایی‌یابی نسخه فارسی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی و حتی تکرار بعضی پژوهش‌ها برای تأیید یافته‌های فعلی به عنوان یک ضرورت پیشنهاد می‌شود.

سیاسگزاری

از تمام شرکت کنندگان در این پژوهش و همچنین همکارانی که در اجرای این پژوهش ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- ۱- ساروخانی، باقر. درآمدی بر جامعه‌شناسی خانواده، تهران: نشر سروش؛ ۱۳۹۵.
[/https://www.gisoom.com/book/11093232](https://www.gisoom.com/book/11093232)
- ۲- بنی‌فاطمه، حسین؛ عباس‌زاده، محمد؛ رحیمی، زهرا. مطالعه نقش مداخله‌گرایانه رضایت جنسی در تأثیرگذاری عشق‌ورزی

منفی شده و در تنظیم و تعادل بین هیجانات مثبت و منفی دچار مشکل گردد [۳۸].

یافته‌های این مطالعه، در مورد ضرایب پایایی و آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل نمونه و عوامل پرسشنامه حاکی از پایایی قابل قبول و رضایت‌بخش پرسشنامه بود و عمدتاً از ۰/۸۰ بالاتر بودند. به موازات این رشد فزاینده، تقاضاهای درمانی چند دهه گذشته هنوز در زمینه درمان مشکلات جنسی با چالش‌های کمبود متخصصین ماهر و نیز نبود دسترسی به ابزار مناسب و مفید که در پژوهش‌های معتبر مورد حمایت قرار گرفته باشند و یافته‌های دال بر اثربخشی مبتنی بر یافته‌های مطالعات کنترل شده آزمایشی است مواجه هستیم. با این حال نتایج این مطالعه، حمایت مناسبی از ابعاد روان‌سنجی و روایی و پایایی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی به عمل آورد. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت؛ این پرسشنامه با توجه به پایایی و روایی مناسب آن می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد و زمینه پژوهش‌های متعددی در قلمرو روان‌شناسی خانواده را فراهم آورد.

با توجه به دسترسی نداشتن به مطالعه مستندی که ابعاد روان‌سنجی این پرسشنامه را در نمونه‌های مختلف چه در خارج از کشور و چه در داخل ایران بصورت دقیقی بررسی کرده باشد، مطالعه حاضر به عنوان یک مطالعه پیشرو در این زمینه می‌تواند بستر ساز توجه به موضوع ارزیابی مشکلات جنسی و گسترش ابزارهای سنجش و ارزیابی دقیق و کارآمد در این حوزه تلقی شود و راهگشای تحقیقات بعدی در این گستره گردد. تاکنون نسخه فارسی از این ابزار در دسترس پژوهشگران ایرانی نبود و این مطالعه برای نخستین بار در ایران به ایجاد نسخه فارسی و بررسی پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی انجام شده است. این پرسشنامه درباره ارزیابی رضایت جنسی و ارتباط بین زوج‌هایی که برای درمان جنسی مراجعه می‌کنند، طراحی شده است و در واقع یک ابزار ارزیابی بالینی است که سطوح رضایت مراجعین بزرگسال را در خصوص روابط جنسی‌شان به طور مختصر و جامع می‌سنجد.

پرسشنامه خودارزیابی مشکلات جنسی از ساختار زبانی ساده برخوردار است و ناراحتی‌های جنسی مردان را به صورت آیتم‌های جدا بررسی می‌نماید. حوزه‌های مورد بررسی این پرسشنامه به خوبی با مدل‌های موجود در مورد

- 12-Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety. 2013; with an emphasis on self-report. <https://doi.org/10.4324/9780203728215-49>
- ۱۳- فروتن، سیدکاظم؛ جدید میلانی، مریم. بررسی شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق مراجعه کننده به مجتمع قضایی خانواده. ۱۳۸۷؛ ۱۶ (۷۸) : ۳۷-۴۲ . <https://sid.ir/paper/30530/fa>
- ۱۴- مزده، فاطمه؛ ضیغمی، شراره. ارتباط بی‌افسردگی و شاخص عملکرد جنسی در زنان متأهل. *مجله مراقبت های پرستاری و مامایی*. ۱۳۹۹؛ ۲۱ (۱) : ۴۱-۴۸. <https://sid.ir/paper/92461/fa>
- 15-Botha F, Booyesen F. The relationship between marital status and life satisfaction among South African adults. *Acta Academica*, 2013; 45(2):150-178. <https://hdl.handle.net/10520/EJC138900>
- 16-Guo B, Huang J. Marital and Sexual satisfaction in Chinese families: Exploring the moderating effects. *Journal of Sex & Marital therapy*. 2005; 31(1): 21-29. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230590475224>
- 17-Safarinejad M. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*. 2006; 18: 382-95. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901440>
- 18-Hurlbert D. F, Apt C. Metherhood and female sexuality beyond one year postpartum:A study of military wives, *Journal of sex Education and Therapy*.1992;18: 104-114 . <https://doi.org/10.1080/01614576.1992.11074044>
- ۱۹- یوسفی، ناصر؛ کاوه، ذبیح‌الله؛ شکیبا، عباس؛ همتی، سجاد؛ نبوی، جمیله. روایی یابی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت. *دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*. ۱۳۹۹؛ ۲۰ (۹) : ۱۰۷-۱۱۸. <https://sid.ir/paper/208756/fa>
- 20-Janssen E, McBride K, Yarber W. Factors that influence sexual arousal in men: A focus group study. *Archives of Sexual Behavior*. 2020; 37: 252-265. <https://doi.org/10.1007/S10508-007-9245-5>
- 21-Montejo AL, Rico-Villademoros F. Psychometric properties of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQSALSEX) in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *J Sex Marital Ther* 2008; 34(3): 227-39. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230701866125>
- بر رضایت زناشویی. فصلنامه توسعه اجتماعی، ۱۳۹۸؛ ۱۳ (۳) : ۱-۲۸. <https://dori.net/dor/20.1001.1.25383205.1398.13.3.1.6>
- ۳- حجت‌پناه، مینا؛ رنجبرکهن، زهره. رابطه رضایت جنسی، رضایت زناشویی و رضایت زندگی زوجین. *چشم‌انداز‌امین در روانشناسی کاربردی*، ۱۳۹۲؛ ۱ (۱) : <https://civilica.com/doc/487534>
- 4- Janetius T, Marriage and marital adjustment. Retrieved July, 2004; 22: 2017. https://www.researchgate.net/publication/273831376_Marriage_and_Marital_Adjustment
- 5- Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. Sexual satisfaction among married women age 50 and older. *Psychological reports*2012; 86(3_suppl): 1107- 1122. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3c.1107>
- 6- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. PSYCHOLOGY, The Relationship between Self- Reported Sexual Satisfaction and General Well- Being in Women. *The journal of sexual medicine*. 2011; 6(10): 2690-2697. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x>
- ۷- آقا محمدیان، حمیدرضا؛ رضاقلی‌زاده، تکتم؛ امینی‌فر، معصومه؛ پشتیبان، حبیبه. بررسی رضایتمندی زناشویی و رابطه آن با طلاق. *اولین همایش خانواده و مشکلات جنسی*. تهران: ۱۳۸۲. <https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1016783.html>
- ۸- محبی، محمدعارف. خانواده و فرآیند تأمین نیازهای عاطفی از دیدگاه اسلام. *دوفصلنامه یافته‌های فقهی معارفی*. ۱۴۰۰؛ ۱ (۱) : ۸۱-۱۱۲. <https://civilica.com/doc/1579379>
- ۹- رحمانی، اعظم؛ صادقی، نرگس؛ اله‌قلی، لیلا؛ مرقاتی خویی، عفت‌السادات. ارتباط رضایت جنسی با عوامل فردی در زوجین. *نشریه پرستاری ایران*. ۱۳۸۹؛ ۲۳ (۶۶) : ۱۴-۲۲. <https://sid.ir/paper/114475/fa>
- ۱۰- خزان، نگار؛ وثوقی، منصور. تبیین جامعه شناختی تأثیرات مردسالاری بر احساس محرومیت نسبی و احساس بیگانگی زنان از خود و از زندگی زناشویی. *بررسی مسایل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)*. ۱۳۹۵؛ ۷ (۱) : ۵۷-۹۸. <https://doi.org/10.22059/ijsp.2016.60189>
- ۱۱- بخشی‌پور، عباس؛ دژکام، محمود. تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی سلامت*. ۱۳۹۷؛ ۹ (۴) : ۳۶۵-۳۵۱. <https://sid.ir/paper/54494/fa>

- Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998; 10: 176-181.
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- ۳۲- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد؛ سالاری، راضیه‌سادات. اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (۲۱ -DASS) برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روانشناسی تحولی*. ۱۳۸۴؛ (۱)۴: ۳۶-۵۶. <https://sid.ir/paper/450626/fa>
- ۳۳- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام. بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی (DASS). *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. پاییز ۱۳۸۶؛ ۵۲: ۶۵ - ۷۸. <https://sid.ir/paper/391033/fa>
- ۳۴- فراهانی، حجت‌اله؛ روشن چسلی، رسول. ضروریات طراحی و روسازی مقیاسهای روانشناختی: راهنمایی برای پژوهشگران. *نشریه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. پاییز و زمستان؛ (۲) ۱۱: ۳۳-۱۹۷-۲۱۲. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2917>
- 35-Larson E. R., McKay M. H. Sexual problems self-assessment questionnaire. In: T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (3eds). *Handbook of sexuality-related measures* New York; NY: Routledge: 2011. pp. 207-211. <https://doi.org/10.4324/9781315881089>
- 36-Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Ginkel C, Morcira F, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Impot Res*. 2005; 17: 39-57. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250>
- 37-HonarParvaran N, Tabrizi M, NavabiNezhad S, ShafiAbadi A. Efficacy of emotion-focused couple therapy training with regard to increasing sexual satisfaction among couples. *Thought Behav Clin Psychol*. 2010; 4(15): 59-70. <https://sid.ir/paper/172094/en>
- 38-Sánchez-Fuentes, M. D. M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2013; 14 (1): 67-75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
- ۳۹- بشارت، محمدعلی؛ میرزایی، طیبه؛ غلامعلی لوسانی، مسعود؛ نقی‌پور، مرتضی. نقش تعدیل‌کننده عواطف مثبت و منفی در رابطه بین دانش و نگرش جنسی با رضایت زناشویی. *نشریه روان‌شناسی خانواده*. ۱۳۹۶؛ ۴ (۲): ۱۸ - ۳. <https://sid.ir/paper/250020/fa>
- 22-Brtnicka H, Weiss P. Zverina J. Human sexuality during pregnancy and postpartum period. *Bratisl Lek Listy* 2009; 110(7): 427-31. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203728215-49/structures>
- ۲۳- رمضانی تهرانی، فهیمه؛ فرهمند، مریم؛ محرابی، بداله؛ ملک‌افضلی، حسین؛ عابدینی، مهراندخت. اختلالات جنسی و عوامل موثر بر آن: مطالعه مبتنی بر جمعیت در بین زنان ساکن منطقه شهری چهاراستان کشور. *فصلنامه پایش*. ۱۳۹۷؛ ۱۱ (۶): ۸۶۹-۸۷۵. <https://sid.ir/paper/23702/fa>
- ۲۴- عسگری، حسین. نقش بهداشت روان در ازدواج، زندگی زناشویی و طلاق. تهران: نشر گفتگو؛ ۱۳۹۵. <http://magiran.com/p361088>
- 25-Larson E. R, McKay M. H. Sexual problems self-assessment questionnaire. In: T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (3eds). *Handbook of sexuality-related measures*. New York: NY: 2011; Routledge. pp. 207-211. <https://doi.org/10.4324/9781315881089>
- 26-Roberta E, Emetu Alexis S. Brandt & Myriam Forster. Sexual self-concepts among sexual minority men with childhood sexual abuse histories. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2020; 25(3): 294-316. <https://doi.org/10.1080/19359705.2020.1838379>
- 27-Roberta E. Emetu. Perceptions of Physical Sexual Health Among Young Men Who Have Sex with Men with a Previous History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2018; 1-17. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2018.1484832>
- 28-Ateret Gewirtz-Meydan 1, 2 and Eugenia Opuda. The Impact of Child Sexual Abuse on Men's Sexual Function: A Systematic Review; TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE; XX(X). 2020; 1-13. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838020939134>
- ۲۹- شاکریان، عطا؛ فاطمی، عادل؛ فرهادیان، مختار. بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با رضایتمندی زناشویی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. ۱۳۹۰. <https://sid.ir/paper/76502/fa>
- 30-Lovibond S. H. Lovibond P. F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney. 1995; The Psychology Foundation of Australia Inc. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t01004-000>
- 31-Antony M. M, Bieling P. J, Cox B. J, Enns M. W, Swinson R. P. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression

پرسشنامه خودانزجاری SDS-R: بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی

نویسندگان

مرضیه علی وندی وفا^{۱*}، فاطمه میرزا آقازاده^۲، فواد جسیمی^۳

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد، تبریز، ایران. E_f_aghazadeh@Yahoo.com

۳. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. jasimi1990Foad@gmail.com

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تجدیدنظرشده خود-انزجاری^۱ در جمعیت ایرانی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه افرادی بودند که در سال ۹۷-۹۸ در دانشگاه‌های تبریز دانشجو بودند. در نهایت ۳۹۲ نفر از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. ابتدا مقیاس مذکور توسط دو دانشجو مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد؛ سپس، ترجمه با توجه به نظرات اساتید و اجرا بر روی ۳۰ دانشجو در مطالعه ابتدایی ویرایش گردید. مقیاس نهایی بدست آمده با آزمون‌های افسردگی بک، حساسیت انزجاری و شادکامی آکسفورد اجرا گردید. جهت بررسی پایایی، بعد از دو هفته، آزمون دوباره اجرا شد. AMOS و SPSS-22 برای تحلیل داده استفاده گردیدند.

نتایج: مقیاس دارای روایی صوری قابل قبول می‌باشد. تحلیل عاملی تأییدی، دو عامل رفتاری (شخصیتی) و ظاهری را نشان داد. همچنین ابزار دارای روایی همزمان مناسب با آزمون افسردگی بک و مقیاس حساسیت انزجاری تشخیص داده شد (به ترتیب، ۰/۳۲ و ۰/۱۵). به علاوه، همبستگی عوامل با هم ۰/۷۲ و با نمره کل بالاتر از ۰/۹۰ بود. در نهایت، نتایج آلفای کرونباخ، همسانی درونی ۰/۸۳ را نشان داد. پایایی مقیاس نیز بالا تشخیص داده شد (۰/۸۷).

بحث و نتیجه‌گیری: چنین استنباط می‌شود، مقیاس SDS-R دارای روایی و پایایی مناسب در جمعیت ایرانی بوده و می‌توان از آن برای سنجش خودانزجاری استفاده نمود.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۱/۱۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۷/۱۰



کلیدواژه‌ها

مقیاس خودانزجاری، روایی، پایایی، خودانزجاری فیزیکی، خودانزجاری رفتاری

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

m.alivand@iaut.ac.ir

مقدمه

است. محققان خود - انزجاری را حاوی دو بخش عاطفی و شناختی دانسته‌اند: بخش عاطفی، حاوی انزجار و خشم می‌باشد [۲۰]. با توجه به این‌تعریف و در پاسخ به این هیجان، فرد به نمایش رفتارهای خاصی مانند اجتناب و رفتارهای خودتخریبی و خودتنبیهی می‌پردازد [۲۱، ۲۲]. بنابراین، خود - انزجاری نیز مانند بسیاری از هیجانات، بخش سومی نیز دارد که رفتاری می‌باشد.

برخلاف انزجار بیرونی، خود - انزجاری معطوف به درون و به طور غیرسازگارانه‌ای معطوف به خود فرد می‌باشد [۱۳، ۲۳]. بنابراین، با توجه به این اطلاعات، چنین استنباط می‌شود؛ خود - انزجاری نیز باید کارکرد محافظتی از خود فرد و سازگاری با اجتماع را به عهده داشته باشد؛ مقوله‌ای که نیازمند بررسی‌های بیشتری است. از طرفی، با توجه به دامنه محدود تحقیقات کمی در باب چگونگی شکل‌گیری خود - انزجاری، کارکرد آن و رابطه آن با سلامت روان‌شناختی [۲۴]، انجام پژوهش‌های سنجش‌محور می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای متخصصان امر و بالینگران فراهم آورد [۲۵]. بر این اساس، با عنایت به این امر که ابزار مناسبی برای سنجش خودانزجاری در داخل وجود ندارد؛ هدف پژوهش حاضر، ایجاد مقدمات برای پیشرفت تحقیقات داخلی در حوزه خود - انزجاری، از طریق هنجاریابی یکی از رایج‌ترین آزمون‌های سنجش خودانزجاری یعنی SDS-R می‌باشد. به بیانی ساده‌تر، این پژوهش بر دو پرسش اساسی استوار بوده است: الف. آیا پرسشنامه خود - انزجاری در جامعه ایرانی از الگوی طراحی شده اصلی در این تست تبعیت می‌کند؟ و ب. آیا پرسشنامه خود - انزجاری در جمعیت ایرانی (غیربالینی) از ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و پایایی) قابل قبولی برخوردار است؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد.

جامعه و نمونه

جامعه این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه‌های سراسری و آزاد شهر تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بودند. انتخاب ۵۰۰ نفر به عنوان نمونه ملاک قرار داده شد. نمونه‌های ۳۰۰ - ۵۰۰ نفری برای تحقیقات هنجاریابی مناسب تشخیص داده شده‌اند.

کژکاری هیجانی و شیوه‌های تنظیم هیجان از جمله مؤلفه‌های مهم در سلامت روان و اختلالات روانی می‌باشد [۱، ۲]. یکی از هیجان‌هایی که در طول تکامل انسان از اهمیت حیاتی برخوردار بوده، انزجار^۱ می‌باشد. از نظر لغت‌شناسی و تکاملی، کلمه انزجار با مزه بد ارتباط دارد [۳]. انزجار به معنای بیزاری از چیزی به خاطر برخی خصوصیات آن مانند بو، مزه و شکل می‌باشد [۴] برخلاف اکثر هیجانات که سیستم سمپاتیک را درگیر می‌کنند، انزجار سیستم پاراسمپاتیک را درگیر می‌کند و از این طریق از فرد در برابر مواد آلوده و خطرناک محافظت می‌کند [۵، ۶]. این هیجان جهان‌شمول بوده و در آزمون‌های روانی به مانند سایر هیجان‌های اصلی، توسط افراد قابل تشخیص می‌باشد [۷]. در گذشته، متخصصان بیشتر به کارکرد تکاملی انزجار اشاره داشته و این نوع هیجان را در جهت دوری از مواد آلوده مهم می‌دانستند؛ ولی امروزه بر معانی عمیق‌تر این هیجان یعنی جنبه‌های اخلاقی، اجتماعی و رشد روانی فرد تأکید می‌شود [۸، ۹]. همچنین، متخصصین بر دخالت این نوع از هیجان در ایجاد و نگهداری برخی از اختلالات روانی تأکید داشته‌اند؛ مانند اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی-جبری، اختلالات خوردن و اختلال شخصیت مرزی [۱۰-۱۸]. با عنایت به تعریف بسط یافته انزجار از واکنش‌های غذایی به حیطة جامعه و روان انسان‌ها، می‌توان گفت: این هیجان ممکن است هدفش محافظت از فرد از راه‌های مختلف باشد [۴]. برای مثال، واکنش‌های چهره‌ای انزجار نه تنها به وسیله غذا و مزه‌های بد، بلکه به واسطه مورد بی‌انصافی قرار گرفتن نیز فراخوانی می‌شوند [۵].

یکی از حیطة‌های کارکردی که انزجار به آن بسط یافته و در حال حاضر مورد توجه قرار گرفته، خودانزجاری می‌باشد. بررسی ادبیات مربوطه نشان از این واقعیت دارد که معطوف شدن انزجار به طرف خود می‌تواند دایره کارکرد این هیجان را به شکل متفاوتی تغییر دهد؛ مسیری که در حوزه تحقیقات روانشناسی انسان تازه بوده و متخصصان هنوز از چندوچون آن آگاهی زیادی ندارند [۱۳، ۱۹].

خود-انزجاری در لغت‌نامه آکسفورد به شکل تنفر فرد از شخصیت خودش یا خصوصیات رفتاری‌اش تعریف شده

1. Disgust

هر عامل دارای ۵ پرسش می‌باشد؛ عامل فیزیکی شامل پرسش‌های ۸، ۱۲، ۱۵، ۱۹ و ۲۱، عامل رفتاری شامل پرسش‌های ۳، ۱۱، ۱۴، ۱۸ و ۲۲ و عامل کلی شامل پرسش‌های ۱، ۲، ۵، ۷ و ۹ می‌باشد. گویه‌های عامل کلی دارای بار عاملی بر روی هر دو عامل فیزیکی و رفتاری است. مطالعات اولیه پایایی، براساس تحلیل عاملی اصلی و تحلیل چرخش واریماکس، از عوامل سه گانه مورد نظر طراحان حمایت کرده است. همچنین، پایایی بر اساس روش سنجش توافق درونی، آلفای ۰/۹۲ به دست آمده است. در زمینه روایی، روایی همزمان آن با مقیاس حساسیت انزجاری ۰/۴۱ و با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۰/۶۵ گزارش شده است که هر دو روایی بالاتر از SDS می‌باشند [۱۳] بنابراین، می‌توان گفت: مطالعات اولیه، پایایی و روایی قابل قبولی را نشان داده است.

- مقیاس افسردگی بک-۱۲

در پژوهش چنگیز رحیمی، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۷ و ضریب همبستگی پیرسون برای بازآزمایی ۰/۷۳ به دست آمده است؛ همچنین، روایی همزمان با پرسشنامه سلامت عمومی بدین صورت بوده است: همبستگی با خرده آزمون افسردگی ۰/۶۸ و اضطراب ۰/۶۶ بوده است که در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشند. این مقیاس جهت ارزیابی اعتبار همگرا استفاده گردید؛ چرا که در تحقیقات مشخص شده است خودانزجاری با افسردگی ارتباط مستقیم دارد [۲۶، ۲۷].

- مقیاس حساسیت انزجاری^۲

پایایی درونی مقیاس حساسیت انزجاری در دامنه‌ای بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ قرار دارد. از سویی، برای سنجش اعتبار این مقیاس، از روش تحلیل عاملی استفاده شده است و چهار عامل انزجار مرکزی، انزجار آلودگی، یادآور حیوان و انزجار رابطه جنسی متناظر با ابزار اصلی بدست آمده است [۲۹]. مقیاس حساسیت انزجاری برای سنجش روایی سازه استفاده شده است.

- مقیاس شادکامی آکسفورد^۳

بررسی همسانی درونی این مقیاس نشان می‌دهد که

برای به دست آوردن نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی استفاده شد؛ بدین صورت که با استفاده از لیست دانشجویان هر دانشکده، به هر فرد کد سه رقمی مانند ۰۰۳ اختصاص داده شد: محقق برای انتخاب افراد نمونه از جدول، به طور اتفاقی از یک نقطه جدول در جهت ستون شروع و اعداد کوچک‌تر از حجم نمونه را انتخاب کرد. عدد انتخاب شده در واقع همان کد فردی از جامعه بود که باید به عنوان نمونه برگزیده می‌شد. این کار آنقدر ادامه یافت تا به تعداد افراد نمونه (۵۰۰ نفر) عدد انتخاب شد.

ملاک‌های ورود به تحقیق

داشتن سلامت روانشناختی عمومی (نداشتن سابقه روانپزشکی و استفاده نکردن از داروهای روانپزشکی) و ملاک‌های خروج از تحقیق نیز عدم شرکت در بازآزمایی و پر کردن ناقص پرسشنامه بود.

در تحقیق حاضر، براساس ملاک‌های ورود و خروج، ۱۰۸ نفر به دلایل وجود سابقه روانپزشکی، پر کردن ناقص پرسشنامه و شرکت نکردن در بازآزمایی کنار گذاشته شدند و در نهایت تعداد ۳۹۲ فرد برای تجزیه و تحلیل نهایی در نظر گرفته شدند که نمونه قابل قبولی برای هنجاریابی تلقی می‌شود.

ابزار پژوهش

- مقیاس تجدید نظر شده خودانزجاری (SDS-R)

مقیاس SDS-R فرم تجدید نظر شده مقیاس SDS می‌باشد که توسط خود آزمودنی پر می‌شود. این ابزار جهت سنجش احساس انزجار فرد در باب ظاهر و رفتار خودش توسط پاول و همکارانش در سال ۲۰۰۸ م. طراحی شده است. مقیاس انگلیسی دارای ۱۵ پرسش اصلی و ۷ پرسش تعدیل‌کننده می‌باشد (یعنی پرسش‌های ۴، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۱۹). پانزده پرسش اصلی بر روی مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از «قویا مخالفم» تا «قویا موافقم» نمره‌گذاری می‌شود. قابل ذکر است، پرسش‌های تعدیل‌کننده نمره‌گذاری نمی‌شوند؛ بلکه صرفاً جهت تعدیل حس القایی ناخوشایند ناشی از ۱۵ پرسش اصلی مقیاس می‌باشند. دامنه نمرات مقیاس بین ۱۵ تا ۱۰۵ می‌باشد و ۱۰۵ نشان‌دهنده بالاترین میزان خودانزجاری است. پرسش‌های ۲، ۸، ۱۱ و ۱۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مقیاس انگلیسی دارای ۳ عامل فیزیکی (ظاهری)، رفتاری و انزجار کلی می‌باشد (۱۳).

1 . Beck Depression Scale.
2 . Disgust Sensitivity Scale.
3 . OXFORD Happiness Questionnaire.

نتایج

نمونه پژوهش حاضر، ۳۹۲ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های سراسری و آزاد شهر تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بودند و از این تعداد ۵۴/۳ درصد (۲۱۳ نفر) مونث، ۴۵/۷ درصد (۱۷۹) مذکر، ۳۴۶ نفر بین ۱۸ تا ۲۵ (۸۸/۳ درصد)، ۳۷ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ (۹/۴)، ۶ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ (۱/۵)، ۳ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ (۰/۸) سال بودند.

به منظور بررسی ساختار عاملی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، در ابتدا آزمون کفایت نمونه‌برداری برای حصول اطمینان از کفایت حجم نمونه انجام گردید که مقدار آن ۰/۸۸۴ به دست آمد. سپس از آنجا که همبستگی بین گویه‌های آزمون، زیربنای تحلیل عاملی است، برای آن که مشخص شود همبستگی بین متغیرها برابر صفر نیست؛ از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد که مقدار آن ۱۶۲۴/۱۷ به دست آمد ($p < 0.01$). بنابراین، داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی مناسب تشخیص داده شد.

در مقیاس اصلی SDS-R سه عامل کشف شده بودند؛ اما با توجه به نسخه اولیه مقیاس (SDS) که دو عامل خود انزجاری فیزیکی و رفتاری را نشان داده است (با قدرت تبیینی بالا)؛ به علاوه، با توجه به قدرت تبیین پایین عامل خود - انزجاری کلی در نسخه اصلی ویرایش یافته (SDS-R) و همپوشانی آن با دو عامل دیگر، تحلیل عاملی تأییدی بر اساس استخراج ۲ عامل در دستور کار قرار گرفت. با محدود کردن استخراج عوامل به ۲ عامل و استفاده از چرخش واریماکس و تعیین ضریب همبستگی ۰/۴۰ و بالاتر برای بار عاملی هر آیت، تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. با دستور استخراج دو عامل، درصد کل واریانس تبیین شده ۴۲/۰۹ به دست آمد. عامل نخست با ارزش ویژه ۵/۰۴، ۳۳/۵۸ درصد کل واریانس و عامل دوم با ارزش ویژه ۱/۲۷، ۸/۵۱ درصد کل واریانس‌های آزمون را تبیین می‌کنند.

در تحلیل عاملی تأییدی دو عامل به دست آمد که در آن گویه‌های ۹ «مردم از من دوری می‌کنند.» و ۲۲ «رفتارم دیگران را بیزار کرده و از من دور می‌سازد» دارای بار عاملی کمتر از ۰/۴ بودند، پس حذف شدند و درصد واریانس‌های تبیین شده هر عامل پس از چرخش مجدداً محاسبه شد. پس از حذف دو گویه درصد کل واریانس تبیین شده به ۴۴/۵۶ درصد رسید. این بار عامل نخست با ارزش ویژه

تمام ۲۹ گزاره این فهرست با نمره کل همبستگی بالایی داشتند؛ به عبارتی، آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک ۰/۴۸ بود که روایی واگرایی فهرست شادکامی آکسفورد را تأیید می‌کند (۳۰). مقیاس آکسفورد جهت بررسی اعتبار واگرا انتخاب گردید.

شیوه اجرا

ابتدا مقیاس اصلی خود - انزجاری توسط دو دانشجو (یکی دانشجوی روانشناسی و دیگری دانشجوی ادبیات انگلیسی) به فارسی ترجمه شد و این دو نسخه با هم مقایسه گردیدند و در نهایت یک نسخه شدند؛ سپس این ترجمه با نظرات دو تن از اساتید روانشناسی مورد جرح و تعدیل قرار گرفت. پس از آن، در اختیار ۳۰ نفر دانشجو قرار گرفت و با توجه به فیدبک آنها در اجرای اولیه^۱ نسخه ترجمه شده، تغییرات لازم در ترجمه اعمال گردید.

مقیاس نهایی به همراه آزمون‌های افسردگی بک، حساسیت انزجاری و شادکامی آکسفورد در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. مقیاس‌ها در دانشگاه پر شدند؛ بدین صورت که با دانشجویان مصاحبه می‌شد و بعد از توضیحاتی در باب رازداری و هدف تحقیق، پرسشنامه‌ها برای پاسخگویی در اختیارشان قرار داده می‌شد. سپس برای اجرای باز آزمون از آنها خواسته می‌شد که شماره خود را بر روی برگه‌ها درج کنند. جهت بررسی پایایی، آزمون بعد از دو هفته بار دیگر در اختیار افراد قرار گرفت. در این تحقیق، در هنگام دعوت از افراد برای شرکت در تحقیق و همچنین، قبل از اجرای آزمون، هدف از تحقیق و طول مدت آن و همچنین رازداری و آزادی افراد در ادامه دادن یا ندادن تحقیق توضیح داده شد. در تحقیق حاضر نیز، اگرچه تلاش شد تا تعداد ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های سراسری و آزاد شهر تبریز به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شود. اما با رعایت ملاک‌های تحقیق، در نهایت تعداد ۳۹۲ نفر برای تجزیه و تحلیل نهایی در نظر گرفته شد. در واقع، داده‌های ۱۰۸ نفر به دلایل پر کردن ناقص پرسشنامه و شرکت نکردن در بازآزمایی کنار گذاشته شد. در پایان، نرم‌افزارهای AMOS و SPSS-22 برای تحلیل داده‌ها به کار برده شدند.

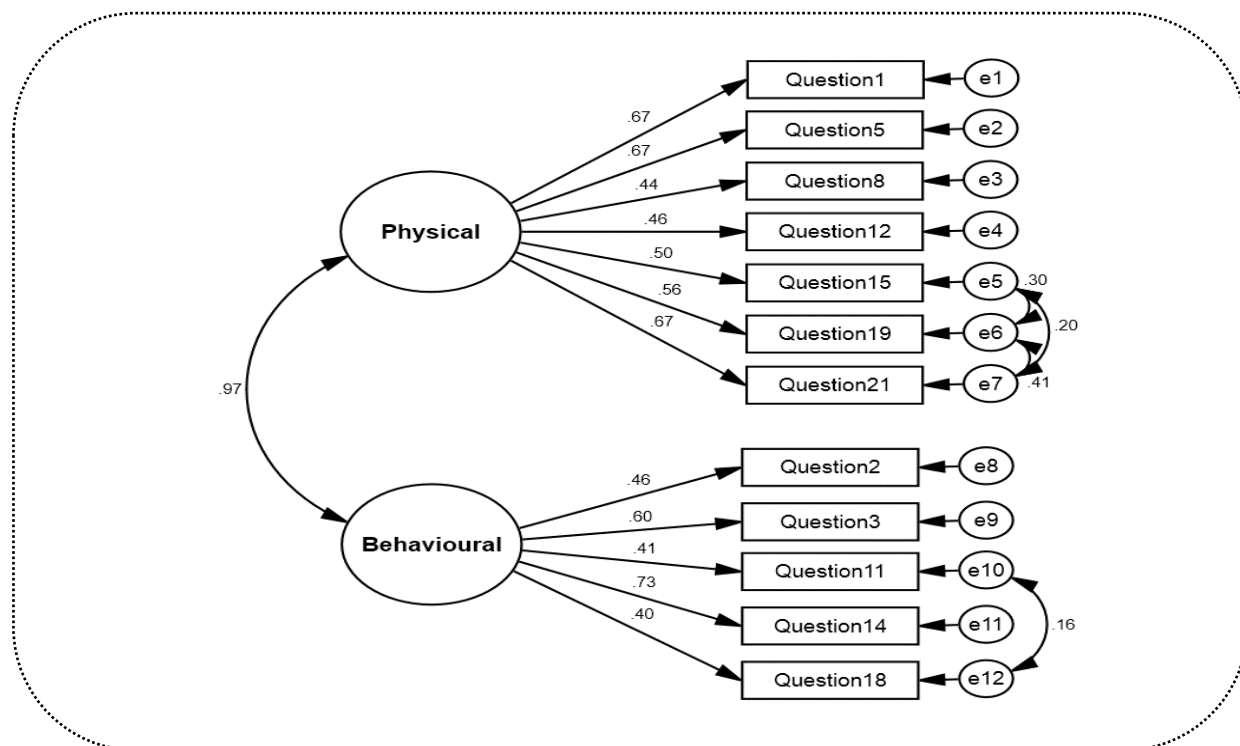
1 . Pilot study.

عنوان بهترین مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی نسخه اصلی SDS-R پذیرفته می‌شود. بارهای عاملی به دست آمده در جدول ۱ گزارش شده است.

۴/۵۲، ۳۴/۷۶ درصد کل واریانس و عامل دوم با ارزش ویژه ۱/۲۷، ۹/۸۰ درصد کل واریانس‌های آزمون را تبیین می‌کنند. بنابراین، مدل دو عاملی با حذف گویه‌های ۹ و ۲۲، بیشترین درصد کل واریانس تبیین شده را دارد و به

جدول ۱. مدل نهایی حاصل از تحلیل تأییدی مقیاس خود انزجاری (SDS-R)

| عامل‌ها | | گویه‌ها |
|--------------------|--------------------|---|
| خود انزجاری رفتاری | خود انزجاری فیزیکی | |
| | ۰/۷۹۰ | ۱۹. از نگاه کردن به خودم اذیت می‌شوم. |
| | ۰/۷۸۵ | ۲۱. فکر می‌کنم حال به هم زن به نظر می‌رسد. |
| | ۰/۷۵۴ | ۱۵. از تأمل در مورد خودم دوری می‌کنم. |
| | ۰/۵۴۲ | ۸. خودم را جذاب می‌پندارم. |
| | ۰/۵۱۰ | ۱۲. نمی‌خواهم دیده شوم. |
| | ۰/۴۸۲ | ۵. نمی‌توانم خودم را تحمل کنم. |
| | ۰/۴۵۷ | ۱. من خودم را انزجارآور (حال به هم زن) می‌دانم. |
| ۰/۶۶۱ | | ۱۱. درباره شیوه رفتارم احساس خوبی دارم. |
| ۰/۶۳۸ | | ۱۸. رفتار من به خوبی رفتار دیگران است. |
| ۰/۵۹۴ | | ۲. به کسی که هستم افتخار می‌کنم. |
| ۰/۵۲۹ | | ۳. حالم از شیوه رفتارم به هم می‌خورد. |
| ۰/۴۶۹ | | ۱۴. معمولاً چیزهایی انجام می‌دهم که حس می‌کنم بسیار بیزارکننده و انزجارآور هستند. |
| ۰/۴۲۹ | | ۷. دلایل زیادی باعث انزجار و بیزارگی من می‌شود. |



شکل ۱. مدل نهایی تحلیل عاملی تأییدی

جدول ۲. همبستگی متقابل متغیرها و مقیاس‌های اندازه‌گیری شده جهت سنجش اعتبار سازه

| متغیر | خودانزجاری فیزیکی | خودانزجاری رفتاری | خودانزجاری کل | BDI | DPSS | OHI |
|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|---------|---------|------|
| خودانزجاری فیزیکی | ۱ | ۰/۷۲۲** | ۰/۹۴۵** | ۰/۳۰۴** | ۰/۱۳۳** | ۰/۰۵ |
| خودانزجاری رفتاری | ۰/۷۲۲** | ۱ | ۰/۹۰۹** | ۰/۳۰۰** | ۰/۱۶۶** | ۰/۰۸ |
| خودانزجاری کل | ۰/۹۴۵** | ۰/۹۰۹** | ۱ | ۰/۳۲۵** | ۰/۱۵۸** | ۰/۰۶ |
| BDI | ۰/۳۰۴** | ۰/۳۰۰** | ۰/۳۲۵** | ۱ | ۰/۰۵۹ | - |
| DPSS | ۰/۱۳۳** | ۰/۱۶۶** | ۰/۱۵۸** | ۰/۰۵۹ | ۱ | - |
| OHI | -۰/۳۹ | -۰/۴۸ | -۰/۵۱ | - | - | - |

**P<0.01, *P<0.05.

در روش دوم، برای بررسی اعتبار مقیاس SDS-R، همبستگی گشتاوری پیرسون بین SDS-R با مقیاس افسردگی بک (BDI) و DPSS محاسبه گردید (اعتبار سازه). نتایج در جدول بالا ذکر گردیده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بین نمره کل SDS و مؤلفه‌های آن (خود انزجاری فیزیکی و رفتاری) با BDI و DPSS همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P<0.01$). بنابراین، می‌توان گفت ضرایب همبستگی پایین‌تر از متوسط حاکی از استقلال SDS-R با BDI و DPSS و درعین حال ارتباط معنادار اما جزئی بین آن‌ها است. از طرفی در روش سوم، برای بررسی اعتبار واگرا SDS-R، همبستگی گشتاوری پیرسون مقیاس SDS-R با آزمون شادکامی آکسفورد مورد

سنجش قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد؛ بین آزمون شادکامی آکسفورد و SDS-R همبستگی متوسط و منفی وجود دارد و این نیز نشان از استقلال مقیاس خودانزجاری به عنوان سازه‌ای مجزا و اعتبار سازه‌ی (واگرا) آن دارد. روش چهارم، ارزیابی اعتبار سازه در مطالعه حاضر، بررسی همبستگی متقابل بین مؤلفه‌های خود انزجاری فیزیکی و رفتاری بود. نتایج نشان داد، بین خود انزجاری فیزیکی و رفتاری، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (رجوع شود به جدول ۳).

در گام بعدی برای بررسی پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ و روش آزمون - بازآزمون استفاده شد.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج مربوط به همسانی درونی SDS-R

| مقیاس | مؤلفه‌ها | میانگین | انحراف استاندارد | ضریب آلفای کرونباخ |
|-------|--------------------|---------|------------------|--------------------|
| SDS-R | خود انزجاری فیزیکی | ۱۷/۱۷ | ۷/۳۰ | ۰/۷۹۳ |
| | خود انزجاری رفتاری | ۱۵/۶۲ | ۵/۷۲ | ۰/۶۷۹ |
| | کل گویه‌های مقیاس | ۳۲/۷۹ | ۱۲/۰۷ | ۰/۸۳۹ |

جدول ۴ - نتایج همبستگی پیرسون بین دو بار اجرا با فاصله دو هفته

| متغیر | اجرای نسخه اصلی | اجرای نسخه نهایی |
|------------------|-----------------|------------------|
| اجرای نسخه اصلی | ۱ | ۰/۸۷ |
| اجرای نسخه نهایی | ۰/۸۷ | ۱ |

P<0.01

نتایج آلفای کرونباخ، همسانی درونی قابل قبولی را نشان می‌دهند. در نهایت، برای بررسی پایایی، روش آزمون - بازآزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بین دو بار اجرا استفاده شد.

در یافته‌های مربوط به تحلیل عاملی ذکر گردید که گویه‌های ۷، ۹ و ۲۲ حذف شدند؛ به نظر می‌رسد، گویه ۷، انزجار کلی را می‌سنجد و به محرک‌هایی غیر از خود اشاره دارد و بر روی عامل دیگری دارای بار می‌باشد. گویه ۹ نیز می‌تواند به دلایلی غیر از انزجار برای مثال به دلیل ترس روی دهد. بنابراین، روی عوامل مختلفی می‌تواند دارای بار عاملی باشد. پرسش ۲۲ نیز از بار و معنای فرهنگی مستثنی نیست و لذا، بر روی دو عامل فیزیکی و رفتاری دارای بار عاملی مکفی نبوده است. به علاوه، قرارگیری گویه‌ها بر روی دو عامل در نسخه فارسی نیز تغییر کرده است؛ به طوری که گویه‌های ۱، ۵، ۸، ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۱ بر روی عامل فیزیکی و گویه‌های ۲، ۳، ۱۱، ۱۴، ۱۸ بر روی عامل رفتاری قرار گرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، گویه‌های ۱ و ۵ که در نسخه انگلیسی جزو گویه‌های متقاطع می‌باشند در نسخه فارسی بین گویه‌های عامل فیزیکی قرار گرفته‌اند و از بین گویه‌های عامل رفتاری، گویه ۲۲ حذف و گویه ۲ به آن اضافه شده است که در نسخه انگلیسی، جزو گویه‌های متقاطع می‌باشد. چنین تغییراتی احتمالاً بیشتر ناشی از معنای خاص فرهنگی هر گویه می‌باشد که مدت‌ها پیش توسط پژوهشگران مورد اشاره قرار گرفته است [۱۳].

از طرف دیگر، نتایج نشان داد، بین خود انزجاری فیزیکی و رفتاری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنی که هر دو مقیاس سازه‌ای مشابه را می‌سنجند. این نتایج نشان می‌دهد، ابزار دارای روایی سازه مناسب می‌باشد. به علاوه، در خصوص پایایی، همراستا با نتایج پاول و همکارانش [۱۳] در مورد نسخه انگلیسی، آلفای کرونباخ به دست آمده نشان می‌دهد که SDS-R از همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین، ضریب همبستگی پیرسون بین دو بار اجرا (به فاصله دو هفته) معنادار به دست آمد. به طور کلی نتایج نشان می‌دهد که نسخه نرم شده SDS-R از پایایی و روایی قابل قبولی برخوردار می‌باشد.

در کل، با توجه به اهمیت روزافزون این نوع هیجان در رشد فردی و حتی در پدیدار شدن و حفظ برخی از اختلالات روانشناختی [۱۳، ۱۷]؛ نمی‌توان خودانزجاری را در شناخت و درمان اختلالات روانی نادیده گرفت. برای شناخت و مداخله مؤثر در زمینه خودانزجاری نیاز به یک تست مؤثر برای سنجش احساس می‌شد. در همین راستا،

همانطور که مشاهده می‌کنید، بین دو بار اجرا ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۷ بدست آمده است که معنادار بوده و نشان می‌دهد که آزمون در دو بار اجرا با فاصله دو هفته‌ای نتایجی تقریباً پایا به دست می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر ترجمه و هنجاریابی مقیاسی جهت سنجش سازه‌ی خودانزجاری در جمعیت ایرانی بود. در ابتدا، پس از ترجمه و ارزیابی پرسش‌های و سنجش روایی صوری، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که ابزار فارسی نیز همانند نسخه انگلیسی آن دارای دو عامل فیزیکی و رفتاری می‌باشد؛ با این تفاوت که در نسخه انگلیسی یک عامل عمومی (پرسش‌های آن بر روی هر دو عامل فیزیکی و رفتاری دارای بار عاملی هستند) نیز وجود دارد که به دلیل پایین بودن بار عاملی آن و همپوشانی با دو عامل دیگر در نسخه انگلیسی، کنار گذاشته شد. همچنین، نشان داده شد که ابزار دارای اعتبار همزمان (همگرا) با مقیاس افسردگی بک و مقیاس حساسیت انزجاری DPSS می‌باشد. به علاوه، بین مقیاس شادکامی آکسفورد و مقیاس SDS-R رابطه‌ای منفی مشاهده شد و این نشان از استقلال مقیاس و اعتبار واگرایی آزمون دارد. افزون بر این، همبستگی گویه‌های دو عامل و بالاتر بودن خودانزجاری در خانم‌ها، موضوعی که در مورد انزجار مرکزی و اصلی مشاهده شده است، نشان از اعتبار سازه‌ی مناسب ابزار داشت.

نتایج نشان داد، بین نمره کل SDS و مؤلفه‌های آن (خود انزجاری فیزیکی و رفتاری) با BDI و DPSS همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت: ضرایب همبستگی پایین‌تر از متوسط حاکی از استقلال SDS-R با BDI و DPSS و درعین حال ارتباط معنادار، اما جزئی بین آن‌هاست. به عبارت دیگر، همراستا با یافته‌های پیشین [۳۱] در این مطالعه نیز نشان داده شد که خودانزجاری با افسردگی ارتباط معناداری دارد. به علاوه، خودانزجاری با حساسیت انزجاری کلی نیز ارتباط دارد که در مطالعات پیشین نیز به این مهم اشاره شده است [۴، ۱۳، ۳۲، ۳۳]. بنابراین، با توجه به این امر، ابزار دارای اعتبار همزمان نیز می‌باشد. همچنین، یافته‌های این پژوهش با تحقیقات پیشین مبنی بر ارتباط منفی خودانزجاری با شادی و ارتباط مثبت آن با افسردگی [۳۱]، همراستا می‌باشد.

- 7- Lohrasbi S MA, Sadeghi M. Functional Pattern of the Basic Emotion Recognition in Iranian People by CANTAB a Computerized Assessment. *JCP*. 2021; 8(4): 29-40.
<http://jcpkhu.ac.ir/article-1-3314-fa.html>(persian)

- 8- Rozin P, Haidt, J, & Fincher, K. (2009). From oral to moral. *Science*. 2009.
<https://doi.org/10.1126/science.1170492>

- 9- Miller WI. *The anatomy of disgust*. Cambridge, MA: Harvard University press. 1997.
<https://doi.org/10.4159/9780674041066>

- 10-Davey GCL, MacDonald, BA, & Brierley L. The effect of disgust on anxiety ratings to fear-relevant and fear-irrelevant stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.015>

- 11-Deacon B, & Olatunji, B.O. Specificity of disgust sensitivity in the prediction of behavioral avoidance in contamination fear. *Behaviour Research and Therapy*. 2007.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.008>

- 12-BO Olatunji DM. A cross-cultural perspective on disgust. 2009. URL:
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11856-005>

- 13-Powell PA, Overton, P. G., & Simpson, J. The revolting self: an interpretative phenomenological analysis of the experience of self-disgust in females with depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*. 2014.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22049>

- 14-Knowles KA CR, Armstrong T, Olatunji BO. Cognitive mechanisms of disgust in the development and maintenance of psychopathology: A qualitative review and synthesis. *Clinical Psychology Review*. 2018; 69: 30-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.002>

- 15-Coyle E KT, Summers A, Power M. Emotions and emotion regulation in survivors of childhood sexual abuse: the importance of "disgust" in traumatic stress and psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 5: 23306.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23306>

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که تست SDS-R شرایط قابل قبولی را برای سنجش این سازه دارد. امید است که در تحقیقات آینده در زمینه خودانزجاری مؤثر واقع شود.

تقدیر و تشکر

از معاونت پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و اساتید و دانشجویان گرامی که مرا یاری و راهنمایی کردند و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تقدیر و تشکر را دارم.

منابع

- 1- Ramezanzadeh F MA, Mohammadkhani S. Effectiveness training emotion regulation skills in executive function and emotion regulation strategies of adolescents at risk. 2014; 2(2): 37-45. Available from: JCP URL: <https://jcp.khu.ac.ir/article-1-2232-en.pdf> (accessed). <http://jcp.khu.ac.ir/article-1-2232-fa.html>
- 2- Karimi Yousefi S H, Abolghasemi A, Kafi SM, Khanzadeh AAli H. Comparing the affective and emotional temperaments in students with and without self-harm behaviors. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2021; 19.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2021.7201.0>
- 3- Haidt J, McCauley, C., & Rozin, P. Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*. 1994; 16(5): 701-13.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90212-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90212-7)
- 4- Tybur JM, Lieberman D, Griskevicius V. Microbes, mating, and morality: Individual differences in three functional domains of disgust. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2009; 97(1): 103-22.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0015474>
- 5- Olatunji BO, Sawchuk CN. Disgust: Characteristic Features, Social Manifestations, and Clinical Implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005; 24(7): 932-62.
<https://doi.org/10.1521/jsocp.2005.24.7.932>
- 6- Biran A, Curtis, V. Dirt, disgust, and disease: Is hygiene in our genes? *Perspectives in Biology and Medicine*. 2001.
<https://doi.org/10.1353/pbm.2001.0001>

- 25-Hojatollah Farahani RRC. Essentials for Developing and Validating Psychological Scales: Guide to Best Practices. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2020; 17(2): 197 – 212. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2917>
- 26-Perry, John L., Clough, Peter J., Crust, Lee, Earle, Keith, & Nicholls, Adam R. (2013). Factorial validity of the Mental Toughness Questionnaire-48. *Personality and Individual Differences*. 2013; 54(5): 587-592. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.11.020>
- 27-Seif, Ali-Akbar, educational measuring and evaluation, book, 2012.
- 28-Ypsilanti A, Lazuras, Lambros, Powell, Phillip, & Overton, Paul. Self-disgust as a potential mechanism explaining the association between loneliness and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2019; (243): 108-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.056>
- 29-PG Overton FM, HS Taggart, GL Bagshaw. Self-disgust mediates the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptomatology. *psycnet ofapa*. 2008. URL: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1528-3542.8.3.379>
- 30-Ghasemzadeh H MR, Karamghaderi N, Ebrahimkhani N. 185-192,21. Psychometric properties of a Persian- Language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI- Persian. *Depression and Anxiety*. 2005. <https://doi.org/10.1002/da.20070>
- 31-karsazi h, mohammad nasiri, turaj hashemi nosrat abad. factorial analysis and elauating inner structure of disgust sensitivity questionnaire. *clinical psychology*. 2016. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2253>
- 32-Alipour A, Agah Heris M. RELIABILITY AND VALIDITY OF THE OXFORD HAPPINESS INVENTORY AMONG IRANIANS. DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY. *JOURNAL OF IRANIAN PSYCHOLOGISTS*, 2007; 3(12): 287-98. <https://sid.ir/paper/101251/en>
- 16-Stasik-O'Brien SM SJ. The role of disgust in body image disturbance: Incremental predictive power of self-disgust. *Body Image*. 2018; 27: 128-37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.011>
- 17-Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. *Suicide & life-threatening behavior*. 2018; 48(1): 52-74. <https://doi.org/10.1111/sltb.12335>
- 18-Christal L. Badour MTF. The Role of Disgust in Posttraumatic Stress: A Critical Review of the Empirical Literature. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2018; 9(3). <https://doi.org/10.5127/pr.032813>
- 19-Theresa S. the role of self-disgust in non-suicidal self-injury among individuals with personality disorder. university college london. 2016. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1519694>
- 20-Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JNV, Irons C. Criticising and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*. 2004. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- 21-Schienze A, Leutgeb V, Wabnegger A. Symptom severity and disgust-related traits in borderline personality disorder: The role of amygdala subdivisions. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2015; 232(3): 203-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2015.04.002>
- 22-Chu C, Bodell LP, Ribeiro JD, Joiner TE. Eating Disorder Symptoms and Suicidal Ideation: The Moderating Role of Disgust. *European Eating Disorders Review*. 2015; 23(6): 545-52. <https://doi.org/10.1002/erv.2373>
- 23-Ille R, Schögl H, Kapfhammer H-P, Arendasy M, Sommer M, Schienze A. Self-disgust in mental disorders — symptom-related or disorder-specific? *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(4): 938-43. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.020>
- 24-Smith NB, Steele AM, Weitzman ML, Trueba AF, Meuret AE. Investigating the Role of Self-Disgust in Nonsuicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*. 2015; 19(1): 60-74. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.850135>

- 35-May J. Does Disgust Influence Moral Judgment? *Australasian Journal of Philosophy*. 2014; 92(1): 125-41. <https://doi.org/10.1080/00048402.2013.797476>
- 36-Druschel Ba, Sherman MF. Disgust sensitivity as a function of the Big Five and gender. *Personality and Individual Differences*. 1999; 26(4): 739-48. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00196-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00196-2)
- 33-Abdul-Hamid S, Denman C, Dudas RB. Self-Relevant Disgust and Self-Harm Urges in Patients with Borderline Personality Disorder and Depression: A Pilot Study with a Newly Designed Psychological Challenge. *PLOS ONE*. 2014; 9(6): e99696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099696>
- 34-BO Olatunji TA, B Ciesielski, B David. The Three Domains of Disgust Scale: Factor structure. *psychometric properties, and conceptual limitations*. 2012. <https://doi.org/10.1177/10731911111432881>

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سه‌گانه روشن (LTS) در دانشجویان ایرانی

نویسندگان

مریم صفری شیرازی^{۱*}، مرضیه صادق زاده^۲، فضل‌الله میردریکوند^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران.
sadeghzadeh.mr@gmail.com

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
mirderikvand.f@lu.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سه‌گانه روشن (LTS) در نمونه دانشجویان مقطع کارشناسی بود.

روش: جامعه آماری این مطالعه توصیفی-مقطعی، شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ دانشگاه شیراز و نمونه پژوهش نیز شامل ۶۰۲ دانشجو (۴۸۳ دانشجوی دختر و ۱۲۰ دانشجوی پسر) بود که با روش نمونه‌گیری دردسترس و تکمیل پرسشنامه آنالیز در این پژوهش شرکت نمودند. ابزارهای مطالعه شامل مقیاس سه‌گانه روشن کافمن و همکاران (۲۰۱۹م)، فرم کوتاه پرسشنامه پنج‌عامل بزرگ شخصیت گلدبرگ (خرمایی و فرمانی، ۱۳۹۳)، پرسشنامه سبک دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۶م)، پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳م)، مقیاس سه‌گانه تاریک جونز و پاتولس (۲۰۱۴م)، پرسشنامه مثلث شناختی بکهام و همکاران (۱۹۸۶م) و فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ والش و همکاران (۲۰۰۶م) بود. در این مطالعه از روش‌های تحلیل‌عامل اکتشافی، تحلیل‌عامل تأییدی، محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ و همچنین روایی هم‌گرا و واگرا استفاده شد.

نتایج: نتایج هر دوشیوه تحلیل‌عاملی، مؤید وجود یک ساختار سه‌عاملی در دانشجویان مورد مطالعه بود. بدین ترتیب که سه‌عامل وظیفه‌گرایی اخلاقی، ایمان به بشریت و انسان‌گرایی روی هم‌رفته ۵۲/۸ درصد از واریانس کل را تبیین نمودند. مقادیر ضرایب آلفا برای کل مقیاس و سه خرده‌مقیاس آن در بازه‌ای از ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ محاسبه شد که گواه همسانی درونی مطلوب است. ضرایب همبستگی معنی‌دار بین نمره کل و همین‌طور نمرات حاصل از سه خرده‌مقیاس با ابزارهای دیگر پژوهش نیز گواه روایی هم‌گرا و واگرای مناسب ابزار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن (LTS) در میان دانشجویان ایرانی از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۸/۰۶



کلیدواژه‌ها

روان‌سنجی، سه‌گانه روشن، وظیفه‌گرایی اخلاقی، انسان‌گرایی، ایمان به بشریت

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Maryam.safaree@gmail.com

مقدمه

و اجتماعی آن صورت گرفته‌است. این رویکرد تازه همچون مجموعه اصلی روان‌شناسی مثبت‌گرا، بر جنبه مثبت و رشد محور شخصیت انسان تکیه نموده و تمرکز صرف بر جنبه‌های منفی و آسیب‌شناسانه طبیعت آدمی را مورد انتقاد قرار می‌دهد [۹]. از همین‌رو و با پیروی از مسیر روان‌شناسی مثبت‌گرا، کافمن^۷ و همکاران [۱۰] در تضاد با سه‌گانه تاریک ساختاری به نام «سه‌گانه روشن»^۸ را پیشنهاد نموده‌اند. این سه‌گانه با هدف فراهم نمودن معیاری مطرح شده‌است که ویژگی‌های مثبت شخصیتی آدمی را دربرگیرد. از نظر کافمن و همکاران [۱۰] این ویژگی‌ها در تضاد با سه‌گانه تاریک که بر محوریت «بی‌عاطفه بودن»^۹ شکل می‌گیرد، به‌طور اساسی جهت‌گیری دلسوزانه و انسان‌دوستانه افراد نسبت به یکدیگر را منعکس می‌کند. در واقع، گرچه سه‌گانه روشن با ویژگی‌های کلی شخصیت در ارتباط است، اما در عین حال چیز بیشتری از تفاوت‌های فردی را در انسان ارائه می‌دهد؛ برای مثال، سه‌گانه روشن با صفات عمومی صداقت-تواضع و موافق بودن، و حتی با طیف وسیعی از رفتارهای جامعه‌پسند از جمله ارتباط با دیگران و قدردانی همبستگی مثبت بالایی دارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که صفات روشن شخصیت در نزدیکی بسیار با انگیزه پیوند اجتماعی یا تعلق قرار می‌گیرد [۸].

بر همین اساس، کافمن و همکاران [۱۰]، با استفاده از ابزارهای مختلفی همچون فرم کوتاه مقیاس سه‌گانه تاریک شخصیت^{۱۰} [۳]، پرسشنامه سبک‌های دفاعی^{۱۱} [۱۱]، مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ^{۱۲} [۱۲]، مقیاس نگرش به عشق^{۱۳} [۱۳] و مقیاس تجدیدنظر شده دلبستگی بزرگسالان^{۱۴} [۱۴]، مقیاس سه‌گانه روشن^{۱۵} را توسعه داده‌اند. نسخه نهایی این مقیاس سه عامل را دربر می‌گیرد: نخست وظیفه‌گرایی اخلاقی^{۱۶}، که به این مضمون بازمی‌گردد که فرد با دیگران به عنوان وسیله‌ای صرف برای

در حدود دو دهه پیش پائولس و ویلیامز^۱ یکی از تأثیرگذارترین نظریه‌ها در زمینه جنبه‌های تاریک شخصیت انسان، یعنی سه‌گانه تاریک^۲ را توسعه دادند که شامل سه بعد - خودشیفتگی^۳، ماکیاولیسم^۴، و جامعه‌ستیزی تحت‌بالینی^۵ می‌باشد [۱]. این سه بعد سه‌گانه تاریک، گرچه ویژگی‌ها و همبستگی‌های منحصربه‌فردی دارند [۲]، اما به عقیده صاحب‌نظران و به دلیل وجود همپوشی بالا در میان این طیف از ابعاد شخصیتی، هر سه بعد فوق در یک چارچوب مفهومی واحد با عنوان سه‌گانه تاریک مورد مطالعه قرار گرفته‌اند [۳].

از زمان توسعه این نظریه تاکنون، انبوهی از پژوهش‌های تجربی در مورد ویژگی‌های تاریک شخصیت انجام گرفته که نتایج غالب آن‌ها از پیوند ابعاد شخصیتی فوق با باورها و رفتارهای ناپسند اخلاقی و اجتماعی حکایت می‌کند [۴]. به‌علاوه، در سال‌های گذشته اجماع در حال ظهوری نیز وجود داشته‌است که «هسته تاریک» یا به‌اصطلاح «قلب تاریک» این ویژگی‌ها را راهبردی اجتماعی می‌داند که سطح بالایی از دست‌کاری بین‌فردی و رفتار بی‌رحمانه را دربرمی‌گیرد [۵]. پیشینه مطالعاتی در این زمینه نشان‌دهنده افرادی که نمرات بالایی در صفات تاریک شخصیت کسب می‌نمایند، متکبرتر و متزلزل‌ترند، همدلی کمتری از خود نشان می‌دهند [۶] و بیشتر از سایرین در فعالیت‌های ضداجتماعی و خشونت‌بار درگیر می‌شوند [۷]. با این وجود برخی از پژوهش‌های جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا همچون پژوهش نیومان^۶ و همکاران [۸] بر مطالعه هم‌زمان جنبه‌های روشن و تاریک شخصیت تاکید نموده و بر ظهور الگوهای روشن شخصیت در برابر هیجانات، رفتارها و افکار تاریک در زندگی روزمره اکثر افراد اصرار می‌ورزند.

به کلام روشن‌تر، درحالی‌که گسترش پژوهش‌ها در مورد ابعاد تاریک شخصیت به درک قابل‌توجهی از این جنبه‌ی طبیعت انسان کمک نموده، پژوهش‌هایی نیز در زمینه صفات روشن و مثبت شخصیت و پیامدهای فردی

7. Kaufman.
8. Light Triad.
9. Callousness.
10. The Dark Triad of Personality (D3- Short).
11. The Defense Style Questionnaire (DSQ).
12. The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).
13. The Love Attitudes Scale (LAS).
14. The Adult Attachment Scale- Revised (AAS).
15. Light Triad Scale (LTS).
16. Kantianism.

1. Paulhus & Williams.
2. Dark Triad.
3. Narcissism.
4. Machiavellianism.
5. subclinical Psychopathy.
6. Neumann.

نمی‌سازد [۲۰]. به عبارت دیگر، «موج دوم» روان‌شناسی مثبت‌گرا^۴ دیدگاه متعادل‌تری را دربرمی‌گیرد که بر هر دو جنبه مثبت و منفی طبیعت انسان به یک اندازه تأکید می‌نماید [۱۵]؛ این دیدگاه جدید بر سنجش نمرات هر دو سه‌گانه روشن و تاریک به منظور دستیابی به یک توصیف دقیق و عینی از شخصیت فرد تمرکز دارد. شاید از همین روست که وجود ابزار معتبری برای اندازه‌گیری سه‌گانه روشن در جریان فعلی روان‌شناسی مثبت‌گرا مورد توجه بسیار قرار گرفته است [۱۰]. بدیهی است که قدم بعدی در اعتباریابی و اندازه‌گیری سازه سه‌گانه روشن، بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار مرتبط با این مفهوم در فرهنگ‌ها و خرده فرهنگ‌های مختلف است. مطالعه حاضر با تکیه بر همین ضرورت و با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن (LTS) انجام گرفته است.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش‌شناختی در زمره پژوهش‌های توصیفی و مقطعی و از نوع هنجاریابی ابزار و همبستگی قرار می‌گیرد.

آزمودنی

الف. جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بوده است.

ب. نمونه پژوهش: نمونه پژوهشی شامل ۶۰۲ دانشجوی مقطع کارشناسی (۴۸۳ دانشجوی دختر و ۱۲۰ دانشجوی پسر) دانشگاه شیراز بوده که با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و به‌وسیله تکمیل پرسشنامه آنلاین پژوهش حاضر در این مطالعه شرکت کرده‌بودند. طبق نظر میرز و همکاران جهت برآورد حجم نمونه براساس مدل آماری مورد استفاده یعنی تحلیل عاملی تأییدی، حدود ۲۰ آزمودنی برای هر عامل و یا نمونه حداقلی ۳۰۰ نفری یا بیشتر کفایت می‌کند [۲۱].

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس سه‌گانه روشن: چنان‌که پیش‌ازاین نیز

رسیدن به هدف‌های خویش استفاده نمی‌کند و به اصطلاح آن‌ها را مورد استفاده ابزاری قرار نمی‌دهد؛ دوم، انسان‌گرایی^۱، که به معنای احترام نهادن به کرامت و ارزشمندی هر فرد است و سوم، ایمان به بشریت^۲ که به باورمندی و اعتقاد عمیق فرد به ذات خوب بشر بازمی‌گردد. با بررسی معنای مفهومی این سه عامل به وضوح می‌توان دریافت که سازه سه‌گانه روشن، دیدگاهی خوش‌بینانه از انسان را منعکس می‌نماید [۱۵]. به کلام دیگر می‌توان گفت که ایمان به بشریت، انسان‌گرایی و وظیفه‌گرایی اخلاقی مفاهیمی از روان‌شناسی مثبت‌گرا هستند که قدرت‌مندی نقاط روشن در شخصیت انسانی را آشکار ساخته و بر خلاف سه‌گانه تاریک، بر گرایش فرد به رفتار و منش اخلاقی و تمایل وی به تغییر در جهت نیکی و خیرخواهی تأکید می‌کند. علاوه بر این، مولفه‌های سه‌گانه روشن تا حد زیادی نشان‌دهنده توانایی انسان برای مقاومت در برابر افکار و تمایلات ناشایست و خودخواهانه‌ای است که فرد را در مسیرهای خودپسندانه، بی‌ثبات و فاقد اخلاقیات قرار می‌دهد [۱۶].

البته، پژوهش‌های چندانی پیرامون ساختار سه‌گانه روشن در فرهنگ‌های مختلف انجام نگرفته است [۱۷]. هرچند پژوهش کافمن و همکاران [۱۰] نشان می‌دهد که نمرات بالاتر در این ساختار سه‌گانه با سطوح بالاتر رشد شخصی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است. همچنین نتایج مطالعه سوی و داگرایول^۳ [۱۸] حاکی از آن است که نمره بالا در سه‌گانه روشن با انگیزه بیشتر برای ایجاد روابط بلندمدت همبسته است. از سوی دیگر مطالعه‌ای که بر روی کارکنان مراقبت بهداشتی در طول بیماری کووید-۱۹ در هندوراس انجام گردیده‌است نیز نشان می‌دهد کارکنانی که در مقیاس سه‌گانه روشن نمرات بالاتری کسب نموده بودند، کمتر در معرض اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری کووید-۱۹ قرار گرفتند [۱۹].

البته بایستی خاطر نشان نمود که جریان فعلی روان‌شناسی مثبت‌گرا ضمن تأکید بر اهمیت جنبه مثبت طبیعت انسان، جنبه‌های منفی شخصیت که در بسیاری از موقعیت‌های زندگی نقشی انطباقی برعهده‌دارند را بی‌اعتبار

- 1 . Humanism.
- 2 . Faith in Humanity.
- 3 . Sevi & Doğruyol.

4 . The Second Wave of Positive Psychology.

نمونه: در انجام کارهایم سهل‌انگاری می‌کنم، برون‌گرایی^۶ (برای نمونه: با دیگران راحت‌تر) و گشودگی در تجربه^۷ (برای نمونه: ایده‌های زیادی در ذهن دارم) را مورد توجه قرار می‌دهد. جهت پاسخ به پرسشنامه، آزمودنی بایستی صحت هر گویه در مورد خویش را براساس لیکرت پنج نقطه‌ای از کاملاً درست (معادل ۵) تا کاملاً نادرست (معادل ۱) تعیین نماید. در پژوهش خرمائی و فرمانی [۲۲]، ضرایب آلفای کرونباخ برای پنج عامل فوق در بازه‌ای از ۰/۶۹ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین از تحلیل‌عاملی به روش مولفه‌های اصلی برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده شده که نتایج مطالعه نشان‌دهنده استقلال پنج عامل بزرگ شخصیت بوده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای پنج عامل روان‌نژندگرای، توافق‌پذیری، وظیفه‌گرایی، برون‌گرایی و گشودگی در تجربه به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۷۰ و ۰/۶۹ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسال^۸: این

مقیاس بر اساس نظریه دلبستگی و اولین بار توسط کولینز و رید در سال ۱۹۹۰ م. طراحی و سپس در سال ۱۹۹۶ جهت افزایش همسانی درونی ابعاد آن مورد بازنگری قرار گرفته است [۲۴]. پرسشنامه دارای ۱۸ گویه و سه خرده‌مقیاس وابستگی^۹، نزدیکی^{۱۰} و اضطراب^{۱۱} است که براساس لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً مشخصه من نیست) تا ۵ (کاملاً مشخصه من است) مورد سنجش قرار می‌گیرند. هر خرده‌مقیاس دارای شش گویه است که در صورت جمع نمرات آن‌ها با یکدیگر نمره خرده‌مقیاس را به دست می‌دهد. در نهایت باتوجه به نمرات حاصل شده، آزمودنی‌ها به سه گروه دلبستگی اضطرابی^{۱۲}، ایمن^{۱۳} و اجتنابی^{۱۴} تقسیم می‌گردند. کولینز و رید [۲۴] ضرایب آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس وابستگی، نزدیکی و اضطراب را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ گزارش نمودند. در ایران نیز زیباکردار، پاشاشریفی و شریفی [۲۵] ویژگی‌های روان‌سنجی این

گفته شد این مقیاس توسط کافمن و همکاران در سال ۲۰۱۹ م. طراحی شده و شامل ۱۲ گویه و سه خرده‌مقیاس وظیفه‌گرایی اخلاقی، انسان‌گرایی و ایمان به بشریت است که با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (قویاً مخالفم) تا ۵ (قویاً موافقم) مورد سنجش قرار می‌گیرد [۱۰]. نمره هر خرده‌مقیاس از مجموع نمرات آن حاصل می‌شود و کسب نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده بالاتر بودن ویژگی مورد نظر است. همچنین با جمع نمودن نمرات خرده‌مقیاس‌ها می‌توان نمره کل پرسشنامه را نیز محاسبه نمود. در نسخه اصلی LTS برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها استفاده شده است. کافمن و همکاران میزان ضریب آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس وظیفه‌گرایی اخلاقی، انسان‌گرایی، ایمان به بشریت و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۶۷ و ۰/۸۴ گزارش نموده و همچنین ضریب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها را نیز ۰/۳۴ تا ۰/۶۰ ($P < 0.01$) برآورد نموده‌اند. کافمن و همکاران [۱۰] جهت بررسی روایی از روایی هم‌گرا و واگرا و با استفاده از ابزارهای متعددی همچون پرسشنامه‌های سه‌گانه تاریک، پنج عامل بزرگ شخصیت، مقیاس عزت نفس روزنبرگ، پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان، پرسشنامه پرخاشگری کنشی-واکنشی استفاده نموده‌اند. در پژوهش حاضر نیز چنان‌که در بخش یافته‌ها مطرح گردیده، از روش‌های مختلفی برای بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس استفاده شده است.

۲. فرم کوتاه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت

گلدبرگ^۱: این ابزار توسط خرمائی و فرمانی [۲۲] در سال ۱۳۹۳ با استفاده از پرسشنامه ۵۰ گویه‌ای پنج عامل بزرگ شخصیت گلدبرگ^۲ [۲۳] طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است که پنج عامل روان‌نژندگرای^۳ (برای نمونه: زود عصبانی می‌شوم)، توافق‌پذیری^۴ (برای نمونه: دیگران برای من کم اهمیت هستند)، وظیفه‌گرایی^۵ (برای

6. Extraversion
7. Openness to Experience
8. Revised Adult Attachment Scale (RAAS)
9. Dependence
10. Closeness
11. Anxiety
12. Anxious
13. Secure
14. Avoidant

1. The Short Form of Goldberg's Big Five Personality Scale
2. Goldberg
3. Neuroticism
4. Agreeableness
5. Conscientiousness

دارای ۲۷ گویه و سه خرده‌مقیاس ماکیاولیانیسم^۸ (گویه نمونه: عاقلانه نیست که اسرار خود را بگویند)، خودشیفتگی^۹ (گویه نمونه: مردم من را به عنوان یک رهبر ذاتی می‌بینند) و جامعه‌ستیزی^{۱۰} (گویه نمونه: مردم اغلب می‌گویند که من خارج از کنترل هستم) را دربرمی‌گیرد [۳]. گویه‌های پرسشنامه به‌وسیله طیف لیکرت پنج‌نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش جونز و پائولس [۳]، دامنه ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۶۸ تا ۰/۷۴، همبستگی درونی از ۰/۲۲ تا ۰/۴۰ و همچنین ضرایب بازآزمایی (در بازه زمانی دوهفته) برای سه خرده‌مقیاس فوق از ۰/۷۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده‌است. در مطالعه امیری و یعقوبی [۲۹] نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس فوق از ۰/۶۵ تا ۰/۸۲ محاسبه شده و همچنین روایی هم‌زمان نسخه فارسی با پرسشنامه‌های چندمحوری میلون^{۱۱}، پرسشنامه تکانشگری بارت^{۱۲} و پرسشنامه فرم کوتاه خودشیفته^{۱۳} آمس و همکاران مطلوب گزارش شده‌است. ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز برای سه خرده‌مقیاس ماکیاولیانیسم، خودشیفتگی و جامعه‌ستیزی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ محاسبه شده‌است.

۶. فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ^{۱۴}:

پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ توسط والچ^{۱۵} و همکاران در سال ۲۰۰۶ م. طراحی شده و شامل ۱۴ گویه می‌باشد که بر روی یک مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای از ۱ (به‌ندرت) تا ۴ (تقریباً همیشه) اندازه‌گیری می‌شوند [۳۰]. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌گر ذهن‌آگاهی بالاتر است. در نسخه اصلی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و همبستگی بین این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خودآگاهی^{۱۶} و تجربیات تجزیه‌کننده^{۱۷}، مطلوب گزارش شده‌است [۳۰]. در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه

پرسشنامه را مطالعه نموده و ضرایب آلفای کرونباخ سه خرده‌مقیاس وابستگی، نزدیکی و اضطراب را بالای ۰/۷۲ گزارش نمودند. در پژوهش آن‌ها روایی هم‌گرا و واگرای نسخه فارسی مقیاس با استفاده از پرسشنامه پنج‌عامل شخصیتی نئو مطلوب گزارش شده‌است. در مطالعه حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس دل‌بستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ به‌دست آمده‌است.

۴. پرسشنامه تنظیم هیجان^۱: این مقیاس توسط

گراس و جان^۲ در سال ۲۰۰۳ م. طراحی شده و شامل ۱۰ گویه است که در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) کدگذاری می‌شوند [۲۶]. پرسشنامه شامل دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی^۳ (برای نمونه: وقتی می‌خواهم احساس منفی کمتری (مانند غم و اندوه) داشته‌باشم، آن‌چه را که در مورد آن فکر می‌کنم تغییر می‌دهم) و سرکوب ابرازگری^۴ (برای نمونه: هیجانانتم را با ابراز نکردن کنترل می‌کنم) است. در مطالعه گراس و جان [۲۵] تحلیل عامل‌تاییدی، دو ساختار عاملی و استقلال این دو عامل را تایید نموده‌است. از سوی دیگر ضرایب بازآزمایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون ۰/۷ در طول دو ماه می‌باشد. در پژوهش بالزاروتی، جان و گراس [۲۷] همسانی درونی با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب ابرازگری به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۲ محاسبه شده‌است. در ایران نیز سلیمانی و حبیبی [۲۸] ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و سرکوب ابرازگری ۰/۷۵ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس ارزیابی شناختی، ۰/۷۴ و خرده‌مقیاس سرکوب ابرازگری، ۰/۶۸ محاسبه شده‌است.

۵. فرم کوتاه سه‌گانه تاریخ شخصیت^۵: این مقیاس

توسط جونز و پائولس^۷ در سال ۲۰۱۴ م. طراحی شده و

8 . Machiavellianism.
9 . Narcissism.
10 . Psychopathy.
11 . Millon Clinical Multiaxial Inventory-III.
12 . Barratt Impulsiveness Scale.
13 . Narcissistic Personality Inventory.
14 . Freiburg Mindfulness Inventory_ Short Form (FMI-S).
15 . Walach.
16 . Self-Awareness Questionnaire.
17 . Questionnaire of Dissociative Symptoms.

1 . The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)
2 . Gross & John
3 . Cognitive reappraisal
4 . Expressive suppression
5 . Balzarotti, John & Gross
6 . Short Dark Triad (SD3).
7 . Jones & Paulhus.

شیوه انجام پژوهش

در تهیه نسخه فارسی پرسشنامه سه‌گانه روشن، چهار مرحله: ترجمه از زبان اصلی به زبان هدف؛ ترجمه برگشتی به زبان اصلی؛ انجام پیش‌آزمون و کسب اطلاعات شناختی و نسخه نهایی به عنوان الگوی کار در نظر گرفته شد. از این رو به عنوان اولین قدم، نسخه اصلی مقیاس توسط دو نفر مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی، به فارسی ترجمه گردید. در مرحله بعد نسخه فارسی توسط یک مترجم، دوباره به انگلیسی بازگردانیده شد و عبارات ترجمه شده توسط یکی از اساتید زبان انگلیسی با نسخه اصلی ابزار، مقایسه و ایرادهای موجود در ترجمه فارسی برطرف گردید. در مرحله سوم به منظور بررسی روشنی و دقت عبارات ترجمه شده، هر دو نسخه فارسی و انگلیسی مورد بازبینی و اصلاح دو نفر از اساتید روان‌شناسی دانشگاه قرار گرفت. همچنین جهت تعیین روایی محتوای کمی به شیوه لاوشه از نظر چهار نفر از متخصصان روان‌شناسی استفاده شد. در این فرایند حداقل مقدار ضریب CVR برای جمع چهار نفره متخصصین که ۰/۹۹ لحاظ می‌گردد، به دست آمده است. به علاوه در این مرحله روایی صوری پرسشنامه نیز با نظر متخصصان روان‌شناسی بررسی شد و با توجه به وجود برخی ابهام در عبارات و نیز رعایت تناسب، تغییراتی در چند از گویه اعمال گردید. سپس نسخه فارسی نهایی به همراه ابزار دیگر پژوهش به صورت یک فرم الکترونیک درآمده و در قالب یک لینک از طریق گروه‌های کلاسی مجازی (در واتساپ) در اختیار دانشجویان کارشناسی دانشگاه شیراز قرار گرفت. این لینک به مدت ۶۰ روز فعال نگه داشته شد که طی این مدت ۶۰۲ نفر از دانشجویان پرسشنامه‌های موجود در آنرا تکمیل نمودند. قابل ذکر است که این دانشجویان همگی بنابر رضایت خود در این پژوهش شرکت نموده و به کلیه سوالات موجود در لینک پاسخ داده‌بودند. البته در ابتدای لینک توضیحاتی پیرامون محرمانه بودن اطلاعات و امکان دسترسی به نتایج مطالعه داده‌شده بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و Amos نسخه ۲۲ استفاده شد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان از نظر میانگین و انحراف استاندارد سنی و نیز توزیع

فارسی پرسشنامه توسط قاسمی‌جوینه و همکاران [۳۱] مورد بررسی واقع شده و پایایی مقیاس با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ، تتای ترتیبی^۱ و بازآزمایی چهارهفته به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۳ و ۰/۸۳ محاسبه شده است. روایی هم‌زمان پرسشنامه نیز با روش همبستگی پیرسون با پرسشنامه خودکنترلی^۲ تانگنی و همکاران و مقیاس تنظیم هیجانی^۳ اسکات مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه شده است.

۷. پرسشنامه مثلث شناختی^۴: این پرسشنامه توسط بکهام و همکاران در سال ۱۹۸۶ م. طراحی شده است [۳۲]. یک پرسشنامه ۳۶ موردی بوده و دارای سه خرده‌مقیاس جهت سنجش نگرش نسبت به خود، دنیا و آینده می‌باشد. هر خرده‌مقیاس در یک طیف لیکرت ۷ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۷ (کاملاً مخالفم) درجه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر بیانگر دیدگاه منفی و نمرات پایین‌تر حاکی از دیدگاه مثبت است. پرسشنامه مثلث شناختی از همسانی درونی خوبی برخوردار بوده و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های نگرش نسبت به خود، نگرش نسبت به جهان و نگرش نسبت به آینده به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۹۳ می‌باشد. همچنین اعتبار هم‌زمان نسخه اصلی پرسشنامه مثلث شناختی [۳۲] از طریق همبستگی معنادار ۰/۷۷ با پرسشنامه افسردگی بک^۵ [۳۳] اثبات گردیده است. کیمیایی و گرجیان مهربانی [۳۴] ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های نگرش نسبت به خود ۰/۸۰، نگرش نسبت به آینده، ۰/۸۱ و نگرش نسبت به دنیا ۰/۷۳ محاسبه نمودند. همچنین مقادیر همبستگی براساس ضریب همبستگی پیرسون نشان‌دهنده همبستگی بالای پرسشنامه مثلث شناختی با خرده‌مقیاس‌ها ($r \geq 0/89$) و همبستگی درونی خوب خرده‌مقیاس‌ها بایکدیگر ($r \geq 0/69$) است. ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای خرده‌مقیاس‌های نگرش مثبت نسبت به جهان، خود و آینده، به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ به دست آمده است.

1. Ordinal theta.
2. The Self-Control Questionnaire.
3. Emotion regulation scales.
4. The Cognitive Triad Inventory (CTI)
5. Beck Depression Inventory

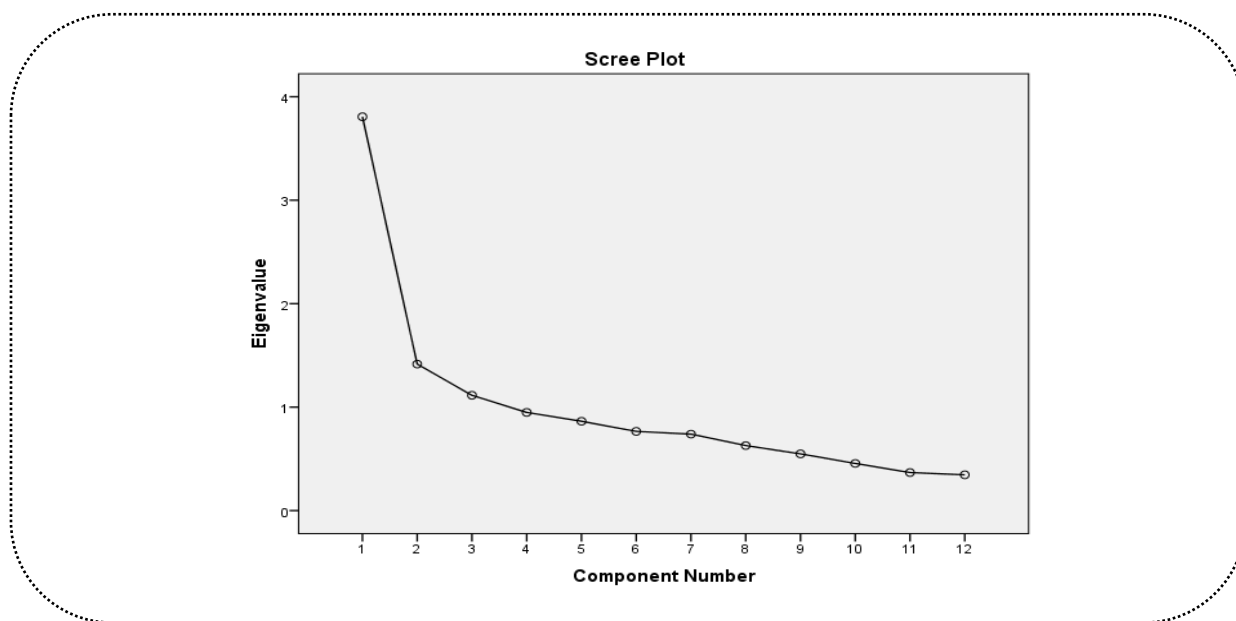
استفاده از ضریب همبستگی پیرسون میان مقیاس سه‌گانه روشن با پرسشنامه‌های سبک دل‌بستگی، فرم کوتاه پنج عامل بزرگ شخصیت، پرسشنامه تنظیم هیجان، مقیاس سه‌گانه تاریک، سیاهه مثلث شناختی و فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ مورد ارزیابی قرار گرفته‌است.

نتایج

نمونه پژوهش حاضر شامل ۶۰۲ دانشجوی مقطع کارشناسی (۴۸۳ دختر = ۸۰٪ و ۱۲۰ پسر = ۲۰٪) با میانگین و انحراف استاندارد سنی به ترتیب ۲۲/۱۲ و ۳/۱۳ بود. در این نمونه ۵۱۴ نفر مجرد (۸۵ درصد) و ۸۹ نفر متأهل (۱۵ درصد) بودند.

الف. تحلیل عامل اکتشافی: براساس نتایج تحلیل عامل اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی، با چرخش

پراکندگی وضعیت تأهل گزارش شده‌است. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه سه‌گانه روشن و همین‌طور سایر ابزارهای پژوهش از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده‌است؛ همچنین به منظور بررسی روایی سازه، دو روش تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی به کار گرفته شده‌است. قابل ذکر است که در تحلیل عامل اکتشافی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس (متعامد) و با دو ملاک نمودار سنگ‌ریزه و ارزش ویژه بزرگ‌تر از یک و جهت بررسی تحلیل عامل تأییدی از انواع شاخص‌های برازندگی مدل یعنی نسبت مجذور خی دو بر درجه آزادی (CMIN/DF)، برازش تطبیقی (CFI)، برازش هنجار شده (NFI)، نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) و سطح احتمال برای تناسب نزدیک (PCLOSE) استفاده شده‌است. همچنین روایی هم‌گرا و واگرا نیز با



شکل شماره ۱. نمودار سنگ‌ریزه (اسکری پلات)

($p < 0/0001$). مطابق نظر میرز^۲ و همکاران [۲۱] این دو شاخص بر کفایت همبستگی و قابلیت عاملی شدن در گویه‌های مقیاس سه‌گانه روشن حکایت می‌کنند. این سه مؤلفه که با توجه به نسخه اصلی مقیاس به ترتیب وظیفه‌گرایی اخلاقی، انسان‌گرایی و ایمان به بشریت نام‌گذاری شدند، در مجموع ۵۲/۸ درصد از واریانس کل را تبیین نمودند.

واریماکس و با دو ملاک نمودار سنگ‌ریزه^۱ (شکل شماره ۱) و ارزش ویژه بزرگ‌تر از یک، سه مؤلفه استخراج گردیده‌است. در این تحلیل مقدار شاخص کیسر میر الکین (KMO) جهت کفایت نمونه‌برداری معادل ۰/۸۴ و نتیجه آزمون بارتلت با مقدار ۱۷۲۵/۳۳ و درجه آزادی ۶۶ معنی‌دار است

2. Meyers.

1. Scree Plot.

جدول ۱. محتوا و بار عاملی گویه‌های هر عامل و واریانس تبیین شده در مقیاس سه‌گانه روشن

| بار عاملی | | | گویه |
|-----------|----------|----------|---|
| عامل سوم | عامل دوم | عامل اول | |
| | | ۰/۶۰ | ۱. از دستکاری دیگران برای رسیدن به اهداف فردی احساس ناراحتی می‌کنم. |
| | | ۰/۷۲ | ۲. صداقت را به جذاب بودن برای دیگران ترجیح می‌دهم. |
| | | ۰/۶۸ | ۳. می‌خواهم با خود اصیل و واقعی‌ام زندگی کنم؛ حتی اگر این کار در ظاهر، اعتبار اجتماعی من را خدشه‌دار کند. |
| | | ۰/۴۲ | ۴. وقت حرف زدن با دیگران، به‌ندرت در مورد درخواستی که از آن‌ها دارم، فکر می‌کنم. |
| | ۰/۶۱ | | ۵. از اینکه به دیگران گوش دهم و در مورد جنبه‌های زندگی گفتگو کنم، لذت می‌برم. |
| | ۰/۷۹ | | ۶. به‌طور معمول دیگران را برای موفقیت‌هایشان تشویق می‌کنم. |
| | ۰/۷۷ | | ۷. به‌طور معمول با دیگران به عنوان موجوداتی ارزشمند رفتار می‌کنم. |
| | ۰/۸۱ | | ۸. به‌طور معمول دیگران را تحسین می‌کنم. |
| ۰/۵۷ | | | ۹. به‌طور معمول بهترین وجه آدم‌ها را می‌بینم. |
| ۰/۷۰ | | | ۱۰. به‌طور معمول به برخورد منصفانه دیگران با خود اطمینان دارم. |
| ۰/۷۷ | | | ۱۱. به‌نظر من، اکثر آدم‌ها خوب و شریف هستند. |
| ۰/۶۶ | | | ۱۲. کسانی را که به من بدی کرده باشند، به سرعت می‌بخشم. |
| ۱/۴۲ | ۳/۸۱ | ۱/۱۱ | ارزش ویژه |
| ۱۶/۶۱ | ۲۲/۱۹ | ۱۴/۰۰ | درصد واریانس تبیین شده |

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل در تحلیل عامل تاییدی

| شاخص | CMIN/DF | CFI | IFI | NFI | GFI | AGFI | RMSEA | PCLOSE |
|-----------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| مقدار | ۱/۸۳ | ۰/۹۸ | ۰/۹۸ | ۰/۹۵ | ۰/۹۵ | ۰/۹۵ | ۰/۰۴ | ۰/۹۶ |
| مقدار قابل قبول | <۳ | ≥۰/۹۵ | ≥۰/۹۵ | ≥۰/۹۵ | ≥۰/۹۵ | ≥۰/۹۵ | <۰/۰۷ | ۰/۰۵ |

فوق مطابق نظر هوپر^۱ و همکاران [۳۵] از برازش قابل قبولی با داده‌ها برخوردار بوده‌است.

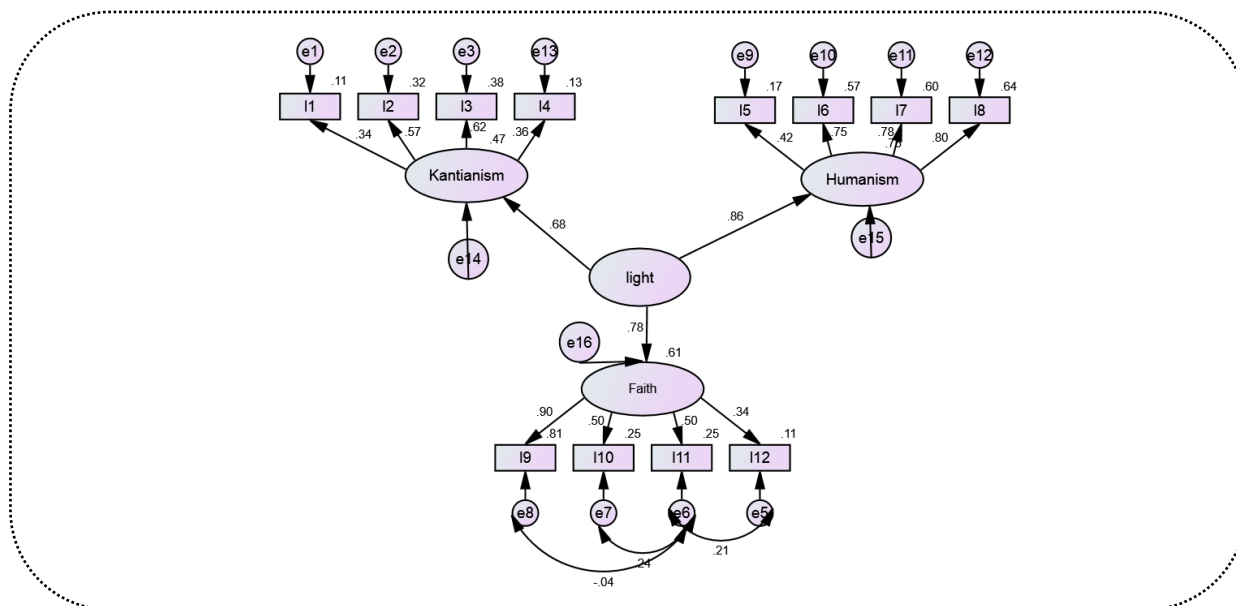
نمودار مربوط به مدل ساختاری نیز در شکل ۲ به‌نمایش درآمده است. در این شکل واریانس تبیین شده هر گویه در مدل ساختاری و نیز واریانس تبیین شده سه عامل وظیفه‌گرایی اخلاقی، انسان‌گرایی و ایمان به بشریت (که در نمودار استخراج شده از نرم‌افزار Amos این سه عامل به ترتیب با واژه‌های Kantianism، humanism و faith قابل مشاهده‌است) گزارش شده‌است.

جدول ۱ محتوا و بار عاملی هر گویه و مقدار واریانس تبیین شده هر عامل را در مقیاس سه‌گانه روشن نشان می‌دهد.

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد تمامی بارهای عاملی استخراج شده بالاتر از ۰/۴۰ بوده و توزیع گویه‌ها در عوامل نیز با مقیاس اصلی [۱۰] مطابقت دارد.

ب. تحلیل عامل تأییدی: به‌منظور اطمینان از ساختار سه‌عاملی استخراج شده در نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن از روش تحلیل عامل تأییدی مرتبه دوم استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود مدل سه‌عاملی

1. Hooper, Coughlan & Mullen.



شکل ۲. تحلیل عامل تاییدی نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین مقیاس سه‌گانه روشن و سایر ابزارهای پژوهش

| پرسشنامه سه‌گانه روشن | | | | نمره کل مقیاس | |
|-----------------------|------------------|-------------------------|---------------------|---------------------------------------|--|
| نمره ایمان به بشریت | نمره انسان‌گرایی | نمره وظیفه‌گرایی اخلاقی | نمره ایمان به بشریت | | |
| -۰/۲۴** | -۰/۰۱ | -۰/۱۴** | -۰/۱۹** | روان‌نژدگرایی | فرم کوتاه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت |
| ۰/۱۷** | ۰/۴۷** | ۰/۲۴** | ۰/۴۰** | توافق‌پذیری | |
| ۰/۱۰* | ۰/۲۶** | ۰/۲۸** | ۰/۲۹** | وظیفه‌گرایی | |
| ۰/۱۵** | ۰/۲۳** | ۰/۰۶ | ۰/۲۱** | برون‌گرایی | |
| ۰/۰۴ | ۰/۳۵** | ۰/۳۲** | ۰/۳۱** | گشودگی به تجربه | |
| ۰/۴۰** | ۰/۲۵** | ۰/۲۸** | ۰/۳۶** | سبک دلبستگی ایمن | پرسشنامه سبک دلبستگی |
| ۰/۰۴ | ۰/۰۳ | ۰/۱۷** | ۰/۱۰* | سبک دلبستگی اجتنابی | |
| -۰/۱۵** | -۰/۰۵ | ۰/۰۶ | -۰/۰۶ | سبک دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی | |
| ۰/۴۲** | ۰/۴۵** | ۰/۳۵** | ۰/۵۳** | ارزیابی شناختی | پرسشنامه تنظیم |
| -۰/۰۶ | -۰/۱۷** | ۰/۰۶ | -۰/۰۷ | سرکوب ابرازگری | هیجان |
| -۰/۳۶** | -۰/۱۰* | -۰/۱۸** | -۰/۳۱** | ماکیاولیسم | مقیاس سه‌گانه تاریک |
| ۰/۰۴ | ۰/۱۱* | -۰/۰۴ | ۰/۰۶ | خودشیفتگی | |
| -۰/۰۶ | -۰/۰۵ | ۰/۰۳ | -۰/۰۴ | جامعه‌ستیزی | |
| ۰/۴۸** | ۰/۱۸** | ۰/۳۳** | ۰/۵۵** | نگرش مثبت نسبت به جهان | پرسشنامه مثلث شناختی |
| ۰/۱۱* | ۰/۰۳ | ۰/۴۲** | ۰/۲۹** | نگرش مثبت نسبت به خود | |
| ۰/۱۱* | ۰/۳۹** | ۰/۱۶** | ۰/۳۱** | نگرش مثبت نسبت به آینده | |
| ۰/۲۳** | ۰/۱۸** | ۰/۱۸** | ۰/۲۵** | فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ | |

** p < ۰/۰۱ و * p < ۰/۰۵

یافته‌های مطالعه حاضر در بخش روایی هم‌گرا و واگرا از همبستگی‌های معنی‌دار نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن با دیگر ابزارهای مورد استفاده، حکایت می‌کند. جالب اینکه، مشابه پژوهش کافمن و همکاران [۱۰] نمره کل مقیاس سه‌گانه روشن دارای همبستگی متوسط و معنی‌دار با مؤلفه‌های پنج‌گانه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت است که بنا به نظر کافمن و همکاران [۱۰] مؤید نزدیکی و در عین حال استقلال این دو سازه می‌باشد؛ البته بایستی خاطرنشان نمود که از میان مؤلفه‌های فرم کوتاه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت، مؤلفه توافق‌پذیری بیشترین میزان همبستگی را با نمره کل نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن به خود اختصاص داده‌است؛ گرچه این یافته نیز با پژوهش کافمن و همکاران [۱۰] همسو می‌باشد، اما در مطالعه ایشان مقدار بالاتری برای ضریب همبستگی بین توافق‌پذیری با نمره کل مقیاس سه‌گانه روشن گزارش شده‌است. از آن‌جاکه گریمسکی و کراک [۱۷] نیز در بررسی نسخه لهستانی این مقیاس، مقدار کمتری را برای این همبستگی برآورد نموده‌اند، نمی‌توان از نقش مسایل فرهنگی در این باره چشم‌پوشی کرد. به‌رحال توافق‌پذیری، ویژگی شخصیتی خاصی است که به مهربانی، دلسوزی، توان همکاری، خون‌گرمی و باملاحظه بودن افراد اشاره می‌کند [۲۲]، و در واقع تفاوت‌های فردی در همکاری و هماهنگی اجتماعی را نشان می‌دهد؛ از این‌رو چندان عجیب نیست که نمره کل مقیاس سه‌گانه روشن (هم در نسخه اصلی و هم در نسخه فارسی) از بین عوامل اصلی شخصیت بیشترین همبستگی را با آن برقرار سازد.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان می‌دهد افرادی که نمره بالاتری را در مقیاس سه‌گانه روشن کسب نموده‌اند از سبک دلبستگی ایمن در روابط خود بهره می‌برند. چراکه نمره کل سه‌گانه روشن و سبک دلبستگی ایمن بیشترین میزان همبستگی را نسبت سبک‌های دیگر دلبستگی در مطالعه حاضر به خود اختصاص داده‌اند. در تبیین این یافته نیز بایستی به‌خاطر داشت که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن از عزت نفس بالایی برخوردار بوده، دنیا را جایگاه امنی دانسته و نسبت به انسان‌ها مثبت‌اندیش هستند. به‌بیان دیگر چنین افرادی به خوبی ذاتی انسان‌ها باوردارند، نسبت به خود و روابط بین‌فردی مثبت‌اندیش هستند و قادرند با مردم به‌راحتی ارتباط برقرار نمایند [۱۴]؛ از این‌رو می‌توان

ج. همسانی درونی: جهت بررسی همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن نیز از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. مقادیر مربوط به ضریب آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس وظیفه‌گرایی اخلاقی، انسان‌گرایی، ایمان به بشریت و همین‌طور کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۹، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به‌دست آمد که بنا به نظر ریکاو و همکاران میزان مطلوبی است [۳۶].

د. روایی هم‌گرا و واگرا: همچنین به‌منظور بررسی روایی هم‌گرا و واگرای نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن از محاسبه ضریب همبستگی نمرات حاصل از این ابزار با نمرات حاصل از فرم کوتاه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت، پرسشنامه سبک دلبستگی، پرسشنامه تنظیم هیجان، مقیاس سه‌گانه تاریک، پرسشنامه مثلث شناختی و فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ استفاده شد (جدول ۳). نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره کل و نمرات مربوط به سه خرده‌مقیاس نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن رابطه معناداری با ابزارهای فوق و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن (LTS) در دانشجویان ایرانی بوده است. برای این منظور از تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی، محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب همبستگی این مقیاس با ابزارهای دیگر پژوهش استفاده شد که نتایج حاکی از مطلوب بودن ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در دانشجویان می‌باشد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر، وجود ساختار سه‌عاملی (وظیفه‌گرایی اخلاقی، انسان‌گرایی و ایمان به بشریت) را در نسخه فارسی نیز مورد تأیید قرار داده‌است. از آن‌جاکه ترکیب قرارگرفتن گوپه‌ها بر روی هر یک از این سه عامل مشابه نسخه اصلی مقیاس بوده‌است می‌توان گفت در نسخه فارسی نیز منظور از وظیفه‌گرایی اخلاقی رجوع به این مضمون است که فرد، دیگران را ابزار رسیدن به هدف‌های خوش‌قرار نمی‌دهد؛ انسان‌گرایی به معنای احترام نهادن به کرامت و ارزشمندی هر شخص است و ایمان به بشریت، باورمندی و اعتقاد عمیق فرد به ذات خوب بشر را نشان می‌دهد. علاوه‌براین، همان‌گونه که پیش از این ذکر شد،

روابط بین فردی به شکلی جذاب و اغواگر ظاهر شوند و به دلیل بی‌پروایی خویش در مناسبات اجتماعی مورد توجه و حتی محبوبیت واقع گردند [۳۹]. نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که نمره کل سه‌گانه روشن رابطه مثبت و معنی‌داری با هر سه خرده‌مقیاس پرسشنامه مثلث شناختی یعنی نگرش مثبت نسبت به جهان، خود و آینده دارد. این موضوع نیز با توجه به تعریف بک [۳۲] از مثلث شناختی و همین‌طور کافمن و همکاران [۱۰] از سه‌گانه روشن، چندان بعید به نظر نمی‌رسد. درواقع با نگاهی دقیق‌تر به سازه سه‌گانه روشن و مفهوم مثلث شناختی می‌توان دریافت که برخورداری از صفات روشن شخصیت یعنی رفتار اخلاق مدار با دیگران، احترام نهادن به کرامت و ارزشمندی هر فرد و باورمندی و اعتقاد عمیق به ذات خوب بشر با نگرش مثبت نسبت به خود، دنیا و آینده همبسته است. به‌طور مشابه یافته‌های پژوهش حاضر از همبستگی مثبت و معنی‌دار نمره کل نسخه فارسی سه‌گانه روشن با میزان کلی ذهن‌آگاهی حکایت می‌کند. بدون تردید برخورداری از صفات سه‌گانه روشن با با نگاهی غیرقضاوت‌گرا نسبت به تجربیات خود و دیگران همراه بوده که مؤلفه مهمی در تعریف ذهن‌آگاهی به‌شمار می‌رود [۲۹ و ۴۰]. از این رو همبستگی نمره مقیاس سه‌گانه روشن با میزان ذهن‌آگاهی فرد نیز موضوعی منطقی و قابل انتظار به نظر می‌رسد.

در مجموع و بر مبنای نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن از شاخص‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار بوده و می‌تواند به عنوان ابزاری پایا و قابل اعتماد در پژوهش‌های مرتبط در نظر گرفته شود. این ابزار می‌تواند در پژوهش‌های داخلی پیرامون صفات سه‌گانه روشن، به‌ویژه مطالعه پیوند میان این صفات با تاریخچه دل‌بستگی، عوامل خانوادگی و پیامدهایی همچون دستاوردهای تحصیلی و شغلی مورد استفاده قرار گیرد. البته یافته‌های پژوهش حاضر دارای جزئیات متعددی در خصوص روابط مؤلفه‌های مختلف سه‌گانه روشن است که بنابه نبود پیشینه مناسب در این مقاله چندان مورد توجه قرار نگرفته و می‌تواند موضوع بررسی مطالعات آتی قرار گیرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

از لحاظ محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهشی بایستی اذعان نمود که محدودبودن نمونه پژوهش حاضر به

گفت که همبستگی ویژگی‌های روشن شخصیت و دل‌بستگی ایمن، به لحاظ نظری و با توجه به تعریف سازه سه‌گانه روشن چندان دور از انتظار نبوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر در مورد همبستگی بین مقیاس سه‌گانه روشن و مؤلفه‌های پرسشنامه تنظیم هیجانی نیز حاکی از رابطه مثبت نمره کل این مقیاس با مؤلفه ارزیابی شناختی و رابطه منفی ضعیف (اما معنی‌دار) با مؤلفه سرکوب ابرازگری بوده است. سرکوب ابرازگری بنا به تعریف نوعی راهبرد تنظیم هیجانی متمرکز بر پاسخ بوده که فرد طی آن هیجانات ظاهری خود را سرکوب می‌نماید [۲۵]. این راهبرد تنظیم هیجان می‌تواند اثرات منفی عاطفی و روانی به همراه داشته و به کاهش بهزیستی روان‌شناختی و تنزل کیفیت روابط اجتماعی منجر گردد [۳۷]. بنابراین عجیب نیست اگر برخورداری از ابعاد روشن انسانی که در کنار جهت‌گیری انسان‌دوستانه و نمایش عواطف در روابط، مستلزم ابراز واقعی هیجانات و عدم سرکوب و دستکاری آن‌ها نیز می‌باشد، با نمرات کمتر فرد در این راهبرد خاص تنظیم هیجانی همراه شود.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان می‌دهد که نسخه فارسی مقیاس سه‌گانه روشن از میان ابعاد سه‌گانه تاریک شخصیت، تنها با مؤلفه ماکیاولیانیسم به‌صورت معنی‌داری همبسته بوده است. در این مورد بایستی به‌خاطر داشت که به باور کافمن و همکاران [۱۰]، دو مفهوم سه‌گانه روشن و سه‌گانه تاریک در تضاد مستقیم با یکدیگر قرار نمی‌گیرند؛ بلکه هرکدام جنبه‌های متفاوتی از شخصیت انسان را آشکار می‌سازند. البته یافته‌های پژوهشی آن‌ها حاکی از رابطه منفی و معنی‌دار مقیاس سه‌گانه روشن با هر سه مؤلفه تاریک شخصیت یعنی ماکیاولیانیسم، خودشیفتگی و جامعه‌ستیزی بوده است. در تبیین نبود یک رابطه معنی‌دار بین نمره نسخه فارسی این مقیاس و دو مؤلفه خودشیفتگی و جامعه‌ستیزی می‌توان به این موضوع اندیشید که خودشیفتگی علاوه بر ویژگی‌های شخصیتی منفی، با ویژگی‌های مثبتی همچون منحصربه‌فرد و جذاب بودن همراه است [۳] و این ممکن است در جوامع امروزی که بیش از پیش به سمت فردیت و جلب توجه بوسیله رفتارها و سبک زندگی پر زرق و برق پیش می‌رود [۳۸]، به پذیرش و محبوبیت یا لااقل عادی بودن خودشیفتگی منجر شده باشد. به‌طور مشابه افراد جامعه‌ستیز نیز قادرند در

۷- میکائیلی منیع، فرزانه؛ صالحی، مجتبی؛ احمدی خوبی، شاپور. سه‌گانه تاریک شخصیت در افراد مجرم و غیر مجرم: خودشیفتگی، ماکیاولیسم و جامعه‌ستیزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳۹۹؛ ۱۱۵(۱): ۱۱۳-۱۲۶.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1396.15.1.11.5>

8- Neumann CS, Kaufman SB, ten Brinke L, Yaden DB, Hyde E, Tsykayama E. Light and dark trait subtypes of human personality—A multi-study person-centered approach. *Personality and Individual Differences*. 2020 Oct 1; 164: 110121.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110121>

9- Glanz JL. Book Review: Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being. 2015; 221-226.
<https://doi.org/10.1177/073989131501200126>

10-Kaufman SB, Yaden DB, Hyde E, Tsukayama E. The light vs. dark triad of personality: Contrasting two very different profiles of human nature. *Frontiers in psychology*. 2019 Mar 12; 10: 467. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00467>

11-Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Archives of general psychiatry*. 1989 May 1; 46(5): 455-60.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810050069011>

12-Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton university press; 2015 Dec 8. Published by Princeton University press: 1995.
<https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=YR3WCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq>

13-Hendrick C, Hendrick S. A theory and method of love. *Journal of personality and social psychology*. 1986 Feb; 50(2): 392.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.50.2.392>

14-Collins NL. Revised adult attachment scale. Behavior Therapy. 1996.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t19162-000>

15-Lomas T, Itzhan I. Second wave positive psychology: Exploring the positive-negative dialectics of wellbeing. *Journal of Happiness Studies*. 2016 Aug; 17(4): 1753-68.
<https://doi.org/10.1007/s10902-015-9668-y>

دانشجویان - که به لحاظ موقعیت اجتماعی، رده سنی و حتی نگرش‌های مذهبی نمونه همگن‌تری را در مقایسه با کل جامعه ایران تشکیل می‌دهند- احتیاط در تعمیم نتایج را ضروری می‌سازد. به‌علاوه شیوه نمونه‌گیری در پژوهش حاضر که بیشتر یک روش دردسترس به‌نظر می‌رسد، تعمیم نتایج مطالعه را با محدودیت همراه ساخته و توجه به طیف گسترده‌تری از افراد را در پژوهش‌های آتی ضروری می‌سازد. از این رو پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی ضمن توجه به گروه‌های بالینی، جمعیت متنوع‌تری از افراد در نظر گرفته‌شده و رابطه نمرات مربوط به سه‌گانه روشن با طیف گسترده‌ای از متغیرها به‌ویژه پیشینه خانوادگی، باورهای مذهبی و جایگاه اقتصادی-اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

1- Paulhus DL, Williams KM. The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of research in personality*. 2002 Dec 1; 36(6): 556-63.
[https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6)

2- Muris P, Merckelbach H, Otgaar H, Meijer E. The malevolent side of human nature: A meta-analysis and critical review of the literature on the dark triad (narcissism, Machiavellianism, and psychopathy). *Perspectives on psychological science*. 2017 Mar; 12(2): 183-204.
<https://doi.org/10.1177/1745691616666070>

3- Jones DN, Paulhus DL. Introducing the short dark triad (SD3) a brief measure of dark personality traits. *Assessment*. 2014 Feb; 21(1): 28-41.
<https://doi.org/10.1177/1073191113514105>

4- Walker SA, Double KS, Birney DP, MacCann C. How much can people fake on the dark triad? A meta-analysis and systematic review of instructed faking. *Personality and Individual Differences*. 2022 Jul 1; 193: 111622.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111622>

5- Marcus DK, Preszler J, Zeigler-Hill V. A network of dark personality traits: What lies at the heart of darkness?. *Journal of Research in Personality*. 2018 Apr 1; 73: 56-62.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.11.003>

6- Yap JY, Elizaveta B. Cold Hearts Playing with Fire: Dark Triad, Risk-taking and Empathy. *Journal of Health and Translational Medicine*. 2021 Oct 6; 24(2): 76-85.
<https://doi.org/10.22452/jummec.vol24no2.11>

- 24-Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*. 1990 Apr; 58(4): 644.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- ۲۵- زیباکردار، معصومه؛ پاشاشریفی، حسن؛ شریفی، نسترن. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان کولینزورید و رابطه آن با پنج عامل شخصیتی neo-ff-r. [پایان‌نامه] دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. ۱۳۹۲.
<https://elmnet.ir/doc/10639338-31422>
- 26-Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003 Aug; 85(2): 348.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- 27-Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*. 2010; 26(1): 61.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009>
- ۲۸- سلیمانی، اسماعیل؛ حبیبی، یعقوب. ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۳۹۳؛ ۳(۴): ۵۱-۷۲.
https://jssp.uma.ac.ir/article_268.html
- ۲۹- امیری، سهراب؛ یعقوبی، ابوالقاسم. ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سه‌گانه تاریک شخصیت. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۳۹۵؛ ۶(۱): ۷۷-۹۷.
<https://doi.org/10.22067/ijap.v6i1.49000>
- 30-Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and individual differences*. 2006 Jun 1; 40(8): 1543-55.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- ۳۱- قاسمی جوبنه؛ رضا، عربزاده، مهدی؛ جلیلی نیکو، سعید؛ محمدعلی پور؛ زینب، محسن‌زاده؛ فرشاد. بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۳۹۴؛ ۱۴(۲): ۱۳۷-۱۵۰.
<http://journal.rums.ac.ir/article-1-2293-fa.html>
- 16-Lopez SJ, Pedrotti JT, Snyder CR. Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths. Sage publications; 2018 Aug 6.
<https://psycnet.apa.org/record/2011-12439-000>
- 17-Gerymski R, Krok D. Psychometric properties and validation of the Polish adaptation of the Light Triad Scale. *Current Issues in Personality Psychology*. 2019 Dec 30; 7(4): 341-54.
<https://doi.org/10.5114/cipp.2019.92960>
- 18-Sevi B, Doğruyol B. Looking from the bright side: The Light Triad predicts Tinder use for love. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2020 Jul; 37(7): 2136-44.
<https://doi.org/10.1177/0265407520918942>
- 19-Rodríguez EA, Agüero-Flores M, Landa-Blanco M, Agurcia D, Santos-Midence C. Moral injury and light triad traits: anxiety and depression in health-care personnel during the coronavirus-2019 pandemic in Honduras. *Hispanic health care international*. 2021 Dec; 19(4): 230-8.
<https://doi.org/10.1177/15404153211042371>
- 20-Jonason PK, Icho A, Ireland K. Resources, harshness, and unpredictability: the socioeconomic conditions associated with the Dark Triad traits. *Evolutionary Psychology*. 2016 Feb 19; 14(1): 1474704915623699.
<https://doi.org/10.1177/1474704915623699>
- 21-Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Sage publications; 2016 Oct 28.
<https://psycnet.apa.org/record/2013-39233-000>
- ۲۲- خرمائی، فرهاد؛ فرمانی، اعظم. بررسی شاخص‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت. *فصلنامه علمی - پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۳۹۳؛ ۴(۱۶): ۲۹-۳۹.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1393.4.16.3.2>
- 23-Goldberg LR. A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. *Personality psychology in Europe*. 1999 Jul; 7(1): 7-28.
<https://cir.nii.ac.jp/crid/1573950400442099328>

- 36-Raykov T, Marcoulides GA. Introduction to psychometric theory. Routledge; New York: Routledge; 2011 Jan, 352p. 7.
<https://doi.org/10.4324/9780203841624>
- 37-Solak N, Tamir M, Sümer N, Jost JT, Halperin E. Expressive suppression as an obstacle to social change: Linking system justification, emotion regulation, and collective action. *Motivation and emotion*. 2021 Oct; 45(5): 661-82.
<https://doi.org/10.1007/s11031-021-09883-5>
- ۳۸-بازیار، فرزانه؛ عبداللهیان، حمید؛ آزادارمکی، تقی؛ نوابخش، مهرداد. مطالعه بازنمایی سبک زندگی زنان ایرانی در آگهی‌های تبلیغاتی مجلات خانوادگی. *مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، ۱۴۰۰؛ ۱۷(۶۲): ۲۷-۴۹.
<https://doi.org/0.22034/jcsc.2021.111304.1951>
- 39-Crego C, Widiger TA. Core traits of psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2022 Feb 7.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/per0000550>
- ۴۰-حاجی شعبانی، ریحانه؛ عبدی، رضا. نقش اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به‌عنوان عوامل فراتشخیصی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلالات هیجانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳۹۹؛ ۱۷(۱): ۲۰۳-۲۱۲.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2897>
- 32-Beckham EE, Leber WR, Watkins JT, Boyer JL, Cook JB. Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1986 Aug; 54(4): 566.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.54.4.566>
- 33-Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1987.
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4419-9893-4#page=79>
- ۳۴-کیمیایی، سید علی؛ گرجیان مهلبانی. اعتباریابی پرسشنامهٔ مثلث شناختی در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۰؛ ۱۳(۳): ۲۳۰-۲۴۱.
<https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.1007>
- 35-Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Evaluating model fit: a synthesis of the structural equation modelling literature. In 7th European Conference on research methodology for business and management studies 2008 Sep 25, pp. 195-200.
<https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=ZoHBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA195&dq>

ساخت و رواسازی پرسشنامه سلامت جنسی همسران براساس الگوی سلامت جنسی اسلامی

نویسندگان

امیر اکبیا^{۱*}، محمدرضا بنیانی^۲، حسن تقیان^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی، موسسه آموزش عالی اخلاق و تربیت، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه معارف اسلامی، قم، ایران. bonyani.1386@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، جامعه المصطفی العالمیه، قم، ایران. taghian@ut.ac.ir

چکیده

مقدمه: «سلامت جنسی» یکی از جنبه‌های اصلی سلامت خانوادگی، فردی و اجتماعی است، به این منظور، هدف پژوهش حاضر ساخت و رواسازی پرسشنامه سلامت جنسی همسران براساس الگوی سلامت جنسی اسلامی می‌باشد.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی است و جامعه آماری کلیه افراد متأهل ایرانی می‌باشد که از طریق شبکه‌های مجازی، تعداد ۵۸۱ نفر به روش در دسترس به پرسشنامه سلامت جنسی همسران محقق ساخته و پرسشنامه رضایت جنسی لارسون (۱۹۹۸) پاسخ دادند. به منظور ساخت پرسشنامه ابتدا گویه‌های آن براساس مؤلفه‌های سلامت جنسی همسران که توسط بنیانی (۱۳۹۸) تدوین شده بود، طراحی شدند و سپس روایی محتوایی آن توسط ۱۵ کارشناس خبره، ارزیابی و مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت به منظور روایی پرسشنامه، از تحلیل عاملی تأییدی و روائی هم‌زمان استفاده شد. همچنین به منظور پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید.

نتایج: تحلیل عاملی تأییدی پژوهش در دو مرحله انجام شد که نتیجه آن پس از حذف پرسش‌های نامناسب، بیانگر برازش مطلوب پرسشنامه بود. سپس همبستگی مؤلفه‌های سلامت جنسی همسران باهم و با کل سازه انجام شد؛ نمره همبستگی کل سلامت جنسی با مؤلفه‌ها بدین ترتیب بود: سلامت جسمانی ۰/۳۱، سلامت بینشی ۰/۶۸، سلامت عاطفی ۰/۸۶، سلامت رفتاری ۰/۹۲، که نتیجه همبستگی، مثبت و معنی‌دار می‌باشد. سپس به منظور روایی هم‌زمان پرسشنامه، رابطه آن با پرسشنامه رضایت جنسی لارسون، عدد ۰/۸۵ را نشان داد که نتیجه آن نیز مثبت و معنی‌دار است. اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ بود. میزان اعتبار به ترتیب برای مؤلفه سلامت جسمانی ۰/۵۷، سلامت بینشی ۰/۶۴، سلامت عاطفی ۰/۷۷، و سلامت رفتاری ۰/۸۰ بود که بطور کلی اعتبار مقیاس براساس همسانی درونی، مطلوب می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها بیانگر روایی سازه‌ای و اعتبار قابل قبول پرسشنامه سلامت جنسی همسران است که با محتوای تجویزی و رویکرد ملاک‌محور، می‌تواند به منظور فهم بهتر پژوهشگران و زوج‌درمان‌گران کارایی داشته‌باشد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۳/۳۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۸/۲۴



کلیدواژه‌ها

سلامت جنسی همسران، پرسشنامه، روایی و پایایی، منابع اسلامی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

amir.ekbia@gmail.com

مقدمه

بهره‌مند هستند، به گونه‌ای که وضعیت جسمی، روحی و رفتاری آن‌ها مطلوب و حاکی از نوعی هماهنگی، انس و محبت در زندگی زناشویی می‌باشد [۱۰]. روابط جنسی صحیح به عنوان پیش‌زمینه‌ای برای تقویت عواطف و احساسات بین زوجین عمل نموده و می‌تواند موجبات تحکیم پیوندهای خانوادگی را فراهم آورد و از پیدایش و تشدید اختلالات روانی و ازهم‌گسیختگی بنیان خانواده و در پی آن جامعه جلوگیری کند [۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴].

در این میان، پدیدار شدن مشکلات و اختلالات جنسی همسران از یک سو، و بروز نابهنجاری‌ها و انحرافات جنسی خارج از چارچوب زناشویی از سوی دیگر که دو تهدید جدی برای سلامت خانواده‌اند. همچنانی که واکاوی مشکلات زناشویی نشان داد، فراوانی مشکلات جنسی در مردان و زنان کم نیست و این نوع از مشکلات می‌تواند اثرات مخربی بر بهزیستی زوجین و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد [۱۵]. طبق تحقیقات مختلف، شیوع اختلالات جنسی در کشورهای مختلف آمارهای متفاوتی به خود اختصاص داده است، در ترکیه ۴۸٪، شیلی ۲۲٪ و مراکش ۲۰٪ درصد گزارش شده است [۱۶]. اما پژوهش‌هایی که در حوزه سلامت جنسی در ایران انجام شده است، مشخص می‌کند که میزان اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان ایرانی به نسبت بالا است. ۴۰ درصد از زوجین دچار اختلالاتی در روابط جنسی و نارضایتی نسبی از این‌گونه روابط هستند. به عبارت دیگر، حدود ۵۹ درصد زنان ازدواج کرده بالای ۳۵ سال هرگز ارگاسم را تجربه نکرده‌اند و نزدیک ۴۰ درصد از مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی از انزال زودرس رنج می‌برند [۱۷ و ۱۸]. نرخ طلاق نیز در سال‌های اخیر سیر صعودی داشته است و یکی از عوامل مؤثر در این طلاق‌ها، ارضا نشدن غریزه جنسی و راضی نبودن از زندگی جنسی گزارش شده است [۱۹]. براساس برخی مطالعات انجام‌گرفته در ایران، دست‌کم پنجاه درصد طلاق‌هایی که در دادگاه خانواده به بهانه‌های گوناگون صورت می‌گیرد، ریشه در مسائل جنسی دارد [۲۰].

براین اساس، برای حفظ بنیان خانواده و جلوگیری از پیدایش معضلات و مشکلات بیشتر در حوزه سلامت جنسی همسران ضروری است که محققان و پژوهشگران تلاش‌های بیشتری در این زمینه انجام دهند، تا براساس آن بتوان به سلامت‌بخشی و مصون‌سازی رفتار جنسی همسران پرداخت.

تشکل خانواده یکی از اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شود و نخستین گام برای اقتناع این نیاز اساسی و طبیعی، ازدواج است [۱]. انسان در بستر خانواده می‌تواند نیازهای مختلف عاطفی، عقلانی و جسمانی خود را خشنود کند. از این‌رو، داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی، و شناخت چگونگی تأمین آن‌ها در بستر خانواده ضرورتی انکارناپذیر می‌باشد [۲]. اسلام نیز اهمیت تشکل خانواده را بسیار بالا می‌داند و پیمان زناشویی را موجب روابط شدید و رحمت متقابل بین زن و شوهر معرفی می‌کند [۳]. روایات اسلامی، تشکیل زندگی زناشویی را از سنت‌های پیامبر^۱ [۴] و از آن به عنوان کامل شدن نصف دین^۲ [۴]، تعبیر می‌کند. در دین اسلام ازدواج و خانواده محبوب‌ترین و عزیزترین نهاد بشری محسوب گردیده است^۳ [۴]. اسلام به خانواده و زندگی زناشویی به صورتی ژرف نگریسته و برای روابط آن، زیباترین آداب و اخلاق را توصیه کرده است [۵].

برخورداری از خانواده سالم، مشروط به برخورداری همسران از رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است [۶]. و نحوه تعامل و برقراری ارتباط بین زن و شوهر، تعیین‌کننده سلامت یا اختلال در نظام خانواده است. برهمین اساس، پرداختن به همه ابعاد سلامت خانواده از جمله سلامت جنسی یکی از راه‌هایی است که به تحکیم بنیان خانواده منجر خواهد شد [۷]. چراکه بر کسی پوشیده نیست که رفتار جنسی و کنش‌های مرتبط با آن، یکی از مؤلفه‌های اساسی روابط همسران را تشکیل می‌دهد. به طور کلی سلامت جنسی یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی به حساب می‌آید و همه مردم را در همه مراحل زندگی، تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۸]. هدف از سلامت جنسی توانایی داشتن زندگی جنسی آگاهانه، لذت‌بخش، بی‌خطر و احترام متقابل در روابط جنسی است [۹]. سلامت جنسی موقعیتی است که همسران در آن از یک رابطه سالم، مناسب و بهنجار جنسی

۱. قَالَ صَ النَّكَاحُ سُنَّتِي فَمَنْ رَغِبَ عَن سُنَّتِي فَلَيْسَ مِنِّي.

۲. قَالَ رَسُولُ اللَّهِ (ص) مَنْ تَزَوَّجَ فَقَدْ أَحْرَزَ نِصْفَ دِينِهِ فَلْيَتَّقِ اللَّهَ فِي النَّصْفِ الْبَاقِي.

۳. قَالَ عَ مَا بُنِيَ فِي الْإِسْلَامِ بِنَاءً أَحَبُّ إِلَى اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ وَأَعَزُّ مِنَ التَّزْوِيجِ.

همه‌جانبه و یک‌پارچه‌ای از سلامت جنسی را ایجاد کرد، که همه ابعاد وجودی انسان را تحت پوشش خود قرار دهد و ضمن ارضای نیازهای دنیوی انسان، نیازهای معنوی وی را نیز به بهترین وجه ممکن پوشش دهد. در این نظام فقط به حوزه التذاد جنسی به لحاظ بُعد مادی و جسمانی پرداخته نشده‌است، بلکه به‌گونه‌ای است که علاوه بر آن، زمینه‌های رشد معنوی انسانی را نیز به دنبال خواهد داشت. نتیجه این نظام جامع جنسی، آرامش‌بری و آرامش‌بخشی همسران است [۲۸].

در نتیجه ضروری است بر اساس آنچه که گفته شد، پرسشنامه‌ای طراحی شود که با معیارهای دینی و فرهنگی ما همخوانی داشته باشد، چرا که پرسشنامه‌های موجود نمی‌تواند تصویر صحیحی از سلامت جنسی همسران در اختیار ما بگذارد. با توجه به این‌که بنیانی (۱۳۹۸) در پژوهش رساله دکتری خود به شناسایی مؤلفه‌های سلامت جنسی و مفهوم‌پردازی این سازه بر اساس منابع دینی پرداخته است، محقق به دنبال این است که بر اساس این مؤلفه‌ها، پرسشنامه سلامت جنسی همسران را طراحی نموده و روایی محتوایی و عاملی آن را مورد بررسی قرار دهد. در پژوهش بنیانی، به منظور شناسایی مؤلفه‌های سلامت جنسی همسران، بر اساس رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوا، آیات و روایات مرتبط با سازه سلامت جنسی همسران، تحلیل و مبتنی بر الگوی کیفی نظریه داده بنیاد، کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. براین اساس، چهار مؤلفه «سلامت بدنی»، «سلامت بینشی»، «سلامت عاطفی» و «سلامت رفتاری» و ۱۴ زیرمؤلفه «سلامت جهاز تناسلی»، «آگاهی به ارزش معنوی آمیزش حلال»، «آگاهی به احکام و حقوق جنسی»، «آگاهی به تفاوت‌های جنسی زن و مرد»، «فکر نکردن به غیر همسر»، «تمایل به همسر»، «بی‌تمایل به هم‌جنس»، «تعاملات کریمانه»، «مهارت تحریک‌کنندگی»، «مهارت خویش‌تنداری»، «رفتار مطابق با جنسیت»، «درنظر گرفتن شرایط رابطه»، «خودارضایی نکردن» و «عدم خودآزادگری و دیگرآزادری جنسی» استخراج شدند [۲۸]. بر این اساس، هدف این تحقیق ساخت و رواسازی آزمونی به منظور سنجش سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی است.

روش

هدف این تحقیق، ساخت و رواسازی پرسشنامه سلامت

در همین راستا، ابزارهایی برای سنجش کارکردهای جنسی طراحی شده است که برای هر کدام از این پرسشنامه‌ها، محدودیت‌ها و نواقصی را می‌توان اشاره کرد. از جمله محدودیت‌های ابزارهای موجود در زمینه سنجش مسائل جنسی می‌توان به نبود جامعیت این پرسشنامه‌ها و تکیه بر یک بعد از مسائل جنسی و همچنین نبود شواهد روان‌سنجی کافی در جامعه ایرانی اشاره کرد [۲۱]. اما شاید مهمترین نکته در پرسشنامه‌های موجود این باشد که این مقیاس‌ها براساس فرهنگی متفاوت از فرهنگ و باورهای مذهبی و دینی جامعه ایرانی طراحی شده است. به عنوان نمونه، رابطه زوجیت و همسری بر اساس باورهای دینی و مذهبی در چارچوب مشخصی تعریف می‌شود، در حالی که براساس برخی از فرهنگ‌ها می‌توان رابطه همسری را بین دو مرد و یا دو زن متصور شد. همچنان که در سال ۱۹۷۳ م. انجمن روان پزشکی آمریکا (APA) همجنس‌گرایی را به عنوان یک طبقه تشخیصی از فهرست بیماری‌های روانی کنار گذاشت، و در سال ۱۹۸۰ م. آن را از فهرست بیماری‌های روانی حذف نمود [۲۲]. به شرط آنکه افراد با گرایش جنسی خود راحت باشند و از آن بابت احساس آزدگی خاطر نداشته باشند [۲۳]. در حالی که این نوع روابط بر اساس نگاه دین خلاف شرع بوده و رابطه جنسی بین آنها نیز غیر سالم می‌باشد. دین اسلام هرگونه کامیابی جنسی، اعم از آمیزش و لذت بردن سمعی یا لمسی را ویژه همسران می‌داند و غیر از آن را مایه گناه و آلودگی جامعه می‌داند [۲۴]. همچنین اساساً نسبت به سازه سلامت جنسی، مفهوم‌پردازی ناقص و ناصحیحی صورت گرفته است که این خود ریشه در مبانی فلسفی رویکردها دارد [۲۵]. درحالی‌که، نگاهی که دین به مسئله سلامت جنسی دارد، نگاهی تک بعدی و مادی نبوده و یک نظام همه‌جانبه و یکپارچه از سلامت جنسی را ایجاد کرده است، به طوری که همه ابعاد وجودی انسان را تحت پوشش قرار می‌دهد. و ضمن ارتقای نیازهای دنیوی انسان، نیازهای معنوی وی را به بهترین وجه ممکن پوشش می‌دهد. به عنوان مثال، در متون دینی ضمن اینکه آمیزش با همسر لذت‌بخش‌ترین امور در دنیا و آخرت بیان می‌کند [۲۶]، اثرات و نتایج معنوی فراوانی همچون صدقه [۲۷]، پاداش اخروی و آمرزش گناهان [۲۷] و حضور ملائکه [۲۶] را از جمله نتایج آمیزش حلال با همسر برمی‌شمارد. لذا، می‌توان از مجموعه این متون، یک نظام

روایی محتوایی، با استفاده از دو ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بررسی شد. در محله بعد به منظور بررسی روایی صوری، تعداد ۵ زوج متأهل از جامعه آماری که به صورت در دسترس انتخاب شده بودند، به پرسشنامه پاسخ دادند در این مرحله پاسخ‌گویان علاوه بر تکمیل پرسشنامه، در رابطه با «برداشت خود از گویه‌ها»، «مفهوم و نامفهوم بودن برخی گویه‌ها»، «حساسیت‌زا بودن برخی گویه‌ها» و «عدم تناسب برخی گزینه‌ها و سؤال‌ها» اظهار نظر کردند. بعد از گردآوری و جمع‌بندی دیدگاه پاسخ‌گویان در مورد گویه‌ها و اعمال اصلاحات نهایی تعداد ۵۳ گویه برای اجرا آماده گردید. در مراحل بعد روائی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی و اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. همچنین روائی همگرا با پرسشنامه رضایت جنسی لارسون مورد بررسی قرار گرفت. جزئیات نتایج این بخش مراحل و نحوه نمره‌گذاری در همین تحقیق ارائه شده است.

پرسشنامه رضایت جنسی لارسون

پرسشنامه رضایت جنسی، توسط لارسون، اندرسون، هولمن و نیمان^۱ طراحی شده است [۳۰]. این پرسشنامه دارای ۲۵ پرسش و ۴ مؤلفه تمایل به برقراری روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی می‌باشد و بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت با پرسش‌هایی مانند (من احساس می‌کنم که همسر من از روابط جنسی‌مان لذت می‌برد.) به سنجش رضایت جنسی می‌پردازد. براساس این پرسش‌نامه، نمره‌ها به طور کلی بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد و طبقه‌بندی رضایت جنسی به سطوح: «نارضایتی جنسی» با نمره کمتر از ۵۰، «رضایت کم» با نمره بین ۵۱ تا ۷۵، «رضایت متوسط» با نمره بین ۷۶ تا ۱۰۰ و «رضایت زیاد» با نمره بالاتر از ۱۰۱، تقسیم می‌شود [۳۱]. همبستگی درونی این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش شده است. هادسون^۲ و همکاران (۱۹۸۱) در بررسی اعتبار ابزار در ۱۸۹ زن پرتقالی، میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند [۳۲]. بهرامی و همکاران با اجرای پرسشنامه روی ۱۵۰ زوج ایرانی به این نتایج دست یافتند، ضرایب اعتبار به دست آمده با استفاده از روش آلفای

جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی است. بنابراین، تحقیق حاضر از جمله پژوهش‌های غیرآزمایشی است که در چارچوب یک طرح تحقیق توصیفی-تحلیلی انجام گرفته است. بر این اساس، بررسی روائی محتوایی گویه‌های پرسشنامه با مراجعه به متخصصین و با استفاده از روش دلفی انجام شد. همچنین بررسی روائی سازه با مراجعه به نمونه‌ای از جامعه هدف و گردآوری داده‌ها به روش پیمایشی انجام شد.

آزمودنی

جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان و مردان ایرانی بودند. از آنجا که یکی از اهداف این تحقیق بررسی روائی سازه با استفاده از تحلیل عاملی بود و انتخاب نمونه‌ای به بزرگی ۵۰۰ نفر برای انجام تحلیل عاملی «خیلی خوب» است [۲۹] بنابراین، با توجه به ماهیت پرسش‌های (ورود به حریم شخصی افراد) و محدودیت‌های ناشی از فرهنگ ایرانی-اسلامی تعداد ۲۱۱۳ پرسشنامه بین افراد متأهل (اعم از مرد و زن) توزیع گردید. در نهایت ۵۸۱ نفر در محدوده سنی ۱۷-۵۲ سال، به پرسشنامه پاسخ دادند. متاهل بودن، داشتن حداقل دو سال سابقه زندگی مشترک، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم استفاده‌نکردن از مشاوره‌های روان‌شناختی و مصرف نکردن داروهای روان‌درمانی در زمان پاسخ‌گویی به پرسشنامه به عنوان ملاک‌های ورود به این تحقیق مطرح بودند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت جنسی همسران

این پرسشنامه براساس سازه سلامت جنسی همسران، که شامل ۴ مؤلفه «سلامت بدنی»، «سلامت بینشی»، «سلامت عاطفی» و «سلامت رفتاری» و ۳۰ گویه بود. پاسخ پرسش‌ها، به صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای کاملاً موافقم=۴، تاحدودی موافقم=۳، تاحدودی مخالفم=۲، کاملاً مخالفم=۱ طراحی گردید. به منظور ساخت پرسشنامه ابتدا براساس مؤلفه‌های معرفی شده در تحقیق بنیانی (۱۳۹۸)، ۱۳۷ گویه اولیه متناسب به منظور سنجش مؤلفه‌ها، طراحی گردید. در مرحله بعد به‌منظور بررسی روایی محتوایی پرسشنامه، فرم‌آزمایی را به پیوست مستندات اسلامی، در اختیار ۱۵ نفر از متخصصین روانشناسی که هم‌زمان در علوم اسلامی نیز تخصص داشتند قرار گرفت، در این مرحله

1. Larson, Anderson, Holman, & Niemann.

2. Hudson, W.W.

منظور، ابتدا تحلیل عاملی تأییدی مرتبه نخست هر یک از عوامل، به صورت مجزا و در مرحله بعد تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم همه عوامل ارائه شده است. از آنجا که در هر یک از مؤلفه‌ها، برخی پرسش‌ها از برازش مناسبی برخوردار نبودند، نتیجه تحلیل عاملی بعد از حذف سؤالات نامناسب ارائه شده است.

تحلیل عاملی مرتبه نخست مؤلفه «سلامت جسمی»

نمودار زیر مدل اندازه‌گیری مؤلفه «سلامت جسمی» در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند.

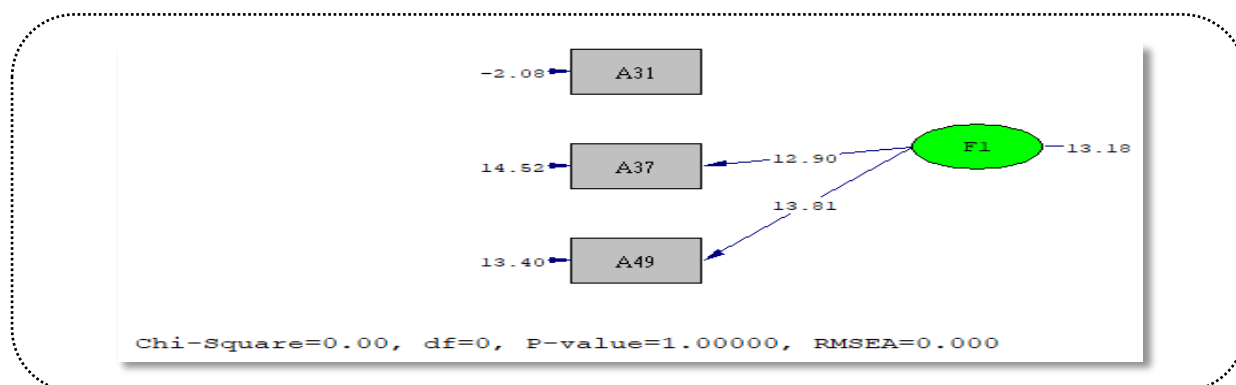
به دلیل اینکه سه متغیر مشاهده شده در تحقیق حضور دارد و مدل به حالت اشباع رسیده است، امکان ارائه شاخص‌های برازش مدل نیست، اما ضرایب مسیر معنی‌دار است.

کرونباخ برای پرسش‌های مثبت ۰/۸۰۳، پرسش‌های منفی ۰/۷۷۸ و هم‌چنین شاخص همبستگی درونی ۰/۸۰۱ بود که نشان‌دهنده مناسب بودن اعتبار کل ابزار است [۳۳]. شمس‌مفرحه و همکاران و همچنین رحمانی و همکاران اعتبار پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون باز آزمون به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۸۹ گزارش کردند [۳۴ و ۳۵]. بهرامی و همکاران نیز در مطالعه خود از این ابزار برای بررسی رضایت جنسی زنان استفاده کرده و اعتبار آن را از طریق ارزیابی آلفای کرونباخ ۰/۹۳ اعلام کردند [۳۳].

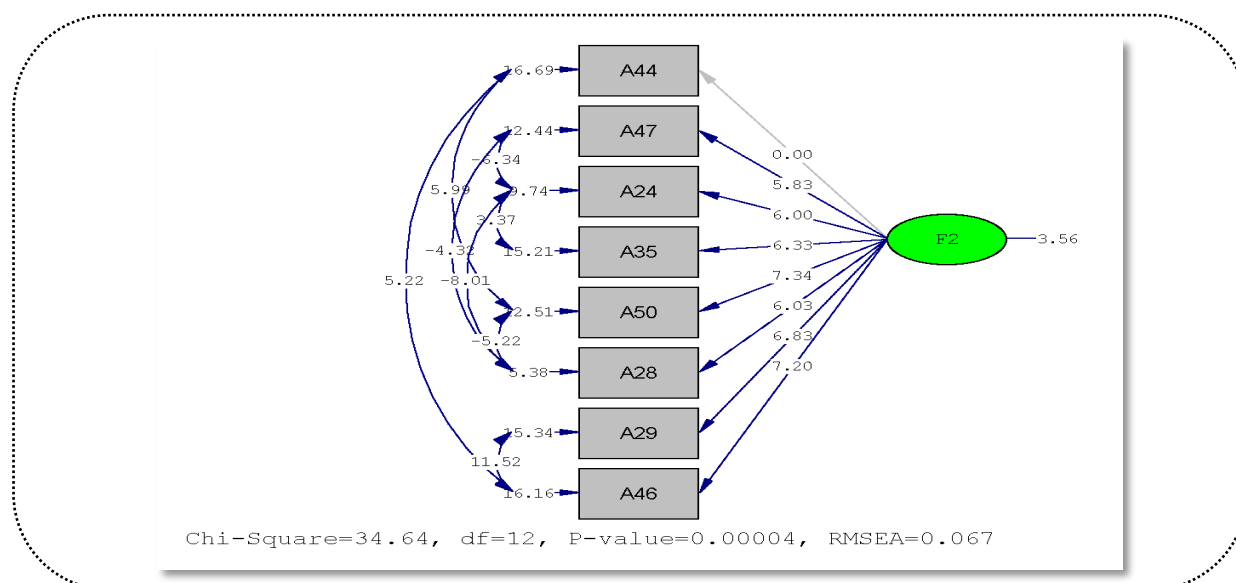
نتایج

تحلیل عاملی پرسشنامه

در این بخش با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، روایی سازه پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. به این



شکل ۱- نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول مؤلفه «سلامت جسمی»

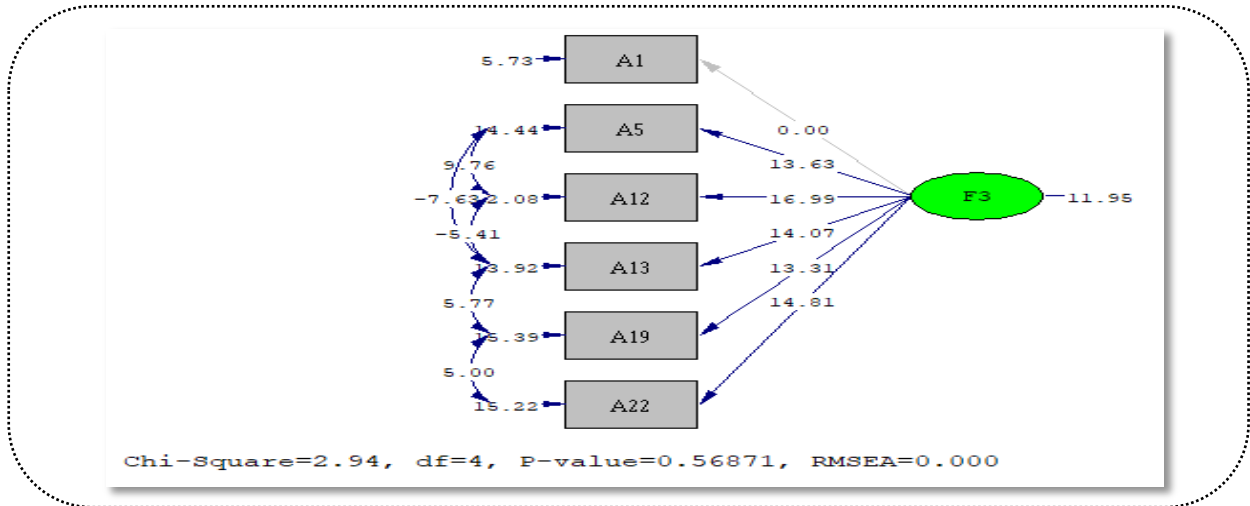


شکل ۲. نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تأییدی مرتبه نخست مؤلفه «سلامت بینشی»

تحلیل عاملی مرتبه نخست مؤلفه «سلامت بینشی» نمودار بالا مدل اندازه‌گیری مؤلفه «سلامت بینشی» در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند.

تحلیل عاملی مرتبه نخست مؤلفه «سلامت عاطفی» نمودار زیر مدل اندازه‌گیری مؤلفه «سلامت عاطفی» در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند.

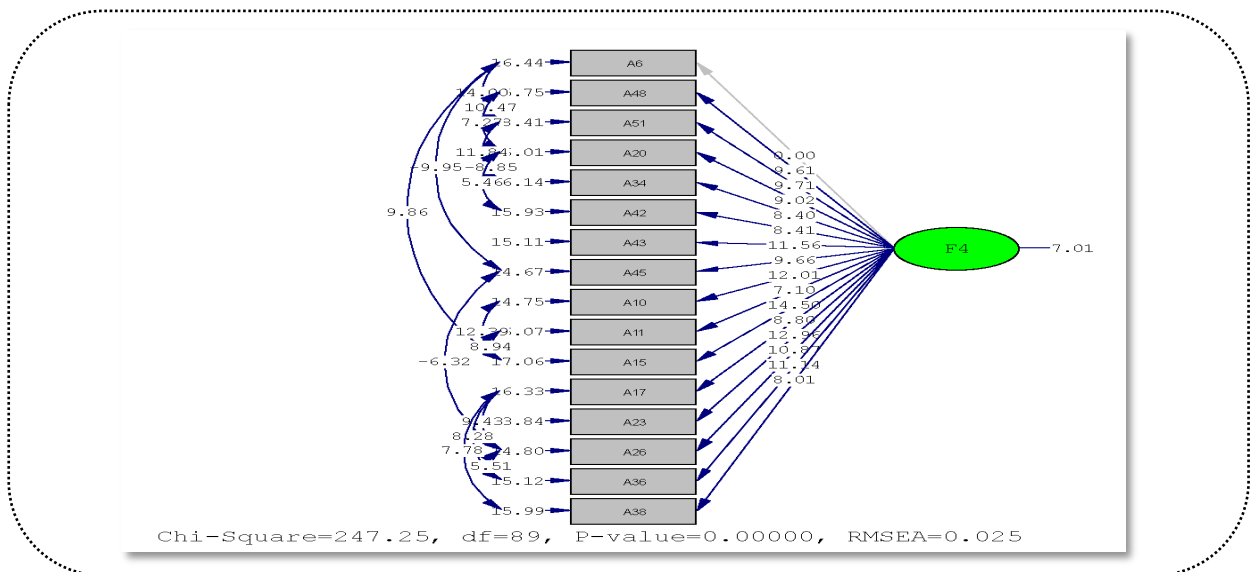
تحلیل عاملی مرتبه نخست مؤلفه «سلامت بینشی» نمودار بالا مدل اندازه‌گیری مؤلفه «سلامت بینشی» در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند. محاسبه شاخص‌های مناسب مدل اندازه‌گیری مؤلفه سلامت بینشی (CFI = ۰/۹۹، IFI = ۰/۹۹، AGFI = ۰/۹۶).



شکل ۳. نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تائیدی مرتبه اول مؤلفه «سلامت عاطفی»

تحلیل عاملی مرتبه نخست مؤلفه «سلامت رفتاری» نمودار زیر مدل اندازه‌گیری مؤلفه «سلامت رفتاری» در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند.

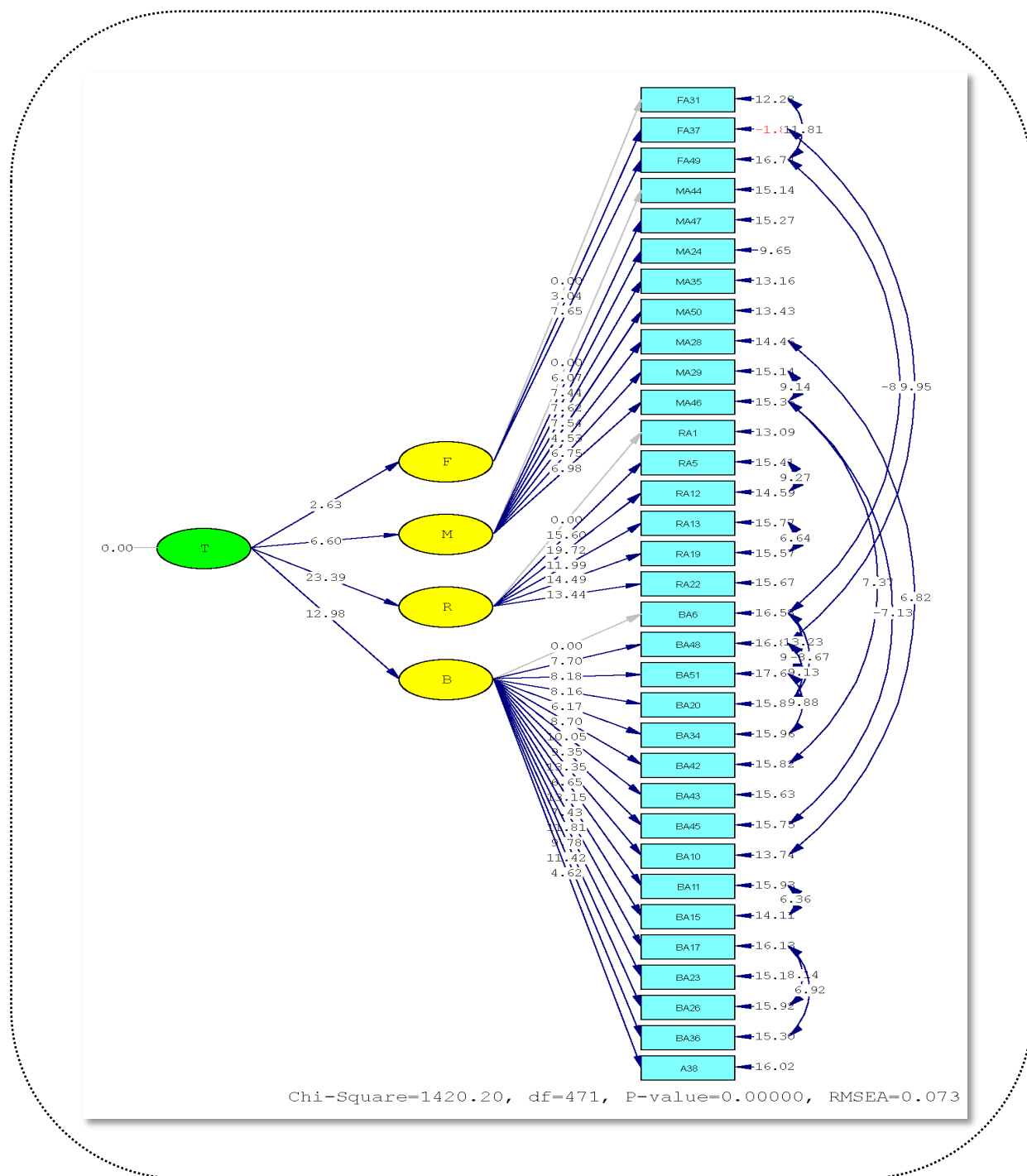
محاسبه شاخص‌های مناسب مدل اندازه‌گیری مؤلفه سلامت عاطفی (CFI = ۰/۹۶، IFI = ۰/۹۶، AGFI = ۰/۹۶). نشان می‌دهد که تحلیل عاملی تائیدی، از برازش خوبی برخوردار است. (CFI = ۰/۹۶، IFI = ۰/۹۶، AGFI = ۰/۹۶) نشان می‌دهد که تحلیل عاملی تائیدی، از برازش خوبی برخوردار است. (RMSEA = ۰/۰۴ و $\chi^2/df = ۰/۷۳$)



شکل ۴. نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تائیدی مرتبه نخست مؤلفه «سلامت رفتاری»

تحلیل عاملی مرتبه دوم کل سازه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی
 ضرایب مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی مرتبه دوم کل سازه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی برای همه گویه‌ها و عوامل، معنی‌دار است.

محاسبه شاخص‌های مناسب مدل اندازه‌گیری مؤلفه سلامت رفتاری (CFI = ۰/۹۵، IFI = ۰/۹۳، AGFI = ۰/۹۳)، نشان می‌دهد که تحلیل عاملی تأییدی، از برازش خوبی برخوردار است.



شکل ۵. نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تأییدی مرتبه نخست کل سازه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی

مؤلفه‌های سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی باهم و همبستگی مؤلفه‌ها با کل سازه مورد بررسی قرار گرفته است که در جدول زیر ارائه شده است. همبستگی بین همه مؤلفه‌های سازه سلامت جنسی همسران مثبت و معنی‌دار است. همچنین بین نمره کل سلامت جنسی و مؤلفه‌های آن رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

محاسبه شاخص‌های مناسبت مدل اندازه‌گیری تمام سازه سلامت جنسی همسران ($AGFI = 0/89$ ، $JFI = 0/91$ ، $CFI = 0/90$ ، $RMSEA = 0/07$ و $\chi^2/df = 3/0$) نشان می‌دهد که تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم، از برازش خوبی برخوردار است.

همبستگی مؤلفه‌ها

به عنوان شاهدهی از برقراری روائی سازه، همبستگی

جدول ۱. ماتریس همبستگی مؤلفه‌های سلامت جنسی همسران

| سلامت جنسی | سلامت رفتاری | سلامت عاطفی | سلامت بینشی | سلامت جسمانی | |
|------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| | | | | ۱ | سلامت جسمانی |
| | | | ۱ | ۰/۱۳۶** | سلامت بینشی |
| | | ۱ | ۰/۴۵۶** | ۰/۱۹۷** | سلامت عاطفی |
| | ۱ | ۰/۷۰۷** | ۰/۴۴۷** | ۰/۲۴۰** | سلامت رفتاری |
| ۱ | ۰/۹۱۹** | ۰/۸۶۱** | ۰/۶۸۰** | ۰/۳۱۰** | سلامت جنسی |

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

جدول ۲. ماتریس همبستگی سلامت جنسی همسران و رضایت جنسی لارسون

| سلامت جنسی | سلامت رفتاری | سلامت عاطفی | سلامت بینشی | سلامت جسمانی | |
|------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-----------------------------|
| ۰/۷۳۳** | ۰/۷۱۹** | ۰/۶۵۹** | ۰/۳۸۷** | ۰/۲۱۵** | تمایل به برقراری روابط جنسی |
| ۰/۶۹۳** | ۰/۶۱۷** | ۰/۶۲۸** | ۰/۵۰۹** | ۰/۱۴۷** | نگرش جنسی |
| ۰/۷۹۰** | ۰/۷۴۴** | ۰/۷۱۲** | ۰/۴۹۴** | ۰/۲۰۲** | کیفیت زندگی جنسی |
| ۰/۸۱۱** | ۰/۷۳۶** | ۰/۷۲۳** | ۰/۵۳۹** | ۰/۱۲۶** | سازگاری جنسی |
| ۰/۸۵۱** | ۰/۷۹۰** | ۰/۷۶۰** | ۰/۵۳۹** | ۰/۱۹۵** | رضایت جنسی لارسون |

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

بنابراین پرسشنامه سلامت جنسی همسران، روائی همگرا دارد.

اعتبار پرسشنامه

اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سازه سلامت جنسی همسران و هریک از مؤلفه‌های آن در جدول زیر شده است

روایی همگرا

برای بررسی روائی همگرا، همبستگی بین سازه سلامت جنسی همسران و پرسشنامه رضایت جنسی لارسون بررسی شده است که نتایج آن در جدول بالا ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، رابطه سلامت جنسی همسران با رضایت جنسی آنان مثبت و معنادار است؛

جدول ۳. اعتبار مولفه‌ها و کل پرسشنامه سلامت

جنسی همسران

| نام عامل | تعداد سؤالات | ضریب آلفای کرونباخ |
|--------------|--------------|--------------------|
| سلامت جسمانی | ۳ | ۰/۵۷۳ |
| سلامت بینشی | ۸ | ۰/۶۳۷ |
| سلامت عاطفی | ۶ | ۰/۷۷۴ |
| سلامت رفتاری | ۱۶ | ۰/۸۰۱ |
| کل پرسشنامه | ۳۳ | ۰/۸۷۵ |

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود، همسانی درونی مقیاس براساس آلفای کرونباخ کلی سازه ۰/۸۷۵ است که مطلوب است. و همچنین میزان اعتبار به ترتیب برای مؤلفه سلامت جسمانی، ۰/۵۷۳؛ سلامت بینشی، ۰/۶۳۷؛ سلامت عاطفی، ۰/۷۷۴ و رفتاری، ۰/۸۰۱ می‌باشد. بایستی توجه داشته که آلفای کرونباخ با تعداد گویه‌ها رابطه مستقیم دارد و هر چه تعداد گویه‌ها کمتر باشد، آلفای کرونباخ کمتر می‌شود [۳۶]. از این‌رو آلفای کرونباخ مؤلفه نخست که سه گویه بیشتر ندارد، کمتر از بقیه مؤلفه‌ها است. بنابراین بطور کلی اعتبار مقیاس براساس همسانی درونی، مطلوب است.

شیوه نمره‌گذاری

نسخه نهایی پرسشنامه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی، مجموعاً ۳۳ پرسش بوده، و به پرسش‌های «۲،۳،۶،۸،۹،۱۲،۱۳،۱۸،۱۹،۲۲،۲۳،۲۵،۲۷،۲۹،۳۰،۳۱،۳۳» نمره معکوس تعلق می‌گیرد. همچنین از آنجایی که این پرسشنامه، بر اساس منابع اسلامی ساخته شده است، یک ساخت تجویزی دارد و در اجرا و استنباط توصیفی می‌باشد. لذا مدل آن برخلاف آزمون‌های روان‌شناختی است که کاملاً توصیفی بوده و برای این ساخته شده‌اند که در یک موضوع خاص، وضعیت موجود فرد یا گروه را توصیف کنند. اما این پرسشنامه از آن‌جا که معیار مرجع است، زیربنای تجویزی دارد؛ به این معنا که معیار مورد نظر، در هر سؤال یک پشتوانه توصیه‌ای و تجویزی داد که بدون آن معیار، اصولاً پرسشنامه معنا پیدا نمی‌کند [۳۷].

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش سعی شد که ابزاری براساس الگوی

سلامت جنسی اسلامی برای اندازه‌گیری سلامت جنسی همسران تدارک دیده‌شود؛ بدین منظور ابتدا گویه‌ها براساس پژوهش صورت گرفته توسط بنیانی (۱۳۹۸) تحت عنوان «الگوی سلامت جنسی همسران بر اساس منابع اسلامی، ساخت بسته آموزشی و بررسی اثر آن بر رضایت جنسی و رضایت زناشویی» طراحی گردید. سپس به جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه، ابتدا با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، با توجه به چهار مؤلفه «سلامت‌بدنی»، «سلامت‌بینشی»، «سلامت‌عاطفی» و «سلامت‌رفتاری» روایی سازه پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل عاملی تأییدی در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست هر یک از عوامل، به صورت مجزا و در مرحله بعد تحلیل عاملی تأییدی همه عوامل انجام شد که در نتیجه، تحلیل عاملی این ساختار ۴ عاملی تأیید گردید. اما از آنجا که در هر یک از عامل‌ها، برخی پرسش‌ها از برازش مناسبی برخوردار نبودند، نتیجه تحلیل عاملی بعد از حذف پرسش‌ها نامناسب ارائه شد، که در نسخه نهایی و تأیید شده پرسشنامه، پرسش‌های مربوط به ریزمؤلفه‌های «فکر نکردن به غیر همسر»، «عدم تمایل به هم‌جنس»، «خودآزارگری و دیگر آزاری جنسی» و «در نظر گرفتن شرایط رابطه» حذف شدند. در مجموع نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که پرسشنامه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی از روایی سازه مطلوبی برخوردار است. اعتبار پرسشنامه با توجه به آلفای کرونباخ (۰/۸۷۵) مطلوب است و به لحاظ روایی همزمان، یافته‌های پژوهش نشان داد سلامت جنسی با رضایت جنسی (۰/۸۵۱) رابطه مثبت و معنادار دارد؛ بنابراین روایی همزمان پرسشنامه مطلوب می‌باشد.

مؤلفه نخست «سلامت‌بدنی» می‌باشد. براساس متون دینی سلامت جسمانی و خصوصاً سلامت جهاز تناسلی به عنوان یکی از عوامل اصلی صحت عقد ازدواج و یا تداوم ازدواج شمرده شده است [۲۸]. در همین رابطه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند یکی از عواملی که بُعد جنسی انسان، متأثر از آن می‌باشد وضعیت آناتومی و فیزیولوژی است [۳۸]. لذا برای داشتن رابطه جنسی مطلوب و سالم با همسر، سلامت بدنی نقشی محوری را ایفا می‌کند، و همسرانی که به جهت داشتن مشکل در سلامت بدنی و بالخصوص در جهاز تناسلی، نتوانند به صورت معمول رابطه جنسی برقرار کنند،

آگاهی و شناخت نسبت به تفاوت‌های جنسی زن و مرد که تعداد ۳ گویه را به خود اختصاص داده است. بر اساس این بعد، زوجینی که شناخت کافی نسبت به ویژگی‌های اندام-های جنسی همسر داشته باشند، و راه‌های تحریک جنسی همسر را به خوبی بدانند از سطح سلامت جنسی مطلوبی برخوردار هستند، چرا که کنش جنسی مطلوب در گرو شناخت زوجین نسبت به فیزیولوژی اندام‌های جنسی همسر و تفاوت‌های جنسی آن‌ها می‌باشد.

مؤلفه سوم «سلامت عاطفی» می‌باشد که دربرگیرنده، امیال و احساسات سالم مرتبط با نیاز جنسی است [۲۸]. در این پرسشنامه برای سنجش سلامت عاطفی همسران، میزان تمایل به همسر سنجیده شده است و تعداد ۶ گویه را به خود اختصاص داده است، چراکه از جمله عوامل مهم سلامت جنسی همسران، تمایل همسران به یکدیگر است، و در متون دینی توصیه به ازدواج با فرد دلخواه خود که میل و علاقه به سوی اوست، شده است و هم‌چنین بهترین همسر را کسی معرفی می‌کند که به او میل و علاقه باشد [۲۶]. لذا، براساس گویه‌های طرحی شده اگر زوجین یا یکی از آنها تمایلی به لحاظ جنسی به دیگری نداشته باشد و به-تعبیر دقیق‌تر، اندام همسرش برای او جذابیتی نداشته باشد و رابطه جنسی سردی مابین آن‌ها برقرار باشد، سلامت-جنسی آن‌ها به لحاظ عاطفی در سطح پایینی قرار دارد، ولی بالعکس اگر زوجین نسبت به رابطه جنسی با یکدیگر تمایل مطلوبی داشته باشند و احساس رضایت را تجربه کنند، سلامت جنسی آن‌ها در سطح سلامت عاطفی مطلوب می‌باشد، چرا که سلامت جنسی بدون وجود امیال و احساسات سالم محقق نمی‌گردد. هم‌چنانی که براساس پژوهش‌های روانشناختی، انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدایی‌ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی او را تشکیل می‌دهد و روشن است که کیفیت ارضای این انگیزه، نقش بسیار مهمی را در سلامت فرد و اجتماع و دستیابی به آرامش و آسایش ایفا می‌کند [۴۴].

مؤلفه چهارم «سلامت رفتاری» می‌باشد. این مؤلفه دربرگیرنده جنبه‌های بیرونی مرتبط با غریزه جنسی است، که از چندین ریزمؤلفه تشکیل شده است: «مهارت تحریک‌کنندگی»، «مهارت خوش‌تنداری»، «تعاملات کریمانانه»، «رفتار مطابق باجنسیت» و «خودارضایی

سطح سلامت جنسی پایینی دارند. در این پرسشنامه تعداد ۳ پرسش مربوط به بررسی سلامت جسمی زوجین می‌باشد، تا بر اساس آن، سلامت جنسی آن‌ها مورد ارزیابی قرار بگیرد. مؤلفه دوم «سلامت بینشی» است و منظور از آن سالم بودن شناخت‌ها، باورها و آگاهی‌های مرتبط با رابطه جنسی است [28]. به‌طور کلی، براساس رویکردهای شناختی؛ شناخت نقش اساسی و مهمی در چگونگی بروز رفتار آدمی ایفا می‌کند. درنظریه عقلانی-عاطفی-رفتاری انواع باورهای غیرمنطقی به عنوان عامل اصلی مشکلات انسان‌ها درنظر گرفته شده است [۳۹]. براساس دیدگاه مسترز و جانسون^۱، شناخت‌های شخص درباره عملکرد جنسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۴۰]. بر همین اساس دانش و آگاهی جنسی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های ارتباط جنسی موفق به‌شمار می‌رود [۴۱] و با جنبه‌های مختلف عملکرد، رضایت و سلامت جنسی رابطه دارد [۴۲ و ۴۳]. در این پرسشنامه، سلامت بینشی زوجین در ۴ بُعد مورد بررسی قرار می‌گیرد. بعد نخست مربوط به بررسی آگاهی و شناخت زوجین نسبت به ارزش معنوی آمیزش با همسر می‌باشد که تعداد ۲ گویه را به خود اختصاص داده است. همسرانی که تلقی آن‌ها از برقراری رابطه جنسی با همسر این باشد که به نوعی مشغول به عبادت هستند و از آمیزش با همسر احساس معنوی به آن‌ها دست می‌دهد، شناخت و آگاهی سالمی (بر اساس منابع اسلامی)، نسبت به رابطه جنسی با همسر دارند. اما بالعکس زوجینی که چنین دیدگاهی ندارند و رفتار جنسی با همسر را بی‌ارتباط با معنویت می‌دانند، سطح سلامت جنسی پایینی دارند؛ چرا که بر مبنای تعریف سلامت جنسی براساس منابع اسلامی، رابطه جنسی سالم علاوه بر ارضای نیاز جنسی متقابل زوجین، کارکردهای متعالی آن‌ها را نیز فراهم می‌کند. بعد دوم از سلامت بینشی زوجین عبارتست از: آگاهی به احکام و حقوق جنسی زوجین که تعداد ۳ گویه را به خود اختصاص داده است. همسرانی که احکام رابطه جنسی با همسر را می‌دانند و سعی در رعایت کردن آن‌ها دارند از سلامت جنسی بالاتری نسبت به زوجینی که این شناخت را نداشته و آن را رعایت نمی‌کنند دارند. این بعد در جهت تأمین کاردهای متعالی زوجین می‌باشد. و بعد سوم از جنبه شناختی عبارت است از

1. Masters & Johnson.

نداشتن». از منظر روانشناسی رفتار جنسی سالم مجموعه‌ای است دربرگیرنده ابراز تمایل، انگیزش جنسی و رسیدن به ارگاسم می‌باشد که به‌طور مداوم و منظم در یک زوج اتفاق می‌افتد [۴۵]. مهارت تحریک‌کنندگی یکی از ریزمؤلفه‌های سلامت رفتاری همسران می‌باشد. در متون دینی ضمن توجه دادن به تفاوت‌های زنان و مردان، مهارت‌های لازم جهت تحریک‌کنندگی و چگونگی ارضاء همسر مورد توجه بسیار قرار گرفته است [۲۸]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آماده‌سازی شریک جنسی و به عبارتی برانگیختگی او، نیاز به مهارت و دانش کافی دارد و بسیاری از مشکلات زوجین ناشی از ناتوانی در شناخت عوامل تسهیل‌کننده رابطه جنسی می‌باشد [۴۶]. به همین جهت در این پرسشنامه تعداد ۸ گویه به بررسی مهارت تحرک‌کنندگی زوجین پرداخته شده‌است؛ زوجینی که مهارت و توانایی تحریک و ارضاء همسر خود را نداشته باشند، از سلامت جنسی پایینی برخوردارند، چرا که سلامت جنسی براساس منابع اسلامی، خلاصه در ارضاء نیاز جنسی خود فرد نمی‌شود، بلکه رفتار جنسی، رابطه‌ای است دوطرفه و زوجین علاوه بر ارضاء نیاز جنسی خود باید توانایی و مهارت تحریک و ارضاء همسر خود را داشته باشند. مهارت خوشتننداری نیز یکی دیگر از ریزمؤلفه‌های سلامت رفتاری همسران به‌شمار می‌رود. در متون دینی تأکید بسیاری بر خویشتننداری جنسی همسران در همه ابعاد ارتباطی (فکر، نظر، تماس، ارتباط کلامی) حضوری یا مجازی با نامحرم شده و توصیه به حجب و حیا و عفت گردیده است [۲۸]. به اعتقاد روان‌شناسان، خودمهارگری (خوشتننداری) در سطوح مختلف کاربرد دارد و باعث بهبود عملکرد افراد می‌گردد [۴۷]. امروزه تقریباً مشکلات شخصی و اجتماعی افراد، مستلزم نوعی شکست در خودمهارگری تلقی می‌شود [۴۸]. خودمهارگری در راستای سبک زندگی اسلامی، در زمینه‌های گوناگون مورد توجه اسلام می‌باشد و یکی از این حوزه‌ها عبارت است از حوزه مسائل جنسی [۴۹]. بر همین اساس در این پرسشنامه تعداد ۲ گویه به بررسی مهارت خویشتننداری زوجینی می‌پردازد، چراکه رویکرد اسلام برای تأمین سلامت جنسی، رویکرد تنظیم میل و رفتار جنسی می‌باشد که این امر، با مهارت خویشتننداری محقق می‌گردد. تعاملات کریمانه نیز به عنوان ریزمؤلفه دیگر سلامت رفتاری در نظر گرفته شده‌است. در متون دینی تأکید بسیاری بر

روابط عاطفی صمیمانه کلامی و غیر کلامی بین همسران شده است. از جمله بیان نیکو، رفتارهای محبت‌آمیز، توجه و احترام به همسر [۲۸]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد، هنگامی که رابطه صمیمانه متوقف می‌شود، انرژی عشق به آزدگی و خشم تبدیل می‌شود و در نتیجه، منازعات فروان، انتقادهای مکرر، پناه بردن به سکوت، ناهمراهی عاطفی و لاینحل ماندن مشکلات را پدید می‌آورد [۵۰]. رابطه جنسی یک فرایند ایجاددی در خلأ نیست. رابطه جنسی متأثر است از روابط صمیمانه و عاطفی کلی زوجین [۵۱]. مهارت‌های روابط صمیمانه موجب افزایش رضایت جنسی و شادمانی زناشویی می‌شود. مطالعات متعددی این نظریه را تأیید می‌کند که رضامندی رابطه‌ای و رضامندی جنسی در هم تنیده‌اند [۵۲ و ۵۳]. بر همین اساس، در این پرسشنامه تعداد ۲ گویه به بررسی تعاملات کریمانه اختصاص یافته است. یکی دیگر از ریزمؤلفه‌های سلامت رفتاری، رفتار مطابق باجنسیت می‌باشد. در متون اسلامی ضمن تأکید بر یکتا بودن گوهر ذات انسانی، بر جنسیت بشر انگشت گذاشته و بر تفاوت و تمایز آنها در خلقت صحه می‌گذارد. بر همین مبنا، به زنان و مردان توصیه شده که مطابق با جنسیت خود رفتار کنند، و به شدت نهی شده است که زنان و مردان حتی ظاهر خود را شبیه جنس مخالف خود بگردانند و یا مثل جنس مخالف خود رفتار نمایند [۲۸]. بر مبنای تعریف سلامت جنسی براساس منابع اسلامی، رابطه جنسی سالم تنها در رابطه زوجیت ما بین زن و مرد محقق می‌گردد و هر گونه انحراف از این معیار و تعریف، به معنی فاصله گرفتن از سلامت جنسی است. لذا، رفتار جنسی سالم نه تنها فقط مابین زوجین (مرد و زن) محقق می‌شود، بلکه هر کدام از دو جنس مرد و زن باید بر اساس ساختار و مطابق با جنسیت خود رفتار کنند تا این رابطه مستحکم‌تر گردد. چرا که اگر یکی از زوجین، خلاف اقتضائات جنسیتی خود رفتار نماید، از میزان جذابیت و تمایل فرد مقابل کاسته و رابطه جنسی طرفین را سست می‌نماید. بر همین اساس ضروری است در پرسشنامه سلامت جنسی همسران، نسبت به رفتارهای مطابق با جنسیت زوجین پرسش طراحی شود که در این پرسشنامه یک گویه بدین منظور طراحی گردید. آخرین ریزمؤلفه سلامت رفتاری، عبارت است از خودارضایی نکردن، براساس ادبیات دینی به دو قسم استمناء و استشهء تقسیم می‌شود. استمناء، دستمالی و رفتار مالشی مرد با خود

طبیعت و زندگی دنیا همه حقیقت است، اما در نگاه دینی طبیعت بخشی از حقیقت است و بخش دیگر آن فوق طبیعت می‌باشد. در هستی‌شناسی دینی، بخش طبیعی بی‌ارتباط با بخش غیرطبیعی و در عرض آن نیست، بلکه این دویخش، از ارتباط طولی برخوردارند؛ به این معناکه طبیعت تحت احاطه فوق طبیعت است. براین اساس، پژوهش بر اساس منابع اسلامی از جامعیت بیشتری برخوردار است، چراکه معرفت وحیانی (منابع اسلامی) برخلاف معرفت اساطیری؛ ۱. عقل‌ستیز نیست و ۲. چشم بر معرفت حسی و تجربی فرو نمی‌بندد، بلکه حس‌گرایی و عقل‌گرایی را به لحاظ این‌که معرفت فراتر از خود را انکار کنند، یا این‌که معرفت را به افق یافته‌های خود تقلیل می‌دهند، ناقص و ناتوان می‌داند [۵۸]. هم‌چنین الگوهای سلامت‌جنسی مطرح شده در رویکردهای غیردینی، عمدتاً هنجار محور (با نگاه آماری) می‌باشد. بطوریکه با توجه به بی‌ثباتی هنجارها در طی دوره‌های گوناگون، الگوهای سلامت جنسی نیز متغیر می‌باشند. و به یک نسبی‌گرایی منجر شده است، که هیچ‌گونه قاعده و قانون واحد و مشخصی ندارد و هر روزه در حال دگرگونی است. در حالیکه الگوی سلامت جنسی مبتنی بر دین، بر اساس هنجارهای اجتماعی شکل نگرفته است، که بخواهد با تغییرات آنها، گوناگون و متغیر شود. بلکه الگوی سلامت جنسی اسلامی ملاک محور است. ملاکی که بر مبنای دین و دستورات الهی است و به واسطه گذر زمان و تغییر هنجارهای اجتماعی تغییر و تبدلی در آن راه پیدا نمی‌کند. ملاک الگوی سلامت جنسی دینی، همخوانی و سازگاری با همه ابعاد دین از حیث اعتقادی، اخلاقی و احکامی دارد [۲۸].

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

ابزار این پژوهش، پرسشنامه بود که می‌توان گفت: استفاده از پرسش‌نامه، محدودیت‌هایی را به دنبال دارد، از جمله این که افراد ممکن است به دلایل مختلف، واقعیت‌ها را در مورد خود منعکس نکنند. هم‌چنین با توجه به محدودیت زمانی در اجرای پژوهش، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بنابراین برای تعمیم‌پذیری نتایج به دست آمده دارای محدودیت می‌باشد، البته سعی شد در حد امکان نمونه با حجم بالا انتخاب شود تا نتایج با اعتبار بیشتری همراه باشد. در انتها پیشنهاد می‌شود با توجه به

است که به انگیزه لذت جنسی انجام می‌شود، و استشهائ، دستمالی و رفتار مالشی زن با خود است که با انگیزه لذت جنسی صورت می‌گیرد. روایات زیادی از ائمه معصومین (ع) بر حرام بودن خودارضایی دلالت دارد [۲۸]. بسیاری از فرهنگ‌های مدرن، این عمل جنسی را به‌عنوان بخشی طبیعی از تمایلات جنسی انسان قبول دارند [۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶]. این در حالی است که، در بسیاری از فرهنگ‌ها، به‌واسطه آموزه‌های مذهبی، خودارضایی یک فعالیت شرم‌آور و مشکل‌ساز تلقی می‌شود [۵۶، ۵۷]. برخی از پژوهشگران معتقدند که به ۵ دلیل خودارضایی، نوعی اختلال روان‌شناختی به‌شمار می‌آید، این دلایل عبارتند از: ۱. شیوع بالای خودارضایی دلیل بهنجار بودن آن نیست، زیرا وضعیت‌های مرضی دیگری نیز با شیوع بالا وجود دارد و از سوی دیگر مسئله شیوع آماری تنها در غیاب سایر شاخص‌ها مورد اعتنا خواهد بود؛ ۲. خودارضایی خاستگاه‌های روان‌رنجور (مانند: وسواس، ضعف عزت‌نفس، ضعف سلامت‌معنوی و تکانش‌گری) دارد؛ ۳. عادت به خودارضایی بر اساس مشاهدات گسترده، سبب کاهش لذت از فعالیت جنسی طبیعی و در نتیجه نارضایتی زناشویی می‌گردد؛ ۴. خودارضایی با هنجارهای فرهنگی جوامع مسلمانان منطبق نیست و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی شاخص‌های مهم سلامت‌روانی در نظر گرفته می‌شوند؛ ۵. بر اساس یافته‌های روان‌شناسی فیزیولوژیک توصیه به خودارضایی برای هر منظور درمانی می‌تواند به سهولت منجر به خودارضایی اعتیادگونه گردد و مشکلات مراجعه‌کننده را پیچیده‌تر نماید [۲۳]. بر همین اساس در این پرسشنامه در غالب سه گویه، از زوجین نسبت به ابتلای به خودارضایی فرد و همسرش، سوال پرسیده تا از این منظر سلامت جنسی آنان سنجید شود.

به‌طور کلی در این پژوهش سعی شد که ابزاری متناسب با فرهنگ جامعه ایرانی برای سنجش سلامت جنسی همسران طراحی شود. لذا، این پرسشنامه بر اساس منابع اسلامی ساخته شد. مضافاً براین‌که اساساً کار پژوهشی بر اساس گزاره‌های اسلامی بسیار متفاوت با دیگر پژوهش‌هاست، چراکه از جمله مسائلی که در هر پژوهشی اهمیت دارد، نوع معرفت‌شناسی، انسان‌شناسی و هستی‌شناسی پژوهش‌گر می‌باشد. براین اساس، نگاه دین به انسان و جهان، نگاهی دنیوی و مادی نیست. در نگاه دنیوی،

- 10-Mapp F, Wellings K, Hickson F, Mercer CH. Understanding sexual healthcare seeking behaviour: why a broader research perspective is needed. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17(1): 1-8.
- 11-Levine EC, Herbenick D, Martinez O, Fu T-C, Dodge B. Open relationships, nonconsensual nonmonogamy, and monogamy among US adults: Findings from the 2012 National Survey of Sexual Health and Behavior. *Arch Sex Behav.* 2018; 47(5): 1439-50.
- 12-Tahan M, Saleem T, Moshtagh M, Fattahi P, Rahimi R. Psychoeducational Group Therapy for sexual function and marital satisfaction in Iranian couples with sexual dysfunction disorder. *Heliyon.* 2020; 6(7): e04586.
- 13-Mahadeen AI, Hamdan-Mansour AM, Habashneh SA, Dardas LA. Sexual satisfaction among infertile couples: demographics and psychosocial health factors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2020; 58(9): 40-7.
- 14-Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GL, Carosa E, et al. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reprod Biol Endocrinol.* 2020; 18(1): 1-11.
- ۱۵-دلورپور محمد؛ ابراهیمی، محمد؛ زهره‌وند، مهدی. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ملالت جنسی در زنان و مردان متأهل ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت.* ۲۰۲۰؛ ۱۸(۲): ۱۵۹-۷۲.
- 16-Samadifard H, Narimani M. Prediction of Sexual Addiction of Couples Based on Meta-Cognitive Belief and Cognitive Fusion. *J Health Syst Res.* 2018; 14(2): 183-8.
- 17-Barati M, Soltanian A, Emdadi S, Zahiri B, Barzeghar N and. Analyzing Sexual Health-Related Beliefs Among Couples in Marriage Based on the Health Belief Model. *J Educ Community Health.* 2014; 1(1).
- 18-Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldehy S and. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. *Tehran Univ Med J.* 2015; 73(3).
- 19-Bostani Khalesi Z , Ghanbari Khanghah A. Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: *A content analysis study.* *Mashhad Univ Med Sci.* 2015; 18(172): 7-17.
- این‌که این پرسشنامه با رویکرد ملاک‌محور طراحی گردیده، و فاصله نقطه موجود فرد تا نقطه مطلوب دین را نشان می‌دهد، در پژوهشی مجزا، این پرسشنامه به صورت هنجاری نیز انجام شود تا رتبه فرد در جامعه را نشان مشخص نماید.
- منابع**
- 1- Barton AW, Beach SR, Bryant CM, Lavner JA, Brody GH. Stress spillover, African Americans' couple and health outcomes, and the stress-buffering effect of family-centered prevention. *J Fam Psychol.* 2018; 32(2): 186.
- 2- Péloquin K, Byers ES, Callaci M, Tremblay N. Sexual portrait of couples seeking relationship therapy. *J Marital Fam Ther.* 2019; 45(1): 120-33.
- ۳- قرآن کریم. سوره الروم آیه ۲۱.
- ۴- مجلسی، محمد تقی. *بحارالانوار*. بیروت: دار الاحیاء التراث العربی؛ ۱۴۰۳.
- ۵- آگاه، لیلیا؛ جان بزرگی، مسعود؛ غفاری، عذرا. اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری گروهی، بر افزایش رضامندی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی (با مقیاس اسلامی). *روان شناسی و دین.* ۱۳۹۳؛ ۷(۲) (پیاپی ۲۶).
- 6- Kiecolt-Glaser JK, Wilson SJ. Lovesick: How couples' relationships influence health. *Annu Rev Clin Psychol.* 2017; 13: 421-43.
- 7- McKellar K, Silence E, Smith MA. Sexual health experiences, knowledge and understanding in low SES female teenagers: A diary approach. *J Adolesc.* 2019; 73:122-30.
- 8- Stark L, Tan TM, Muldoon KA, King D, Lamin DF, Lilley S, et al. Family structure and sexual and reproductive health outcomes among adolescents in rural Sierra Leone. *Glob Public Health.* 2016; 11(3): 309-21.
- 9- Wilson BD, Neubauer LC, Park A, Abuor P, Harper GW. The sexual health needs of sexual minority women in Western Kenya: An exploratory community assessment and public policy analysis. *Glob Public Health.* 2019; 14(10): 1495-508.

- ۲۰- تهرانی ن. سلامت جنسی. *مجله سلامت*. ۱۳۹۰؛ ۱۱(۱۱۳): ۱۱.
- ۲۱- روشن چسلی، رسول؛ میرزایی، صدیقه؛ نیک‌آذین، امیر. اعتبار و اعتبار مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه‌ای از زنان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۳؛ ۱۰(۰): ۱۲۷-۳۸.
<https://www.sid.ir/paper/506003/fa>
- ۲۲- نورعلیزاده میانجی، مسعود. سلامت و اختلال جنسی همسران: رویکرد اسلامی و روانشناختی. قم: موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی؛ ۱۳۹۷.
- ۲۳- مرعشی، ع. نقد حذف خودارضایی و همجنسگرایی از فهرست اختلالات جنسی در DSM. *مطالعات تحول در علوم انسانی*. ۱۳۹۵؛ ۷(۴): ۸-۲۷.
- ۲۴- مروتی سهراب، وحیدنیا فرحناز، صادقی عماد، فتاحی امیر. علل و عوامل انحرافات جنسی از دیدگاه قرآن و روایات. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*. ۱۳۹۳؛ ۲(۲).
<https://ensani.ir/file/download/article/20160419150631-9419-60.pdf>
- ۲۵- شفیعی سروستانی، ابراهیم. سلامت جنسی در جامعه اسلامی با تأکید بر نقش رسانه ملی. تهران: مرکز پژوهش‌های اسلامی صدا و سیما؛ ۱۳۹۵.
- ۲۶- کلینی، محمدبن یعقوب. الکافی. تهران: انتشارات دارالکتب الاسلامیه؛ ۱۴۰۷.
- ۲۷- حرعاملی، محمدبن حسن. وسائل الشیعة. قم: مؤسسه آل‌البیت علیهم السلام؛ ۱۴۰۹.
- ۲۸- بنیانی محمدرضا. الگوی سلامت جنسی همسران بر اساس منابع اسلامی، ساخت بسته آموزشی و بررسی اثر آن بر رضایت جنسی و رضایت زناشویی [دکتری]. دانشگاه موسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی؛ ۱۳۹۸.
- ۲۹- ثرندایک رابرت ال. *روان‌سنجی کاربردی*. تهران: موسسه چاپ و انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۹۵.
- ۳۰- Larson JH, Anderson SM, Holman TB, Niemann BK. A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *J Sex Marital Ther*. 1998; 24(3): 193-206.
- ۳۱- شاه سیاه، مرضیه؛ بهرامی، فاطمه؛ اعتمادی، عذرا؛ محبی، سیامک. تأثیر آموزش جنسی بر بهبود رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان. *تحقیقات نظام سلامت*. ۱۳۸۹؛ ۶(۴).
<https://hsr.mui.ac.ir/article-1-183-fa.html>
- 32-Vieira RX, Pechorro P, Diniz A. T08-P-10 Validation of Index of Sexual Satisfaction (ISS) for use with Portuguese women. *Sexologies*. 2008; 17: S115.
- ۳۳- بهرامی نسیم، یعقوب زاده، آمنه؛ شریف‌نیا، سیدحمید؛ سلیمانی، محمدعلی؛ حق‌دوست، علی اکبر. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه رضایت جنسی لارسون در نمونه‌ای از زوجین نابارور ایرانی. *اپیدمیولوژی ایران*. ۱۳۹۵؛ ۱۲: ۱۸-۳۱.
https://irje.tums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-25-5149&slc_lang=fa&sid=1
- ۳۴- شمس مفرحه، زهرا؛ شاه سیاه، مرضیه؛ محبی، سیامک؛ تیرایی، یاسر. بررسی تأثیر مشاوره زناشویی بر رضایت جنسی زوجین شهر شیراز. *تحقیقات نظام سلامت*. ۱۳۸۹؛ ۶(۳).
<https://www.sid.ir/paper/192651/fa>
- ۳۵- رحمانی، اعظم؛ صادقی، نرگس؛ اله قلی، لیلیا؛ مرقاتی خوبی، عفت‌السادات. ارتباط رضایت جنسی با عوامل فردی در زوجین. *نشریه پرستاری ایران*. ۱۳۸۹؛ ۲۳(۶۶): ۱۴-۲۲.
<https://www.sid.ir/paper/114475/fa>
- ۳۶- گنجی، حمزه. آزمون‌های روانی. تهران: ساولان؛ ۱۳۹۰.
- ۳۷- کاویانی، محمد؛ کجیاف، محمد باقر؛ غروی، محمد؛ مولوی حسین. روانشناسی ساخت یک مقیاس اسلامی (معیار مرجع) ویژگی‌ها و محدودیت‌ها. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*. ۱۳۸۹؛ ۴(۶): ۷-۳۰.
<https://ensani.ir/file/download/article/20131104145416-9878-1.pdf>
- ۳۸- بشارت‌مهر، ندا؛ صلاحیان، افشین. بررسی شیوع اختلالات جنسی و پارافیلیا در زنان متأهل. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*. ۱۴۰۰؛ ۶۱(۷): ۲۶۹-۲۹۰.
[/https://civilica.com/doc/1530633](https://civilica.com/doc/1530633)
- 39-Motamedin M, Badri R, Ebadi GH, Zamani N. Standardization of irrational beliefs test (4IBT-A) in Tabriz. 2012.

- 48-Baumeister RF, Schmeichel BJ, Vohs KD. Self-regulation and the executive function: The self as controlling agent. *Soc Psychol Handb Basic Princ.* 2007; 2: 516-39.
- 49- رفیعی هنر، حمید؛ جان بزرگی، مسعود؛ پسندیده، عباس؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم. تبیین سازه خودمهارگری بر اساس اندیشه اسلامی. *روان شناسی و دین.* ۱۳۹۳؛ ۲۷(۷): ۲۶-۵.
- 50- زارع باغبیدی، محبوبه؛ اعتمادی فرد، اعظم. تعیین نقش واسطه ای مهارت ارتباطی در رابطه بین ناگویی هیجانی و دلزدگی زناشویی زوجین متقاضی طلاق. *پژوهش های روان شناسی اجتماعی.* ۱۳۹۹؛ ۳۸(۱۰): ۵۰-۱۳۵.
- 51-McCarthy B, Cohn D, Koman CA. Sexual equity and the good enough sex model. *Sexual and Relationship Therapy.* 2020 Jul 2; 35(3): 291-303.
- 52-Vowels LM, Mark KP. Relationship and sexual satisfaction: A longitudinal actor-partner interdependence model approach. *Sexual and Relationship Therapy.* 2020 Jan 2; 35(1): 46-59.
- 53-Haavio-Mannila E, Kontula O. Correlates of increased sexual satisfaction. *Arch Sex Behav.* 1997; 26(4): 399-419.
- 54-Hogarth H, Ingham R. Masturbation among young women and associations with sexual health: An exploratory study. *J Sex Res.* 2009; 46(6): 558-67.
- 55-Strachan E, Staples B. Masturbation. *Pediatr Rev.* 2012; 33(4): 190-1.
- 56-Levesque RJ. Encyclopedia of adolescence. Springer Science & Business Media; 2011.
- 57-Castellini G, Fanni E, Corona G, Maseroli E, Ricca V, Maggi M. Psychological, relational, and biological correlates of ego-dystonic masturbation in a clinical setting. *Sex Med.* 2016; 4(3): e156-65.
- 58- پارسانیا حمید. هستی و هبیط (انسان در اسلام). قم: دفتر نشر معارف؛ ۱۳۸۹.
- 40- کرینگ آن، جانسون شری، دیویسون جرالده، نیل جان. آسیب شناسی روانی. علم و درمان اختلال های روان شناختی. چاپ ۱۳. تهران: نشر ارجمند؛ ۲۰۱۸.
- 41-Zahedinia H. The share of sexual knowledge and attitude in predicting sexual intimacy and sexual satisfaction. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2020 Jul 1; 22(4).
- 42-Rakhshani T, Asadollahi A, Afzali Harsini P, Khoramdel H, Shiraly R, Khani Jaihooni A. Effect of Sexual Knowledge, Attitude and Quality of Life on Marital Satisfaction of Aged Couples in South Iran: APIM-SEM Analysis. *Journal of sex & marital therapy.* 2023 May 19; 49(4): 432-46.
- 43-Khoei EM, Moeini B, Barati M, Soltanian AR, Shahpiri E, Ghaleiha A, et al. A qualitative inquiry of sexuality in Iranian couples using the Information-Motivation-Behavioral skills paradigm. *J Egypt Public Health Assoc.* 2019; 94(1):1-11.
- 44- آوادیس یانس، هامایاک؛ نیکخو، محمد رضا. زندگی جنسی زنان: آشنایی با رفتارهای جنسی و روش های شناخت و درمان اختلال های جنسی زنان. تهران: سخن؛ ۱۳۸۳.
- 45-Lindberg LD, Singh S. Sexual behavior of single adult American women. *Perspect Sex Reprod Health.* 2008; 40(1): 27-33.
- 46- معنوی پور، داوود؛ پیرخانی، علیرضا؛ روحانی، عباس؛ دیباجی زهرا سادات. تاثیر آموزش سردکننده های جنسی در ارتقا سلامت جنسی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی اندیشه و رفتار.* ۱۳۸۸؛ ۳(۱۱).
- 47-Maruyama BA, Abrams G, Kornblith E, Posecion LF, McQuaid JR, Neylan TC, Groberio J, Chen AJ, Novakovic-Agopian T. Improvement in executive functioning after Goal-Oriented Attentional Self-Regulation training is associated with reduction in PTSD hyperarousal symptoms among veterans with comorbid PTSD and mild TBI. *Applied Neuropsychology: Adult.* 2023 Sep 3; 30(5): 503-11.

پيوست: پرسشنامه نهایی سلامت جنسی همسران براساس الگوی سلامت جنسی اسلامی

| ردیف | عبارات | كاملاموافقم | تاحدودی موافقم | تاحدودی مخالفم | كاملامخالفم |
|------|--|-------------|----------------|----------------|-------------|
| ۱ | از رابطه جنسی با همسر احساس رضایت می‌کنم. | | | | |
| ۲ | همسر هیچ تمایلی به رابطه جنسی با من ندارد. | | | | |
| ۳ | همسر نمی‌تواند به لحاظ جنسی مرا ارضا کند؛ به همین دلیل خودارضایی می‌کنم. | | | | |
| ۴ | همسر در رابطه جنسی، به خوبی مرا تحریک می‌کند. | | | | |
| ۵ | فکر می‌کنم تجربه ارگاسم جنسی (اوج لذت جنسی) من، در حد معمول دیگران است. | | | | |
| ۶ | همسر در رابطه جنسی با من، سرد رفتار می‌کند. | | | | |
| ۷ | تمایل زیادی به رابطه جنسی با همسر دارم. | | | | |
| ۸ | همسر نمی‌تواند مرا از نظر جنسی ارضا کند. | | | | |
| ۹ | ارضای جنسی همسر برایم مشکل است. | | | | |
| ۱۰ | اندام همسر برایم جذابیت دارد. | | | | |
| ۱۱ | همسر به رابطه جنسی با من، پایبند و متعهد است. | | | | |
| ۱۲ | با خودم می‌گویم، همسر همانی نیست که من می‌خواهم. | | | | |
| ۱۳ | همسر بدون توجه به نیاز من، فقط به دنبال ارضای نیاز جنسی خودش است. | | | | |
| ۱۴ | می‌دانم که در رابطه جنسی با همسر، چه چیزهایی حرام، مکروه، مباح، مستحب و واجب می‌باشد. | | | | |
| ۱۵ | همسر از تحریک مناسب او در رابطه، احساس رضایت دارد. | | | | |
| ۱۶ | همسر راه‌های تحریک جنسی من را، به خوبی می‌داند. | | | | |
| ۱۷ | نسبت به چگونگی تحریک جنسی همسر، اطلاعات کافی دارم. | | | | |
| ۱۸ | به خاطر مشکل جسمانی که در ناحیه آلت تناسلی دارم، امکان رابطه جنسی کامل بین من و همسر وجود ندارد. | | | | |
| ۱۹ | اگر موقعیت رابطه جنسی با غیر از همسر برایم فراهم شود، وارد رابطه می‌شوم. | | | | |
| ۲۰ | همسر، احکام شرعی رابطه جنسی را می‌داند. | | | | |
| ۲۱ | در رابطه جنسی با همسر، علاوه بر من او نیز ارضا می‌شود. | | | | |
| ۲۲ | به خاطر مشکل جسمانی که در ناحیه آلت تناسلی همسر وجود دارد، امکان رابطه جنسی کامل بین من و همسر وجود ندارد. | | | | |
| ۲۳ | در رابطه جنسی با همسر، فقط به دنبال ارضای سریع نیاز جنسی خودم می‌باشم. | | | | |
| ۲۴ | جمله «دوستت دارم» را بارها به همسر گفته‌ام. | | | | |
| ۲۵ | همسر به خاطر کارهایی که برای زندگی انجام می‌دهد، منت می‌گذارد. | | | | |
| ۲۶ | به نظرم رابطه جنسی با همسر، نوعی عبادت است. | | | | |
| ۲۷ | همسر، تمایلی به رفتارهای مطابق با جنسیتش ندارد. | | | | |
| ۲۸ | اندام‌های تحریک‌پذیر همسر را می‌دانم. | | | | |
| ۲۹ | رابطه جنسی با همسر، مانع از رشد معنوی من می‌شود. | | | | |
| ۳۰ | همسر مبتلا به خودارضایی است. | | | | |
| ۳۱ | در ناحیه دستگاه تناسلی‌ام مشکل جسمی دارم. | | | | |
| ۳۲ | می‌دانم که در رابطه جنسی، باید حقوق شرعی همسر را رعایت کرد. | | | | |
| ۳۳ | نیاز جنسی‌ام را با خودارضایی برطرف می‌کنم. | | | | |

اختلالات روان‌پزشکی و بدکار کردی‌های جنسی

نویسندگان

غلامحسین قائدی^{۱*}، سمانه شاکری حسین‌آباد^۲

۱. دانشیار روان‌پزشکی مرکز تحقیقات نوروفیزیولوژی دانشگاه شاهد تهران ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی دکتری خانواده و سلامت جنسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. s.shakeri63@gmail.com

چکیده

بدکار کردی‌های جنسی، از شیوع بالایی در بیماران روان‌پزشکی برخوردار هستند. این بدکار کردی‌ها، ممکن است به دلیل آسیب‌شناسی و یا رویکردهای دارودرمانی اختلالات روان‌پزشکی شکل بگیرند. مطالعات متعددی به بررسی رابطه بین بدکار کردی‌های جنسی و اختلالات روان‌پزشکی پرداخته‌اند. در این مطالعه مروری سعی شده است با بررسی پژوهش‌های متعدد انجام شده در این حوزه، این رابطه و ابعاد آن بررسی گردند. به طور کلی، نتایج مطالعات نشان دهنده نقش موثر اختلالات روان‌پزشکی و داروهای مصرفی در شکل‌گیری بدکار کردی‌های جنسی می‌باشند. علایم مثبت اسکیزوفرنی (مانند سایکوز و توهمات) و علائم منفی آن (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 بر میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و عملکرد نعوظ تأثیر بگذارند. داروهای ضدافسردگی کلاسیک نسبت به ضدافسردگی‌های نسل دوم، اثرات جانبی بیشتری بر کارکردهای جنسی دارند. همچنین، اختلالات اضطرابی بر بدکار کردی‌های جنسی مانند اختلال میل جنسی، عملکرد نعوظ و مشکلات ارگاسم تأثیر می‌گذارند. بیماران دارای اختلالات خوردن، ممکن است از مشکلات جنسی رنج ببرند. اختلالات شخصیت، به ویژه اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت نمایشی 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.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۲/۱۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۳/۲۶



کلیدواژه‌ها

بدکار کردی‌های جنسی، اختلالات روان‌پزشکی، دارودرمانی

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

ghaedi.psychiatrist.ac@gmail.com

مقدمه

برند به ۸۰ درصد می‌رسد. در سایر بیماران که از اختلالاتی نظیر وسواس، فوبیا اختلالات جسمانی و نظایر آن رنج می‌برند به طور متوسط بین ۷ تا ۲۳ درصد در اختلالات مختلف گزارش شده است [۴].

دی اس ام-۵،^۲ ۲۲ طبقه عمده اختلالات روانی را فهرست کرده است که بیش از ۱۵۰ بیماری مجزا را در بر می‌گیرد. برای هر کدام از این اختلالات، تعریفی مجزا ارائه شده است. در اینجا سعی می‌گردد که به بعضی از مهم‌ترین آن‌ها که با بدکارکردی جنسی ارتباط دارند، پرداخته شود [۲].

روش

در این مطالعه مروری، مقالاتی که بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۲۳ م. به نوعی به بررسی رابطه بین اختلالات روان پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی پرداخته بودند، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. جستجوی مطالعات با بررسی مطالعات در پایگاه‌های اطلاعات فارسی و انگلیسی معتبر نظیر اس.آی.دی،^۳ گوگل اسکولار،^۴ اسپرینگر،^۵ پاب مد و با واژه‌های کلیدی نظیر افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی، اختلالات روان‌پزشکی، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن، داروهای روان‌پزشکی، بدکارکردی‌های جنسی و ... صورت گرفت. بر اساس این واژه‌های کلیدی، عواملی نظیر نقش انتقال دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی و داروهای مصرفی و در نهایت نقش خود اختلالات در بدکارکردی جنسی بررسی گردید.

انتقال دهنده‌های عصبی و عملکرد جنسی

کارکردهای جنسی از طریق حالات روانی مانند محبت، صمیمیت، حمایت و رضایت از زندگی، بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی انسان را تشکیل می‌دهد و این حالات روانی فرآیندهای فیزیولوژیکی متعددی در سراسر ارگانسیم هستند که به دلیل اتصالات هورمونی و عصبی محکم، از طریق محور مغز- اندام جنسی بر کارکرد جنسی تأثیر می‌گذارند [۵].

کارکرد جنسی مناسب، یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی و حفظ روابط صمیمانه، رضایت بخش می‌باشد. اهمیت رفتار جنسی و نقش مهمی که در روابط عاطفی ایفا می‌کند، نشان می‌دهد که رفتار جنسی، می‌تواند در بهداشت روانی، افزایش کیفیت زندگی و حفظ آن نقش مهمی داشته باشد. اختلال در عملکرد جنسی، در بیماران روانی شایع بوده و ممکن است با آسیب شناسی روانی اختلال و یا دارودرمانی مرتبط باشد. اختلال در کارکرد جنسی، می‌تواند در یک یا همه مراحل چرخه رفتار جنسی به وجود آید. البته این ارتباط، ارتباطی پیچیده، چندوجهی و اغلب تعاملی می‌باشد [۱]. بدکارکردی‌های جنسی، مجموعه اختلالات ناهمگنی هستند که معمولاً با اختلال قابل ملاحظه بالینی در توانایی پاسخ دادن جنسی فرد یا تجربه کردن لذت جنسی مشخص می‌شوند. بدکارکردی‌های جنسی شامل تأخیر در انزال، انزال زودرس، اختلال در عملکرد نعوظ، اختلال ارگاسم، بی‌میلی جنسی، اختلال در برانگیختگی جنسی، اختلال درد در زنان، بدکارکردی جنسی ناشی از مصرف مواد/ دارو، بدکارکردی جنسی مشخص دیگر و بدکارکردی نامشخص می‌باشد [۲].

شیوع افسردگی و اضطراب در افراد دارای بدکارکردی جنسی بالا است. بک^۱ بیان می‌کند که در ۶۱٪ افراد مبتلا به افسردگی شدید، میل جنسی، کاهش قابل توجهی خواهد داشت. داروهایی همچون مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRI)، نورولپتیک‌ها و آنتی‌سایکوتیک‌ها منجر به اختلال در عملکرد جنسی زنان و مردان می‌شود. اختلالات روانی به عنوان یکی از عوامل اولیه بدکارکردی‌های جنسی شناخته می‌شوند؛ به گونه‌ای که بسیاری از اختلالات روانی (از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس، سایکوز، اختلالات شخصیتی و مانند آن) با مشکلات جنسی بویژه کاهش میل جنسی همراه هستند [۳].

بدکارکردی‌های جنسی گزارش شده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که با داروهای ضد سایکوز درمان می‌شوند، بین ۳۰ تا ۶۰ درصد می‌باشد و این میزان در بین افراد مبتلا به افسردگی که با داروهای ضد افسردگی تحت درمان هستند به ۷۰ درصد و در بیمارانی که از اختلالات اضطرابی رنج می‌

2. DSM-5

3. SID.

4. Google scholar.

5. Springer.

6. Pubmed

1. Beck

سیناپسی هستند، اثر واسطه‌ای بازدارنده بر انزال، ارگاسم و نعوظ دارند. گیرنده ۵ - اچ تی ۱ ای^۹ در پیش‌سیناپس، اثر تسهیلی بر انزال داشته و سیری جنسی را معکوس می‌کند [۷].

اپی نفرین

انسداد آدرنرژیک، می‌تواند به طور بالقوه بر نعوظ، انزال و میل جنسی تأثیر بگذارد. گیرنده‌های آدرنرژیک آلفا ۱ در بافت آلت تناسلی انسان یافت شده اند و مهار گیرنده های آلفا ۱، باعث ایجاد نعوظ می‌شود [۷]. در مقابل، در زنان، توقف فعالیت آدرنرژیک باعث آسیب به برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌گردد [۴].

نوراپی نفرین

با در نظر گرفتن این موضوع که نوراپی نفرین، نقش تسهیل کننده‌ای در تنظیم رفتار جنسی انسان ایفا می‌کند، افزایش سطح نوراپی نفرین در مغز، می‌تواند باعث متعادل کردن اثر منفی ۵ - اچ تی بر تمایلات جنسی شود. بنابراین، می‌توان بیان داشت گروه‌های جدیدتر داروهای ضد افسردگی که بر انتقال دهنده عصبی NE^{۱۰} تأثیر می‌گذارند، در بروز اختلال عملکرد جنسی، نقش کمتری نسبت به SSRIها داشته باشند. تجویز یوهیمین، آنتاگونیست آلفا ۲، نعوظ آلت تناسلی را از طریق فعال‌سازی سیستم خودمختار، تحریک می‌کند. علاوه بر این، مشخص شده است که این دارو می‌تواند در درمان اختلال نعوظ و آنورگاسمی مفید باشد [۷].

استیل کولین

به نظر می‌رسد، عملکرد انزال و به دنبال آن تجربه ارگاسم، با نوراپی نفرین در سیستم عصبی سمپاتیک و استیل کولین مرتبط باشد [۸]. استیل کولین در نعوظ آلت تناسلی نقش دارد و نشان داده شده است که در معکوس کردن مشکلات نعوظ و انزال ناشی از داروهای ضد افسردگی مفید است. تأثیر استیل کولین بر کارکرد جنسی زنان چندان مشخص نیست [۴].

هیستامین

اثر هیستامین هسته شکمی هیپوتالاموس^{۱۱} (VHM) در تعدیل رفتار جنسی، در مطالعات انجام شده حیوانی شناخته

عوامل مرتبط با غدد درون ریز^۱ شامل اندروژن‌ها^۲، استروژن‌ها^۳، پروژسترون^۴، پرولاکتین^۵، اکسی توسین^۶ و کورتیزول^۷ می‌باشند. انتقال دهنده‌های عصبی که در شکل گیری کارکردهای جنسی نقش دارند، عمدتاً شامل دوپامین، سروتونین و اپی نفرین هستند که در آسیب‌شناسی اختلالات روان پزشکی و داروهای مرتبط با آن نقش دارند [۴].

دوپامین

دوپامین نقش کلیدی در رفتار جنسی دارد [۶]. سیستم دوپامینرژیک به دلیل راه‌اندازی مدار پاداش در عملکرد جنسی، به عنوان یک انتقال دهنده عصبی پیش رفتار جنسی شناخته می‌شود. رابطه جنسی با تحریک دوپامین، این مدار را فعال کرده و حس خوشایند مرتبط با فعالیت جنسی را القا می‌کند [۵]. در ناحیه پری اپتیک میانی، که محل اصلی یکپارچه سازی رفتار جنسی در مردان است، ترشح دوپامین، باعث افزایش رفتار جنسی، رفلکس تناسلی و انگیزه جنسی می‌شود. علاوه بر این، دوپامین، آزاد شدن پرولاکتین را کاهش می‌دهد که با میل جنسی تداخل دارد [۶].

داروهای دوپامینرژیک مدت هاست که برای تسهیل عملکرد جنسی مردان شناخته شده‌اند. مطالعات نشان داده است آپومورفین، آگونیست کلاسیک دوپامین در درمان اختلال نعوظ، موثر است [۶].

سروتونین

فعال شدن سروتونین بر نواحی وسیعی از مغز تأثیر می‌گذارد و به نظر می‌رسد که در رفتار جنسی نیز نقش داشته باشد [۷]. یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد، گیرنده‌های ۵ - اچ تی^۸، بسته به اینکه چه نوع گیرنده سروتونینی دخالت داشته باشد، ممکن است باعث تسهیل یا بازداری رفتار جنسی گردند و یا اینکه هیچ تأثیری بر رفتار جنسی نداشته باشند [۴]. همه گیرنده‌های ۵ - اچ تی که پس

- 1 . Endocrine.
- 2 . Androgens.
- 3 . Estrogens.
- 4 . Progesterone.
- 5 . Prolactin.
- 6 . Oxytocin.
- 7 . Cortisol.
- 8 . 5-HT.

9 . 5-HT1a.

10 . Norepinephrine.

11 . Ventromedial Nucleus of the Hypothalamus

به تازگی، نورواناتومی و انتقال دهنده‌های عصبی که رفتار جنسی را تعدیل می‌کنند، توصیف شده‌اند. تالاموس، هیپوتالاموس، آمیگدال، ناحیه سیتال، قشر جلوی مغز، قشر سینگولیت و اینسولا، همگی نقش مهمی در دریافت [۱۳]، تعدیل و انتقال سیگنال‌های حسی در میل جنسی دارند. علاوه بر این، انتقال دهنده‌های عصبی و ساختارهای درگیر در مسیر پاداش، مانند دوپامین، گابا، هسته اکومینس، قشر اوربیتوفرونتال، قشر سینگولیت قدامی پشتی و ناحیه تگمنتال شکمی، نقش مهمی در میل جنسی دارند. مطالعات نشان داده است که ناهنجاری‌های بسیاری از این ساختارهای داخل جمجمه و انتقال دهنده‌های عصبی در پاتوفیزیولوژی اسکیزوفرنی نقش دارند. بنابراین، منطقی است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال در عملکرد جنسی قابل توجهی داشته باشند [۱۴].

با توجه به اختلال عملکرد جنسی در اسکیزوفرنی، تحقیقات در درجه نخست، بر روی عوارض جانبی داروهای ضد روان‌پریشی در ایجاد بدکارکردی جنسی متمرکز شده است. تئوری رایج این است که داروهای ضد روان‌پریشی نسل دوم، به دلیل میزان کمتری از پرولاکتین، منجر به اختلال کمتری در عملکرد جنسی نسبت به هم‌تایان نسل اول خود می‌شوند. پیچیدگی بیشتر بحث این است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اغلب با اختلالات جنسی متفاوتی قبل از شروع درمان، مراجعه می‌کنند [۲، ۹، ۱۲].

آنتی‌سایکوتیک‌های افزایش دهنده پرولاکتین (هالوپریدول، ریسپریدون و آمی‌سوپراید) نسبت به داروهای نگهدارنده پرولاکتین، باعث اختلال در عملکرد جنسی بیشتر شدند [۱۵، ۱۶]. در مطالعه اولوس و همکارانش^۱، رابطه‌ای بین سن در شروع بیماری و اختلال در عملکرد جنسی، در بین آزمودنی‌ها پیدا نشد و ارتباط آماری معنی‌داری بین تعداد دوره‌های بیماری و اختلال در عملکرد جنسی در بین آزمودنی‌ها نیز وجود نداشت. ارتباط معنی‌داری، بین اختلال در عملکرد جنسی و هیپرپرولاکتینمی وجود دارد. هیچ ارتباطی بین تعداد داروهای ضد روان‌پریشی تجویز شده از یک طرف، وقوع و شدت اختلال عملکرد جنسی، از سوی دیگر یافت نشد. بوبس و همکاران^۲ همکاران^۲ تأثیر دوز دارو بر وجود اختلال عملکرد جنسی

شده است. این مطالعات نشان داده است که آنتاگونیست‌های اچ ۲، سایمتیدین و رانیتیدین، باعث از دست دادن میل جنسی و بدکارکردی نعوظ می‌شوند که ممکن است تا حدی ناشی از کاهش جذب تستسترون باشد. از نظر محیطی، هیستامین در اتساع عروق آلت تناسلی نقش دارد، زیرا تزریق آن به اجسام غاری باعث ایجاد نعوظ کامل یا جزئی از طریق فعال شدن گیرنده‌های اچ ۲ و اچ ۳ می‌شود [۱۷].

بدکارکردی‌های جنسی و اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی، یک اختلال روانی مزمن است که نیاز به درمان طولانی مدت با داروهای ضد روان‌پریشی دارد. این داروها، می‌توانند اثرات نامطلوب مختلفی داشته باشند که به طور بالقوه، باعث اختلال در عملکرد جنسی می‌شوند. به طور خاص، ۳۰ تا ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دارای نوعی از بدکارکردی جنسی هستند که به طور قابل توجهی، بیشتر از جمعیت عمومی و بیماران مبتلا به سایر اختلالات روانی است [۹]. میزان اختلال عملکرد جنسی در افراد اسکیزوفرنی در مطالعات مختلف، متفاوت است. دلیل این تفاوت معنی‌دار را می‌توان با تفاوت فرهنگی-اجتماعی و تفاوت در ابزار اندازه‌گیری برای ارزیابی اختلال عملکرد جنسی توضیح داد [۱۰].

اختلال در عملکرد جنسی در افراد مبتلا به اختلالات روان‌پریشی و کسانی که با داروهای ضد روان‌پریشی درمان می‌شوند، شایع است. این عناصر با هم مرتبط هستند، اما ارتباط دقیق بین آنها هنوز ناشناخته است. علاوه بر این، گمان می‌رود که اختلال در عملکرد جنسی، تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند خود اختلال روان‌پریشی، جنبه‌های روانی-اجتماعی، ژنتیک، ویژگی‌های عصبی غدد درون‌ریز [۱۱]، اختلال جنسی قبلی [۱۲]. یا ترکیبی از این عوامل باشد. در اسکیزوفرنی، علائم منفی اختلال را می‌توان به کاهش عملکرد جنسی نسبت داد [۱۱]. اسکیزوفرنی، در توانایی فرد برای ایجاد روابط بین فردی، اختلال ایجاد خواهد کرد. روابط بین فردی، برای ایجاد رابطه جنسی مهم هستند. مردان و زنان مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال در عملکرد جنسی را به شکل کاهش میل جنسی، کاهش برانگیختگی جنسی (اختلال نعوظ، پریاپیسم، کاهش روانکاری واژن)، آنورگاسمی، اختلال در انزال، و اختلال قاعدگی، گالاکتوره یا ژنیکوماستی گزارش داده‌اند [۱۲].

1 . Olose. et al.

2 . Bobes, et al.

اختلال در عملکرد جنسی در مردانی که سیگار می‌کشند نسبت به افرادی که سیگار نمی‌کشند، شیوع کمتری دارد. آن‌ها توضیح دادند که این موضوع می‌تواند به دلیل تمایل تنباکو به القای متابولیسم داروهای ضدروان‌پریشی باشد که منجر به کاهش سطح پلازما می‌شود. این ادعا با یافته‌های سایر مطالعات پشتیبانی می‌شود [۹، ۱۷، ۱۸].

کوتیپین و آریپیرازول کمترین پتانسیل ایجاد اختلال در عملکرد جنسی را دارند. این داروها، به ویژه آریپیرازول، ممکن است توانایی جنسی بیمار را بهبود بخشیده و حتی ممکن است به عنوان درمانی برای اختلالات جنسی استفاده شود [۱۷، ۱۸].

هیچ ارتباطی در رابطه با مدت استفاده از داروهای ضد روان‌پریشی یافت نشد [۱۹]. این نتایج را می‌توان با این واقعیت توضیح داد که بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی مزمن در حال حاضر، نرخ بالایی از پایبندی نبودن به دارو دارند. در هر دو جنس، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، کاهش میل جنسی بود. شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی گزارش شده توسط مردان، اختلال نعوظ و کاهش میل جنسی است، در حالی که زنان از دست دادن میل جنسی را توصیف می‌کنند و به دنبال آن اختلال عملکرد هیجانی نیز وجود دارد [۱۰]. در جدول (۱) نوع اختلال و درصد شیوع آن در افراد مصرف کننده داروهای ضد روان‌پریشی، ذکر شده است [۲۰ - ۲۳].

طبقه‌بندی شده بر اساس محدوده دوز را ارزیابی کردند. این مطالعه، تفاوت معنی داری را برای اولانزاپین بین دوزهای کم (کمتر از ۱۰ میلی‌گرم در روز؛ ۲۸/۴ درصد اختلال عملکرد جنسی) و متوسط (بین ۱۰ و ۲۰ میلی‌گرم در روز؛ ۴۷ درصد اختلال عملکرد جنسی) و برای ریسپریدون بین دوز پایین (کمتر از ۳ میلی‌گرم در روز ۳/۲۹ درصد اختلال عملکرد جنسی)، متوسط (بین ۳ تا ۶ میلی‌گرم در روز؛ ۹/۴۸ درصد اختلال عملکرد جنسی) و دوزهای بالا (بیشتر از ۶ میلی‌گرم در روز؛ ۶/۵۳ درصد اختلال عملکرد جنسی) نشان داد؛ بدین معنا که اختلال در عملکرد جنسی، در گروه‌هایی که دوز بالاتری دریافت می‌کنند، شیوع بالاتری دارد. این مطالعه هیچ ارتباطی بین سن در شروع بیماری و تعداد دوره‌های بیماری و وجود اختلال در عملکرد جنسی، در بین آزمودنی‌ها پیدا نکرد. بعلاوه، هیچ ارتباطی بین پایبندی به درمان از یک سو و شدت ($p=0/85$) و تحمل ($p=0/58$) اختلال از سوی دیگر یافت نشد [۱۶]. هیچ ارتباطی در رابطه با مدت استفاده از داروهای ضد روان‌پریشی و شکل‌گیری بدکارکردی جنسی نیز، یافت نشد. این نتایج، نشان می‌دهد که درک بیمار از عملکرد جنسی و ارتباط آن با مصرف داروهای ضد روان‌پریشی است که بر پایبندی او به درمان تأثیر می‌گذارد. این موضوع نشان می‌دهد که بسیار مهم است فعالانه، بازخورد بیمار را در مورد اثرات درمان با داروهای ضد روان‌پریشی، به ویژه تأثیر آن‌ها بر عملکرد جنسی اش، جویا شویم. همچنین نتایج نشان داد،

جدول (۱) میزان شیوع اختلالات جنسی در افراد مصرف کننده داروهای ضد روان‌پریشی

| داروهای آنتی‌سایکوتیک | درصد شیوع اختلال عملکرد جنسی | نوع اختلال عملکرد جنسی |
|-----------------------|------------------------------|---|
| کوتیپین | ٪۱۶ | میل (٪۱۸)، برانگیختگی (٪۱۲)، ارگاسم (٪۷) |
| زیپراسیدون | ٪۱۸ | میل (٪۱۵)، برانگیختگی (٪۱۸)، ارگاسم (٪۱۹) |
| پرفنازین | ٪۲۵ | داده‌ها کافی نبود |
| اریپیرازول | ٪۲۷ | میل (٪۱۲)، برانگیختگی (٪۶)، ارگاسم (٪۵) |
| اولانزاپین | ٪۴۰ | میل (٪۲۴)، برانگیختگی (٪۱۵)، ارگاسم (٪۲۱) |
| ریسپریدون | ٪۴۳ | میل (٪۲۵)، برانگیختگی (٪۲۱)، ارگاسم (٪۲۲) |
| هالوپریدول | ٪۴۵ | میل (٪۲۷)، برانگیختگی (٪۲۳)، ارگاسم (٪۱۴) |
| کلوزاپین | ٪۵۲ | میل (٪۳۷)، برانگیختگی (٪۱۷)، ارگاسم (٪۱۸) |
| تیوریدازین | ٪۶۰ | برانگیختگی (٪۴۶)، ارگاسم (٪۴۹) |

هنگام مواجهه با بدکارکردی جنسی است برای کاهش سطح پرولاکتین و هم بهبودی بدکارکردی جنسی در صورت مصرف همزمان با سایر داروهای ضد روان‌پریشی است. گزینه دیگر، مهارکننده‌های فسفودی استراز-۵^۳ (PDEi-5) هستند که برای بهبود بدکارکردی نعوظ^۴ (ED) ناشی از APS^۵ مورد استفاده قرار می‌گیرند [۲۶]. هیچ یک از این روش‌ها عاری از ریسک مانند بازگشت بیماری نیستند. بنابراین، برای یک رویکرد فردی دقیق پیشنهاد می‌شود تا بیماران بتوانند انتخاب آگاهانه‌ای داشته باشند. در نهایت آریپیپرازول، کوتیپین و زیپراسیدون، و شاید الانزاپین با دوز کمتر از ۱۵ میلی‌گرم در روز، بهترین داروها برای پیشگیری یا کاهش بدکارکردی جنسی هستند. ریسپریدون، هالوپریدول، آمی سولپراید و آنتی سایکوتیک‌های معمول، نباید در بیمارانی که زندگی جنسی فعال دارند و بدتر شدن آن را نمی‌پذیرند، انتخاب نخست باشد. با این حال، در برخی شرایط که امکان اجتناب از آن‌ها وجود ندارد، به نظر می‌رسد همراهی با آریپیپرازول، بهترین گزینه باشد. همچنین همراهی مهارکننده‌های PDEI-5 مانند سیلدنافیل، تادالافیل یا واردنافیل می‌توانند بدکارکردی نعوظ را در بیماران مرد بهبود بخشند [۲۰].

بدکارکردی جنسی و افسردگی

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که شیوع رو به رشد آن، به یک نگرانی جهانی تبدیل شده است. بر اساس آمارهای بین‌المللی، حدوداً ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سالی که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی مانند نداشتن توانایی تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری هستند [۲۷].

حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد افراد دارای افسردگی، دارای نوعی اختلال در عملکرد جنسی (بدکارکردی جنسی) هستند، این در حالی است بدکارکردی جنسی، خطر ابتلا به افسردگی را دو برابر افزایش می‌دهد. به دلیل رابطه دو طرفه اختلال عملکرد جنسی با افسردگی، تشخیص بدکارکردی جنسی می‌تواند دشوار باشد. همچنین بدکارکردی جنسی، یکی از عوارض جانبی رایج در بسیاری از داروهای ضد افسردگی است که منجر به بی‌انطباقی با

در هنگام نیاز به درمان فوری اختلال جنسی^۱ (TE بدکارکردی جنسی)، توجه به یک توالی سه مرحله‌ای مفید است:

۱. جلوگیری از بدکارکردی جنسی^۲ در جمعیت مستعد؛
۲. انجام بررسی‌های معمول برای TE بدکارکردی جنسی در بیماران فعال جنسی که برایشان آنتی‌سایکوتیک تجویز می‌شود؛
۳. انجام مداخلات بالینی زمانی که TE بدکارکردی جنسی مشکلی برای بیمار است یا خطر ترک درمان را به همراه دارد [۲۰].

مرحله ۱. پیشگیری اولیه (استفاده از آنتی‌سایکوتیک با بروز کم اختلال جنسی):

به طور کلی، ریسپریدون و سایر آنتی‌سایکوتیک‌های کلاسیک در مقایسه با سایر داروهای ضدروان‌پریش غیر معمول مانند کلوزاپین، اولانزاپین، کوتیپین یا آریپیپرازول، بروز بدکارکردی جنسی بیشتری دارند.

مرحله ۲. اندازه‌گیری TE بدکارکردی جنسی ناشی از داروهای ضد روان‌پریشی:

تنها راه برای شناخت اثر واقعی دارو، بررسی صحیح عملکرد جنسی قبل و بعد از شروع درمان با داروهای ضدروان‌پریشی است. در عین حال، دانستن اینکه جنبه‌های جنسی، تا چه اندازه با کیفیت زندگی بیمار مرتبط هستند، می‌تواند به ما کمک کند تا خطر ترک درمان را به دلیل تحمل پایین بدکارکردی جنسی، زودتر شناسایی کنیم [۱۵، ۲۰].

مرحله ۳. مداخله:

هنگامی که بدکارکردی جنسی شناسایی شد، اگر بیمار، تحمل پایینی داشته باشد و پایبندی به درمان را به خطر بیاندازد، بسته به علائم بالینی خاص وی، در هر مورد ممکن است مداخله برای درمان اختلال و نیز پایبندی به درمان صورت گیرد [۲۰].

مطالعات نشان داده است، آریپیپرازول بهترین گزینه برای درمان است؛ زیرا چندین مطالعه ثابت کرده‌اند که میزان بدکارکردی جنسی را در تمام مؤلفه‌های رفتار جنسی (میل، برانگیختگی و ارگاسم) بهبود می‌بخشد [۲۵]. همچنین آریپیپرازول، بهترین گزینه برای جایجایی دارو

3 . Phosphodiesterase-5 Inhibitors.

4 . Erectile dysfunction.

5 . Antipsychotics.

1 . Treatment Emergent Sexual Dysfunction.

2 . Sexual Dysfunction.

بوده و با داروهای ضد افسردگی از جمله SSRI ها، مصرف شوند. مطالعات نشان داده است این داروها، علائم جنسی را بهبود می‌بخشند؛ مانند مهارکننده‌های فسفودی استراز PDEI-5 [۲۸].

داروهای سطح B: داروهای ضد افسردگی اثربخشی هستند که نشان داده شده است در مقایسه با دارونماها، تأثیر منفی کمتری بر عملکرد جنسی داشته یا هیچ اثر منفی از خود نشان نمی‌دهند؛ مانند آگوماتین، موکلوبمید، اثر ضد افسردگی مشابهی با SSRI ها (فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین و پاروکستین) نشان داده است، اما در مقایسه با SSRI ها، اختلال کمتری در عملکرد جنسی به عنوان عوارض جانبی گزارش داده شده است [۲۸].

درمان می‌شود. در حالی که پزشکان اغلب روی بیماران برای گزارش بدکارکردی جنسی به شکل خوداظهاری حساب می‌کنند، درمان، زمانی بهینه می‌شود که پزشک، ارزیابی کاملی از عملکرد جنسی فرد، قبل از درمان و در طول درمان دارویی با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد شده، انجام دهد [۲۸، ۲۹].

در زمینه درمان افسردگی و در عین حال به حداقل رساندن بدکارکردی جنسی، داروهای ضدافسردگی که به شکل گسترده در دسترس هستند را با توجه به پروفایل عوارض جانبی آن‌ها بر عملکرد جنسی، در گروه‌های زیر دسته‌بندی کرده‌اند:

داروهای سطح A: داروهایی هستند که می‌توانند ایمن

جدول (۲) مقایسه خطر اختلال عملکرد جنسی بین داروهای ضد افسردگی

| عوامل خطر | دارو ها | گروه |
|--|---|--------------|
| همه اس اس ار ای ها به ویژه پاروکستین و اس سیتالوپرام دارای ریسک بالایی هستند | سیتالوپرام اس سیتالوپرام فلوکستین فلووکسامین پاروکستین سرتالین | SSRIs |
| اس ان ار ای ها نیز ریسک بالایی دارند . وبه نظر دلوکستین آسیب جنسی کمتری نسبت به ونلافاکسین دارد. | دسونلافاکسین دلوکستین ونلافاکسین | SNRIs |
| کلومی پرامین مانند SSRIs دارای ریسک بالایی است و دیگر TCA ریسک متوسط‌تری دارند. | کلومی پرامین امی تریپتالین دوکسپین دوکسپین ایمی پرامین نورترپتیلین | TCA |
| ریسک پایینی در مقایسه با پلاسیبو دارند. | موکلوبمید فنلزین ترنیل سیپرومین | RIMA or MAOI |
| آگوماتین و بوپروپین ربوکستین ریسک پایینی نسبت به پلاسیبو دارد. میرتازاپین ریسک کمتری نسبت به SSRI ها دارد. ورتیوکستین ریسک متوسط و بالایی دارد ولی کمتر از دلوکستین با دوز ۵-۱۰ میلی گرم است | آگوماتین بوپروپین میرتازاپین ربوکستین ورتیوکستین | Others |

صمیمانه مشخص می‌شود. عصبانیت، بدگمانی، بی‌اعتمادی به شریک زندگی و حسادت می‌تواند بر حفظ یک رابطه صمیمی طولانی مدت تأثیر منفی بگذارد. به همین دلیل، افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید نسبت به سایر افراد مبتلا به اختلال شخصیت یا افراد بدون اختلال شخصیت، نرخ طلاق بیشتری دارند. در یک نمونه از مجرمان محکوم به خشونت علیه فرد صمیمی در زندگی‌شان، ۱۷/۵ درصد صفات پارانوئیدی را نشان دادند. ادبیات روانکاوی کلاسیک و تجدید نظرهای بعدی، ارتباط بین روان پریشی پارانوئید و اختلال هویت جنسی را گزارش کرده اند [۴، ۳۴].

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و بدکارکردی جنسی

شخصیت اسکیزوتایپال، کناره‌گیری اجتماعی را با ترسی عمومی، پراکنده و فراگیر نسبت به دیگران به اشتراک می‌گذارد. این ویژگی‌ها می‌تواند به طور چشمگیری بر مهارت‌های همسرگزینی تأثیر بگذارد. افراد اسکیزوتایپال، اغلب از هم جدا شده و طلاق گرفته‌اند. برعکس، برخلاف اختلال پارانوئید، برخی از ویژگی‌های شخصیتی اسکیزوتایپی، مانند خلاقیت هنری، بی‌انطباقی تکانشی (مانند رفتارهای خشونت‌آمیز و بی‌ملاحظه) و تجربیات غیرعادی (مانند خطاهای ادراکی و شناختی و تفکر جادویی) ارتباط مثبتی با همسرگزینی دارند. در افراد غیر بالینی که از طریق خودگزارشی ارزیابی شدند، به نظر می‌رسد که ارتباط بین همسرگزینی و تجربیات غیرمعمول با واسطه خلاقیت هنری صورت می‌گیرد. برخی از پژوهشگران نظریه‌ای ارائه کرده‌اند که توضیح می‌دهد سوزده‌های اسکیزوتایپال، در صورتی که دارای پروفایل ژنتیکی خوب و مثبت (سطح پایین جهش‌های مضر) باشند و در یک محیط خانوادگی مساعد (وضعیت تغذیه خوب و بدون روابط خانوادگی استرس‌زا) بزرگ شوند، موفقیت همسرگزینی خواهند داشت [۳۴، ۳۶].

اختلال شخصیت اسکیزوبیید و بدکارکردی جنسی

بی‌علاقگی به ایجاد روابط و صمیمیت با دیگران، مشخصه شخصیت اسکیزوبیید است. این ویژگی با نبود امکان همنشینی افراد اسکیزوبیید در ترجیح آنها برای روابط کوتاه‌مدت یا بلندمدت تأیید می‌شود. اختلالات اسکیزوبیید و اسکیزوتایپی با بی‌علاقگی به ایجاد روابط مشخص می‌شوند [۳۴].

اختلال شخصیت مرزی و بدکارکردی جنسی

در واقع، شخصیت‌های مرزی با مشکلات فراگیر در

داروهای سطح C: شامل آن دسته از داروهای ضد افسردگی (SSRI, MOAI^۱) که نسبت به دارونماها به شکل قابل توجهی در شکل‌گیری بدکارکردی جنسی، تأثیر بیشتری دارند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، سیتالوپرام، فلوکستین، پاروکستین، سرتالین و ونلافاکسین بالاترین میزان بدکارکردی جنسی را نشان می‌دهند [۲۸]. در نهایت، داروهای سطح D، شامل داروهای ضد افسردگی است و شواهد محکمی برای اثربخشی آنها در شکل‌گیری بدکارکردی جنسی وجود ندارد [۲۸].

به طور کلی داروهایی که بیشترین فراوانی اختلال در عملکرد جنسی را به عنوان عوارض جانبی دارند، از متوسط تا شدید عبارتند از فووکسامین، ونلافاکسین، دولوکستین و کلومیپرامین (تقریباً ۷۵٪ بیماران برای هر دارو)، یعنی، داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک (به عنوان مثال، SSRIs^۲, SNRIs و کلومیپرامین) [۳۰، ۳۱].

داروهای غیر سروتونرژیک (مانند بوپروپیون، میرتازاپین و آگوملاتین) کمترین تأثیر را در شکل‌گیری اختلال در عملکرد جنسی دارند [۲۶، ۳۱]. در جدول (۲) مقایسه‌ای از میزان شیوع بدکارکردی جنسی با داروهای ضد افسردگی بر اساس شواهد موجود، هرچند محدود، ارائه شده است [۲۹، ۳۰، ۳۱].

اختلالات شخصیت و بدکارکردی جنسی

افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، الگوهای ریشه‌ای عمیق، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگاری در شرح حال دادن و ادراک محیط و خودشان دارند [۴، ۳۴].

اگرچه نقش ابعاد شخصیت در سبب شناسی 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 بی‌قید و بندی در روابط جنسی تا پرهیز و اجتناب از داشتن رابطه جنسی. بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت ممکن است به طور چشمگیری نسبت به جمعیت عادی، از اختلالات جنسی بیشتری رنج ببرند [۳۵].

اختلال شخصیت پارانوئید و بدکارکردی‌های جنسی

اختلال شخصیت پارانوئید با عملکرد ناسازگار در روابط

1. Monoamine Oxidase Inhibitor.
2. Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitor.

داشتند. در حالی که آنها در مقایسه با گروه کنترل، سطوح مشابهی از لذت جسمانی از روابط خود را گزارش می‌دادند، با این حال به شکل قابل توجهی، سطح پایین‌تری از رضایت عاطفی را گزارش کردند. این امر، ممکن است نشان‌دهنده ماهیت پر فراز و نشیب روابط صمیمی آنها باشد یا صرفاً ماهیت اتفاقی بودن روابط عاطفی و فقر عاطفی آنها را نشان دهد. از طرف دیگر، ممکن است این یافته، نشان‌دهنده ضعف شناخت اجتماعی و اختلال در مهارت‌های حل مسئله این گروه باشد و ممکن است به ترجیح آنها برای درگیر شدن در رفتار جنسی برای حفظ شریک زندگی مربوط باشد [۳۷].

اختلال شخصیت ضد اجتماعی و بدکارکردی جنسی

افراد ضداجتماعی معمولاً روابط کوتاه مدت را ترجیح می‌دهند. برخی از ویژگی‌های اختلال شخصیت ضداجتماعی، مانند آسیب رساندن و استثمار دیگران بدون هیچ واکنش عاطفی آشکار، به طور مثبت با ترجیح برای برقراری روابط کوتاه مرتبط است. علاوه بر این، در مطالعه‌ای نشان داده شده که بیماران ضداجتماعی، بیشترین خشونت را نسبت به همسر خود دارند [۳۸].

احساس گناه و شرم دو احساس اخلاقی هستند، اما در رابطه بین صفات ضداجتماعی و خشونت شریک جنسی در مردان، به شیوه‌های متفاوتی عمل می‌کنند. مردانی که بیشتر مستعد شرم بودند، خشونت روانی و فیزیکی بیشتری نسبت به شریک زندگی خود مرتکب شدند. برعکس، مردانی که گزارش دادند بیشتر در معرض گناه هستند، کمتر احتمال دارد که مرتکب خشونت فیزیکی و جنسی شوند. به نظر می‌رسد مردانی که دارای ویژگی‌های ضداجتماعی بالایی هستند، شرم خود را تحمل نمی‌کنند، احتمالاً به این دلیل که می‌خواهند وجهه اجتماعی خود را حفظ کنند. بنابراین، با خشونت علیه شریک زندگی خود واکنش نشان می‌دهند. با این حال، به نظر می‌رسد احساس گناه، مانع از واکنش آشکار علیه شریک جنسی می‌شود و رابطه بین ویژگی‌های ضد اجتماعی و خشونت صمیمی را تعدیل می‌کند. زنان با ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی و مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، تجارب بیشتری از قربانی شدن و ارتکاب خشونت شریک جنسی را نسبت به مردان با ویژگی‌های مشابه گزارش کرده‌اند. علیرغم این داده‌ها،

حفظ یک رابطه پایدار و با کمبود در بازنمایی خود، همراه است. افراد متاهل مبتلا به BPD^۱ سن کمتری در ازدواج داشته و نسبت به سایرین نرخ بالاتری از جدایی و طلاق را دارند. به طور خاص، مردان مبتلا به BPD نسبت به زنان مبتلا به BPD نرخ بالاتری از جدایی و طلاق دارند، احتمالاً به این دلیل که طبق دیدگاه داروینی، زنان تمایل به داشتن صفات وابسته‌تری نسبت به مردان دارند. در افراد مرزی، تکانشگری جنسی، باعث افزایش حاملگی‌های ناخواسته می‌شود. زنان مبتلا به BPD با سابقه آزار جسمی و عاطفی در دوران کودکی، تمایل به ایجاد روابط صمیمانه با شرکای خشن و بدرفتاری داشتند. با این حال، مردان مبتلا به BPD، شریک خشن‌تری نسبت به مردان با سایر PD^۲ بودند. مردان مبتلا به BPD حساسیت کمتری نسبت به ابراز خوشحالی همسرانشان نشان دادند و این می‌تواند متغییر واسطه‌ای بین ویژگی‌های BPD و اعمال خشونت علیه همسر باشد. با توجه به گرایش جنسی، بیماران مبتلا به BPD نسبت به افراد مبتلا به دیگر انواع PD، تمایل بیشتری به همجنس‌گرایی یا دوجنس‌گرایی دارند. اختلال هویت، یکی از ویژگی‌های اصلی BPD است. نتایج مطالعات نشان می‌دهند که BPD در چندین مرحله پاسخ جنسی (برانگیختگی، روان‌سازی، ارگاسم، رضایت و درد) عملکرد پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارد [۳۷]. به نظر می‌رسد افراد دارای BPD، به طور قابل توجهی نسبت به همسالان خود، فعالیت جنسی را در سنین پایین‌تری تجربه می‌کنند. شروع زودتر فعالیت جنسی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی مرتبط است. گروه BPD به احتمال زیاد از هیچگونه وسایل پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند، در حالی که گروه کنترل بیشتر از کاندوم استفاده می‌کردند و در طول زندگی خود با مردان بیشتری درگیر رابطه دهانی بودند. آنها تعداد بیشتری از شرکای مرد داشتند که در دوره ۱۲ ماهه گذشته با آنها آمیزش دخولی یا رابطه جنسی دهانی داشتند. زنان جوان دارای علائم BPD در معیارهای سلامت جنسی، خطر و ایمنی، نمره پایین‌تری داشتند و در شکل‌گیری هویت جنسی خود، بلاتکلیفی بیشتری نشان دادند. جالب است که زنان جوان با علائم BPD در مقایسه با همسالان خود، در زمان مصاحبه، بیشتر در یک رابطه قرار

1. Borderline Personality Disorder
2. Personality Disorder.

آندروژنیزه شدن بالاتر و عملکرد جنسی بهتری دارند. این تضاد ممکن است با یک دیدگاه «ارزیابی» توضیح داده شود. ویژگی‌های هیستریونیک، می‌تواند به شکلی «مستقیم» برای مردان هیستریونیک مؤثر باشد، زیرا می‌توانند فرصت‌های رابطه جنسی و سپس تولید مثل را بهبود بخشد. برعکس، زنان هیستریونیک ممکن است در یک تضاد روانی بین نیاز به محافظت و مراقبت توسط یک شریک زندگی منفرد (شرایط محتاطانه برای فرزندان، به دنبال یک دیدگاه ارزشی) و نیاز به ارضای نفس و غیره قرار داشته باشند. توجه به شرکای جنسی و عاطفی بیشتر در این تعارض، ممکن است باعث نارضایتی جنسی و زناشویی در فرد هیستریونیک شود [۳۵].

اختلال شخصیت خود شیفته و بدکارکردی جنسی

بیماران خودشیفته در ایجاد روابط طولانی مدت مشکل دارند. آنها اغلب ترجیح می‌دهند تنها یک شب با شریک جنسی خود باشند و/یا رابطه دوستانه‌ای ایجاد کنند که مشخصه آن رابطه جنسی باشد. این استراتژی جفت‌گیری کوتاه در مردان با ویژگی‌های خودشیفتگی و روان‌پریشی، بیشتر از زنان با ویژگی‌های مشابه وجود دارد. با این وجود، برخی از این افراد، روابط طولانی مدتی دارند، اما با شریک زندگی خود، با خشونت عمل می‌کنند. صفات خودشیفتگی بیشتر از سایر صفات در گروهی که مرتکب خشونت صمیمی علیه شریک زندگی بودند، یافت شد. کاهش رضایت جنسی در افراد یا زوج‌های مبتلا به خودشیفتگی جنسی مشاهده شده است. برخی از جنبه‌های خودشیفتگی، مانند فقدان همدلی جنسی یا بهره‌کشی جنسی، ارتباط مثبتی با خیانت داشتند [۳۸، ۴].

اختلال شخصیت وابسته و بدکارکردی جنسی

اختلال شخصیت وابسته با الگوی رفتار مطیعانه مرتبط با نیاز به مراقبت، مشخص می‌شود. به راحتی قابل درک است که زنان و مردان وابسته ممکن است رفتار جرأت‌مندانه نداشته باشند. قاطعیت نداشتن، ممکن است به از دست دادن میل جنسی خودشان نیز مرتبط باشد. مطالعات کمی در مورد اختلال شخصیت وابسته انجام شده است. داده‌ها نشان داده است که زنان دارای شخصیت وابسته، از خشونت شریک زندگی خود رنج می‌برند. این افراد به دلیل احساس بی‌کفایتی از رها شدن و تنهایی دوری می‌کنند و با

برخی از مطالعات نشان داده‌اند، ازدواج برای افراد ضداجتماعی می‌تواند با علائم منفی مقابله کند. در واقع، افراد متاهل با شخصیت ضداجتماعی در طول زمان، بیشتر از افراد غیر متاهل بهبود پیدا کرده‌اند. ازدواج، تمایل آنها به پرهیز از رفتارهای ضد اجتماعی را تشدید می‌کند. سطوح بالای صفات ضداجتماعی در مردان می‌تواند فرصت ازدواج را «مسدود» کند و وضعیت ازدواج می‌تواند در برابر رفتارهای ضداجتماعی بعدی «حائل» شود [۴، ۳۸].

اختلال شخصیت نمایشی و بدکارکردی جنسی

زنان نمایشی، خواهان توجه دیگران هستند. از نظر جنسی با شدت و فرکانس بالا اغواکننده بوده و تغییرات خلقی نمایشی و سریع را نشان می‌دهند. این تغییرات می‌تواند بر تعادل رابطه صمیمی تأثیر منفی بگذارد. آنها همچنین به دنبال توجه خارج از رابطه زناشویی هستند و روابط زوج فعلی را تضعیف می‌کنند. میل به اغوای جنسی و توجه جنسی می‌تواند رفتارهای زنان هیستریونیک را نسبت به شرکای بالقوه سوق دهد [۳۸].

بیشترین مطالعات انجام شده بر روی اختلالات شخصیت در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی، اختلال شخصیت نمایشی بوده است. با این اختلال با الگوی جلب توجه، تحقق ارضای نفس، رفتار دستکاری شده و تغییر سریع احساسات مشخص می‌شود. در یک مطالعه مقطعی جالب، گروهی از زنان با شخصیت هیستریونیک در چندین حوزه جنسی با گروه کنترل مقایسه شدند. مشخص شده است؛ زنان هیستریونیک به طور قابل توجهی، قاطعیت جنسی کمتر، نگرش اروتوفوبیک بیشتری نسبت به رابطه جنسی و نارضایتی زناشویی بیشتری نسبت به افراد کنترل دارند. علاوه بر این، آنها مشغله جنسی بیشتر، میل جنسی کمتر، کسالت جنسی بیشتر و اختلال ارگاسمیک بیشتر را نشان دادند. در پایان، آنها بیشتر از هم‌تایان خود وارد یک رابطه خارج از ازدواج شده‌اند. این داده‌ها مطالعات قبلی را تأیید می‌کنند که بر مهار میل جنسی و ناهنجاری‌های جنسی در مقایسه با گروه کنترل در زنان هیستریونیک تأکید داشتند. در مقابل، در مطالعه دیگری که بر روی نمونه بزرگی از مردان که در یک کلینیک سرپایی برای اختلال عملکرد جنسی حضور داشتند، انجام شد، یافته‌ها، نشان داد که مردان با سطوح بالاتر ویژگی‌های هیستریونیک،

بگذارد [۳۵].

OCPD با مولفه‌هایی همچون دقت زیاد، وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری شدید در زندگی فردی مشخص می‌شود و با استرس و ناراضی‌زناشویی مرتبط است. افراد مبتلا به OCPD همچنین ممکن است با شریک زندگی خود رفتاری خشونت‌آمیز داشته باشند، احتمالاً به این دلیل که شرکای زندگی، به آن‌ها احترام نمی‌گذارند و دیدگاه آن‌ها را به اشتراک نمی‌گذارند. از این رو، افراد مبتلا به OCPD نرخ طلاق بالایی دارند [۳۴].

رابطه جنسی در OCPD موضوعی کمتر شناخته شده است. از آن خستین مطالعات انجام شده در این زمینه حدود ۱۰٪ از بیماران زن مبتلا به OCPD، دارای آنورگاسمی و ۲۲٪ آنان، اختلال در برانگیختگی جنسی دارند، در حالی که ۲۵٪ از بیماران مرد، دارای برانگیختگی جنسی کمتر، ۱۲٪ مشکلات انزال زودرس، ۶٪ اختلال نعوظ، و ۳۹٪ از بیماران نیز ناراضی‌زناشویی جنسی داشتند. اخیراً، تاکورتا و همکارانش گزارش کردند که اختلال عملکرد جنسی، ۳۳ درصد از نمونه‌ای از زنان مبتلا به OCPD را تحت تأثیر قرار داده است. اختلال در عملکرد ارگاسم، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی بود. ۵۱٪ از زنان مشکل ارگاسم داشتند و پس از آن مشکلات میل جنسی در ۱۵/۳۸٪ وجود داشت. قاسم زاده و همکاران، دریافتند که اختلال عملکرد جنسی در ۸۰/۶ درصد از زنان و ۲۵ درصد از مردان دارای اختلال وسواس وجود دارد. برخی شواهد از تحقیقات اجتماعی و بالینی نشان می‌دهد، علائم وسواس فکری اجباری و تشخیص OCPD با عملکرد جنسی بدتر، بدکارکردی جنسی و رضایت جنسی کمتر، مرتبط است. در یک مطالعه اپیدمیولوژیک ملی، رفتارهای وسواسی اجباری، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال عملکرد جنسی در زنان بود. کندور و همکاران، نشان دادند که اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به OCPD (۵۰٪) در مقایسه با افراد سالم (۳۰٪) شایع‌تر بود. [۳۹].

دلایل متعددی وجود دارد مبنی بر اینکه بیماران مبتلا به OCPD ممکن است عملکرد جنسی یا رضایت جنسی خود را مختل بدانند. نخستین مورد مربوط به اثرات داروهای روان‌پزشکی باشد. مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) ممکن است به خصوص انزال و ارگاسم زنان را به تأخیر بیندازند. اما همچنین می‌توانند باعث

حضور در کنار شریک زندگی خود ترجیح می‌دهند آزار و اذیت را تحمل کنند. مطالعه دیگری نشان داد، انتظار می‌رود مردان برعکس زنان رفتار کنند. افراد وابسته ممکن است برای اجتناب از رها شدن، نسبت به شریک خود، با خشونت رفتار کنند و از آن به عنوان آخرین راه‌چاره استفاده کنند و نتیجه معکوسی در دستیابی به خودشکوفایی داشته باشند [۳۸]. تایج یک مطالعه در خصوص ویژگی‌های اختلال شخصیت وابسته و اختلال عملکرد جنسی در نمونه‌ای از زنان مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داد، ویژگی‌های شخصیت وابسته با بی‌زاری و اجتناب جنسی مرتبط است [۳۴].

اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت وابسته یک ویژگی مشترک دارند؛ نیاز به داشتن فرد دیگری در کنار خود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته از زندگی صمیمی خود ناراضی هستند. افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی، به دنبال رضایت شخصی خارج از ازدواج است، در حالی که فرد وابسته ترجیح می‌دهد باقی بماند و آزارها را تحمل کند [۳۸].

اختلال شخصیت اجتنابی و بدکارکردی جنسی

اختلال شخصیت اجتنابی دارای ویژگی‌های مشابهی با اختلال وابسته است. در واقع، ممکن است فرد اجتنابی ترجیح دهد که مطیع شریک باشد تا از یافتن شریک جدید در یک محیط اجتماعی جدید اجتناب کند. به همین دلیل، فرد اجتنابی ترجیح می‌دهد با شریک خود غیرقاطعانه رفتار کند. این وضعیت را می‌توان منفی دانست، زیرا فرد اجتنابی می‌تواند آزادی جنسی خود را از دست بدهد و با بی‌زاری و اجتناب جنسی واکنش نشان دهد [۳۵]. اختلال شخصیت اجتنابی، مشخصه افرادی است که از وضعیت تاهل خود رنج می‌برند، اما میزان طلاق کمتری نسبت به سایرین دارند. آنها ممکن است ترجیح دهند متاهل بمانند اما ناراضی باشند، زیرا نمی‌خواهند به دنبال شریک جدیدی بگردند و با موقعیت‌های استرس‌زا اجتماعی جدید کنار بیایند [۳۸].

اختلال شخصیت وسواسی اجباری و بدکارکردی جنسی

اختلال شخصیت وسواسی اجباری (OCPD) با یک الگوی ناسازگار پایدار و فراگیر از کمال‌گرایی بیش از حد، نظم و کنترل سفت و سخت مشخص می‌شود. این الگو ممکن است از طریق راه‌های شناختی، رفتاری و عاطفی ظاهر شود و بدبهبی است که بر زندگی بین فردی تأثیر

بدکارکردی جنسی و اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی، گروهی از اختلالات بالینی هستند که میزان غیرطبیعی از اضطراب، علامت بارز آنان است. این گروه شامل اختلال هراس، فوبیای خاص و اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی و اختلال اضطراب فراگیر است. اضطراب نقش مهمی در آسیب‌شناسی و تداوم بدکارکردی‌های جنسی دارد [۴۰].

رابطه پیچیده بین اختلالات اضطرابی و بی‌میلی جنسی، به ندرت در ادبیات پزشکی روشن شده است. کاپلان بر شیوع شدید اختلال هراس (۲۵٪) در بیماران مبتلا به اختلال بیزاری جنسی تأکید می‌کند [۴۱]. اضطراب در برانگیختگی جنسی نیز مؤثر است. علاوه بر میل و برانگیختگی، ارگاسم ممکن است با اضطراب نیز مختل شود. در حالی که به طور گسترده پذیرفته شده است که افکار یا احساسات اضطرابی، ارگاسم را در زنان مختل می‌کند، اما مطالعات کمی به بررسی دقیق این رابطه پرداخته‌اند یا سعی کرده‌اند جنبه‌های خاصی از اضطراب مرتبط با اختلال ارگاسم را شناسایی کنند [۴۲، ۴۳]. احساسات منفی، از جمله اضطراب یا ترس از برآورده نشدن انتظارات شریک زندگی، یکی از شایع‌ترین علل انزال زودرس^۱ (PE) را نشان می‌دهد [۴۳، ۴۴].

سطوح بالایی از اضطراب در زنان مبتلا به دیسپارونی مشاهده شده است و به نظر می‌رسد درد شدیدی را در طول رابطه جنسی تجربه می‌کنند. عوامل پاتوفیزیولوژیکی تنظیم‌کننده این پدیده، هنوز ناشناخته هستند [۴۵].

هراس اجتماعی و بدکارکردی 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 بین‌فردی است و در حدود ۷ درصد از افراد جامعه را در برمی‌گیرد. بنابراین، طبیعی است که این نوع اختلالات اضطرابی با بدکارکردی‌های جنسی همراه باشد [۴].

کاپلان، شیوع بدکارکردی جنسی را ۷۵ درصد در بیماران مبتلا به اختلال هراس پیشنهاد کرد. این داده‌ها توسط فیگوریا و همکارانش تأیید شده است که در مطالعه

کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند. اگرچه عوارض جانبی جنسی ناشی از SSRI وابسته به دوز و عموماً برگشت پذیر است، اما از این داروها، معمولاً دوزهای بالایی در درمان OCPD استفاده می‌شود و عوارض جانبی جنسی ممکن است گاهی پس از قطع درمان و تا مدت‌ها باقی بماند. با توجه به تحقیقات بالین، بروز اختلال در عملکرد جنسی مرتبط با SSRI بین ۳۰ تا ۵۰ درصد است. یکی دیگر از جنبه‌های بالینی که بهزیستی جنسی پایین را در بیماران مبتلا به OCPD تبیین کند، مربوط به محتوای برخی علائم و سواسی از جمله وسواس‌های مربوط به آلودگی و وسواس ابتلا به بیماری‌ها، موضوعات جنسی/مذهبی/اخلاقی و آسیب‌پذیری جسمانی است. متغیرهای دیگری که ممکن است به اختلال در زندگی جنسی کمک کند، ممکن است سلامت جسمانی ضعیف یا رفتارهای ناسالم باشد. تحقیقات اولیه نشان می‌دهد، مشارکت همسر در درمان (به عنوان مثال زوج‌درمانی با هدف قرار دادن مشکلات/استرس‌های زوج‌هایی با اختلال شخصیت وسواسی و بدون اختلال شخصیت وسواسی) می‌تواند باعث کاهش علائم و بهبود عملکرد زوج شود. بنابراین، روابط صمیمی و رابطه جنسی رضایت‌بخش، می‌تواند یک هدف مرتبط در درمان OCPD باشد. دلیل مهم دیگر برای ضرورت بررسی زندگی جنسی در OCPD این واقعیت است که نشانه‌ای افسردگی در بین بیماران مبتلا به OCPD بسیار رایج است. علائم افسردگی را می‌توان به عنوان تعدیل‌کننده پریشانی شدید در عملکرد جنسی و رضایت جنسی کمتر فرض کرد، زیرا شواهد نشان می‌دهد، ارتباط جهت‌دار قابل توجهی بین افسردگی و اختلال عملکرد جنسی وجود دارد. همچنین، برخی از علائم OCPD، مانند ترس از آلودگی یا وسواس مذهبی و برخی از احساسات منفی که معمولاً با OCPD مرتبط هستند، مانند انزجار و احساس گناه، ممکن است تأثیر منفی بر تمایلات جنسی داشته باشند [۳۴، ۳۸].

شواهد نشان می‌دهد شیوع بیشتر اختلالات جنسی و رضایت جنسی کمتر در بیماران مبتلا به OCPD در مقایسه با افراد سالم، به دلیل وجود داروهای روان‌پزشکی همزمان است، زیرا SSRIS ممکن است انزال و ارگاسم زنان را به تأخیر بیندازند و همچنین می‌توانند باعث کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند، دلیل دیگر اینکه علائم افسردگی در بین بیماران مبتلا به OCPD بسیار شایع است.

1. Premature Ejaculation.

۲. B علائم اجتناب (منعکس کننده اجتناب از افکار، احساسات یا یادآوری‌های آسیب‌ها است؛

۳. C تغییرات منفی در شناخت یا خلق و خوی (ممکن است شامل باورهای منفی مداوم در مورد خود یا جهان، احساسات منفی مرتبط با آسیب (مانند گناه، شرم، خشم، وحشت)، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های مهم و احساس بیگانگی از دیگران باشد. همچنین ناتوانی در تجربه احساسات مثبت یا عاشقانه؛

۴. تغییرات در برانگیختگی و واکنش‌پذیری، شامل تحریک‌پذیری یا پرخاشگری، رفتارهای خود تخریب کننده یا بی‌ملاحظه، هوشیاری بیش از حد، واکنش مبالغه‌آمیز و مشکلات تمرکز و خواب است.

اختلال استرس پس از سانحه بر زندگی عاطفی، اجتماعی، حرفه‌ای و جنسی تأثیر می‌گذارد [۴۸]. هنوز مشخص نیست که آیا جمعیت‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، دارای سطوح طبیعی میل جنسی هستند یا خیر. مطمئناً این بیماران دارای بدکارکردی‌های جنسی از جمله اختلال در عملکرد نعوظ (شیوع حدود ۶۹٪) و مشکلات ارگاسم هستند و بنابراین، سطح پایین رضایت جنسی را گزارش می‌کنند [۴۰]. اختلال استرس پس از سانحه ممکن است بر انواع پیامدهای جنسی، از جمله میل جنسی، عملکرد (مانند برانگیختگی جنسی، ارگاسم)، درد تناسلی لگنی، رضایت جنسی، پریشانی جنسی، و فراوانی فعالیت جنسی تأثیر بگذارد. علاوه بر این، مشکلات جنسی ممکن است با درمان اختلال استرس پس از سانحه از بین نرود [۴۷ - ۴۹].

تحقیقات نشان می‌دهد، در بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه، قرار گرفتن در معرض تروما به تنهایی، ارتباط نزدیکی با مشکلات جنسی دارد. با این حال، داشتن یک ترومای جنسی ممکن است خطر منحصر به فردی را برای مشکلات جنسی در مقایسه با داشتن یک ترومای غیرجنسی ایجاد کند. ارتباط بین اختلال استرس پس از سانحه و مشکلات جنسی در برخی موارد بر اساس جنسیت متفاوت است، اما هیچ توافق کلی در متون مرتبط یافت نمی‌شود. زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با جنگ، بدکارکردی جنسی بیشتری را در مقایسه با مردان تجربه کردند. به طور خاص، نتایج ممکن است بر اساس جنسیت برای سازه‌هایی که از نظر اجتماعی توسط

خود به روش گذشته‌نگر، عملکرد جنسی و سابقه جنسی ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال هراس و فوبیای اجتماعی را ارزیابی کردند. آنها دریافتند، در تحقیقاتشان، بیزاری جنسی ثانویه به اختلال هراس، مرتبط است: بیماران می‌گویند که از رابطه جنسی اجتناب می‌کنند زیرا می‌ترسیدند که در حین مقاربت دچار حمله وحشت زدگی شوند. این نتایج هم در مردان و هم در زنان یافت شد و نشان می‌دهد که تنفر جنسی ممکن است بخشی از طیف آگورافوبیک باشد. مطالعات انجام شده در مورد تمایلات جنسی در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی، همبودی را در حدود ۳۰٪ نشان می‌دهد. اختلال در برانگیختگی (از دست دادن میل در حین مقاربت) و اختلالات ارگاسم - انزال در مردان مبتلا به فوبیای اجتماعی شیوع بیشتری دارد. برخی از مطالعاتی که فوبیای اجتماعی را در جمعیت‌های مرد مورد تجزیه و تحلیل قرار داده‌اند، شیوع بالایی از PE (۴۷٪) را نشان داده‌اند، در حالی که برخی دیگر، با تأخیر در انزال (۳۳٪) مرتبط بوده‌اند. همبستگی بین PE و فوبیای اجتماعی پذیرفته شده است. به نظر می‌رسد لذت و رضایت جنسی در افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی مختل می‌شود. زنان مبتلا به فوبیای اجتماعی بیشتر احتمال دارد، همزمان بدکارکردی‌های جنسی همچون بی‌میلی جنسی (۴۶٪)، درد به هنگام رابطه جنسی (۴۲٪) و دفعات کمتر آمیزش جنسی تجربه کنند [۴۲].

اختلال استرس پس از سانحه^۱ و بدکارکردی‌های جنسی

اختلال استرس پس از سانحه، یک اختلال مزمن، ناتوان کننده و خارج از تحمل انسان است که به دنبال قرار گرفتن در معرض حوادث تروماتیک شدید، تجربه موقعیت‌های آسیب‌زا و مواجهه با حوادثی مانند جنگ، سیل، زلزله، تصادفات رانندگی، بمباران، وحشت، زندگی در اردوگاه‌های جنگ، شکنجه، حمله و تجاوز بروز می‌نماید [۴۶، ۴۷].

در DSM-5، چهار گونه علائم برای اختلال استرس پس از سانحه توصیف شده است:

۱. علائم نفوذ (شامل خاطرات مکرر و ناخواسته، کابوس‌های شبانه، بازگشت به گذشته و پریشانی شدید یا واکنش‌های فیزیولوژیکی پس از قرار گرفتن در معرض یادآورهای تروماتیک است؛

1. Post-Traumatic Stress Disorder

کابوس‌های شبانه، ممکن است تأثیر کمتری بر عملکرد جنسی داشته باشند. در عین حال، همین علائم ممکن است منجر به خوابیدن در تخت‌های جداگانه شود و تشریفات و رفتارهای اجتنابی را که کیفیت رابطه و عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد، افزایش دهد. این یافته نشان می‌دهد که تلاش‌های درمانی برای ارتقای رضایت از رابطه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، می‌تواند تأثیر مثبتی بر عملکرد جنسی در بیشتر حوزه‌های آن داشته باشد [۵۲ - ۵۳].

استفاده از داروهای ضد افسردگی، پیش‌بینی کننده قابل توجهی برای اختلال در عملکرد ارگاسم و میل جنسی است. به عنوان مثال، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که از داروهای ضد افسردگی استفاده می‌کنند، خطر ابتلا به بدکارکردی جنسی مانند: انزال تاخیری (DE)^۱ و کم میلی جنسی (HSD)^۲ را افزایش می‌دهند [۵۲ - ۵۴].

حملات وحشت‌زدگی و بدکارکردی‌های جنسی

فیگوریا و همکارانش دریافتند، اختلال بیزاری جنسی، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در بیماران مبتلا به اختلال پانیک است. تجزیه و تحلیل ۶۰۹۴۹ بیمار مبتلا به بدکارکردی نعوظ نشان داد، در مردان مبتلا به اختلال پانیک، نسبت به جمعیت عادی، احتمالاً مبتلا به اختلال نعوظ بیشتر است [۴۰].

اختلال وسواس فکری- عملی و بدکارکردی‌های جنسی

اختلال وسواس فکری عملی (OCD) یک وضعیت سلامت روان مزمن است و با افکار، تکان‌ها یا تصاویر ذهنی مکرر و ناخواسته به نام وسواس همراه با رفتارهای تکراری به نام اجبار مشخص می‌شود [۲].

رابطه جنسی در بیماران OCD موضوعی است که کمتر شناخته شده است. یکی از اولین مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داد که حدود ۱۰٪ از بیماران زن مبتلا به OCD، آنورگاسمی و ۲۲٪ مشکلات برانگیختگی جنسی داشتند، در حالی که ۲۵٪ از بیماران مرد دارای برانگیختگی جنسی کمتر و ۱۲٪ مشکلات انزال زودرس داشتند. ۶٪ اختلال نعوظ، و ۳۹٪ از بیماران ناراضی جنسی [۵۵].

به تازگی، تاکورتا و همکارانش گزارش کردند، اختلال عملکرد جنسی، ۳۳ درصد از نمونه‌ای از زنان مبتلا به

جنسیت مشروط می‌شوند متفاوت باشد (مثلاً انتظارات فراوانی جنسی یا اهمیت جنسی). علاوه بر این، در برخی موارد (به عنوان مثال، عملکرد ارگاسم)، تعداد نامتناسب مطالعات انجام شده در نمونه‌های صرفاً مردان، نتیجه‌گیری در مورد عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را نامناسب می‌کند [۴۹].

مطالعات انجام شده رابطه بین اختلال استرس پس از سانحه را با انواع اختلالات در حوزه‌های خاص بدکارکردی‌های جنسی (مانند میل، برانگیختگی و ارگاسم) به وضوح نشان داده‌اند. از سوی دیگر، نشانه‌های خاص اختلال استرس پس از سانحه یا همان نشانه‌های ۴گانه اختلال استرس پس از سانحه، ممکن است بر شیوع بدکارکردی جنسی به شکلی نابرابر تأثیر بگذارد. به عنوان مثال، به نظر می‌رسد که علائم احساسی و اجتنابی، ارتباط نزدیک تری با اختلال در عملکرد جنسی و سطح بالاتر اضطراب جنسی داشته باشند تا سایر علائم [۵۰]. به نظر می‌رسد نمره بالا در علائم گروه C (تغییرات منفی مرتبط با تروما در شناخت و خلق و خوی) شایع‌ترین پیش‌بینی کننده بدکارکردی جنسی در میان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه باشد. علائم گروه C، همچون انتظارات منفی از خود، دیگران یا جهان، سرزنش تحریف شده مداوم خود یا دیگری برای تروما، وضعیت عاطفی منفی فراگیر، کاهش علاقه یا مشارکت در فعالیت‌های مهم، احساس جدایی یا بیگانگی از دیگران، یا ناتوانی مداوم در تجربه احساسات مثبت، مانع از ظرفیت فرد برای مشارکت کافی در رفتار(های) جنسی می‌شود. در نتیجه، علائم گروه C، سطوح پایین‌تری از رضایت در زندگی جنسی را پیش‌بینی می‌کنند [۵۱].

وجود همسر، پیش‌بینی کننده برجسته بعدی بدکارکردی جنسی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است. نتایج در نمونه کلی نشان داد، داشتن همسر، خطر ابتلا به بدکارکردی‌های جنسی (عدم نعوظ، تأخیر در انزال، کم میلی جنسی) را کاهش و رضایت جنسی کلی را افزایش می‌دهد. بودن در یک رابطه، ارزش پیش‌بینی کننده‌ای برای PE ندارد [۵۲].

علاوه بر این، اختلال استرس پس از سانحه، ممکن است به طور غیرمستقیم از طریق تغییر الگوهای رفتاری، بر روابط و عملکرد جنسی تأثیر بگذارد. برای مثال، بی‌خوابی و

1. Delayed Ejaculation

2. Hypoactive Sexual Desire

جنسیت، در اختلال وسواس اجباری (OCD) مورد مطالعه قرار نگرفته است. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد مشکلات جنسی در بیماران OCD، به ویژه تحریک جنسی کم (SE) و بازداری جنسی (SI) شیوع بیشتری دارند. بازداری جنسی در بیمارانی که حساسیت به انزجار، وسواس آلودگی، وسواس شستشو و کمال‌گرایی بالاتری دارند، بیشتر است [۵۸].

اختلال بدریخت‌انگاری بدن و بدکارکردی‌های جنسی

افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن (BDD)^۱، بیش از حد درگیر یک نقص در ظاهر خود هستند که یا برای دیگران قابل مشاهده نیست یا جزئی به نظر می‌رسد. فرد، معمولاً رفتارهای تکراری (مثلاً بررسی یا مقایسه) را در پاسخ به نگرانی‌ها انجام می‌دهد. آنها همچنین باید از لحاظ بالینی، پریشانی یا اختلال قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم را تجربه کنند [۵۹].

مطالعات انجام شده بر روی ناتوانی جنسی و بدریخت‌انگاری بدن نشان می‌دهد که بین تصویر ذهنی از بدن و عملکرد جنسی و رضایت، رابطه معناداری وجود دارد. علاوه بر این، مطالعات، رابطه معناداری بین شاخص توده بدنی و اختلال عملکرد جنسی نشان دادند. رضایت جسمانی نیز، با عملکرد جنسی رابطه معناداری داشت [۶۰]. زنانی که نسبت به بدن خود احساس خوبی دارند بیشتر از زنانی که احساس بدی دارند از عملکرد جنسی لذت می‌برند [۶۱]. تحقیقات اخیر ویل^۲ بر روی مردان مبتلا به BDD که عمدتاً مرتبط با اندازه آلت تناسلی بود، نشان داد که مردان مبتلا به BDD در مورد آلت تناسلی خود در مقایسه با مردانی که اضطراب آلت تناسلی کوچک دارند و همچنین افراد گروه کنترل، شرم و دخالت بیشتری در روابط خود گزارش کردند [۵۹]. باید به این نکته مهم توجه کرد؛ افسردگی، استرس، اضطراب، خشم و ترس ناشی از اختلال بدریخت‌انگاری بدن، می‌تواند در عملکرد جنسی اختلال ایجاد کند و از فعالیت جنسی مطلوب جلوگیری کند [۶۲، ۵۹].

اختلالات خوردن و بدکارکردی‌های جنسی

تعداد زیادی از مطالعات انجام شده، به مشکلات جنسی

OCPD را تحت تأثیر قرار داده است. اختلال در عملکرد ارگاسم، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی بود. ۵۱٪ از زنان مشکل ارگاسم داشتند و پس از آن مشکلات میل جنسی در ۱۵/۳۸٪ وجود داشت. قاسم زاده و همکاران دریافتند، اختلال عملکرد جنسی در ۸۰/۶ درصد از زنان و ۲۵ درصد از مردان دارای اختلال وسواس وجود دارد. برخی شواهد از تحقیقات اجتماعی و بالینی نشان می‌دهد، علائم وسواس فکری اجباری و تشخیص OCPD با عملکرد جنسی بدتر، بدکارکردی جنسی و رضایت جنسی کمتر، مرتبط است [۵۷].

شیوع بدکارکردی جنسی در زنان مبتلا به OCD، ۳۹ درصد است. بیماران ممکن است انزجار جنسی، فقدان میل جنسی، برانگیختگی جنسی بسیار کم، آنورگاسمی و اجتناب زیاد از آمیزش جنسی را گزارش کنند. بیماران مبتلا به OCD اختلال شدیدی در روابط بین فردی و جنسی نشان می‌دهند و تمایل دارند خود را در مقایسه با بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی کمتر احساسی و شهوانی بدانند [۴۰].

دلایل متعددی وجود دارد، چرا بیماران مبتلا به OCPD ممکن است عملکرد جنسی یا رضایت جنسی خود را مختل بدانند. نخستین مورد ممکن است مربوط به اثرات داروهای روان‌پزشکی باشد. مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) ممکن است به خصوص انزال و ارگاسم زنان را به تأخیر بیندازند، اما همچنین می‌توانند باعث کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند. اگرچه عوارض جانبی جنسی ناشی از SSRI وابسته به دوز و عموماً برگشت پذیر است، اما از این داروها، معمولاً دوزهای بالایی در درمان OCPD استفاده می‌شود و عوارض جانبی جنسی ممکن است گاهی پس از قطع درمان و تا مدت‌ها باقی بماند. تمرکز ارزیابی روی تمایلات جنسی در OCD ممکن است پیش‌آگهی، پاسخ‌درمانی به علائم OCD و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. افزایش دانش در مورد تمایلات جنسی در OCD ممکن است معرفی راهبردهای درمانی اختصاص داده شده به تمایلات جنسی را پیشنهاد کند. تحقیقات اخیر نشان داده است، مشارکت همسر در درمان (یعنی زوج‌درمانی با هدف قرار دادن مشکلات و استرس‌های زوجی مرتبط با OCD و غیر OCD) می‌تواند باعث کاهش علائم و بهبود عملکرد زوج شود [۵۵].

1 . Body Dysmorphic Disorder

2 . Veale

افراد مبتلا به اختلال خوردن، پیش‌بینی‌کننده ناراحتی جنسی بیشتر، بدکارکردی جنسی بیشتر، حواس‌پرتی‌های شناختی مبتنی بر ظاهر و عملکرد بیشتر در طول فعالیت جنسی و خودکارآمدی جنسی ضعیف است. نارضایتی از بدن و نگرانی‌های خوردن، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم برای عملکرد کلی جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم هستند، در حالی که نارضایتی از بدن به تنهایی، لزج شدن، میل، درد و رضایت جنسی را پیش‌بینی می‌کند. به طور کلی، ارتباط قوی‌تری بین ناامنی‌های جنسی، پریشانی جنسی و اختلال در خوردن نسبت به اختلال عملکرد جنسی وجود دارد. شاید ناامنی جنسی، منعکس‌کننده یک تمایل شناختی کلی به سمت ناامنی و اعتماد به نفس ضعیف باشد که در بین زنان مبتلا به اختلال خوردن رایج است [۶۷].

از میان جنبه‌های اختلال خوردن که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، نارضایتی از بدن به عنوان شایع‌ترین و برجسته‌ترین پیش‌بینی‌کننده نگرانی‌های جنسی، شناخته شد. در نتیجه بهبود عملکرد جنسی با کاهش برخی از ویژگی‌های آسیب‌شناختی روانی خاص (اختلال خوردن)، مانند ناراحتی بدن، مرتبط است. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که بازیابی وزن و کاهش پرخوری، ارتباط مستقیمی با این نتایج ندارد [۶۸].

به عبارت دیگر، برخی از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی^۱ (AN) به وزن طبیعی بازگشتند، اما همچنان تمایلات جنسی مختل را نشان دادند. برخی از بیماران مبتلا به پرخوری عصبی^۲ (BN) پرخوری را قطع کردند، اما همچنان اختلالات جنسی را گزارش کردند. این مشاهدات، مطالعات قبلی را تأیید می‌کند که رابطه‌ای خاص بین آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن و اختلال عملکرد جنسی وجود دارد و تا حدی با این فرضیه که اختلال عملکرد جنسی در AN منحصراً به دلیل کاهش وزن و هیپوگنادیسم ثانویه است، تناقض دارد. توضیح فرضی این است که مراحل درون روانی مربوط به اثرات CBT باعث کاهش ناراحتی بدن بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی می‌شود و بهبود رابطه با بدن خود، می‌تواند به بهبود تمایلات جنسی کمک کند. بر این اساس گزارش شده است؛ وقتی افراد به نگرش سالمی نسبت به بدن خود دست

قابل توجه در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن اشاره می‌کنند. بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری، اغلب با بدکارکردی‌های جنسی، مانند میل کم، درد جنسی و اختلال ارگاسم همراه هستند [۶۳، ۶۴].

نگرانی‌های جنسی در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن، هم پیامدهای فیزیولوژیکی و روانی اختلال خوردن و هم رفتارهای جبرانی (مانند استفراغ، مصرف ملین) را منعکس می‌کند. هم اختلالات خوردن و هم شرایط رفتار جنسی، هر دو در عوامل مرتبط با علت‌شناسی و ویژگی‌های آسیب‌شناختی روانی، اشتراکاتی دارند. با توجه به همپوشانی بین اختلالات خوردن و بدکارکردی‌های جنسی، برخی از ویژگی‌های روانشناختی ممکن است به عنوان عوامل خطر و نگهدارنده برای هر دو نوع اختلال عمل کنند [۶۵]. به عنوان مثال، اضطراب و اختلالات خلقی از نگرانی‌های مشترک رایج در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن و زنان دارای بدکارکردی جنسی هستند. ویژگی‌های روان‌شناختی مختلف و نسبتاً پایدار مانند کمال‌گرایی، دلبستگی ناایمن، عزت‌نفس پایین و نارضایتی از بدن، به طور مشابه در زنان مبتلا به اختلال خوردن و زنان با بدکارکردی جنسی مشخص است. در میان یک نمونه از جامعه زنان، گرایش به رفتارهای پرخوری و احترام ضعیف به تصویر بدن با ناراحتی جنسی و گسستگی بیشتر در طول رابطه جنسی با شریک زندگی مرتبط بود [۶۴].

در نمونه‌ای از زنان با مدرک کارشناسی، ناامنی‌های جنسی با شدت رفتار خوردن آشفته همراه بود و سطوح بالای اختلال خوردن، ناامنی‌های جنسی بیشتر را پیش‌بینی می‌کرد [۶۶]. یک مطالعه دیگر نشان داد که انگیزه لاغری، پرخوری عصبی و نارضایتی از بدن برای پیش‌بینی مشکلات جنسی در حوزه‌های مختلف عملکرد جنسی، از جمله میل، برانگیختگی، ارگاسم، روان‌سازی، رضایت جنسی، درد جنسی، و ناراحتی جنسی وجود دارد [۶۷].

پرخوری عصبی، نارضایتی از بدن، نگرانی‌های مربوط به خوردن و نگرانی‌های بدنی، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای حواس‌پرتی‌های شناختی مبتنی بر ظاهر و عملکرد در طول فعالیت جنسی هستند. نگرانی‌های مربوط به افزایش وزن نیز، به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم برای حواس‌پرتی‌های شناختی مبتنی بر عملکرد شناخته می‌شود. اختلال خوردن، نارضایتی از بدن و ویژگی‌های روان‌شناختی

1 . Anorexia Nervosa

2 . Bulimi.a Nervosa

نشان داد اختلال در عملکرد جنسی با مصرف داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک نسل دوم رابطه دارد. داروهای ضدافسردگی غیرسروتونرژیک مانند میرتازاپین و به ویژه بوپروپیون خطر کمتری برای اختلال در عملکرد جنسی دارند.

اضطراب در برانگیختگی جنسی نیز مؤثر است. اضطراب ناشی از عوامل استرس زای مختلف، می‌تواند تمرکز را از محرک‌های وابسته به عشق شهوانی منحرف کند و برانگیختگی جنسی را عمدتاً از طریق افزایش مسیر سمپاتیک، مختل کند. علاوه بر میل و برانگیختگی، ارگاسم ممکن است با اضطراب نیز مختل شود. هراس اجتماعی، بر انزال زودرس مردان تأثیر گذاشته و منجر به کاهش لذت جنسی و رضایت جنسی در هر دو جنس می‌شود. اختلال استرس پس از سانحه، بر انزال زودرس و بدکارکردی نعوظ در مردان تأثیر گذاشته و باعث بدکارکردی میل و برانگیختگی زنان می‌شود. هراس اجتماعی بر برانگیختگی میل در هر دو جنس تأثیر دارد. اختلال وسواس فکری-جبری احتمالاً مضرتر از اضطراب اجتماعی یا اختلال اضطراب فراگیر است. اختلال وسواس فکری و جبری باعث بروز طیف وسیعی از بدکارکردی‌های جنسی در هر دو جنس می‌گردد.

مطالعاتی که بر اختلالات شخصیت پرداخته‌اند بسیار اندک است و بیشتر به اختلالات مرزی و نمایشی اشاره شده است. فقدان یا کاهش میل جنسی، مشکل در ارگاسم و فقدان رضایت جنسی در افراد با اختلالات شخصیت نمایشی دیده می‌شود. در اختلال شخصیت مرزی به علت بی‌ثباتی خلقی، داشتن یک ارتباط زناشویی طولانی مدت بسیار بعید می‌باشد.

مطالعاتی که بر اختلالات خوردن متمرکز بوده‌اند، نشان می‌دهد، نارضایتی از بدن و نگرانی‌های خوردن، به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم برای عملکرد کلی جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم ظاهر شدند، در حالی که نارضایتی بدن به تنهایی لزج شدن، میل، درد و رضایت را پیش‌بینی می‌کرد.

با توجه به اثراتی که خود اختلالات بر عملکرد جنسی دارند و اثراتی که درمان آنها بر بدکارکردی جنسی می‌گذارد ایجاد یک پروتکل درمانی و دقت در ارزیابی‌های اولیه بیماران می‌تواند بسیار مفید باشد.

می‌یابند، میل به داشتن رفتار جنسی بیشتری پیدا می‌کنند و اعتماد به نفس بیشتری خواهند داشت؛ این امر، رضایت بهتری را نسبت به فعالیت جنسی در آنها نشان می‌دهد. به طور کلی، این نتایج می‌تواند مفهوم بهبودی در بیماران مبتلا به ED را به چالش بکشد. به نظر می‌رسد ارزیابی که عمدتاً بر روی وزن یا رفتارهای غذایی متمرکز است، نمی‌تواند نمایش مناسبی از روند بهبودی ارائه دهد [۶۸].

بحث و نتیجه‌گیری

با مروری بر مطالعات انجام گرفته، شواهدی بر نقش انتقال دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی یافت شد. دوپامین نقش کلیدی در رفتار جنسی دارد، بخصوص در مردان باعث تسهیل در نعوظ و انزال می‌گردد. سروتونین باعث کاهش عملکرد جنسی در هر دو جنس می‌گردد. نوراپی نفرین، نقش تسهیل‌کننده‌ای در تنظیم رفتار جنسی انسان ایفا می‌کند. اپی نفرین در مردان باعث شکل‌گیری بدکارکردی نعوظ و در زنان منجر به آسیب در برانگیختگی و ارگاسم می‌شود. استیل کولین در نعوظ آلت تناسلی نقش دارد، اما اثر استیل کولین بر کارکرد جنسی زنان چندان مشخص نیست.

بررسی رابطه بین اسکیزوفرنی و بدکارکردی‌های جنسی، هرچند متأثر از عواملی نظیر ماهیت بیماری و داروهای مصرفی است، با این حال نتایج مطالعات نشان دهنده رابطه معناداری بین اسکیزوفرنی و بدکارکردی‌های جنسی می‌باشد. اسکیزوفرنی یک اختلال روانی مزمن است که نیاز به درمان طولانی مدت با داروهای ضد روان‌پریشی دارد. این داروها می‌توانند اثرات نامطلوب مختلفی داشته باشند که به طور بالقوه در پایبندی به درمان، اختلال ایجاد می‌کنند. مطالعات اخیر نشان داده است که داروهایی نظیر اولانزپین، کوتیپین و زیپراسیدون اثرات منفی کمتری بر کارکرد جنسی دارند.

تأثیر اختلال افسردگی و داروهای ضد افسردگی نیز در مطالعات متعددی ثابت شده است. داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک (به‌عنوان مثال، SNRIs, SSRIs) و کلومیپرامین) همگی با شیوع بالایی از اختلال در عملکرد جنسی مرتبط بودند. داروهای غیر سروتونرژیک (مانند بوپروپیون، میرتازاپین و آگوملاتین) با کمترین میزان اختلال در عملکرد جنسی همراه بودند. همچنین مطالعات

- 3- Nosratabadi M, Afzali Grouh A. Effect of Schematic Therapy on Anxiety and Depression Reduction and Improving the Sexual Function of Women with Vaginismus. *Clinical Psychology and Personality*. 2020 Sep 22; 18(2): 11-9.

۴- قائدی، غلامحسین. اختلالات روان‌پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۰۱۷؛ ۱۴(۱): ۱۵۷-۱۸۷.

- 5- Gombert M, Ballester P, Segura A, Peiró AM. Introducing sexual dysfunction in mental care. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2021 Jan 2; 20(1): 69-79.

- 6- Contaldi E, Magistrelli L, Gallo S, Comi C. Striatal dopamine transporter imaging in Parkinson's disease drug-naïve patients: focus on sexual dysfunction. *Neurological Sciences*. 2022 Aug; 43(8): 4769-76.

- 7- Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, la Rosa G, Bramanti P, Anastasi G. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue?. *Brain and Behavior*. 2019 Dec; 9(12): e01389

- 8- Atmaca M. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: current management perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2020 Apr 20: 1043-50

- 9- Souailby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *Journal of Mental Health*. 2020 Nov 1; 29(6): 623-30

- 10-Fanta T, Haile K, Abebaw D, Assefa D, Hibdy G. Assessment of sexual dysfunction and associated factors among patients with schizophrenia in Ethiopia, 2017. *BMC psychiatry*. 2018 Dec; 18:1-9.

- 11-Martínez-Giner G, Giménez-De Llano E, Romero-Rubio D, Abad-Pérez MJ, Sánchez-Martínez V. Sexual dysfunction in people treated with long-acting injectable antipsychotics in monotherapy or polypharmacy: a naturalistic study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022 Jun; 31(3): 576-90

پرکاربردترین و متضادترین روش‌های تجربی برای درمان بدکارکردیهای جنسی همراه با اختلالات روانی عبارتند از: ارزیابی عملکرد جنسی قبل و بعد از شروع داروهای روان‌پزشکی؛ این امر در ویزیت‌های اولیه و بعدی مهم است. این ارزیابی‌ها، اطلاعات مهمی در مورد کاهش عملکرد جنسی (به دلیل اثرات نامطلوب دارو) یا بهبود (به دلیل کاهش افسردگی) ارائه می‌دهد. سایر علل یا عوامل موثر در اختلال عملکرد جنسی عبارتند از: خود اختلال روانی، مصرف الکل، دیابت، تصلب شرایین، بیماری قلبی و شرایط سیستم عصبی مرکزی و محیطی. سایر داروها نیز می‌توانند با تغییراتی در پاسخ جنسی همراه باشند (به عنوان مثال، آنتی‌سایکوتیک‌ها، لیتیوم، تثبیت‌کننده‌های خلق و خو، دیورتیک‌ها، مسدودکننده‌های بتا). در نتیجه اتخاذ یک روند به شرح زیر در درمان اختلالات روانی بسیار عالی می‌باشد:

۱. استفاده از داروهایی که بر عملکرد جنسی اثر کمتری دارند؛ ۲. انتظار بهبود خود به خود؛ ۳. کاهش دوز دارو؛ ۴. افزودن یک پادزهر مانند: مهارکننده‌های فسفو دی استراز؛ ۵؛ ۵- ایجاد تعطیلات دارویی؛ ۶. اقدامات غیردارویی. بررسی همه عوامل مؤثر در رفتارهای جنسی که می‌تواند منجر به بدکارکردی جنسی در افراد دارای اختلالات روانی گردد، کاری بسیار پیچیده و سخت است و تفکیک این موضوع که چه اندازه از مشکلات و بدکارکردی‌های جنسی به دلیل استفاده از دارو یا خود اختلال است، کار ساده‌ای نیست. با توجه به این مشکلات، 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

۱- فخرایی، امیر؛ . اثربخشی مقدماتی درمان شناختی - رفتاری بر اختلال نعوظ جنسی و شدت علائم روان‌شناختی همبود: پژوهش مورد منفرد. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۰۲۰؛ ۱۶(۲): ۶۹-۷۹.

2- Ma F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5 (DSM-5). In *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* 2022 May 24 (pp. 1414-1425). Cham: Springer International Publishing

- 21-Nebhinani N, Grover S, Avasthi A. Sexual dysfunction in male subjects receiving trifluoperazine, risperidone, or olanzapine: Rates vary with assessment questionnaire. *The primary care companion for CNS disorders*. 2012 Apr 26; 14(2): 26855
- 22-Shanmugasundaram N, Nivedhya J, Karthik MS, Ramanathan S. Risperidone-induced retrograde ejaculation and lurasidone may be the alternative. *Industrial Psychiatry Journal*. 2019 Jan; 28(1): 152.
- 23-Montejo AL, Prieto N, de Alarcón R, Casado-Espada N, de la Iglesia J, Montejo L. Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction: a clinical approach. *Journal of clinical medicine*. 2019 Oct 7; 8(10): 1640
- 24-Downing L, Kim DD, Procyshyn RM, Tibbo P. Management of sexual adverse effects induced by atypical antipsychotic medication. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2019 Jul 1; 44(4): 287-8.
- 25-Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's health*. 2018 Apr 9; 14: 1745506518762664.
- 26-Kelly DL, Powell MM, Wehring HJ, Sayer MA, Kearns AM, Hackman AL, Buchanan R, Nichols RB, Adams HA, Richardson CM, Vyas G. Adjunct Aripiprazole Improves Prolactin and Prolactin-Related Side Effects in Premenopausal Women with Psychosis: Results from the DAAMSEL Clinical Trial. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2018 Aug; 38(4): 317.
- ۲۷-افضلی، گروه؛ فرخزادیان؛ علی‌اصغر. بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در تغییر سطح رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی در کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۰۲۰؛ ۱۶(۲)، ۱۱۳-۲۱.
- 28-Chokka PR, Hankey JR. Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2018 Jan; 8(1): 13-23.
- 29-Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Medical Journal of Australia*. 2020 Apr; 212(7): 329-34.
- 12-Edinoff AN, Nix CA, Fort JM, Kimble J, Guedry R, Thomas G, Cornett EM, Kaye A, Kaye AD. Sexual Dysfunction in Schizophrenia: A Narrative Review of the Mechanisms and Clinical Considerations. *Psychiatry International*. 2022 Mar; 3(1): 29-42.
- 13-Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, la Rosa G, Bramanti P, Anastasi G. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue?. *Brain and Behavior*. 2019 Dec; 9(12): e01389
- 14-Kane JM, Correll CU. Optimizing treatment choices to improve adherence and outcomes in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*. 2019 Sep 17; 80(5): 13505.
- 15-Serretti A, Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *International clinical psychopharmacology*. 2011 May 1; 26(3):130-40.
- 16-Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *Journal of Mental Health*. 2020 Nov 1; 29(6):623-30.
- 17-Byerly MJ, Nakonezny PA, Bettcher BM, Carmody T, Fisher R, Rush AJ. Sexual dysfunction associated with second-generation antipsychotics in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: an empirical evaluation of olanzapine, risperidone, and quetiapine. *Schizophrenia research*. 2006 Sep 1; 86(1-3): 244-50.
- 18-Kelly DL, Conley RR. A randomized double-blind 12-week study of quetiapine, risperidone or fluphenazine on sexual functioning in people with schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2006 Apr 1; 31(3): 340-6.
- 19-Adelufosi AO, Adebawale TO, Abayomi O, Mosanya JT. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General hospital psychiatry*. 2012 Jan 1; 34(1): 72-9.
- 20-Montejo AL, de Alarcón R, Prieto N, Acosta JM, Buch B, Montejo L. Management strategies for antipsychotic-related sexual dysfunction: a clinical approach. *Journal of Clinical Medicine*. 2021 Jan 15; 10(2): 308.

- 38-Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *Journal of Mental Health*. 2020 Nov 1; 29(6): 623-30.
- 39-Montejo AL, de Alarcón R, Prieto N, Acosta JM, Buch B, Montejo L. Management strategies for antipsychotic-related sexual dysfunction: a clinical approach. *Journal of Clinical Medicine*. 2021 Jan 15; 10(2): 308.
- 40-Corretti G, Baldi I. The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatric Times*. 2007 Aug 1; 24(9):16-21
- 41-Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1988 Oct
- 42-Forbes MK, Baillie AJ, Schniering CA. A structural equation modeling analysis of the relationships between depression, anxiety, and sexual problems over time. *The Journal of Sex Research*. 2016 Oct 12; 53(8): 942-54
- 43-Zuk M. The case of the female orgasm. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2006; 49(2): 294-8.
- 44-Pyke RE. Sexual performance anxiety. *Sexual medicine reviews*. 2020 Apr; 8(2): 183-90.
- 45-Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's health*. 2018 Apr 9; 14: 1745506518762664.
- ۴۶-سیرتی‌نیر، مسعود؛ عبادی، عباس؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ تولایی عباس. پیامدهای زندگی با اختلال استرس پس از ضربه: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۱۳۹۱؛ ۱(۲): ۹۲-۱۰۱.
- 30-Montejo AL, Prieto N, de Alarcón R, Casado-Espada N, de la Iglesia J, Montejo L. Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction: a clinical approach. *Journal of clinical medicine*. 2019 Oct 7; 8(10): 1640.
- 31-Montejo AL, Calama J, Rico-Villademoros F, Montejo L, González-García N, Pérez J. A real-world study on antidepressant-associated sexual dysfunction in 2144 outpatients: the SALSEX I study. *Archives of sexual behavior*. 2019 Apr; 48: 923-33.
- 32-Jacobsen PL, Thorley EM, Curran C. Real-world patient experience with sexual dysfunction and antidepressant use in patients with self-reported depression: A cross-sectional survey study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 2020 Jun 1; 36: 57-64.
- 33-Jacobsen PL, Nomikos GG, Zhong W, Cutler AJ, Affinito J, Clayton A. Clinical implications of directly switching antidepressants in well-treated depressed patients with treatment-emergent sexual dysfunction: a comparison between vortioxetine and escitalopram. *CNS spectrums*. 2020 Feb; 25(1): 50-63.
- 34-Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *Journal of Mental Health*. 2020 Nov 1; 29(6): 623-30.
- 35-Olose EO, Adubina IB, Okafor CJ, Busari CO, Edet B, Chukwujekwu DC. Sexual Dysfunction among Psychiatric Patients on Antipsychotic Medications. *Biol Med*. 2021; 13:100291.
- 36-Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*. 2014 Jul; 16: 1-2.
- 37-Edinoff AN, Nix CA, Fort JM, Kimble J, Guedry R, Thomas G, Cornett EM, Kaye A, Kaye AD. Sexual Dysfunction in Schizophrenia: A Narrative Review of the Mechanisms and Clinical Considerations. *Psychiatry International*. 2022 Mar; 3(1): 29-42.
- 47-Karimi S, Mottaghi S, Moradi A. The effectiveness of prolonged exposure therapy on resilience and the clinical symptoms in sexually abused girls with post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2022 Aug 23; 20(1): 59-73.

- 56-Ghassemzadeh H, Raisi F, Firoozikhojastefar R, Meysamie A, Karamghadiri N, Nasehi AA, Fallah J, Sorayani M, Ebrahimkhani N. A study on sexual function in obsessive-compulsive disorder (OCD) patients with and without depressive symptoms. *Perspectives in psychiatric care*. 2017 Jul; 53(3): 208-13.
- 57-Pozza A, Angelo NL, Prestia D, Dèttore D. The role of disgust propensity and sensitivity on sexual excitations and inhibition in obsessive-compulsive disorder. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2019 Dec 12; 22(3).
- 58-Castellini G, Lelli L, Cassioli E, Ricca V. Relationships between eating disorder psychopathology, sexual hormones and sexual behaviours. *Molecular and Cellular endocrinology*. 2019 Nov 1; 497: 110429.
- 59-Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Wylie K, Muir G. Sexual functioning and behavior of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared with men anxious about penis size and with controls: A cohort study. *Sexual Medicine*. 2015 Sep; 3(3): 147-55.
- 60-Noqabi MS, Ebrahimi-Nejad G, Toloue M, Arjmand MM. The Relationship and Prediction Rate of Internet Sex Addiction with Body Dysmorphic Disorder (BDD) in Men. *International Journal of Indian Psychology*. 2023; 11(1).
- 61-Haghtalab T, Ahmadpanah M, Madanchi F. Prediction of Female Sexual Dysfunction Based on Perceived Stress and Body Dysmorphic Disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. 2022 Jul 10; 9(3): 0-.
- 62-Grant JE, Lust K, Chamberlain SR. Body dysmorphic disorder and its relationship to sexuality, impulsivity, and addiction. *Psychiatry research*. 2019 Mar 1; 273: 260-5
- 63-Dunkley CR, Brotto LA. Disordered eating and body dissatisfaction associated with sexual concerns in undergraduate women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2021 Jul 4; 47(5): 460-80.
- 64-Dunkley CR, Svatko Y, Brotto LA. Eating disorders and sexual function reviewed: A trans-diagnostic, dimensional perspective. *Current Sexual Health Reports*. 2020 Mar; 12:1-4.
- 48-Yehuda R, Lehrner AM, Rosenbaum TY. PT and sexual dysfunction in men and women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015 May 1;12(5): 1107-19.
- 49-Bird ER, Piccirillo M, Garcia N, Blais R, Campbell S. Relationship between posttraumatic stress disorder and sexual difficulties: a systematic review of veterans and military personnel. *The journal of sexual medicine*. 2021 Aug; 18(8): 1398-426.
- 50-Letica-Crepulja M, Stevanović A, Protuđer M, Popović B, Salopek-Žiha D, Vondraček S. Predictors of sexual dysfunction in veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Medicine*. 2019 Mar 29; 8(4): 432.
- 51-Birkley EL, Eckhardt CI, Dykstra RE. Posttraumatic stress disorder symptoms, intimate partner violence, and relationship functioning: A meta-analytic review. *Journal of Traumatic Stress*. 2016 Oct; 29(5): 397-405.
- 52-Kratzer L, Heinz P, Schennach R, Knefel M, Schiepek G, Biedermann SV, Büttner M. Sexual symptoms in post-traumatic stress disorder following childhood sexual abuse: A network analysis. *Psychological Medicine*. 2022 Jan; 52(1): 90-101.
- 53-Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-induced female sexual dysfunction. In *Mayo Clinic Proceedings* 2016 Sep 1 (Vol. 91, No. 9, pp. 1280-1286). Elsevier.
- 54-Pozza A, Veale D, Marazziti D, Delgadillo J, Albert U, Grassi G, Prestia D, Dèttore D. Sexual dysfunction and satisfaction in obsessive compulsive disorder: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. 2020 Dec; 9:1-3.
- 55-Thakurta RG, Dhar OP, Sarkar S, Ray P, Mallick AK. Prevalence and nature of sexual dysfunctions in OCD in a tertiary medical college. *East J Psychiatry*. 2016; 17(2): 20-30.

- 67-Castellini G, Lelli L, Corsi E, Campone B, Ciampi E, Fisher AD, Mallardo L, Monteleone AM, Rotella F, Tofani T, Vignozzi L. Role of Sexuality in the Outcome of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2017 Jan 1; 86(6): 376-8.
- 68-Castellini G, Lelli L, Lo Sauro C, Fioravanti G, Vignozzi L, Maggi M, Faravelli C, Ricca V. Anorectic and bulimic patients suffer from relevant sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*. 2012 Oct; 9(10): 2590-9.
- 65-Dunkley CR, Gorzalka BB, Brotto LA. Disordered eating and sexual insecurities in young women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2016 Aug; 25(2):138-47.
- 66-Dunkley CR, Gorzalka BB, Brotto LA. Associations between sexual function and disordered eating among undergraduate women: An emphasis on sexual pain and distress. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2020 Jan 2; 46(1): 18-34.

Research Article

Psychiatric Disorders and Sexual Dysfunctions

Authors

Gholam Hossein Ghaedi^{1*}, Samaneh Shakeri Hossein Abad²

1. Associate Professor in Psychiatry, Neurophysiology Research Center, Shahid University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Ph.D Student in Family and Sexual Health at Shahid University. Tehran. Iran.
s.shakeri63@gmail.com

Abstract

Receive Date:
07/03/2024

Accept Date:
15/06/2024



Sexual dysfunctions have a high prevalence in psychiatric patients. These dysfunctions may arise due to the pathology or drug treatment approaches of psychiatric disorders. Several studies have explored the connection between sexual dysfunctions and psychiatric disorders. This review study aims to investigate this relationship and its various aspects by analyzing numerous research studies in this area. Overall, the findings of these studies indicate the significant impact of psychiatric disorders and medications on the development of sexual dysfunctions. Positive symptoms of schizophrenia (such as psychosis and hallucinations) and its negative symptoms (such as anhedonia) can have adverse effects on interpersonal and sexual relationships. Depression and mood disorders can influence libido, sexual arousal, orgasm, and erectile function. Traditional antidepressants have more adverse effects on sexual functions compared to second-generation antidepressants. Additionally, anxiety disorders can impact sexual dysfunctions like sexual desire disorder, erectile function, and orgasm issues. Individuals with feeding and eating disorders may experience sexual problems. Personality disorders, particularly borderline personality disorder and histrionic personality disorder, are associated with sexual dysfunctions. Despite these findings, studies in this field have fundamental methodological limitations that need to be considered in future research.

Keywords

Sexual Dysfunctions, Psychiatric Disorders, Drug Therapy

Corresponding Author's E-mail

ghaedi.psychiatrist.ac@gmail.com

Research Article

Constructing and Validating Spouses' Sexual Health Questionnaire Based on the Islamic Sexual Health Model

Authors

Amir Ekbia^{1*}, Mohammadreza Bonyani², Hasan Taghian³

1. Master of Arts in Islamic Psychology, The Institute of Higher Education of Ethics and Education, Qom, Iran. (Corresponding Author)

2. Associate Professor, Department of Counseling, The University of Islamic Studies. Qom. Iran. bonyani.1386@yahoo.com.

3. Associate Professor, Department of Psychology, The Al-Mustafa International University. Qom. Iran. taghian@ut.ac.ir

Abstract

Receive Date:
20/06/2023

Accept Date:
15/11/2023



Introduction: "Sexual health" is a crucial aspect of family, individual, and social well-being. Therefore, this study aims to develop and standardize a questionnaire on sexual health for married couples, based on the Islamic sexual health model.

Method: The method of the current research is descriptive. The statistical population includes all Iranian married individuals. Through virtual networks, 581 participants completed the sexual health questionnaire for spouses and the sexual satisfaction questionnaire by Larson (1998) using the available method. To develop the questionnaire, items were initially designed based on the components of the sexual health of spouses as compiled by Baniyani (2019). Subsequently, its content validity was assessed and confirmed by 15 expert reviewers. Finally, confirmatory factor analysis and concurrent validity were employed to validate the questionnaire. Additionally, Cronbach's alpha coefficient was used to assess reliability.

Results: The confirmatory factor analysis of the research was conducted in two stages. The results, after removing inappropriate questions, indicated the optimal fit of the questionnaire. Subsequently, the correlation of the sexual health components of the spouses was analyzed with each other and with the overall structure. The total correlation scores of sexual health with the components were as follows: physical health 0.31, vision health 0.68, emotional health 0.86, and behavioral health 0.92, showing a positive and significant correlation. Furthermore, for the concurrent validity of the questionnaire, its relationship with Larson's sexual satisfaction questionnaire was found to be 0.85, also indicating a positive and significant result. The reliability of the questionnaire, assessed using Cronbach's alpha coefficient for the entire questionnaire, was 0.88. The validity levels were 0.57, 0.64, 0.77 for emotional health, and 0.80 for the physical health component. These results suggest that the validity of the scale, based on internal consistency, is favorable.

Discussion and conclusion: The findings demonstrate the construct validity and acceptable reliability of the spouses' sexual health questionnaire. With its prescriptive content and criteria-based approach, this tool can be valuable for researchers and couple therapists seeking a deeper understanding.

Keywords

"Sexual health of spouses 'questionnaire 'Reliability and Validity 'Islamic sources"

Corresponding Author's E-mail

amir.ekbia@gmail.com

Research Article

Psychometric Properties of Light Triad Scale (LTS) in Iranian Students

Authors

Maryam Safari Shirazi^{1*}, Marziyeh Sadeghzadeh², Fazlollah Mirderikvand³

1. Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Iran. (Corresponding Author)

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Salman Farsi Kazerun University, Kazerun, Iran. sadeghzadeh.mr@gmail.com

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Iran. mirderikvand.f@lu.ac.ir

Abstract

Receive Date:
30/04/2023

Accept Date:
28/10/2023



Introduction: This study aimed to investigate the psychometric properties of the Light Triad Scale (LTS) in a sample of undergraduate students.

Method: The statistical population of this descriptive-cross-sectional study included all undergraduate students of the academic year 2021-2022 at Shiraz University. The research sample comprised 602 students (483 female students and 120 male students) selected through convenience sampling. They participated in the study by completing an online questionnaire. The research utilized various tools including Kaufman et al. Light Triad Scale (2019), the Short Form of Goldberg's Big Five Personality Scale (Khormaei & Farmani, 2014), Collins & Read's Revised Adult Attachment Scale (1996), Gross & John's Emotion Regulation Questionnaire (2003), Jones & Paulhus's Short Dark Triad (2014), Beckham's et al. Cognitive Triad Inventory (1986), and Wallach et al. Freiburg's Mindfulness Inventory Short Form (2006). The study employed exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, calculation of Cronbach's alpha coefficients, as well as assessments of convergent and divergent validity.

Results: The results of both methods of factor analysis have confirmed the existence of a three-factor structure in the studied students. Thus, the three factors of Kantianism, humanism, and faith in humanity together explained 52.8% of the total variance. The values of alpha coefficients for the entire scale and its three subscales were calculated in the range of 0.71 to 0.81, which was a good indicator of internal consistency. The significant correlation coefficients between the total score and the scores obtained from the three subscales with other research tools also demonstrate the appropriate convergent and divergent validity of the tool.

Discussion and conclusion: Based on the results of this research, it can be concluded that the Persian version of the Light Triad Scale (LTS) exhibits desirable psychometric properties among Iranian students.

Keywords

Psychometric Properties, Light Triad, Kantianism, Humanism, Faith in Humanity

Corresponding Author's E-mail

Maryam.safaree@gmail.com

Research Article

Self-Disgust Questionnaire (SDS-R): Investigating Psychometric Features

Authors

Marzieh Ali Vandi Vafa^{1*}, Fatemeh Mirza Aghazadeh², Foad Jasimi³

1. Assistant professor of psychology, Azad University, Tabriz City, Iran.
(Corresponding Author)

2. M.S in clinical psychology, Azad University, Tabriz city, Iran. E_f_aghazadeh@Yahoo.com

3. M.S in clinical psychology, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran.
jasimi1990foad@gmail.com

Abstract

Receive Date:
30/03/2023

Accept Date:
02/10/2023



Introduction: The goal of this study was to determine the psychometric characteristics of the Revised Self-Disgust Scale in Iranians.

Method: This study was basic research. The methodology employed was descriptive-correlative. The statistical population consisted of individuals who had been students at universities in Tabriz city from 2018 to 2019. A total of 392 individuals were randomly selected. The scale was translated by two English language experts, who made alterations based on feedback from psychology professors and 30 pilot test participants. The scale was then administered along with Beck's Depression Scale, Disgust Sensitivity, and the OXFORD Happiness Questionnaire. To assess reliability, the scale was administered again after a 2-week interval. Data analysis was conducted using AMOS and SPSS-22.

Results: The scale has good face validity. Factor analysis confirmed two factors: behavioral (personality) and physical self-disgust. The instrument demonstrated significant convergent validity based on its correlation with the Beck Scale and the Disgust Scale ($r = 0.32, 0.15, p < 0.01$). Additionally, the correlation between the factors was 0.72, and between each factor and the total score was above 0.90. Finally, the results indicated that the internal consistency was 0.83. Test-retest reliability was high ($r = 0.87, p < 0.01$).

Discussion and conclusion: It is inferred that the SDS-R demonstrates good validity and reliability among the Iranian population, making it suitable for measuring the self-disgust variable.

Keywords

self-disgust scale, validity, reliability, physical self-disgust, behavioral self-disgust

Corresponding
Author's E-mail

m.alivand@iaut.ac.ir

Research Article

Psychometric Properties of the Sexual Problems Self-Assessment Questionnaire

Authors

Mahdie Ghafari Movahed¹, Rasol Roshan Chesli^{2*}

1. M.D Student of Clinical Psychology. Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical, Qom Medical Sciences Islamic Azad university, Qom, Iran.

mh.ghafary284@gmail.com

2. Professor, Department of Clinical Psychology Shahed University, Tehran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
04/07/2023

Accept Date:
02/01/2024



Introduction: Accurate identification of the extent of sexual problems in couples using precise, valid, practical measurement tools can pave the way for a thorough evaluation and effective treatment planning. With this objective, the present study was conducted to investigate the psychometric aspects, validity, and reliability of the self-assessment questionnaire for sexual problems in Iranian society.

Method: This study was conducted in the field of psychometrics and was descriptive. The study sample consisted of 385 couples from Qom province who were available for participation. The Persian version of the sexual problems self-assessment questionnaire was adapted and administered, along with the sexual satisfaction questionnaires (ISS) and the depression, anxiety, and stress questionnaire, following the stages of translation and re-translation. The exploratory and confirmatory factor analysis methods were employed to assess construct validity. Content validity was evaluated using the CVI and CVR indexes. Convergent validity was examined by calculating the Pearson correlation between the scores of this questionnaire and the scores of the sexual satisfaction questionnaire, while divergent validity was assessed by calculating the Pearson correlation coefficient between the scores of this questionnaire and the scores of the depression, anxiety, and stress questionnaire. Reliability was measured using the binomial method and Cronbach's alpha calculation. Data analysis was performed using SPSS version 24 and Laserl version 8.8 software. A significance level of 0.05 was applied.

Results: Exploratory factor analysis revealed that the self-assessment questionnaire on sexual problems is a multidimensional scale and explains a high number of variables in the questionnaire. The confirmatory factor analysis of the 5-factor model of the questionnaire was validated and exhibited good fit indices (RMSEA=0.08). In this study, all content validity indicators were at an acceptable level (above 0.80). Convergent validity ranged from 0.50 to 0.79, and divergent validity ranged from -0.40 to -0.62 ($p < 0.05$). The questionnaire's Cronbach's alpha was 0.93, and the correlation coefficient between the two halves of the test was 0.77 ($p < 0.05$).

Discussion and conclusion: The results indicate the validity and reliability of the self-assessment questionnaire for sexual problems in married Iranian men and women. Due to its reliability and validity, this questionnaire can be utilized in research and clinical settings and has been the focus of numerous studies in the field of family psychology for identifying sexual problems.

Keywords

sexual problems, sexual satisfaction, negative emotions, validity, reliability

Corresponding Author's E-mail

rasolroshan@yahoo.com

Research Article

Structural Modeling of Borderline Personality Traits in Adolescents Based on Object Relations and Childhood Trauma: The Mediating Role of Mentalization Capacity

Authors

Kowsar Hosseinian Langouri Sorkhi¹, Zeynab Khanjaani^{2*}, Touraj Hashemi³

1. M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. hossiniankowsar1998@gmail.com

2. Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

3. Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. tourajhashemi@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
18/11/2023

Accept Date:
07/02/2024



Introduction: The clinical symptoms of borderline personality disorder typically begin in early adulthood and severely disrupt an individual's functioning in various areas, especially interpersonal relationships. Therefore, it is essential to examine the factors that play a role in the development of the core of borderline personality disorder. The purpose of the current research is to model the structural relationships of borderline personality symptoms in adolescents based on object relations and childhood trauma, considering the mediating role of mentalization capacity.

Method: The current research employs a descriptive and correlational research design. A sample of 342 individuals was selected from secondary school students in Babolsar city using a multi-stage cluster random sampling method. The variables were measured using the Borderline Personality Features Scale for Children (Crick, 2005), the Bell Relationship Inventory for Adolescents (Morris Bell, 2003), the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003), and the Reflective Functioning Questionnaire for Youth (Sharp et al., 2009). To analyze the collected data, both SPSS 24 and SMART PLS 3.2.8 software were utilized.

Results: The results indicated that maladaptive object relations and childhood trauma have a direct and indirect impact on borderline personality traits through weakened mentalizing abilities.

Discussion and conclusion: Based on the research findings, it can be concluded that dysfunctional object relations and childhood trauma can independently predict borderline personality symptoms in adolescence. Moreover, object relations and childhood trauma can impede the development of mentalization. By disrupting the formation of this crucial ability, they lay the groundwork for the emergence of borderline personality traits in adolescence. Recognizing the importance of early object relations, childhood trauma, and mentalization capacity as influential factors in the development of borderline personality traits can deepen our comprehension of the underlying mechanisms. This comprehension, in turn, can facilitate the implementation of preventive measures during adolescence and even earlier stages.

Keywords

Object relations- Childhood trauma- Mentalization capacity- Borderline personality traits.

Corresponding Author's E-mail

dr.khanjaani@gmail.com

Research Article

The Efficacy of Integrated Transdiagnostic Therapy on Emotion Regulation, Irritability, Resilience, and Worry in Individuals with Generalized Anxiety Disorder: A Case Study

Authors

Zahra Askari^{1*}, Marzie Hashemi²

1. Master of Clinical Psychology, Khatam University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Khatam University, Tehran, Iran. M.hashemi2@khatam.ac.ir

Abstract

Receive Date:
06/06/2023

Accept Date:
25/11/2023



Introduction: This study aimed to determine the effectiveness of integrated Transdiagnostic therapy on emotion regulation, irritability, resilience, and worry among individuals suffering from generalized anxiety disorder.

Method: The study utilized a single-case design with multiple baselines (ABAB) and a one-month follow-up. The statistical population comprised individuals diagnosed with generalized anxiety disorder who visited the Arvin Clinic in Tehran in 1401 [2022]. Out of these, three were selected via a convenience sampling method. Twelve sessions of integrated Transdiagnostic therapy (UP) were administered to the participants. Data collection tools included a 7-item scale for generalized anxiety, the Gross and John Emotion Regulation Questionnaire, an irritability questionnaire, a resilience scale, and the Pennsylvania State Worry Questionnaire. For data analysis, the improvement percentage formula, Cohen's effect size, PND effect size, intra-situational visual analysis, and visual plotting were utilized.

Results: The results indicated that integrated Transdiagnostic therapy led to improvements in the research variables. The overall improvement percentages for generalized anxiety in the three participants were 58%, 55%, and 57%, respectively, and these rates remained stable at the one-month follow-up.

Discussion and conclusion: The data analysis suggests the effectiveness of integrated Transdiagnostic therapy in regulating emotions, reducing irritability, enhancing resilience, and decreasing worry among the participants. This treatment can serve as an educational tool for the rehabilitation and improvement of life quality for patients with generalized anxiety disorder.

Keywords

Integrated Transdiagnostic Therapy, Emotion Regulation, Irritability, Resilience, Worry, Generalized Anxiety Disorder.

Corresponding Author's E-mail

z.askari1966@gmail.com

Research Article

The Effective of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotional Awareness, Cognitive Emotion Regulation and Positive and Negative Affect in Anxious Children

Authors

Monir Rahimi¹, Mansore Bahramipour^{2*}

1. M.A, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Isfahan, Iran. monirrahimi74@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
04/08/2023

Accept Date:
07/02/2024



Introduction: The current research was conducted to assess the effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on emotional awareness, cognitive regulation of emotions, and positive and negative emotions in anxious children.

Method: The research method was semi-experimental, involving experimental and control groups, pre-test, post-test, and a 45-day follow-up phase. The participants were anxious children aged 8-12 years, selected through multi-stage random sampling in the academic year of 2019-2020. Two experimental and control groups, each consisting of 15 individuals, were randomly assigned. The experimental group underwent Ehrenreich's (2019) integrated met diagnostic treatment over 15 sessions lasting 40 minutes each, while the control group did not receive any intervention. The research tools included the Anxiety Questionnaire (SCAS), Emotional Awareness Questionnaire (EAQ-30), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). The research data were analyzed using analysis of variance with repeated measurements and SPSS-26 software.

Results: The results of the research showed that integrated meta-diagnostic treatment is effective on emotional awareness, cognitive regulation of emotion, and negative affect in anxious children aged 8 to 12 years. However, the findings of the research do not provide evidence regarding the impact of this treatment on enhancing the average score of positive affects in anxious children.

Discussion and conclusion: It is concluded from the research that paying special attention to interventions for anxious children and providing necessary training to control anxiety within the framework of an appropriate approach (integrated transdiagnostic therapy) can enhance emotional awareness, cognitive regulation of emotions, and positive and negative emotions in anxious children. Finally, based on the findings, integrated transdiagnostic treatment can be considered an effective intervention for anxious children.

Keywords

emotional awareness, anxiety, cognitive regulation of emotion, integrated transdiagnostic treatment, positive and negative emotion.

Corresponding Author's E-mail

bahramipourisfahani@yahoo.com

Research Article

Effectiveness of Marital Enrichment Package Based on Islamic Teachings on Couples' Marital Satisfaction

Authors

Mojtaba Satkin¹, Seyyed Abolghasem Mehrinejad^{2*}, Nemat Sotodehasl³, Hassan Asadzadeh⁴

1. Ph.D in Psychology, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. m_satkin@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

3. Associate Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. sotodeh1@yahoo.com

4. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. asadzadehd@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
28/04/2023

Accept Date:
13/11/2023



Introduction: Marital satisfaction is crucial for the stability and longevity of a shared life, and Islamic teachings can serve as a dependable guide for a fulfilling and stable marriage. This study was conducted to explore the impact of a marital enrichment educational program rooted in Islamic teachings on the marital satisfaction of couples.

Method: The current research was a semi-experimental study with an experimental group, a control group, and a pre-test, and post-test design, followed by a two-month assessment. The statistical population of this research comprised couples seeking assistance from two counseling centers in Tehran. Forty couples were purposefully selected and randomly assigned to two experimental groups (20 couples each) and a control group (20 couples). The experimental group participated in weekly group interventions consisting of 12 face-to-face sessions and 3 training workshops. Both groups underwent evaluations at three stages: pre-test, post-test, and follow-up, utilizing the Enrich Marital Satisfaction Questionnaire. Data analysis was conducted using non-parametric tests, specifically the Wilcoxon and Mann-Whitney tests.

Results: The results showed that the intervention of the marital enrichment program based on Islamic teachings significantly improved marital satisfaction and its subscales, including Communication, Conflict Resolution, and Idealistic Distortion, in couples of the experimental group compared to the control group ($P < 0.002$). The follow-up test further indicated that the training's effect was enduring and significant ($P < 0.001$).

Discussion and conclusion: The educational package designed to enhance marital life through Islamic teachings, an intervention program tailored to cultural norms, has proven effective in boosting the marital satisfaction of couples.

Keywords

Marital Enrichment, Marital Satisfaction, Couples, Islamic Teachings.

Corresponding Author's E-mail

s.mehrinejad@alzahra.ac.ir

Research Article

Early Maladaptive Schemas and Dimensions of Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescents: The Moderating Role of Gender

Authors

Mohadeseh Ahmadi¹, Mostafa Khanzadeh^{2*}, parinaz sajjadian³

1. Master in Clinical Psychologist, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. i1376e@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faizul Islam Non-Governmental Higher Education Institute Khomeini Shahr, Esfahan, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. p.sajjadian@phu.laun.ac.ir

Abstract

Receive Date:
23/07/2023

Accept Date:
12/02/2024



Introduction: Obsessional symptoms, as a major concern in adolescent mental health, are influenced by early maladaptive schemas. However, the distinction in this mechanism between boys and girls has not been clearly defined. Therefore, this study aimed to explore the connection between early maladaptive schemas and dimensions of obsessive-compulsive symptoms in adolescents, considering the moderating effect of gender.

Method: Based on a correlational design, 300 men and women students studying in Isfahan City in 2022-2023 were selected using random cluster sampling. They were administered the Young Schema Questionnaire-Short Form and the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory. Data analysis was conducted using Pearson's correlation, Fisher's Z, and multiple regression statistical tests with SPSS-26 software.

Results: The results of the correlation test showed that there is a relationship between the early maladaptive schemas and the dimensions of obsessive symptoms in adolescents. Additionally, the results of Fisher's Z test indicated that gender can moderate the relationship between the early maladaptive schemas and dimensions of obsessive symptoms. The results of the regression analysis also revealed that the early maladaptive schemas play a more significant role in explaining the overall obsession score of boys adolescents compared to girls adolescents. Moreover, the vulnerability schema in boys adolescents emerged as the most reliable predictor of the total obsession score, whereas in girls adolescents, the dependency schemas domain was the key predictor.

Discussion and conclusion: In general, the results of this research not only support the role of schemas in obsessive-compulsive symptoms among adolescents but also demonstrate the moderating influence of gender on the relationship between early maladaptive schemas and the dimensions of adolescent obsessive-compulsive symptoms. These findings can assist therapists specializing in obsession treatment by tailoring treatment approaches to address specific dimensions of obsessions and compulsions in girls and boys, thereby enhancing therapeutic outcomes.

Keywords

Dimensions of Obsessive-Compulsive Symptoms, Moderation, Gender, Early Maladaptive Schemas, Adolescent

Corresponding Author's E-mail

m.kh@fei.ac.ir

Research Article

The Role of Internet Addiction in Mental Health and Body Image

Authors

Leila Rezvaniyan^{1*}, Susan Rahimzadeh²

1. *M.A in Personality Psychology, Islamic Azad University South Tehran Branch.
(Corresponding Author)*

2. *Assistant Professor, Educational Psychology, Islamic Azad University South Tehran Branch. sayadpour@yahoo.com*

Abstract

Receive Date:
11/07/2023

Accept Date:
23/12/2023



Introduction: The personality traits of individuals addicted to the Internet are noteworthy due to their significant prevalence. Consequently, this research was conducted to investigate the impact of Internet addiction on mental health and body image.

Method: The research method used was a correlational study. The study involved 323 students (244 women, 79 men) from Islamic Azad University, South Tehran branch. The sampling method was based on fingerprinting, with each group consisting of one hundred people. The students were required to complete the Internet Addiction Test (Yang, 1998), the Mental Health Questionnaire (Goldberg, 1972), and the Body-Self Multidimensional Questionnaire (Cash, 1990). Data analysis was conducted using analysis of covariance and the M-Box test. The data were analyzed using the latest version of SPSS.

Results: The results showed that Internet addiction plays a role in reducing mental health ($P < 0.01$) and body image disorder ($P < 0.07$).

Discussion and conclusion: According to the findings of the present study, psychologists and therapists can enhance mental health and prevent body image issues in teenagers and young adults by reducing Internet usage.

Keywords

Internet Addiction, Mental Health, Body Image

Corresponding Author's E-mail

leilarezvaniyan@gmail.com

Research Article

Fidelity to Treatment in School-based Interventions

Authors

Mohammad Mahdi Kaveh Semnani¹, Saeed Akbari Zardkhaneh^{2*}, Omid Shokri³,
Jalil Fathabadi⁴

1. Ph.D Student in Educational Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
kaveh121mm@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
oshokri@yahoo.com

4. Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
j_fathabadi@sbu.ac.ir

Abstract

Receive Date:
26/04/2023

Accept Date:
31/10/2023



Methodology is the foundation for designing an effective intervention. In school-based studies, the term "fidelity to the treatment plan" or "intervention plan" includes methodological strategies essential for monitoring practical interventions. It ensures that the intervention is implemented as intended and that its key components contribute to producing desired outcomes. Fidelity to the treatment plan is a multidimensional concept that includes adherence to the intervention, intervention quality, intervention quantity, and intervention process. This framework enables researchers to ensure the validity and reliability of clinical interventions. Reporting on adherence to treatment and the implementation of an intervention plan offers insights into how to execute the intervention, the suitability of the intervention plan within its intended context, and the challenges encountered during implementation and maintenance. Failure to report on these aspects may result in a lack of information for other researchers and users about the project's conditions. Therefore, determining the optimal level of fidelity to the treatment plan in interventions and measurements is crucial. While researchers have increasingly recognized the importance of fidelity to the treatment plan in recent decades, this area still requires more serious attention. Loyalty to the treatment plan in school-based interventions, given the diverse contexts and structures of schools, as well as the dynamic school environment, demands special consideration. Some researchers and reputable publications have suggested that without reporting fidelity to the treatment plan, it is impossible to ascertain whether behavioral changes in subjects are truly influenced by the independent variable. This article aims to outline the dimensions of fidelity to the treatment plan in school-based interventions.

Keywords

School-Based Interventions, Treatment Fidelity, Intervention Design.

Corresponding Author's E-mail

Akbari76ir@yahoo.com

Research Article

Comparison of Facial Emotion Recognition and Self- Conscious Emotions Shame and Guilt between University Students with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder and Normal

Authors

Mostafa Hokmabadi^{1*}, Ezzatolah Ahmadi²

1. M.A. in General Psychology, Azarbaijan Shahid Madani. Tabriz. Iran.
(Corresponding Author)

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University. Tabriz. Iran.
amiraliahmadi91@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
01/05/2023

Accept Date:
11/11/2023



Introduction: People with generalized anxiety disorder have defects in perception, regulating, and expressing their emotions. The purpose of this research was to determine the difference in facial emotion recognition and self-conscious emotions of shame and guilt between university students with generalized anxiety disorder and normal university students.

Method: This research employed a causal-comparative design, with a statistical population of 400 students from Shahid Madani University of Azarbaijan. A group of 20 individuals exhibiting symptoms of generalized anxiety disorder was selected based on the cut-off scores of the generalized anxiety disorder scale and the structured clinical interview for diagnosing mental disorders. Another group comprising an equal number of individuals without such symptoms was also chosen. All participants underwent evaluations based on their scores in Ekman and Friesen's (1976) facial emotion recognition test and Marshall et al.'s (1994) scale measuring shame and guilt.

Results: Multivariate analysis of variance method was used to analyze the data, which showed a significant difference between the two groups. Further, the results of the univariate analysis showed that there is no significant difference between the normal group and the group with symptoms of generalized anxiety disorder in facial emotion recognition. While there was a significant difference between the two groups in the self-conscious emotions of shame and guilt, and university students with symptoms obtained higher scores on this scale.

Discussion and conclusion: It is essential to consider individuals' conscious emotions of shame and guilt in explaining and treating generalized anxiety disorder.

Keywords

Generalized Anxiety Disorder, Facial Emotion Recognition, Self- Conscious Emotions Shame and Guilt

Corresponding Author's E-mail

mostafahokmabadii1376@gmail.com

Research Article

Comparison of Ego Strength, Defense Mechanisms and Object Relations in Depressed People with Healthy People

Authors

Mohammad Bahmaninia¹, Nadereh Sohrabi Shegafti^{2*}

1. M.A, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran. m.bahmaninia@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
29/07/2023

Accept Date:
29/01/2024



Introduction: Depression is one of the most significant causes of disability worldwide, with numerous adverse effects on both individuals and society. Therefore, it is crucial to identify factors associated with this disorder. This research aimed to compare ego strength, defense mechanisms, and object relations in individuals with depression and those who are healthy.

Method: The design of the current research was a comparative causal type. The statistical population included patients suffering from depression who visited the psychotherapy centers of Shiraz in 2018. A statistical sample of 35 people was selected to participate in the research. Additionally, 35 healthy individuals who matched the patient group in terms of age, education, and gender were selected. Information was collected using ego strength questionnaires, object relations questionnaires, and defense mechanisms questionnaires. The data was analyzed using independent t-tests and analysis of variance.

Results: The results showed that the ego strength in depressed people is significantly lower than in healthy people. Depressed people showed higher scores than the healthy group in the dimensions of Object Relations, including alienation, insecure attachment, self-centeredness, and social incompetence. In the variable of defensive styles, the results showed that depressed people use more defense styles that are immature and irritable, and normal people use developed defense styles.

Discussion and conclusion: The findings of this research provide evidence of the psychological impact of depression and highlight the roles of ego strength, defense mechanisms, and object relations in depressive disorders.

Keywords

Depression, Ego Strength, Object Relations, Defense Mechanisms

Corresponding Author's E-mail

sohrabi_sh2006@yahoo.com

Research Article

The Relationship Between Childhood Trauma and Marital Satisfaction: The Mediating Role of Religious and Spiritual Struggles

Authors

Fatemeh Fooladi^{1*}, Zahra Janghorbanian², Hossein Pourshahriar³

1. Ph.D. Student of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Al-Zahra University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Ph.D. Student of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran. n.janghorbanian@gmail.com

3. Assistant Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. h_pourshahriar@sbu.ac.ir

Abstract

Receive Date:
14/08/2023

Accept Date:
28/01/2024



Introduction: The purpose of this study was to investigate the relationship between unfortunate childhood experiences and marital satisfaction, with a focus on the mediating role of religious and spiritual struggles.

Method: This was a type of correlational study. The researchers examined all couples in Tehran who had been married for 1 to 40 years. From this population, 240 individuals were selected using an available sampling method. Data was collected using the Enrich Couple Satisfaction Scale (1989), the Religious and Spiritual Scale (RSSS) by Exline et al. (2014), and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) by Bernstein et al. The data was analyzed using the Pearson correlation test and structural equation modeling with the assistance of Microsoft Amos and SPSS 25 software.

Results: The findings of this study indicated that the relationship between childhood trauma and spiritual struggles is significant ($p < 0.05$). The role model mediates religious and spiritual struggles in the relationship between childhood trauma and marital satisfaction is well-fitting (RMSEA = 0.081, NFI = 0.93, IFI = 0.93, GFI = 0.91, CFI = 0.91). According to the results of the Sobel test, childhood trauma has influenced marital satisfaction with the mediating role of religious and spiritual struggles.

Discussion and conclusion: It can be concluded that religious and spiritual struggles play a significant mediating role in the relationship between childhood trauma and marital satisfaction. Therefore, it is essential to take action to prevent and treat these struggles by raising awareness about the lasting impact of childhood trauma.

Keywords

Childhood Trauma, Couples, Marital Satisfaction, Religious and Spiritual Struggles

Corresponding Author's E-mail

F.Fooladi@alzahra.ac.ir

Research Article

Investigating the Effectiveness of Decision-support intervention on Treatment Adherence of Patients with Bipolar type II

Authors

Farnoush Mirbagher Ajorpaz¹, Akram Dehghani^{2*}

1. M.Sc. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. far.mirbagher@gmail.com

2. Assistant Professor in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
19/09/2023

Accept Date:
21/01/2024



Introduction: Decision-support interventions include tools known as decision aids, which are designed to facilitate shared decision-making among doctors, patients, and their families. Decision aids come in various formats, such as booklets, websites, and videos. Treatment Decisions That Are Right for You is a booklet that can assist patients with bipolar II in making evidence-based medical and psychological choices that align with their values and preferences. This research aimed to assess the effectiveness of the aforementioned booklet on the treatment adherence of patients with bipolar II.

Method: This study was conducted using a quantitative approach and a semi-experimental method employing a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study comprised men and women with bipolar II disorder residing in Isfahan who sought treatment at Masir Roshd Psychological Clinic or Shahid Modares Psychiatric Hospital on an outpatient basis in 2023. Thirty individuals with bipolar disorder type II were randomly selected and divided into experimental and control groups (n=15 each). Convenience sampling was utilized for this research. Both the experimental and control groups completed the Treatment Adherence Questionnaire as a pretest. The experimental group received decision-support intervention based on the booklet titled "Making Treatment Decisions That Are Right for You." The content of the booklet was explained to patients in four 45-minute sessions, enabling them to make treatment decisions in collaboration with their doctor, psychologist, and family. In contrast, the control group members initiated and continued the treatment process based on decisions made by their doctor/psychologist (paternalistic models of treatment decision-making). After 2 months, a post-test was administered to both the experimental and control groups. Subsequently, the data were analyzed using multivariate covariance analysis.

Results: Findings showed that the decision-support intervention was effective in improving components of treatment adherence, such as diligence in treatment, participation, adherence, and commitment in treatment, with squared values of 0.35, 0.24, 0.30, and 0.64, respectively.

Discussion and conclusion: It can be concluded that a decision-support intervention based on the booklet titled "Making Treatment Decisions That are Right for You" is a suitable option for improving and increasing treatment adherence in patients with bipolar II disorder.

Keywords

Decision-support intervention, decision-aid, Bipolar II, booklet, treatment adherence

Corresponding Author's E-mail

Ddehghani55@yahoo.com

Research Article

Comparison of Distress Tolerance, Anxiety Sensitivity, and Emotional Reactivity in Individuals with Illness Anxiety (IAD) and General Anxiety Disorder (GAD)

Authors

Masoumeh Moqhbeli Hanzai¹, Zahra Zanjani^{2*}, Mina Khalili Sefat³

1. Master of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
moghbelimasoum@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding Author)

3. Master of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
mina_khalilisefat@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
07/08/2023

Accept Date:
21/01/2024



Introduction: Illness anxiety and generalized anxiety disorder are two relatively common disorders that, despite being in two separate diagnostic classes, have many similarities in psychological symptoms. This study was conducted to compare these two disorders in terms of distress tolerance, anxiety sensitivity, and emotional reactivity.

Method: The present study was a case-control study. The study sample included 36 individuals with general anxiety, 36 individuals with illness anxiety, and 36 normal individuals. Data was collected using the Anxiety Sensitivity Inventory, Distress Tolerance Scale, and Emotional Reactivity Scale. Data analysis was conducted using SPSS-19 software and the analysis of variance test.

Results: The study revealed that individuals with general anxiety and illness anxiety exhibit higher levels of anxiety sensitivity and lower distress tolerance compared to individuals without these conditions ($P < 0.05$). However, there was no significant difference in emotional reactivity between the two groups ($F = 0.54, P = 0.58$). Additionally, the findings indicated no variance in distress tolerance between individuals with general anxiety and illness anxiety ($P = 0.06$). Notably, individuals with general anxiety reported higher anxiety sensitivity levels than those with illness anxiety ($P > 0.5$).

Discussion and conclusion: Although anxiety sensitivity plays a more prominent role in generalized anxiety disorder, in general, distress tolerance and anxiety sensitivity seem to be common and trans-diagnostic characteristics in psychological disorders, including generalized anxiety disorder and illness anxiety.

Keywords

Generalized Anxiety Disorder, Illness Anxiety, Distress Tolerance, Anxiety Sensitivity, Emotional Reactivity

Corresponding Author's E-mail

z_zanjani2005@yahoo.com

Research Article

Investigation of Structural Pattern of Relationship between FOMO Syndrome with Nomophobia by Mediating Parenting Stress in Adolescent of Isfahan

Authors

Monireh Heydari¹, Fatemeh Izadi^{2*}

1. M.A Student of Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran. monirehheidari514@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
12/09/2023

Accept Date:
16/01/2024



Introduction: Excessive use of smartphones can be associated with a negative psychological effect known as nomophobia. The present research investigates the structural pattern of the relationship between FOMO syndrome and nomophobia, mediated by parenting stress in Isfahan teenagers.

Method: The study utilized a descriptive-structural-correlational design. The statistical population comprised all adolescents enrolled in the academic year 2021-2022 at Isfahan City's high school. The research sample consisted of 244 students, boys, and girls, who attended the first high school in Isfahan city during the academic year 1402-1401, selected through convenience sampling. The participants completed Yıldırım and Correa's nomophobia scale (2015), Fomo Przybelski et al.'s (2013) scale, and Abidin's (1995) parenting stress short form. The data were analyzed using the SPSS26 and Smart PLS software path analysis methods.

Results: The results of the present study show that FOMO syndrome has a direct and significant relationship with nomophobia. Additionally, the relationship between FOMO syndrome and parenting stress is significant. Conversely, parenting stress has a direct and meaningful relationship with nomophobia, and parenting stress significantly mediates the relationship between FOMO syndrome and nomophobia. ($p > 0.05$)

Discussion and conclusion: The results indicate that the structural model depicting the relationship between FOMO syndrome and nomophobia, with parenting stress as a mediator, is a good fit.

Keywords

Nomophobia, FOMO, Parenting stress.

Corresponding Author's E-mail

izadi@iaukhsh.ac.ir

Research Article

Meta-analysis of the Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Emotion Regulation

Authors

Seyed Qasem Mosleh^{1*}, Ramin Habibi Kaleybar², Fatemeh Alipour³, Emad Aldin Ahrari⁴

1. Ph.D Student, Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

2. Professor in Educational Psychology, Department of Educational Psychology, , Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. habibikaleybar@gmail.com

3. Ph.D Student, Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. alipour.fatemeh97@gmail.com

4. Ph.D Student, Educational Psychology, Department of Educational Psychology, , Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. pillar1364@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
03/07/2023

Accept Date:
06/01/2024



Introduction: From the perspective of contemporary psychology, emotion regulation is regarded as a key component of mental health, and its deficiency is linked to various mental disorders. Researching the processes and interventions that aid in effective emotion regulation has been a primary focus for many researchers over the last two decades. Mindfulness-based interventions have emerged as significant in this area due to their unique characteristics and focus on emotions. The primary aim of this study was to consolidate the results of various studies to develop a comprehensive understanding of the impact of mindfulness-based interventions on emotion regulation.

Method: The study population consisted of available full-text articles, dissertations, and research projects published from 2011 to 2021 in quarterly publications and scientific research journals. Based on inclusion and exclusion criteria and sensitivity analysis, 214 effect sizes from 61 initial studies were analyzed using CMA2 software.

Results: The results revealed that mindfulness-based interventions have a significant combined effect size on emotion regulation strategies. The summary effect size of the random model was 1.22, and mindfulness-based interventions among maladaptive emotion regulation strategies have had the most significant impact on the rumination component and between adaptive emotion regulation strategies on the reappraisal component. Also, the results showed that the subjects' gender did not affect the effectiveness of the interventions.

Discussion and conclusion: Based on the results of the meta-analysis, it is essential to prioritize the growth and promotion of mindfulness skills for individuals.

Keywords

Meta-analysis, Mindfulness-Based Interventions, Emotion Regulation

Corresponding Author's E-mail

aram.moslehi@gmail.com

Research Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Criticism and Pessimistic Marital Expectations in Neurotic Perfectionist Girls: A Single-Case Experimental Study

Authors

Zahra Khadem Dezfuli¹, Seyedeh Zahra Alavi^{2*}, Masoud Shahbazi³

1. Ph.D student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. zahrakhadem1984@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Susangard Branch, Islamic Azad University, Susangard, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran. Masoudshahbazi66@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
14/09/2023

Accept Date:
02/03/2024



Introduction: The current study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on self-criticism and pessimistic marital expectations in neurotic perfectionist girls.

Method: The research population consisted of neurotic perfectionist girls visiting counseling centers in Ahvaz in 2022. The participants were a sample of 5 girls selected using purposive sampling with a minimum cut-off score of 145 in the Neurotic Perfectionism Questionnaire (NPQ). In this research, a single-case quasi-experimental design, specifically a type of concurrent multiple baseline designs, was used. The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was implemented in eleven 90-minute sessions. The participants completed the Levels of Self-Criticism Scale (LSCS) and the Marital Expectation Scale.

Results: The data were collected in three baseline, intervention, and three-month follow-up phases and analyzed using the Reliable Change Index (RCI), recovery percentage, and visual inspection. The analysis of the recovery percentage showed that the participants' Self-Criticism (21.42) and Pessimistic Marital Expectations (18.23) improved in the intervention phase, and their Self-Criticism (51.68) and Pessimistic Marital Expectations (24.86) improved in the follow-up phase. Moreover, the Reliable Change Index of both variables in the post-treatment and follow-up phases was significant ($z = 1.96, \alpha = 0.05$).

Discussion and conclusion: Therefore, Acceptance and Commitment Therapy reduces self-criticism and pessimistic marital expectations by increasing psychological flexibility.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Self-Criticism, Perfectionism, Girls

Corresponding Author's E-mail

Zahra.Alavi@iau.ac.ir

Research Article

The Role of Ego Strengths and Object Relations in Migration Decision-Making

Authors

Maryam Hosseini¹, Fariba Zarani^{2*}, Mahmood Heidary³, Parviz Azadfallah⁴, Saba Safdar⁵

1. Ph.D Candidate in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

hosseinimaryam.h@gmail.com

2. Associate Professor in Health psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)

3. Associate Professor in Applied Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
m.heidary@sbu.ac.ir

4. Associate Professor in Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
azadfallahparviz@gmail.com

5. Professor in Applied Social Psychology, University of Guelph, Ontario, Canada.
ssafdar@uoguelph.ca

Abstract

Receive Date:
27/03/2023

Accept Date:
25/09/2023



Introduction: Considering the role that ego plays in decision-making and taking action, as well as based on psychoanalytic formulations of the role of object relations and ego adaptive capacity in migration, this study aimed to investigate the role of ego strengths and object relations in immigration decision-making. For this purpose, a comparison was made between people who have decided to stay in Iran (stayers), people who have decided to emigrate (leavers), and people who have not decided yet. Additionally, a comparison was made among leavers between individuals who had begun their migration actions and those who had not yet taken any action.

Method: The sample consisted of 376 Iranian individuals residing in Iran, aged between 20 and 45 years. Data were collected using the Bell Object Relations Inventory (BORI) and the Psychosocial Inventory of Ego Strengths (PIES). Additionally, two researcher-developed questions regarding migration intention and action were included in the questionnaire. Data analysis was conducted using multivariate analysis of covariance in SPSS.

Results: The results showed that after controlling for sociodemographic features (income, gender, and education), individuals who stayed compared to those who left had higher scores in the strengths of fidelity, love, hope, wisdom, and will, and lower scores in alienation and ego-centricity. The results also indicated that among the group intending to migrate, those who had initiated their actions to immigrate obtained higher scores in wisdom, purpose, and competency, and lower scores in alienation and social incompetency.

Discussion and conclusion: This study's findings underline the significance of psychological factors and personality in influencing migration decision-making. The results suggest that ego strengths and object-relations play a role in the decision to emigrate. A deeper comprehension of migrant personality could assist in the creation of psychological interventions before and after migration.

Keywords

migration decision-making, migration intention, migratory behavior, object relations, ego strengths

Corresponding Author's E-mail

f_zarani@sbu.ac.ir

Contents

“Some Gueries In Clinical Psychology And Personality”

.....

The Role of Ego Strengths and Object Relations in Migration Decision-Making

Hosseini, M., Zarani, F., Heidary, M., Azadfallah, P. and Safdar, S...... ۳۳۵ / 1

sThe Effectiveness of Acceptance and Commitment sTherapy (ACT) on Self-Criticism and Pessimistic Marital Expectations in Neurotic Perfectionist Girls: A Single-Case Experimental Study

Khadem Dezfuli, Z., Alavi, S.Z. and Shahbazi, M. ۳۳۴ / 2

Meta-analysis of the Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Emotion Regulation

Mosleh, S.Q., Habibi Kaleybar, R., Alipour, F. and Ahrari, E.A. ۳۳۳ / 3

Investigation of Structural Pattern of Relationship between FOMO Syndrome with Nomophobia by Mediating Parenting Stress in Adolescent of Isfahan

Heydari, M. and Izadi, F. ۳۳۲ / 4

Comparison of Distress Tolerance, Anxiety Sensitivity, and Emotional Reactivity in Individuals with Illness Anxiety (IAD) and General Anxiety Disorder (GAD)

Moqhbeli Hanzaii, M., Zanjani, Z. and Khalili Sefat, M. ۳۳۱ / 5

Investigating the Effectiveness of Decision-support intervention on Treatment Adherence of Patients with Bipolar type II

Mirbagher Ajorpaz, F. and Dehghani, A. ۳۳۰ / 6

The Relationship Between Childhood Trauma and Marital Satisfaction: The Mediating Role of Religious and Spiritual Struggles

Fooladi, F., Janghorbanian, Z. and Pourshahriar, H. ۳۲۹ / 7

Comparison of Ego Strength, Defense Mechanisms and Object Relations in Depressed People with Healthy People

Bahmaninia, M. and Sohrabi Shegafti, N. ۳۲۸ / 8

Comparison of Facial Emotion Recognition and Self- Conscious Emotions Shame and Guilt between University Students with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder and Normal

Hokmabadi, M. and Ahmadi, E. ۳۲۷ / 9

Fidelity to Treatment in School-based Interventions

Kaveh Semnani, M.M., Akbari Zardkhaneh, S., Shokri, O. and Fathabadi, J. ۳۲۶ / 10

The Role of Internet Addiction in Mental Health and Body Image

Rezvaniyan, L. and Rahimzadeh, S. ۳۲۵ / 11

Contents

Early Maladaptive Schemas and Dimensions of Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescents: The Moderating Role of Gender

Ahmadi, M., Khanzadeh, M. and sajjadian, P. ۳۲۴ / 12

Effectiveness of Marital Enrichment Package Based on Islamic Teachings on Couples' Marital Satisfaction

Satkin, M., Mehrinejad, S.A., Sotodehasl, N. and Asadzadeh, H. ۳۲۳ / 13

The Effective of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotional Awareness, Cognitive Emotion Regulation and Positive and Negative Affect in Anxious Children

Rahimi, M. and Bahramipour, M. ۳۲۲ / 14

The Efficacy of Integrated Transdiagnostic Therapys on Emotion Regulation, Irritability, Resilience, and Worry in Individuals with Generalized Anxiety Disorder: A Case Study

Askari, Z. and Hashemi, M. ۳۲۱ / 15

Structural Modeling of Borderline Personality Traits in Adolescents Based on Object Relations and Childhood Trauma: The Mediating Role of Mentalization Capacity

Hosseinian Langouri Sorkhi, K., Khanjaani, Z. and Hashemi, T. ۳۲۰ / 16

“Personality and Clinical Evaluation”

.....

Psychometric Properties of the Sexual Problems Self-Assessment Questionnaire

Ghafari Movahed, M. and Roshan Chesli, R. ۳۱۹ / 17

Self-Disgust Questionnaire (SDS-R): Investigating Psychometric Features

Ali Vandi Vafa, M., Mirza Aghazadeh, F. and Jasimi, F. ۳۱۸ / 18

Psychometric Properties of Light Triad Scale (LTS) in Iranian Students

Safari Shirazi, M., Sadeghzadeh, M. and Mirderikvand, F. ۳۱۷ / 19

Constructing and Validating Spouses' Sexual Health Questionnaire Based on the Islamic Sexual Health Model

Ekbia, A., Bonyani, M. and Taghian, H. ۳۱۶ / 20

“Culture and Knowledge Expanding In Personality And Clinical Psychology”

.....

Psychiatric Disorders and Sexual Dysfunctions

Ghaedi, Gh.H. and Shakeri Hossein Abad, S. ۳۱۵ / 21

In The Name Of God

Journal of Clinical Psychology & Personality

Vol. 22, No. 1, Serial 42, Spring & Summer 2024

License Holder: Shahed University

Chairman: Rasol Roshan Chesli

Editor-in-Chief: Rasol Roshan Chesli

Administrative Assistant: Laila Hashemi

Literary Editor (English): Mila Malekolkalami

P-ISSN: 2345-2188

E-ISSN: 2345-4784

Editorial Board

| | |
|-------------------------------|--|
| Mohammadali Asghari Moghaddam | Professor of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran |
| Gholamali Afrooz | Professor of Psychology Tehran University, Tehran, Iran |
| Ali Delavar | Professor of Statistics & Research Methods Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran |
| Rasol Roshan Chesli | Professor of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran |
| Firouzeh Sepehrrian Azar | Professor of Psychology Urmia University, Urmia, Iran |
| Faramarz Sohrabi Asmaroud | Professor of Clinical Psychology Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran |
| Mohammadreza Shairi | Associate Professor of Psychology Shahed University, Tehran, Iran |
| Hossein Shokrkon | Professor of Psychology Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran |
| Mahnaz Aliakbari Dehkordi | Professor of Psychology Payame Noor University (South Tehran Branch), Tehran, Iran |
| Abolghasem Isamorad Roodbaneh | Associate Professor of Psychology Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran |
| Ali Fathi Ashtiani | Professor of Psychology Baghyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran |
| Abolghasem Yaghoobi | Professor, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran |

Layout Designer: Omolbanin Khazaei

Address:

Shahed University, Opposite to Holy Shrine of Imam Khomeini, Tehran-Qom Freeway, Tehran, Iran

P.O. Box: 3319118651

Tel: +98-21-51215126 Fax: +98-21-51215124

E-mail: cpap@shahed.ac.ir

cpap.shahed.ac.ir