



دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

دوره ۲۴، شماره ۱، پیاپی ۶۶، بهار و تابستان ۱۴۰۵

ویراستار ادبی (انگلیسی): میلا ملک‌الکلامی

صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد

شاپای چاپی: ۲۳۴۵-۲۱۸۸

مدیر مسئول: رسول روشن چسلی

شاپای الکترونیکی: ۲۳۴۵-۴۷۸۴

سرمدیر: رسول روشن چسلی

مدیر اجرایی: مریم قاسم‌پور

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

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

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 طباطبائی، 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 طباطبائی، 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 عیسی مراد رودبند	دانشیار روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی، 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

بند اول: نحوه نگارش و ارسال مقاله

۱. مجله علمی «روانشناسی بالینی و شخصیت» پذیرای مقاله‌های پژوهشی و مروری اصیل و بدیع تخصصی است که بر اساس ساختار مندرج در راهنمای نویسندگان مجله تنظیم شده باشد.
۲. تمام و یا قسمتی از مقاله ارسالی در هیچ مجله دیگری منتشر نشده باشد و در صورتی که مقاله قبلاً در کنفرانس‌های علمی ارائه شده است، مراتب با ذکر مشخصات کامل کنفرانس مربوطه اعلام گردد.
۳. تا هنگامی که پاسخ پذیرش از نشریه دریافت نشده، مقاله خود را برای نشریه دیگری ارسال نفرمایند.
۴. زبان رسمی مجله فارسی است و مقاله باید به زبان فارسی سلیس و روان نگارش شده باشد.
۵. در متن از به کار بردن کلمات یا اصطلاحات انگلیسی که معادل فارسی قابل فهم دارند خودداری شود. در موارد لازم و ضروری، صورت فارسی واژه در متن و معادل انگلیسی آن در پانویس آورده شود.
۶. مقالات رسیده، توسط سردبیر، هیئت تحریریه و داوران مورد ارزیابی و داوری قرار می‌گیرد و در صورت تایید، پس از انجام اصلاحات (در صورت لزوم) و ویرایش با رعایت نوبت، منتشر خواهد شد.
۷. همراه مقاله ارسالی، نامه‌ای با امضای نویسنده (گان) مقاله، مبنی بر موافقت ایشان برای انتشار مقاله و عدم ارسال همزمان مقاله به مجلات دیگر، ضمیمه شود.
۸. مجله در رد، قبول، ویرایش، تلخیص و اصلاح مقالات، آزاد است و مقالات ارسالی، مسترد نخواهد شد.
۹. ترتیب درج مقالات تابع مقررات خاص خود مجله است و به درجه علمی و شخصیت نویسندگان آن بستگی ندارد.
۱۰. مسئولیت صحت و سقم مندرجات مقاله به عهده نویسنده است.
۱۱. چنانچه مقاله در مهلت اعطا شده به نویسندگان مورد بازنگری قرار نگیرد و در مدت زمان تعیین شده به مجله عودت داده نشود، مجله می‌تواند مقاله را از دستور کار خارج کند. در اینگونه موارد، امکان ارسال مجدد مقاله مذکور به مجله وجود نخواهد داشت.
۱۲. تایپ در محیط نرم‌افزار Microsoft Office Word با تنظیم‌های کامل زبان فارسی، انجام شود.
۱۳. 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.
۱۴. عنوان (با فونت بولد شده B Traffic با شماره ۲۰).
۱۵. مقاله ارسالی باید دارای صفحه عنوان (انگلیسی و فارسی)، اسامی نویسنده (گان) انگلیسی و فارسی، چکیده مبسوط انگلیسی، چکیده غیرمبسوط انگلیسی و فارسی، واژگان کلیدی (انگلیسی و فارسی) باشد.
۱۶. نویسنده و یا فهرست مشخصات نویسندگان به شکل نمونه زیر (رعایت موارد ذیل، جهت درج مشخصات نویسنده/گان، در چکیده فارسی و انگلیسی، ضروری است به علاوه توصیه می‌شود؛ آخرین شماره چاپ شده مجله را برای تنظیم مقاله خود، ملاحظه کنید)؛
 - نام و نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان (در چکیده فارسی با قلم بولد شده 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).
۱۷. 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.
۱۸. منحنی‌ها، نمودارها و اشکال به صورت سیاه و سفید و به کمک نرم‌افزار Microsoft Office Word ترسیم و تنظیم شده باشند.

راهنمای نویسندگان

۱۹. 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)
۲۰. اسامی و اصطلاحات لاتین باید در زیر همان صفحه، زیرنویس شوند.
۲۱. عناوین مندرج در مقاله شماره‌گذاری نشوند.
۲۲. ضائم و یادداشت‌ها در انتهای مقاله و بعد از مراجع آورده شوند.
۲۳. نشریه حق رد یا قبول مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد.
۲۴. نشریه از دریافت پیشنهادها و انتقادات سازنده در جهت بهبود کیفیت انتشار مقالات استقبال می‌کند.
۲۵. ارسال مقاله تنها از طریق سایت مجله به نشانی زیر <https://cpap.shahed.ac.ir/> و پس از ثبت‌نام در آن امکان‌پذیر است.
۲۶. جهت مشاهده منشور اخلاقی به سایت مجله مراجعه شود: صفحه اصلی - اطلاعات نشریه - اصول اخلاقی انتشار مقاله
۲۷. **کد اخلاق: اخذ کد اخلاق از دانشگاه مربوط یا دانشگاه‌هایی که کمیته اخلاق دارند.** (در صورت امکان)
۲۸. برای دریافت پذیرش نهایی، لازم است مقاله علاوه بر فورمت فعلی، بر اساس قالب زودآیند و سایر قالب‌های مورد نظر مجله که در صورت موفقیت‌آمیز بودن نتایج داوری و تأیید کلیه اصلاحات انجام شده به نویسنده اعلام خواهد شد نیز آماده و در سامانه بارگذاری شود. ضروری است محتوای کلیه نسخه‌های ارسالی مقاله (اعم از نسخه زودآیند، نسخه معمولی بدون کامنت، و نسخه معمولی تغییرات برجسته شده)، به لحاظ محتوا و ساختار مقاله بطور دقیق با یکدیگر یکسان باشند [فورمت زودآیند در صفحه اصلی سامانه مجله موجود است].
۲۹. در هنگام ارسال مقاله در مرحله اولیه، لازم است دو نسخه از فایل مقاله مشتمل بر **نسخه بی نام و نسخه با نام** نویسندگان بارگذاری شود.
۳۰. فرم تعهد نویسنده تکمیل شود.
۳۱. فرم تعارض منافع تکمیل شود.
۳۲. فایل مشخصات نویسندگان
۳۳. انصراف نویسنده مسئول از بررسی مقاله تنها تا یک هفته پس از ارسال مقاله به نشریه امکان‌پذیر است. پس از آن که مقاله وارد فرآیند داوری شد، امکان انصراف وجود ندارد. در صورت تمایل نویسنده مسئول به ارسال درخواست بازپس‌گیری مقاله پس از فرصت تعیین شده، این درخواست باید الزاماً از طریق گزینه مربوطه در سامانه مجله ارسال شود. شایان ذکر است موافقت سردبیر با درخواست بازپس‌گیری مقاله، نویسنده مسئول موظف است به نمایندگی از کلیه نویسندگان، هزینه‌های بررسی و داوری را پرداخت کند. در صورت استنکاف نویسنده از پرداخت هزینه‌های تعیین شده، مجله می‌تواند بدون اجازه مجدد نویسنده و در صورت صلاحدید، مقاله مذکور را با رعایت حقوق معنوی نویسندگان آن، منتشر کند.
۳۴. ارسال هم‌زمان مقاله به مجلات یا همایش‌های دیگر پیش از دریافت تصمیم نهایی مجله در خصوص مقاله، تخلف پژوهشی محسوب می‌شود و در این صورت مطابق مقررات عمل خواهد شد.
۳۵. مجله حق ارزیابی رعایت موازین اخلاقی، موارد سرقت علمی و سلب اعتبار مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد و در هر مرحله از فرایند ارزیابی مقاله یا حتی پس از انتشار، می‌تواند در خصوص قرار دادن نام نویسندگان متخلف در لیست سیاه و سلب اعتبار مقالات یاد شده اقدام کند.

بند دوم: ترتیب و جزئیات عناوین داخلی و ساختار مقاله

با عنایت به لزوم رعایت نقطه‌نظرات نگارشی و ساختار مقالات مجله، لازم است نویسندگان محترم ساختار و عناوین داخلی مقاله را چه به لحاظ ترتیب و چه به لحاظ شکلی و نحوه نگارش، بطور دقیق مورد بررسی قرار دهند و پس از اطمینان از مطابقت داشتن مقاله با کلیه موارد ذکر شده، نسبت به ارسال آن اقدام کنند. ساختار و کلیدواژگان درونی مقالات مجله به ترتیب زیر است:

راهنمای نویسندگان

عنوان انگلیسی مقاله

نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان به ترتیب نویسنده اصلی، نویسنده دوم و بقیه همراه با مرتبه علمی، سازمان متبوع و کد ORCID آنها در پاورقی اولین صفحه درج شود. علاوه بر این، لازم است نویسنده مسئول (نویسنده عهده‌دار مکاتبات) مشخص باشد.

چکیده کوتاه یا مختصر به زبان انگلیسی

چکیده انگلیسی نیز بین 200 تا 250 واژه باشد. همچنین باید از لحاظ مفهوم، منطبق با چکیده مختصر فارسی باشد و بخشهای مختلف آن شامل: Introduction, Method, Results, Discussion and conclusion, Keywords.

هر یک از این بخشها در یک پارگراف مجزا نوشته شود.

اندازه قلم و فونت بخشهای مختلف چکیده انگلیسی به صورت زیر نوشته شود:

(Times New Roman, Font size: 9, Bold)

چکیده مبسوط یا گسترده انگلیسی در واقع شرح کاملتر و مفصلتر چکیده کوتاه انگلیسی است. این چکیده باید شامل بخشهای Introduction, Method, Results, Conclusion, Ethical Considerations (ملاحظات اخلاقی شامل Compliance with ethical guidelines, Funding, Authors' contribution, Conflict of interest, و Acknowledgements) باشد.

نحوه تدوین چکیده مبسوط انگلیسی

(Introduction بین 200 تا 250 واژه)

کلمه Introduction با فونت Times New Roman، اندازه قلم ۹ و بولد باشد؛ ولی متن توضیحات این بخش بولد نباشد. در این بخش موارد مهمی مانند دامنه موضوع، مبانی نظری و پژوهشی، اهمیت و ضرورت، تصریح مسئله پژوهش، و در نهایت هدف مقاله به اختصار نوشته شود. این بخش در واقع تلخیص بخش نخست مقاله کامل شما تا قبل از بخش روش است.

(Method بین 200 تا 250 واژه)

کلمه Method با فونت Times New Roman، اندازه قلم ۹ و بولد باشد؛ ولی متن توضیحات این بخش بولد نباشد. در این بخش که در واقع تلخیص بخش روش در متن کامل مقاله شما است و شامل نوع مطالعه، تعریف جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری، ابزارها، روش اجرا و روش تحلیل است (اگر مطالعه از نوع مداخله‌ای است، برنامه مداخله‌ای قبل از روش اجرا توضیح داده شود).

(Results بین 300 تا 350 واژه)

کلمه Results با فونت Times New Roman، اندازه قلم ۹ و بولد باشد؛ ولی متن توضیحات این بخش بولد نباشد. یافته‌های اصلی پژوهش شامل یافته‌های توصیفی و استنباطی به صورت خلاصه گزارش شود. این بخش نیز در واقع تلخیص بخش یافته‌های متن کامل مقاله شما است. لازم نیست پیش فرض‌های آزمونهای مورد نظر گزارش شود و فقط در یک جمله تصریح شود که مفروضه‌ها رعایت شده است جدول‌ها و یا نمودارهای ضروری، شماره‌گذاری و ارائه شوند. (بیش از دو جدول نباشد).

(Conclusion بین 200 تا 250 واژه)

کلمه Conclusion با فونت Times New Roman، اندازه قلم ۹ و بولد باشد؛ ولی متن توضیحات این بخش بولد نباشد. نتیجه‌گیری باید شامل موارد زیر باشد: (۱) اصول و تعمیم‌های حاصل از نتایج، (۲) استثنا، مشکلات یا محدودیت‌های کار، (۳) کاربرد نظری و عملی، (۴) نتیجه‌گیری‌ها و پیشنهادها.

کل چکیده مبسوط حداکثر ۴ صفحه

راهنمای نویسندگان

بخش ملاحظات اخلاقی به زبان انگلیسی

این بخش در پایان چکیده مبسوط به زبان انگلیسی به ترتیب با یک عنوان کلی Ethical Considerations و شامل زیرعنوان‌های زیر نوشته شود (تأکید میشود توضیحات هر یک از بخش‌های زیر باید به زبان انگلیسی نوشته شود):

Ethical Considerations (اندازه قلم ۹)

Compliance with ethical guidelines (اندازه قلم ۹)

کد اخلاق، شماره و تاریخ صدور مجوزهای لازم برای اجرای مطالعه در این بخش ذکر شود. اگر مقاله برگرفته از پایان نامه است کد پایان نامه و تاریخ تصویب پروپوزال و یا تاریخ دفاع ذکر شود. اگر مقاله برگرفته از طرح پژوهشی است، کد طرح و تاریخ تصویب یا دفاع از طرح پژوهشی ذکر شود. همچنین رضایت افراد نمونه و اصولی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رعایت اصل رازداری در این قسمت تصریح شود.

Funding (اندازه قلم ۹)

در این بخش توضیح دهید که از چه سازمان یا مؤسس‌های بودجه لازم برای اجرای پژوهش دریافت کردید. اگر حامی مالی نداشتید می‌توانید بنویسید که این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

Authors' contribution (اندازه قلم ۹)

در این قسمت باید توضیح دهید که نقش هر یک از نویسندگان در مقاله چه بوده است. اگر مقاله برگرفته از طرح پژوهشی بوده است می‌توانید نام مجری و همکاران را بنویسید. توضیحاتی مانند اجرا کننده مطالعه، نویسنده مقاله، ویراستار علمی، تحلیلگر، و یا استاد راهنما، استاد مشاور و نظایر آن را می‌توانید به عنوان نقش هر نویسنده در این قسمت توضیح دهید.

Conflict of interest (اندازه قلم ۹)

در این قسمت در یک جمله بنویسید که آیا در ارائه نتایج پژوهش، تضاد منافع وجود داشته است یا نه.

Acknowledgements (اندازه قلم ۹)

در این قسمت از افراد نمونه، مؤسسات صادر کننده مجوزهای لازم، استادان راهنما و مشاور، و هر فرد یا سازمانی که در انجام مطالعه به شما کمک کرده است، تشکر و قدردانی کنید و دقایق دلایل تشکر و قدردانی را بنویسید.
*جهت بهبود کیفیت نگارش چکیده انگلیسی مقالات، لازم است نویسندگان قبل از ارسال مقاله، متن چکیده را در سامانه Grammarly قرار دهند و پس از رفع ایرادات گرفته شده چکیده را برای نشریه ارسال کنند.

عنوان فارسی مقاله

نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان به ترتیب نویسنده اصلی، نویسنده دوم و بقیه همراه با مرتبه علمی، سازمان متبوع و کد ORCID آنها در پاورقی اولین صفحه درج شود. علاوه بر این، لازم است نویسنده مسئول (نویسنده عهده‌دار مکاتبات) مشخص باشد.

چکیده فارسی غیرمبسوط و ساختاریافته مقاله بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ واژه، شامل بخش‌های: مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه‌ها

مقدمه

فرضیه‌ها یا سوال‌های پژوهش (در صورت موجود بودن)

راهنمای نویسندگان

روش: شامل (نوع پژوهش، آزمودنی: جامعه آماری و نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش، شیوه انجام پژوهش و شیوه تحلیل داده‌ها).

نتایج

بحث و نتیجه گیری

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش (در صورت موجود بودن)

ملاحظات اخلاقی به زبان فارسی

این بخش که عنوان کلی ملاحظات اخلاقی نام دارد در پایان متن کامل مقاله به زبان فارسی به ترتیب شامل موارد زیر نوشته شود:

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کد اخلاق، شماره و تاریخ صدور مجوزهای لازم برای اجرای مطالعه در این بخش ذکر شود. اگر مقاله برگرفته از پایان نامه، رساله طرح پژوهشی است، ذکر شود.

حامی مالی

در این بخش توضیح دهید که از چه سازمان یا مؤسسه‌های بودجه لازم برای اجرای پژوهش دریافت کردید. اگر حامی مالی نداشتید می‌توانید بنویسید که این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

سپاسگزاری (در صورت موجود بودن) تقدیر و تشکر (Acknowledgement and Funding): [در نسخه با نام مقاله،

درج اطلاعات «تقدیر و تشکر» در قسمت انتهایی مقاله (پیش از فهرست منابع) ضروری است. شایان ذکر است در نسخه بی‌نام

مقاله به منظور حفظ محرمانگی، صرفاً درج عنوان «تقدیر و تشکر» کفایت می‌کند و نباید اطلاعات ذیل آن درج شود. بدیهی

است، پس از نهایی شدن مراحل داوری که از نویسنده خواسته می‌شود تا نسخه‌های نهایی مقاله را بر اساس قالب‌های مورد

نظر مجله بارگذاری کنند، تکمیل اطلاعات این بخش توسط نویسنده ضروری است.]

منابع: فهرست منابع و همچنین استناددهی درون‌متنی بر اساس سبک استناددهی ونکوور (Vancouver Style) باشد.

پیوست‌ها [در صورت موجود بودن]

مقالات ارزیابی تست‌ها پیوست باشد.

بند سوم: شیوه ارجاع دهی در متن و تنظیم فهرست منابع

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.

نمونه فهرست منابع بر اساس سبک ونکوور لینک می‌باشد.

برای تمامی استنادهای درون‌متن، در فهرست منابع اطلاعات کتابشناختی کامل منبع مورد نظر وجود داشته باشد.

برای تمامی منابع مندرج در فهرست منابع، حتماً استناد درون‌متنی وجود داشته باشد.

راهنمای نویسندگان

منابع مندرج در فهرست منابع، منابع واقعی باشند و Fake نباشند. (از طریق جستجو در اینترنت برای تک تک منابع از این امر اطمینان حاصل شود).

برای تمامی منابع در صورتی که DOI دارند، حتماً DOI در اطلاعات کتابشناختی درج شود. در صورتی که DOI ندارند، URL منابع بجای آن درج شود.

منابع فارسی در فهرست منابع بر اساس اطلاعات کتابشناختی انگلیسی که خود مجله در خصوص مقاله ارائه کرده است (شکل انگلیسی نام نویسنده، عنوان مقاله و عنوان مجله با آنچه در مقاله آمده است مطابقت داشته باشد) به انگلیسی ترجمه شده باشد و در انتها حتماً عبارت [In Persian] درج شده باشد.

نویسندگان در ارجاعات خود به حداقل دو مقاله از شماره های قبلی نشریه روان شناسی بالینی و شخصیت ارجاع و آن ها را در فهرست منابع مقاله خود، رنگی کنند.

مقاله های پژوهشی حوزه فرهنگ ایثار و شهادت چنانچه در راستای حیطه موضوعی نشریه باشند، در اولویت قرار می گیرند.

توجه: هزینه انتشار مقاله در نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت، یک میلیون ریال (صد هزار تومان) می باشد.

یادآوری: مقاله ای که بر اساس راهنمای نویسندگان مجله تهیه و تنظیم نشده باشد، از دستور کار ارزیابی های علمی مجله خارج می شود.

فهرست مطالب

«جستارهایی در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

- اثر بخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو بر رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در زنان دارای خودجرحی غیر خودکشی‌گرا
زینب گلمکانی، علی مشهدی و ایمان‌الله بیگدلی ۱
- اثر بخشی نوروفیدبک بر مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان طیف اُتسم
سحر خوش‌سرور و محمد نریمانی ۱۹
- مقایسه اثر بخشی آموزش مدیریت والدین مدل اورگان (PMTO) و آموزش رفتاری والدین (BPT) بر تاب‌آوری کودکان با مشکلات برون نمود ۷ تا ۱۰ سال
طیبه جعفری، سارا اقابابایی، سید عباس حقایق و زهره رنجبر کهن ۳۷
- پیش‌بینی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی بر اساس صفات شخصیت: نقش میانجی‌گر عزت‌نفس
مهشاد تسنیمی، سولماز دبیری و سید علی حسینی‌المدنی ۵۱
- بررسی مدل ساختاری سلامت جنسی زوجین بر پایه صفات چهارگانه تاریک شخصیت با نقش میانجی دلزدگی زناشویی در دانشجویان متأهل
اسماعیل سلیمانی، محمد رستمی و علی فتحعلیان ۶۵
- رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیر خودکشی دانشجویان: نقش میانجی اضطراب فراگیر و افسردگی
میلاذ شاکری و احمد منصوری ۷۹
- نقش ویژگی‌های شخصیتی و سرمایه روان‌شناختی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر در نوجوانان بی‌سرپرست
مهسا رزم‌گر، سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی، سوسن رحیمی، علیرضا رجایی و حمید نجات ۹۵
- تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان دیابتی نوع ۱
زهره قادری، محبوبه طاهر، شهناز نوحی و جواد اسماعیلی ۱۱۱
- مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی بر تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه (امنیت دلبستگی) زوجین دارای روابط فرازناشویی
فهیمة غفوریان محبی، مرضیه علیوندی وفا، رویا رسولی و محمد آرش رضانی ۱۲۱
- اثر یک برنامه تمرینی آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی بر کاهش وزن و افزایش نشاط ذهنی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن
سعیده اکبری و ناهید طالبی ۱۳۵
- اثر بخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا بر سبک زندگی، شادکامی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو
یاسر مرادی، سید حمید آتش‌پور و محمد فروهر ۱۴۵
- ارزیابی مدل معادلات ساختاری ولع مصرف مواد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و چشم‌انداز زمان در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون
شیوا رحیمی‌پور و زهرا زنجانی ۱۵۷

فهرست مطالب

معرفی و استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک در درمان اختلال افسردگی اساسی: یک مطالعه موردی کیفی	۱۷۷
محسن امیری و جهانگیر کرمی	.....
مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس	۱۹۹
ناهید شعبان، مرجان علیزاده و مژگان سپاه منصور	.....
مدل معادلات ساختاری ترومای کودکی و استرس ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی: نقش میانجی ذهنی سازی عاطفه محور	۲۱۵
فاطمه دوست محمدی، اسماعیل سلیمانی و محمد رستمی	.....
اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش عاطفه منفی و نوسان خلق زنان در دوره یائسگی	۲۳۱
مژگان آگاه‌هریس، لیلا حیدری، زتاله کردمیرزا نیکوزاده و مهدیه رحمانیان	.....

«ارزیابی بالینی و شخصیت»

اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه در معلمان	۲۳۹
فاطمه الماسی، امید شکری و آزاده صادقی	.....
تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی	۲۵۱
شکوفه موسوی	.....
ساخت و اعتباریابی مقیاس خودآیندی (SAS) در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بوعلی سینا	۲۶۳
احمد بیات، خسرو رشید و لیلا علی‌بلندی	.....

«فرهنگ و دانش‌گستری در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

یادداشت سردبیر	۲۷۴
رسول روشن چسلی	.....
مطالعه امکان‌سنجی: چرایی و جایگاه آن در روان‌شناسی بالینی	۲۷۵
فاطمه اخوان‌عبیری، محمدرضا شعبیری، حجت‌اله فراهانی و ارسیا تقوا	.....
طراحی و تعیین اعتبار محتوای پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، بالینگران و بیماران	۲۸۵
فیروزه ضرغامی، محمدرضا شعبیری، زهرا شهرپور و فاطمه اخوان‌عبیری	.....
امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی: دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران	۳۰۹
فاطمه اخوان‌عبیری، محمدرضا شعبیری، حجت‌اله فراهانی و ارسیا تقوا	.....
برنامه درمان شناختی رفتاری واژینسموس مبتنی بر زوجین: معرفی و امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران	۳۲۷
محمدحسین اخوان‌تقوی، رسول روشن چسلی، محمدرضا شعبیری و فاطمه اخوان‌عبیری	.....
چکیده انگلیسی	۳۴۳ - ۴۱۱

اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو بر رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در زنان دارای خودجرحی غیرخودکشی‌گرا

نویسندگان

زینب گلمکانی^۱، علی مشهدی^{۲*}، ایمان الله بیگدلی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. zeynabgolmakani2000@gmail.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ibigdeli@um.ac.ir

چکیده

مقدمه: خودجرحی غیرخودکشی‌گرا یکی از اختلالاتی است که در سال‌های اخیر شیوع آن افزایش یافته و هزینه‌های قابل توجهی را بر نظام بهداشت عمومی تحمیل کرده است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو بر رفتار خودجرحی، روان‌رنجوری و اجتناب تجربه‌ای در زنان دارای رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا بود.

روش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان ۱۸ تا ۲۷ سال (سن اوج بروز رفتار خودجرحی) بود که در سال ۱۴۰۳ با رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا به مراکز مشاوره شهر مشهد مراجعه کردند. از میان آنان، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه درمان فردی شرکت کرد و گروه کنترل پس از پایان دوره پیگیری‌درمان را دریافت نمودند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسش‌نامه اظهارات خودجرحی (ISAS)، خرده مقیاس روان‌رنجوری پرسش‌نامه چند بعدی اختلالات هیجانی (MEDI) و اجتناب تجربه‌ای (BEAQ) صورت گرفت که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شدند. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار spss-26 تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد در درمان یکپارچه فراتشخیصی بین فراوانی و شدت رفتار خودجرحی (کارکرهای درون‌فردی و بین‌فردی)، روان‌رنجوری و اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه مجذور اتا در اثرات بین گروهی برای این متغیرها به ترتیب ۰/۱۳، ۰/۵۲، ۰/۵۱، ۰/۲۷، ۰/۳۵، ۰/۴۱ می‌باشد. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و سطوح مختلف گروه‌ها نیز نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی‌دار است ($p < 0/01$). همچنین در گروه آزمایش در مرحله پیگیری اثرات درمان بر تمامی متغیرها حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند به‌عنوان رویکردی درمانی اثربخش برای رفتار خودجرحی به کار رود؛ بنابراین لازم است در آینده این درمان، برای کاهش خودجرحی غیرخودکشی‌گرا و عوامل مرتبط با آن به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها

اجتناب تجربه‌ای، خودجرحی غیرخودکشی‌گرا، درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو و روان‌رنجوری.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

mashhadi@um.ac.ir

مقدمه

خودجراحی غیرخودکشی گرا^۱ مسئله مهمی است که در سال‌های اخیر توجه متخصصان بهداشت روان را به خود جلب کرده‌است [۱-۳]. این اختلال که در نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های هیجانی^۲ (DSM-5-TR) مطرح شده است [۴] آسیب عمدی به بافت بدن، بدون داشتن نیت خودکشی است که از نظر فرهنگی قابل قبول نبوده و باعث ایجاد اختلال در زندگی فردی می‌شود [۵-۸]. همچنین، لازم است این رفتار حداقل ۵ روز در طی یک سال وجود داشته باشد و فرد به دلایل مختلفی شامل کاهش هیجانات منفی، حل مشکلات بین فردی و یا ایجاد حالتی خوشایند در این رفتار درگیر شود [۸]. این رفتار شکل‌های گوناگونی مانند بریدن، خراش و ضربه زدن به بدن و سوزاندن را دربر دارد [۹]. طبق آمارها خودجراحی غیرخودکشی گرا در جوانان ۱۳/۴٪ و در بزرگسالان ۵/۵٪ بوده است [۱، ۱۰]. براساس پژوهش‌ها این رفتار در بین جوانان از دلایل مهم برای مراجعه به اورژانس بوده که به مداخلات به‌هنگام نیاز دارد [۱۱]. خودجراحی غیرخودکشی گرا با اختلالات بسیاری مانند اختلالات اضطرابی [۱۲]، افسردگی و شخصیت مرزی [۱۳] مرتبط بوده و خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد [۱۴، ۱۵]. این اختلال، علاوه بر ایجاد مشکلات جسمانی و روان‌شناختی برای افراد [۱۶، ۱۷]، هزینه‌های زیادی را برای خانواده‌ها و سیستم بهداشت عمومی به‌وجود می‌آورد [۱۸]. یکی از عوامل و انگیزه‌های مهم برای درگیری در رفتار خودجراحی غیرخودکشی گرا اجتناب تجربه‌ای^۳ است [۱۰، ۱۶، ۱۹، ۲۰] اجتناب تجربه‌ای به تلاش فرد برای اجتناب یا گریختن از افکار و هیجان‌های ناخواسته اشاره دارد [۲۱، ۲۲]. در واقع فرد برای آرام کردن خود و رهایی از افکار و هیجانات منفی رفتار خودجراحی را انجام می‌دهد و این رفتار با ایجاد نوعی تقویت منفی حفظ می‌شود [۷، ۱۹]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، افراد به دلیل داشتن مشکلاتی در زمینه تنظیم هیجان و یا استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان، در اجتناب تجربه‌ای درگیر می‌شوند و به این

صورت هیجان خویش را کنترل می‌نمایند [۲۱، ۲۳، ۲۴]. بر اساس نتایج یک مطالعه اجتناب تجربه‌ای، به عنوان یک عامل فراتشخیصی محسوب می‌شود که می‌تواند به خوبی شدت علائم اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی نماید. در واقع افراد هرچه بیشتر اجتناب تجربه‌ای را به کار برند، بیشتر به سمت الگوهای رفتاری ناسازگارانه هدایت می‌شوند [۲۵].

یکی دیگر از عواملی که با خودجراحی غیرخودکشی گرا ارتباط دارد و به‌طور مثبت آن را پیش‌بینی می‌کند، روان‌رنجوری است [۱۶، ۲۶]. روان‌رنجوری که یکی از ابعاد مهم شخصیتی است [۲۷]، به‌صورت تمایل به تجربه هیجانات منفی مانند خشم، غم، تحریک پذیری و اضطراب تعریف می‌شود و و رابطه نزدیکی با عاطفه منفی دارد [۲۸، ۲۹]. افراد روان‌رنجور در مواجهه با رویدادها، توجه زیادی به اطلاعات منفی نشان داده، آن‌ها را به صورت تهدید ادراک نموده و با رفتار خودجراحی به این تهدید پاسخ می‌دهند [۱۶]. نتایج پژوهشی نشان داد با افزایش روان‌رنجوری خطر خودجراحی عمدی [۲۸] و اقدام به خودکشی افزایش می‌یابد [۳۰]. به‌طور کلی افراد روان‌رنجور به دلیل مشکل در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان [۳۱] در هنگام تجربه هیجانات آزاردهنده، از رفتار خودجراحی به‌عنوان راه فرار استفاده می‌کنند تا از هیجانات خویش اجتناب نمایند و خود را آرام سازند، در نتیجه، این رفتار در آنان تقویت می‌گردد [۱۶، ۳۲]. نتایج پژوهشی نشان داد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند رابطه روان‌رنجوری و خودجراحی را تعدیل نماید [۳۲]

برای خودجراحی غیرخودکشی گرا درمان‌های متفاوتی نظیر روان‌پویشی، شناختی-رفتاری، تنظیم هیجان [۳۳] و رفتار درمانی دیالکتیک [۳۴] به کار رفته‌است. پروتکل یکپارچه فراتشخیصی^۴ [۳۵، ۳۶] برای اختلال‌های هیجانی [۳۷، ۳۸] یکی از درمان‌های اثربخش برای خودجراحی غیرخودکشی گرا است [۳۹، ۴۰]. درمان یکپارچه فراتشخیصی که براساس درمان‌های شناختی-رفتاری شکل گرفته است، بر روان‌رنجوری و مشکل در تنظیم هیجان تمرکز می‌کند [۴۱]. بر اساس این درمان، تفسیر هیجانات به شکل غیرقابل پذیرش و تلاش برای اجتناب از

1. Non Suicidal Self injury

2. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders- Fifth Edition

3. Experiential Avoidance

4. Unified Protocol Transdiagnostic

براساس پژوهش‌ها درمان‌هایی نظیر درمان یکپارچه فراتشخیصی رفتار خودجرحی غیرخودکشی گرا را کاهش می‌دهند [۵۶، ۵۷].

نتایج یک بررسی نشان داد، درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند با ایجاد بهبود در تنظیم هیجان [۵۸، ۵۹] و کاهش آشفتگی هیجانی [۴۲]، از میزان اجتناب شناختی و هیجانی بکاهد. علاوه‌بر این با افزایش تحمل هیجان منفی در فرایند درمان، افکار خودکشی و رفتارهای هیجان‌خاست - مانند رفتار خودجرحی - کاهش می‌یابد [۶۰]. نتایج مطالعه‌ای نشان داد در درمان یکپارچه فراتشخیصی با بهبود اجتناب تجربه‌ای علائم اختلالات هیجانی کاهش می‌یابند [۶۱]. در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر تغییر روان‌رنجوری صورت گرفت، ۲۲۳ نفر تحت ارزیابی قرار گرفتند، نتایج حاکی از آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری به میزان بیشتری روان‌رنجوری را کاهش می‌دهد [۶۲]. در مطالعات دیگر نشان داده شد این درمان می‌تواند روان‌رنجوری و عاطفه منفی را کاهش دهد [۶۳، ۶۴] در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر زنان و مردان صورت گرفت، ۲۷۷ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند، نتایج نشان داد این درمان می‌تواند میزان روان‌رنجوری را در مردان و زنان به‌طور مشابهی کاهش دهد [۶۵] نتایج پژوهشی نشان داد، درمان یکپارچه فراتشخیصی با تقویت پاسخ‌های هیجانی غیر اجتنابی تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد [۴۳، ۵۹]. بررسی‌های دیگری حاکی از آن است که ذهن‌آگاهی از رفتار خودجرحی غیرخودکشی گرا پیشگیری کرده [۶۶]، اجتناب تجربه‌ای را کاهش می‌دهد [۶۷-۶۹]. نتایج یک پژوهش که در آن ۳۶ بیمار تحت درمان‌های آنالین و یکپارچه فراتشخیصی قرار گرفتند نشان داد، درمان یکپارچه فراتشخیصی با تمرکز بر اجتناب و الگوهای شناختی ناسازگارانه، تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد [۷۰]. نتایج مطالعه استامپ و همکاران^۳ [۷۱] با نمونه ۳۸ نفری نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی منجر به بهبود روان‌رنجوری می‌شود. به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند رفتارهای

هیجان‌های آزاددهنده [۴۲]، مکانیسم زیر بنایی مشترکی است که در همه اختلال‌های هیجانی مانند اختلالات اضطرابی، خلقی و نیز خودجرحی غیر خودکشی گرا دیده می‌شود و سبب ایجاد و حفظ این اختلال‌ها می‌گردد [۱۹]. پروتکل یکپارچه فراتشخیصی پنج مرحله اصلی را در بر می‌گیرد [۴۳] که عبارتند از: آگاهی نسبت هیجان‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی، اجتناب و رفتارهای خودکار، تحمل احساس‌های جسمی و رویارویی با هیجان‌ها [۴۴-۴۶].

نتیجه پژوهشی نشان داد که دو مرحله از پروتکل یکپارچه فراتشخیصی یعنی ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به‌طور معناداری انگیزه و اقدام به خودجرحی غیرخودکشی گرا را کاهش دهد [۴۷]. نتایج مطالعه پریس بکرو و همکاران^۱ [۴۸] که ۱۴۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند، نشان داد، درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند از میزان روان‌رنجوری، اضطراب و افسردگی بکاهد. پژوهش‌های دیگر نشان دادند، اجرای درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند از علائم شخصیت مرزی و خودجرحی غیرخودکشی گرا بکاهد [۴۱، ۴۹، ۵۰]. همچنین، این مداخله باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای شده [۴۳، ۴۶، ۴۸، ۵۱] و در بهبود نظم‌جویی هیجانی اثربخش است [۳۷، ۴۱، ۴۲، ۵۲]. در یک مطالعه که با هدف بررسی تغییرات اجتناب و روان‌رنجوری در درمان یکپارچه فراتشخیصی صورت گرفت، ۷۰ نفر بررسی شدند، نتایج نشان داد، این درمان می‌تواند به‌طور مؤثری اجتناب رفتاری و روان‌رنجوری را کاهش دهد [۵۳]. در پژوهشی تک آزمودنی بیان شد درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند به‌طور مؤثری فراوانی رفتار خودجرحی غیرخودکشی گرا و هیجان‌های مرتبط با آن را کاهش دهد [۳۹]. پژوهش موردی آرونیا و همکاران^۲ [۵۴] که ۶ نفر را مورد بررسی قرار داد، نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی روان‌رنجوری و تنظیم هیجانی را بهبود می‌بخشد. نتایج پژوهشی فراتحلیل حاکی از آن است که درمان‌های مختلف اعمال شده برای کاهش رفتار خودجرحی غیرخودکشی گرا، توانسته‌اند علائم این اختلال و افسردگی را به‌طور معناداری کاهش دهند [۵۵]. به‌طور کلی

3. Stumpp et al.

1. Peris-Baquero et al.

2. Arunya et al.

همکاران^۱ [۷۴] در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی قابل قبول می‌باشد. معیارهای ورود عبارتند از: داشتن معیارهای تشخیصی اختلال خودجراحی غیر خودکشی‌گرا، دامنه سنی ۱۸ تا ۲۷ سال و داشتن سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج عبارتند از: بیمارانی که با هدف خودکشی به خویش آسیب می‌زنند، آسیب‌های تصادفی که شامل ملاک‌های تشخیصی خودجراحی غیر خودکشی‌گرا نمی‌شود، بیمارانی که جزئی از جمعیت بالینی به‌شمار می‌روند.

ابزارها

پرسش‌نامه خودجراحی^۲ (ISAS): این ابزار توسط کلونسکی و گلن^۳ [۷۵]، برای اندازه‌گیری فراوانی و عملکرد رفتار خودجراحی غیر خودکشی‌گرا ساخته شد. این ابزار دارای دو بخش است: بخش نخست شامل فراوانی ۱۲ نوع رفتار خودجراحی است. پایایی از طریق بازآزمایی در این بخش در عرض یک تا چهار هفته ۰/۸۵ به دست آمد. علاوه بر این ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد [۷۶]. در بخش دوم به کارکرد رفتار خودجراحی پرداخته شده است [۱۲]، که ۱۳ کارکرد در دو طبقه اصلی کارکردهای درون فردی و کارکردهای بین فردی قرار گرفته‌اند. طیف لیکرت ابزار سه درجه‌ای (۰ به معنی کاملاً نامربوط و ۲ به معنی کاملاً مربوط) است. آلفای کرونباخ در بخش کارکردها برای کارکرد درون فردی ۰/۸۶ و برای کارکرد بین فردی ۰/۹۰ برای کارکرد بین فردی، محاسبه شد [۷۷]. در پژوهش صفاری‌نیا و همکاران [۷۸] برای نخستین بار پایایی این پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه گردید و روایی صوری و محتوایی آن توسط صاحب‌نظران مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه دیگری همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد و روایی آن تأیید شد [۷۹]. آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش لطفی و همکاران [۸۰] پس از هنجاریابی، ۰/۹۳ محاسبه شد. در پژوهش رضایی و همکاران [۸۱] تحلیل عاملی تأییدی از دو کارکرد درون فردی و بین فردی حمایت کرده است. همچنین همسانی درونی مناسبی برای کارکردهای بین فردی (۰/۵۲)

اجتنابی [۷۲]، اجتناب تجربه‌ای [۷۳] و روان‌رنجوری را کاهش دهد [۶۵].

با توجه به آن که خودجراحی غیر خودکشی‌گرا در حوزه سلامت روان جوانان مسئله‌ای مهم تلقی می‌شود و نیز نظر به آن که خطر مشکلات دیگر مانند اقدام به خودکشی را افزایش داده و هزینه‌های بالایی برای خانواده‌ها و سیستم بهداشت عمومی در پی دارد، ضروری است پژوهشی درباره اثربخشی درمان یکپارچه بر رفتار خودجراحی غیر خودکشی‌گرا و نیز عوامل مؤثر بر آن یعنی اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری صورت گیرد. زیرا به‌طور کلی هیچ پژوهشی به‌صورت همزمان اثربخشی درمان را بر رفتار خودجراحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری بررسی نکرده است. بنابر آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر فراوانی و شدت رفتار خودجراحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در زنان دارای خودجراحی غیر خودکشی‌گرا می‌باشد.

پرسش پژوهش

بر اساس آنچه گفته شد، پرسش پژوهش آن است که آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند فراوانی، شدت رفتار خودجراحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری را در زنان دارای خودجراحی غیر خودکشی‌گرا در گروه آزمایش کاهش دهد؟

روش

نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری (دوماهه) بود.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش شامل خانم‌های ۱۸ تا ۲۷ سال که در سال ۱۴۰۳ با رفتار خودجراحی غیر خودکشی‌گرا به مراکز مشاوره شهر مشهد مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به شیوه داوطلبانه بود که براساس معیارهای ورود و خروج ۳۸ نفر به عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ۸ نفر از آنان به‌دلیل بی‌تمایلی از پژوهش خارج شدند که در نهایت ۳۰ نفر در دو گروه باقی ماندند که این حجم نمونه (۱۵ نفر در هر گروه) بر اساس نظر گال و

1. Gall et al.
2. Inventory of Statements About Self-injury
3. Klonsky & Glenn

تا ۰/۷۹) و کارکردهای درون فردی (۰/۶۲ تا ۰/۷۹) محاسبه شد [۸۱].

پرسش‌نامه چندبعدی اختلال‌های هیجانی^۱

(MEDI): این ابزار توسط رزلینی و براون [۸۲] ساخته شده است و دارای ۴۹ پرسش و ۹ خرده مقیاس می‌باشد که شامل خلق و خوی روان‌رنجور، خلق و خوی مثبت، خلق افسرده، برانگیختگی خودکار، اضطراب جسمانی، اضطراب اجتماعی، افکار مزاحم، تجربه مجدد تروماتیک و اجتناب است [۴۵، ۸۳]. در این پژوهش از خرده مقیاس خلق و خوی روان‌رنجور (شامل پرسش‌های ۱، ۱۰، ۱۶، ۳۲ و ۳۵) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای طیف لیکرت ۹ درجه‌ای است (۰ به معنای اصلاً به من شبیه نیست و ۸ به معنای کاملاً به من شبیه است). هریک از عوامل این ابزار همبستگی بالایی با مقیاس‌هایی نظیر مقیاس روان‌رنجوری و برون‌گرایی پنج عاملی نئو، مقیاس‌های اضطراب و افسردگی ۲۱ پرسش (DASS)، مقیاس اضطراب اجتماعی (SIAS) و مقیاس وسواس فکری - عملی (OCI-R) نشان دادند که بیانگر روایی همگرا مناسب است [۸۲]. در یک بررسی پایایی نه عامل از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۶ تا ۰/۹۱ محاسبه شد و ثبات ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه همبستگی معنی‌داری (بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۶) با مقیاس‌های هر یک از سازه‌های انتخاب‌شده نظیر پرسش‌نامه DASS-14، فرم کوتاه اجتناب تجربه‌ای و پنج عاملی نئو نشان دادند [۸۴]. در پژوهش حاضر پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس روان‌رنجوری ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه کوتاه اجتناب تجربه‌ای^۲ (BEAQ): این ابزار ۱۵ سوالی که توسط گامز^۳ و همکاران [۸۵] ساخته شده است؛ دارای طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد. در نمره‌گذاری پرسش‌ها، عبارت شش به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات در دامنه ۱۵ تا ۹۰ قرار گرفته و نمرات بیشتر بیانگر اجتناب تجربه‌ای بالاتر است [۲۰، ۸۶]. در مطالعه‌ای فارسی همبستگی این ابزار با پرسش‌نامه افسردگی ۰/۵۰، با اجتناب ۰/۶۵، با عاطفه مثبت ۰/۳۴ و با رضایت از زندگی ۰/۳۸ - محاسبه

شد. پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۶ به دست آمد و روایی آن تأیید گردید [۸۷]. همچنین این فرم کوتاه روایی همگرای مناسبی (۰/۶۲) با فرم بلند پرسش‌نامه چندبعدی اجتناب تجربه‌ای^۴ نشان داد [۸۸]. در یک مطالعه همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد [۸۶] و در مطالعه گامز و همکاران پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد [۸۵]. در این پژوهش پایایی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

به منظور جمع‌آوری داده‌ها در ابتدا هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره صورت گرفت و بعد از اخذ تأییدیه‌های لازم، ۳۸ نفر خانم به صورت داوطلبانه مراجعه کردند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ۸ نفر از آنان به دلیل بی‌تمایلی، از پژوهش خارج شده و ۳۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت دو ماه تحت درمان فردی (۴۵ دقیقه‌ای) قرار گرفتند. گروه کنترل نیز بعد از اتمام دوره فالوآپ درمان را دریافت کردند. اعضای گروه کنترل و آزمایش سه بار پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند.

پروتکل درمان یکپارچه فراتشخیصی به صورت زیر است: [۳۹، ۴۰، ۵۹]

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS-26 استفاده شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناسی شرکت‌کنندگان در متغیرهای نوع شغل، تحصیلات و سن به این ترتیب بود که در گروه ۱۰ نفر شاغل و ۵ نفر خانه‌دار بودند و در گروه آزمایش ۹ نفر شاغل و ۶ نفر خانه‌دار بودند. از نظر تحصیلات در گروه کنترل ۲ نفر دیپلم، ۱۲ نفر کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد بودند؛ در گروه آزمایش نیز ۲ نفر دیپلم، ۱۱ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد بودند. با توجه به نتایج آزمون خی‌دو^۵ بین خانه‌دار بودن، شاغل بودن

4. Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)
5. Chi-Square Test

1. Multidimensional Emotional Disorders Inventory
2. Brief Experiential Avoidance Questionnaire
3. Gámez, W.

کنترل ۲۳/۱۳ سال و گروه آزمایش ۲۲/۸۷ سال بود. که نتایج آزمون تی مستقل^۱ نشان داد دو گروه از نظر سنی تفاوت معناداری ندارند ($t=0/302$, $p=0/765 > 0/05$). و تحصیلات ($x^2=0/221$, $p=0/861 > 0/05$) و تفاوت معناداری در گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت. همچنین، از لحاظ سنی میانگین گروه

جدول ۱. خلاصه پروتکل یکپارچه فراتشخیصی

جلسات	محتوای ارائه شده
جلسه اول	توضیح کلیات، ایجاد و ارتقا انگیزه برای درمان و نیز تعیین هدف پرداختن به مزایا و معایب درمان جهت افزایش انگیزه و نیز تعیین هدف برای جلسات درمانی، تکمیل فرم تعیین اهداف.
جلسه دوم	شناخت سه بعد هیجان (جسمانی، شناختی و رفتاری) آشنایی با سه بعد هیجان، تکمیل فرم ثبت افکار، هیجان‌ها و رفتارها. به‌منظور فهم سیکل رفتار ناسازگارانه خودجرحی.
جلسه سوم	تشخیص و پیگیری تجربه‌های هیجانی توجه به تأثیر فکر بر هیجان و رفتار با تأکید بر ناسازگارانه بودن این چرخه. شرح فرمول پیش‌آیند، پاسخ و پیامد. تمرین توجه و ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات و آگاهی از افکار و رفتارهای مرتبط با آن
جلسه چهارم	آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به هیجان‌ها: یادگیری نظاره کردن تجارب توضیح هیجان‌های اولیه و ثانویه، آموزش آگاهی بدون داوری نسبت به تجربیات و تکمیل فرم القای خلق، تمرین تنفس‌آگاهانه
جلسه پنجم	شناسایی و ایجاد انعطاف در خطاهای شناختی (به‌خصوص فاجعه سازی و بیش برآورد خطر) شناسایی تحریف‌های شناختی و افکار خودکار منفی و ارزیابی آن‌ها، بازآزمایی شناختی (تمرین تفسیر یک تصویر دارای بار هیجانی از زاویای مختلف)، تکنیک پیکان رو به پایین برای پیدا کردن باور مرکزی، تکمیل فرم شناسایی و ارزیابی افکار خودکار، تمرین حل مسئله (فراخوانی راه حل‌های متعدد و توجه به راهکارهای دارای مزیت بیشتر)
جلسه ششم	اجتناب از هیجانات و رفتارهای ناشی از هیجان ^۲ توضیح اجتناب، انواع آن (مانند اجتناب شناختی)، تأکید بر بی‌فایده بودن اجتناب و تکمیل فرم راهبردهای اجتناب هیجانی، تمرین شناسایی رفتارهای هیجان خاست روزانه
جلسه هفتم	رفتارهای ناشی از هیجان و آگاهی از حس‌های بدنی ایجاد آگاهی نسبت به رفتارهای ناسازگار، جایگزینی رفتار سازگارانه، تمرین القای علائم (مانند تند نفس کشیدن، چرخیدن به دور صندلی) به‌منظور ایجاد بینش نسبت به بی‌خطر بودن علائم
جلسه هشتم	رویارویی درونی و نیز مبتنی بر موقعیت با هیجان‌ها مواجهه پلکانی با هیجان‌ها و عدم اجتناب، تکمیل فرم نردبان هیجانی (رویارویی با موقعیت‌های هیجانات به صورت سلسله مراتبی)

1. Independent Samples T-Test

2. Emotion-driven behaviours

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای فراوانی، شدت رفتارهای خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان رنجوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراوانی رفتارهای خودجرحی	آزمایش	۶۹/۴۷	۵/۷۱	۲۰/۲۷	۵/۷۸	۲۰/۳۳	۲/۳۳
	کنترل	۷۲/۵۳	۵/۴۲	۶۶/۸۷	۴/۵۱	۶۴/۰۷	۴/۷۳
شدت رفتار خودجرحی	آزمایش	۶۰	۳/۷۴	۴۷/۵۳	۳/۰۹	۴۸	۲/۴۷
	کنترل	۶۰/۴	۵/۵۷	۶۰/۲	۵/۴۲	۵۹/۸۶	۴/۳۴
کارکردهای درون فردی	آزمایش	۲۴/۵۳	۲/۴۴	۱۸/۸۶	۲/۳۸	۱۹/۱۳	۱/۹۲
	کنترل	۲۵/۲۶	۲/۶	۲۵/۱۳	۲/۲۶	۲۴/۹۳	۱/۹
کارکردهای بین فردی	آزمایش	۳۵/۴۶	۳/۰۶	۲۸/۶۶	۲/۷۹	۲۸/۸۶	۲/۷۹
	کنترل	۳۵/۱۳	۴/۷۱	۳۵/۰۶	۴/۷۱	۳۴/۹۳	۴/۳۳
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	۵۱/۰۶	۴/۹۴	۴۲/۸	۴/۱۴	۴۳/۳۳	۳/۷۱
	کنترل	۵۱/۹۳	۴/۲۸	۵۱/۵۳	۳/۷۱	۵۰/۷۳	۳/۸۶
روان رنجوری	آزمایش	۳۳/۳۳	۲/۳۱	۲۵/۸۶	۲/۵۳	۲۶/۰۶	۲/۶
	کنترل	۳۳/۰۶	۲/۶۳	۳۲/۲۶	۲/۸۱	۳۱/۹۳	۲/۴

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون در متغیرهای فراوانی رفتار خودجرحی، شدت رفتار خودجرحی (شامل کارکردهای درون فردی و بین فردی)، اجتناب تجربه‌ای و روان رنجوری تقریباً مشابه به هم است، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در متغیرهای ذکر شده کاهش نشان داد و با بهبود همراه بود که معناداری این تغییرات در ادامه با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بررسی شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، مفروضه‌های زیربنایی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه نرمالیتی از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج نشان داد متغیرهای وابسته بین ۲ و ۲- قرار گرفتند. این به معنای معنی‌دار بودن داده‌ها می‌باشد؛ بنابراین همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در فراوانی رفتار خودجرحی ($r=0/69$) شدت رفتار خودجرحی ($r=0/65$)، اجتناب تجربه‌ای ($r=0/71$) و روان رنجوری ($r=0/63$) محاسبه شد. بنابر همبستگی‌های فوق، پیش‌فرض خطی بودن روابط متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) وابسته تحقق یافت. همچنین آزمون لوین برای بررسی همگنی

واریانس‌ها به کار رفت که نتایج آن در فراوانی رفتارهای خودجرحی ($F=1/053$, $p=0/357$)، شدت رفتارهای خودجرحی ($F=0/44$, $p=0/513$)، اجتناب تجربه‌ای ($F=0/437$, $p=0/622$) و روان رنجوری ($F=0/566$) محاسبه شد. ششغ بنابر این این پیش‌فرض تأیید شد. علاوه بر این آزمون ام باکس برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کواریانس به کار گرفته شد که نتایج آن در متغیر فراوانی رفتار خودجرحی ($F=0/889$, $p=0/558$)، شدت رفتارهای خودجرحی ($F=0/083$, $p=0/845$)، اجتناب تجربه‌ای ($F=1/307$, $p=0/579$) و روان رنجوری ($F=3/26$, $p=0/053$) بیانگر برقرار بودن این مفروضه می‌باشد. همچنین، نتایج همگنی رگرسیون در فراوانی رفتار خودجرحی ($F=0/865$, $p=0/39$)، شدت رفتار خودجرحی ($F=0/419$, $p=0/43$)، اجتناب تجربه‌ای ($F=0/873$, $p=0/29$) و روان رنجوری ($F=0/841$, $p=0/37$) نشانگر تأیید شدن این مفروضه پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت در فراوانی رفتار خودجرحی (با آماره موچلی $0/776$) با مجذور خی دو ($2/32$)، شدت رفتار خودجرحی (با آماره موچلی $0/862$) با مجذور خی دو ($4/61$)، اجتناب تجربه‌ای

فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان رنجوری (در سطح خطای ۰/۰۵) می‌باشد. باتوجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر می‌توان از این آزمون استفاده نمود.

(با آماره موچلی ۰/۹۰۳ با مجذور خی دو ۲/۱۲) و روان‌رنجوری (با آماره موچلی ۰/۸۶ با مجذور خی دو ۴/۰۵) معنی‌دار نیست و بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار بین واریانس اختلافات و تأیید پیش‌فرض کرویت در متغیرهای

جدول ۳. نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی مربوط به مقایسه متغیرهای فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان رنجوری

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
فراوانی رفتارهای خودجرحی	درون گروهی	زمان	۱	۱۲۴۴۱/۶	۲۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
		زمان*گروه	۱	۶۲۰۱/۶۶	۱۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲
		خطا	۲۸	۱۳۱۵۵/۷۳	۴۶۹/۸۴		
	بین گروهی	گروه	۱	۲۱۸۰۸/۹	۴/۲۷	۰/۰۴۸	۰/۱۳۳
		خطا	۲۸	۱۴۲۷۲۶/۸۸	۵۰۹۷/۳۸		
شدت رفتارهای خودجرحی	درون گروهی	زمان	۱	۵۸۹/۰۶	۲۰۹/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
		زمان*گروه	۱	۴۹۳/۰۶	۱۷۵/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲
		خطا	۲۸	۷۸/۸۶	۲/۸۱		
	بین گروهی	گروه	۱	۱۵۵۴/۱۷	۳۰/۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲
		خطا	۲۸	۱۴۲۱/۸۲	۵۰/۷۷		
کارکرد درون فردی	درون گروهی	زمان	۱	۱۲۳/۲۶	۱۰۹/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
		زمان*گروه	۱	۹۶/۲۶	۸۵/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
		خطا	۲۸	۳۱/۴۶	۱/۱۲		
	بین گروهی	گروه	۱	۴۰۹/۶	۲۹/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
		خطا	۲۸	۳۸۵/۶۸	۱۳/۷۷		
کارکرد بین فردی	درون گروهی	زمان	۱	۱۷۳/۴	۶۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲
		زمان*گروه	۱	۱۵۳/۶	۶۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
		خطا	۲۸	۷۰	۲/۵		
	بین گروهی	گروه	۱	۳۶۸/۰۴	۱۰/۳۳	۰/۰۰۳	۰/۲۷
		خطا	۲۸	۹۹۷/۲۴	۳۵/۶۱		
اجتناب تجربه‌ای	درون گروهی	زمان	۱	۲۹۹/۲۶	۸۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵
		زمان*گروه	۱	۱۶۰/۰۶	۴۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۶
		خطا	۲۸	۹۹/۶۶	۳/۵۶		
	بین گروهی	گروه	۱	۷۲۲/۵	۱۵/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
		خطا	۲۸	۱۱۷۱/۷۲	۳۶/۶۱		
روان رنجوری	درون گروهی	زمان	۱	۲۶۴/۶	۲۵۲/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹
		زمان*گروه	۱	۱۴۱/۰۶	۱۳۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۸
		خطا	۲۸	۲۹/۳۳	۱/۰۴		
	بین گروهی	گروه	۱	۳۶۰	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۷
		خطا	۲۸	۵۰۳/۹۵	۱۷/۹۹		

همه متغیرها معنادار است ($p < 0/01$). نتایج اثرات بین گروهی نشان می‌دهد که بین نمرات فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$).

با توجه به نتایج جدول ۳، در درمان یکپارچه فراتشخیصی بین فراوانی رفتار خودجرحی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). نتایج اثر تعاملی زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در

جدول ۴. آزمون تعقیبی بونفرونی در گروه آزمایش و کنترل در فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال معنی‌داری
فراوانی رفتارهای خودجرحی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۷/۴۳	۵/۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۱/۳۶	۰/۱۸۵۲	۰/۳۵۹
	پیش‌آزمون-پیگیری	۲۸/۸	۵/۵۹	۰/۰۰۱
شدت رفتارهای خودجرحی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶/۳۳	۰/۲۶۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۳۴۳	۰/۹۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	۶/۲۶	۰/۴۳۳	۰/۰۰۱
کارکردهای درون‌فردی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۹	۰/۲۲۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۲۰۵	۰/۹۷
	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۸۶	۰/۲۷۴	۰/۰۰۱
کارکرد بین فردی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۴۳	۰/۲۸۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۲۳۴	۰/۹۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۴	۰/۴۰۸	۰/۰۰۱
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۳۳	۰/۳۵۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۳۴۹	۰/۹۵
	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۴۶	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱
روان‌رنجوری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۱۳	۰/۲۳۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۱۸۸	۰/۹۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۲	۰/۲۶۴	۰/۰۰۱

نشان‌دهنده اثربخشی این درمان بر متغیرهای مورد اشاره است و از سوی دیگر، وجود تفاوت معنادار در مرحله پیگیری ($p < 0/01$) نشان می‌دهد، اثرات درمان بر تمامی متغیرهای پژوهش در طول دوره پیگیری حفظ شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴ می‌توان گفت که در متغیرهای فراوانی رفتار خودجرحی، شدت رفتار خودجرحی، (کارکرد درون‌فردی و کارکرد بین‌فردی)، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$) که

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو بر فراوانی و شدت رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در زنان دارای رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو، فراوانی رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پیشین همسو است [۵، ۳۹، ۵۲، ۵۶]. برای مثال در پژوهش [۳۹] نشان داده شد که درمان یکپارچه فراتشخیصی، فراوانی رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا را کاهش می‌دهد. همچنین، در مطالعه دیگری [۵] نشان داد که درمان مبتنی بر تکنیک‌های شناختی - رفتاری، به کاهش معنادار فراوانی این رفتار منجر شده است.

برای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در درمان یکپارچه فراتشخیصی، مراجع با ابعاد مختلف هیجان (شناختی، جسمانی و رفتاری) آشنا می‌شود و از طریق مداخلات ذهن‌آگاهانه، توجه کردن به تجربه‌های کنونی را می‌آموزد و هیجان‌های خود را به‌صورت غیر قضاوتی مشاهده و پذیرش می‌کند [۸۹]. این فرایند به افزایش تحمل پریشانی و بهبود تنظیم هیجان کمک می‌کند [۹۰]. علاوه بر این، در کنار مهارت ذهن‌آگاهی، فرد از رفتارهایی که منشأ هیجانی دارند (مانند رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا) آگاه می‌شود و می‌آموزد که این رفتارها اغلب به صورت خودکار و در پاسخ به هیجان‌های منفی بروز می‌کنند. بدین ترتیب مراجع می‌کوشد رفتارهای اجتنابی را حذف کرده و رفتارهای سازگارانه را جایگزین کند [۵۶]. این فرایند با افزایش رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا کاهش می‌یابد. در واقع مراجع با فراگیری ذهن‌آگاهی، نسبت به هیجان‌های منفی خویش پذیرش بیشتری پیدا می‌کند، در نتیجه از میزان آشفتگی‌اش کاسته شده و کمتر تلاش می‌کند با رفتاری مانند خودجرحی از هیجان‌های خود فرار کند و در عوض با تمرین ذهن‌آگاهی، پذیرش و نیز جایگزینی رفتارهای سازگارانه، از میزان رفتار خودجرحی خود می‌کاهد.

دیگر نتیجه پژوهش آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو، شدت رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا

را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد. این یافته مطابق با نتایج [۴۷، ۵۷، ۵۵] می‌باشد. به عنوان مثال در مطالعه‌ای نشان داده شد که دو مرحله از این درمان یعنی ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌توانند انگیزه‌های مرتبط با این رفتار (یا کارکردهای رفتار خودجرحی) را کاهش دهند [۴۷]. نتایج یک فراتحلیل [۵۵] نیز نشان داد، درمان‌های کاهش رفتار خودجرحی نظیر درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند از شدت رفتار خودجرحی بکاهد. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که در درمان یکپارچه فراتشخیصی مراجع به‌وسیله آگاهی بیشتر نسبت به هیجان‌ها [۹۱]، مسلط شدن بر آن‌ها و نیز کاهش تحریف‌های شناختی و برداشت‌های منفی نسبت به خود، مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی خویش را ارتقا و بهبود می‌بخشند [۴۸]. در نتیجه در هنگام درگیری با رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا با شدت کمتری این کار را انجام می‌دهد. زیرا مراجع با ذهن‌آگاهی و توجه به رفتارهای خودکار [۹۲] می‌داند این نوع رفتار برخاسته از هیجان‌های ناخوشایند او است؛ بنابراین می‌تواند این هیجان‌ها را نظاره کند و بدون داشتن برداشت منفی نسبت به خود، آن‌ها را بپذیرد و در نتیجه رفتار سازگارانه‌ای را جایگزین رفتار خودجرحی کند. در واقع مراجع با تمرین مهارت‌های ذهن‌آگاهی و ایجاد انعطاف‌پذیری در تفکر خود بهتر می‌تواند هیجان‌های ناخوشایند خود را تحمل کند؛ در نتیجه با کاهش شدت هیجان‌های منفی با شدت کمتری رفتارهای خودجرحی غیرخودکشی‌گرا را انجام می‌دهد.

در مطالعه‌ای دیگر درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو، اجتناب تجربه‌ای را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد. این یافته همسو با نتایج [۲۲، ۶۰، ۶۷، ۹۰، ۹۳] است. به عنوان مثال در پژوهش بامشگی [۶۷] کاهش درمان یکپارچه فراتشخیصی اجتناب تجربه‌ای نشان داده شد. همچنین، در مطالعه‌ای [۶۱] نیز بررسی شد به‌دنبال کاهش اجتناب تجربه‌ای علائم اختلال هیجانی کاهش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در درمان یکپارچه فراتشخیصی مراجع می‌آموزد که خودجرحی غیرخودکشی‌گرا نوعی راه‌گریز است که فرد برای خلاصی از هیجان‌های ناخوشایند استفاده می‌کند [۲۴]. به‌تدریج که در فرایند درمان، ذهن‌آگاهی تمرین می‌گردد و به‌جای اجتناب

انعطاف‌پذیری در افکار، به کاهش هیجان‌های و روان‌رنجوری منجر می‌شود.

محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهش

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود، به دلیل اجرای درمان بر نمونه ۳۰ نفری از زنان در شهر مشهد، تعمیم نتایج به جامعه محدود است. همچنین، به دلیل تعداد زیاد سوالات، از فرم کوتاه پرسش‌نامه اجتناب تجربی استفاده گردید و دوره پیگیری پژوهش به دلیل محدودیت زمانی، دو ماهه بود. بنابر این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهشگران نمونه‌هایی با حجم بیشتر و شامل هر دو جنس زن و مرد را بررسی کنند. همچنین، برای دستیابی به اطلاعات کامل‌تر، از فرم بلند پرسش‌نامه اجتناب تجربی و سایر ابزارها (مانند پرسشنامه پذیرش و عمل) استفاده شود. علاوه بر این، توصیه می‌شود دوره پیگیری طولانی‌تری در نظر گرفته شود تا نتایج دقیق‌تری درباره حفظ نتایج درمان در طول زمان بدست آید. این پژوهش نشان داد که درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا، اجتناب تجربی و روان‌رنجوری را کاهش دهد؛ بنابراین ضروری است مداخلات پیشگیرانه و درمانی در قالب جلسات آموزشی برای این جوانان ارائه گردد تا نسبت به هیجان‌هایشان بینش یافته و آن‌ها را بپذیرند و نیز رفتارهای مؤثری را جایگزین رفتارهای ناسازگارانه و رفتارهای خودجرحی کرده و با هیجانات خود به طور مؤثر مواجه شوند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول با کد اخلاق IR.UM.REC.1403.110 است. اصول رازداری، رضایت آگاهانه و داوطلبانه بودن در پژوهش اجرا شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان حاضر در این تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

از هیجان‌های آزاردهنده به پذیرش آن‌ها می‌پردازد، اجتناب تجربه‌ای کاهش می‌یابد [۹۴]. این امر به مراجع کمک می‌کند تا با افکار و هیجان‌های ناخوشایند مواجه شود و تحمل بیشتری نسبت به آن‌ها پیدا کند. در نتیجه، به جای رفتارهای اجتنابی، رفتارهای سازگارانه را به کار می‌گیرد. در این درمان، تمرین‌هایی مانند عمل متضاد، تحمل احساس‌های بدنی، و مواجهه با هیجان‌ها انجام می‌شود که همگی با هدف افزایش تحمل آشفتگی و کاهش اجتناب طراحی شده‌اند [۶۸]. همچنین، با کاهش آشفتگی مراجع [۵۹]، انعطاف‌پذیری شناختی او افزایش می‌یابد و کمتر از اجتناب تجربی به عنوان راهبردی نظم‌جویی هیجان استفاده می‌کند. به طور کلی، مراجع با یادگیری ذهن‌آگاهی هیجانی، از بیهودگی اجتناب تجربه‌ای آگاه می‌شود و خطاهای شناختی خود را از طریق تمرین‌های مواجهه اصلاح می‌کند و در نهایت با یادگیری رفتارهای سازگارانه، اجتناب تجربه‌ای خود را به حداقل برساند.

یکی از یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند روان‌رنجوری را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش دهد. این یافته با نتایج [۴۸، ۶۲، ۶۳] پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان دادند درمان یکپارچه فراتشخیصی با تمرکز بر مواجهه با هیجانات ناخوشایند و نیز آموزش تحمل آن‌ها، علائم روان‌رنجوری بهبود می‌بخشد [۶۲، ۶۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مراجع در این درمان از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهانه می‌آموزد هیجان‌های آزاردهنده را بدون قضاوت و داوری مشاهده و بپذیرد [۶۴]. این فرایند به کاهش آشفتگی هیجانی و اجتناب از هیجان‌ها منجر می‌شود. همچنین، در این فرایند درمان مراجع با تجربه مواجهه با موقعیت‌های هیجانی و جایگزینی رفتارهای سازگارانه به جای راهبردهای ناسازگارانه مانند اجتناب [۵۴] تنظیم هیجان و خطاهای شناختی خود را بهبود می‌بخشد. در نتیجه، علائم روان‌رنجوری کاهش یافته و رفتار خودجرحی غیر خودکشی‌گرا کمتر مشاهده می‌شود. به طور کلی، یادگیری آگاهی نسبت به هیجان‌ها، افزایش تحمل آشفتگی، و اصلاح خطاهای شناختی، مراجع را قادر می‌سازد تا کمتر به اطلاعات منفی توجه کند و رویدادها را از دید دیگری بنگرد. این تمرین با بازسازی شناختی و ایجاد

منابع

- 8- Buelens, T., Luyckx, K., Kiekens, G., Gandhi, A., Muehlenkamp, J. J., Claes, L. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 260: 314-322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.009>
- 9- Qu, D., Wen, X., Liu, B., Zhang, X., He, Y., Chen, D., et al. Non-suicidal self-injury in Chinese population: a scoping review of prevalence, method, risk factors and preventive interventions. *The Lancet Regional Health-Western Pacific*. 2023; 37: 100794. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100794>
- 10- Babaeifard, M., Akbari, M., Mohammadkhani, S., Hasani, J., Shahbazian, R., Selby, E. A. Early maladaptive schemas, distress tolerance and self-injury in Iranian adolescents: serial mediation model of transdiagnostic factors. *BJPsych Open*. 2024; 10(3): e116. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.708>
- 11- Wilkinson, P. O., Qiu, T., Jesmont, C., Neufeld, S. A., Kaur, S. P., Jones, P. B., et al. Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 306: 240-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.021>
- 12- Mason, C. K. Expanding the emotional cascade model of borderline personality disorder with negative thoughts, thought control strategies, suicide attempts, and non-suicidal self-injury [Dissertation]. Mississippi State University; 2024. <https://scholarsjunction.msstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7251&context=td>
- 13- Thomas, D., Bonnaire, C. Relationship between non-suicidal self-injury and emotion dysregulation among male and female young adults. *Psychological Reports*. 2023; 126(6): 00332941231183336. <https://doi.org/10.1177/00332941231183336>
- 14- Ge, Y., Xiao, Y., Li, M., Yang, L., Song, P., Li, X., et al. Maladaptive cognitive regulation moderates the mediating role of emotion dysregulation on the association between psychosocial factors and non-suicidal self-injury in depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2023; 14: 1279108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1279108>
- 1- Schmidt, C., Briones-Buixassa, L., Nicolaou, S., Soler, J., Pascual, J. C., Vega, D. Non-suicidal self-injury in young adults with and without borderline personality disorder: the role of emotion dysregulation and negative urgency. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2023; 39(3): 345-353. <https://doi.org/10.6018/analesps.492631>
- 2- Shen, Y., Chen, D., Guo, J., Zheng, Y., Zhang, J., Zhan, S., et al. Co-developmental trajectories of suicidal ideation and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: Transdiagnostic predictors and association with suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2024; 54(4): 632-648. <https://doi.org/10.1111/sltb.13074>
- 3- Lee, C.-H. J., Ortiz, J. M. H., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Liu, R. T. An evaluation of emotion recognition, emotion reactivity, and emotion dysregulation as prospective predictors of 12-month trajectories of non-suicidal self-injury in an adolescent psychiatric inpatient sample. *Journal of Affective Disorders*. 2024; 358: 302-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.086>
- 4- First, M. B., Clarke, D. E., Yousif, L., Eng, A. M., Gogtay, N., Appelbaum, P. S. DSM-5-TR: rationale, process, and overview of changes. *Psychiatric Services*. 2023; 74(8): 869-875. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220334>
- 5- Rockstroh, F., Edinger, A., Josi, J., Brunner, R., Resch, F., Kaess, M. Brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescents with nonsuicidal self-injury: outcomes over a 2–4-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2023; 92(4): 243-254. <https://doi.org/10.1159/000531092>
- 6- Wang, M., Eaton, N. R. Linking non-suicidal self-injury to psychopathology: The utility of transdiagnostic and DSM-based models. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 332: 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.075>
- 7- Hu, Z., Yu, H., Zou, J., Zhang, Y., Lu, Z., Hu, M. Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Brain and Behavior*. 2021; 11(12): e2419. <https://doi.org/10.1002/brb3.2419>

- 23-Wang, W., Wang, X., Duan, G. Non-suicidal self-injury and suicidal ideation among Chinese college students of childhood emotional abuse: associations with rumination, experiential avoidance, and depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2023; 14: 1232884. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1232884>
- 24-Ding, H., Zhu, L., Wei, H., Geng, J., Huang, F., Lei, L. The relationship between cyber-ostracism and adolescents' non-suicidal self-injury: mediating roles of depression and experiential avoidance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(19): 12236. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912236>
- 25-Im, S., Kahler, J. Evaluating the empirical evidence for three transdiagnostic mechanisms in anxiety and mood disorders. *The Journal of General Psychology*. 2022; 149(2): 232-257. <https://doi.org/10.1080/00221309.2020.1828252>
- 26-Peng, B., Liao, J., Li, Y., Jia, G., Yang, J., Wu, Z., et al. Personality characteristics, defense styles, borderline symptoms, and non-suicidal self-injury in first-episode major depressive disorder. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14: 989711. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.989711>
- 27-Kim, H., Park, J., Kuhn, M., Kim, M. J., Hur, J. Neuroticism modulates functional connectivity of the midcingulate cortex during emotional conflict. *Scientific Reports*. 2025; 15(1): 13095. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-97529-8>
- 28-Deason, K. G., Luchetti, M., Karakose, S., Stephan, Y., O'Súilleabháin, P. S., Hajek, A., et al. Neuroticism, loneliness, all-cause and cause-specific mortality: A 17-year study of nearly 500,000 individuals. *Journal of Affective Disorders*. 2025; 368: 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.077>
- 29-Pawlak, M., Schmidtler, H., Kopala-Sibley, D. C. Neuroticism and extraversion as predictors of first-lifetime onsets of depression, anxiety, and suicidality in high-risk adolescents. *Development and Psychopathology*. 2025; 37(1): 529-540. <https://doi.org/10.1017/S0954579424000130>
- 30-Wang, T.-Y., Chen, H.-C., Hsu, C.-D., Chen, I.-M., Liao, S.-C., Chang, C.-E., et al. The mediating effects of personality traits on the relationship of youth conduct problems and mood disorders with adulthood suicidality. *Scientific Reports*. 2023; 13(1): 4292. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-31338-9>
- 15-Dobias, M. L., Chen, S., Fox, K. R., Schleider, J. L. Brief interventions for self-injurious thoughts and behaviors in young people: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2023; 26(2): 482-568. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00424-9>
- 16-Liao, C., Gu, X., Wang, J., Li, K., Wang, X., Zhao, M., et al. The relation between neuroticism and non-suicidal self-injury behavior among college students: Multiple mediating effects of emotion regulation and depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(5): 2885. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052885>
- 17-Fan, Y. Y., Liu, J., Zeng, Y.-Y., Conrad, R., Tang, Y.-L. Factors associated with non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: a meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2021; 12: 747031. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.747031>
- 18-Zhang, Y., Gong, L., Feng, Q., Hu, K., Liu, C., Jiang, T., et al. Association between negative life events through mental health and non-suicidal self-injury with young adults: evidence for sex moderate correlation. *BMC Psychiatry*. 2024; 24(1): 466. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05880-3>
- 19-Angelakis, I., Gooding, P. Experiential avoidance in non-suicidal self-injury and suicide experiences: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2021; 51(5): 978-992. <https://doi.org/10.1111/sltb.12784>
- 20-Haywood, S. B., Hasking, P., Boyes, M. E. Untangling the link between experiential avoidance and non-suicidal self-injury: a multidimensional approach. *Australian Journal of Psychology*. 2024; 76(1): 2315951. <https://doi.org/10.1080/00049530.2024.2315951>
- 21-Brereton, A., McGlinchey, E. Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of Suicide Research*. 2020; 24(sup1): 1-24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1563575>
- 22-Mousapour, M., Mirzaei, H., Sadeghi, F. Effectiveness of mindfulness training on experiential avoidance, self-compassion, and physiological indices in women with breast cancer. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2024; 5(1): 177-186. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.1.19>

- 38-Zirakbash, A., Naderi, F., Marashian, F. S., Makvandi, B. Designing unified trans-diagnostic interventions and their efficacy on the common mechanisms of the comorbid obsessive personality disorder with anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder: A protocol study. *Journal of Education and Health Promotion*. 2023; 12(1): 35.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1254_22
- 39-Bentley, K. H. Applying the unified protocol transdiagnostic treatment to nonsuicidal self-injury and co-occurring emotional disorders: A case illustration. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 73(5): 547-558.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22452>
- 40-Bentley, K. H., Jaroszewski, A. C. Application of the Unified Protocol for Treatment of Nonsuicidal Self-Injury. In: *Oxford Handbook of Nonsuicidal Self-Injury*. Oxford University Press; 2023. p. 1091-1111.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197611272.013.54>
- 41-Farchione, T. J., Long, L. J., Spencer-Lai, D., Moreno, J., Barlow, D. H. State of the Science: The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Therapy*. 2024; 55(6): 1189-1204.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>
- 42-Pan, M.-R., Liu, X.-Y., Gao, X., Fu, Z.-F., Liu, L., Li, H.-M., et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents in China: A pilot study. *Behavior Therapy*. 2025; 56(1): 145-161.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.05.003>
- 43-Bentley, K. H., Sauer-Zavala, S., Stevens, K. T., Washburn, J. J. Implementing an evidence-based psychological intervention for suicidal thoughts and behaviors on an inpatient unit: Process, challenges, and initial findings. *General Hospital Psychiatry*. 2020; 63: 76-82.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.09.012>
- 44-Sauer-Zavala, S., Tirpak, J. W., Eustis, E. H., Woods, B. K., Russell, K. Unified protocol for the transdiagnostic prevention of emotional disorders: Evaluation of a brief, online course for college freshmen. *Behavior Therapy*. 2021; 52(1): 64-76.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.010>
- 31-Yang, J., Mao, Y., Niu, Y., Wei, D., Wang, X., Qiu, J. Individual differences in neuroticism personality trait in emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 265: 468-474.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.086>
- 32-Park, C., Hyun, M.-H. Moderating effect of psychological flexibility in the relationship between neuroticism and self-harm. *Korean Journal of Clinical Psychology*. 2022; 41(1): 24-31.
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2022.41.1.003>
- 33-Wright-Hughes, A., Walwyn, R., Wright, J. M., Farrin, A., Fonagy, P., Ougrin, D., et al. Reducing self-harm in adolescents. An individual participant data meta-analysis (RISA-IPD): systematic review protocol. *BMJ Open*. 2021; 11(5): e049255.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049255>
- 34-Rodante, D. E., Chiapella, L. C., Olivera Fedi, R., Papávero, E. B., Lavoie, K. L., Daray, F. M. A randomized 3-month, parallel-group, controlled trial of CALMA m-health app as an adjunct to therapy to reduce suicidal and non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents: study protocol. *Frontiers in Psychiatry*. 2023; 14: 1087097.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1087097>
- 35-Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., et al. 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>
- 36-Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., Farchione, T. J. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*. 2020; 19(2): 245-246.
<https://doi.org/10.1002/wps.20748>
- 37-Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in medical conditions: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(10): 5077.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>

- 52-Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., Sauer-Zavala, S. A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*. 2020; 78: 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- 53-Elhousseini, S. A., Cravens, L. E., Southward, M. W., Sauer-Zavala, S. Associations between improvements in aversive reactions to negative emotions and increased quality of life in the Unified Protocol. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2022; 32(1): 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.12.001>
- 54-Arunya, B., Sudhir, P. M., Arumugham, S. S. Effect of Unified Protocol on neuroticism, emotion regulation skills, and symptom severity—A case series. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2023; 14: 100619. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100619>
- 55-Arqueros, V. P., Ibáñez-Beroiz, B., Goñi-Sarriés, A., Jiménez, A. G. Efficacy of psychotherapeutic interventions for non-suicidal self-injury in adolescent population: Systematic review and meta-analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2023; 16(2): 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.10.001>
- 56-Bjureberg, J., Ojala, O., Hesser, H., Häbel, H., Sahlin, H., Gratz, K. L., et al. Effect of internet-delivered emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*. 2023; 6(7): e2322069. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22069>
- 57-Calvo, N., García-González, S., Perez-Galbarro, C., Regales-Peco, C., Lugo-Marin, J., Ramos-Quiroga, J.-A., et al. Psychotherapeutic interventions specifically developed for NSSI in adolescence: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*. 2022; 58: 86-98. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.02.009>
- 58-Fernandes, B., Wright, M., Essau, C. A. The role of emotion regulation and executive functioning in the intervention outcome of children with emotional and behavioural problems. *Children (Basel)*. 2023; 10(1): 139. <https://doi.org/10.3390/children10010139>
- 45-Pérez-Esteban, A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Debbané, M., et al. The assessment of transdiagnostic dimensions of emotional disorders: Validation of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory (MEDI) in adolescents with subthreshold anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2024; 357: 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.081>
- 46-Farchione, T. J., Fitzgerald, H. E., Curreri, A., Janes, A. C., Gallagher, M. W., Sbi, S., et al. Efficacy of the Unified Protocol for the treatment of comorbid alcohol use and anxiety disorders: Study protocol and methods. *Contemporary Clinical Trials*. 2021; 108: 106512. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106512>
- 47-Bentley, K. H., Nock, M. K., Sauer-Zavala, S., Gorman, B. S., Barlow, D. H. A functional analysis of two transdiagnostic, emotion-focused interventions on nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017; 85(6): 632-646. <https://doi.org/10.1037/ccp0000205>
- 48-Peris-Baquero, Ó., Moreno-Pérez, J., Navarro-Haro, M., Díaz-García, A., Osma, J. Emotion dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 331: 313-321. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.079>
- 49-Carlucci, L., Saggino, A., Balsamo, M. On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2021; 87: 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- 50-Longley, S. L., Gleiser, T. S. Efficacy of the Unified Protocol: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2023; 30(2): 208-221. <https://doi.org/10.1037/cps0000141>
- 51-Rodríguez-Mora, Á., Del Río, F. J., Mallat, I., Gemar, E., Barrilado, L., Fernández, A., et al. Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en una muestra universitaria. *Acción Psicológica*. 2022; 19(2): 97-114. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37006>

- 66-Calvete, E., Royuela-Colomer, E., Maruottolo, C. Emotion dysregulation and mindfulness in non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*. 2022; 314: 114691.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114691>
- 67-Bamesghi, 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): 429-438.
https://jfmh.mums.ac.ir/article_17559_a9ed3a994542813d9733fd52cad28211.pdf
- 68-Espinosa, V., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Chorot, P., Arnáez, S., Schmitt, J. C., et al. Efficacy of a transdiagnostic internet-based program for adolescents with emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2024; 179: 104560.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104560>
- 69-Garcia-Toro, M., Aguilar-Latorre, A., Garcia, A., Navarro-Guzmán, C., Gervilla, E., Seguí, A., et al. Mindfulness skills and experiential avoidance as therapeutic mechanisms for treatment-resistant depression through mindfulness-based cognitive therapy and lifestyle modification. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14: 1008891.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1008891>
- 70-Peláez, T., López-Carrilero, R., Espinosa, V., Balsells, S., Ochoa, S., Osma, J. Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra high risk for psychosis: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2024; 367: 934-943.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.036>
- 71-Stumpp, N. E., Southward, M. W., Sauer-Zavala, S. Assessing theories of state and trait change in neuroticism and symptom improvement in the Unified Protocol. *Behavior Therapy*. 2024; 55(1): 93-105.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.005>
- 72-Nasiri, F., Ellard, K. K., Mashhadi, A., Bigdeli, I., Ghanaei-Chamanabad, A. Augmenting the unified protocol with transcranial direct current stimulation: Effects on emotion regulation and executive dysfunction. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023; 30(2): 446-457.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2812>
- 59-Tonarely, N. A., Sherman, J. A., Grossman, R. A., Ehrenreich-May, J. Targeting elevated borderline features in adolescents using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A). *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2021; 6(1): 47-64.
<https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1805821>
- 60-Gallegirian, S., Deireh, E., Ghamarani, A., Poladi Reishahri, A. The effect of unified transdiagnostic treatment on the experiential avoidance and suicidal ideation in the girls victim of domestic violence. *Psychological Methods and Models*. 2022; 12(46): 69-84.
<https://doi.org/10.30495/jpmm.2022.27578.3344>
- 61-Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bennett, S. M., Barlow, D. H. Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes: Manual del paciente. Ediciones Pirámide; 2020.
<https://www.edicionespiramide.es/libro/manuales-practicos/protocolo-unificado-para-el-tratamiento-transdiagnostico-de-los-trastornos-emocionales-en-adolescentes-jill-ehrenreich-may-9788436843248/>
- 62-Sauer-Zavala, S., Fournier, J. C., Steele, S. J., Woods, B. K., Wang, M., Farchione, T. J., et al. Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial. *Psychological Medicine*. 2021; 51(14): 2378-2387.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720000975>
- 63-Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Sauer-Zavala, S., Barlow, D. Predicting and moderating the response to the unified protocol: Do baseline personality and affective profiles matter? *Cognitive Therapy and Research*. 2021; 45: 817-830. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10208-6>
- 64-Yan, K., Yusufi, M. H., Nazari, N. Application of unified protocol as a transdiagnostic treatment for emotional disorders during COVID-19: An internet-delivered randomized controlled trial. *World Journal of Clinical Cases*. 2022; 10(24): 8599-8614.
<https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i24.8599>
- 65-Ferreres-Galán, V., Peris-Baquero, Ó., Moreno-Pérez, J., Osma, J. Is the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders equally effective for men and women? *Current Psychology*. 2024; 43(29): 24581-24594.
<https://doi.org/10.1007/s12144-024-06159-2>

- 80-Lotfi, S., Peyvastegar, M., Khosravi, Z., Khodabakhshi Pirkhani, R., Mehrienejad, A. Psychometric properties of the Persian version of the scale of statements related to self-injury in students. *Monthly Journal of Psychological Science*. 2022; 21(110): 321-336. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.110.321> [In Persian]
- 81-Rezaei, O., Athar, M. E., Ebrahimi, A., Jazi, E. A., Karimi, S., Ataie, S., et al. Psychometric properties of the Persian version of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2021; 8(1): 27. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00168-4>
- 82-Rosellini, A. J., Brown, T. A. The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment*. 2019; 31(1): 59-72. <https://doi.org/10.1037/pas0000649>
- 83-Rosellini, A. J. Initial development and validation of a dimensional classification system for the emotional disorders [dissertation]. Boston University; 2013. <https://open.bu.edu/server/api/core/bitstreams/2f54f413-d021-4815-8b3a-b10bac5a2ee9/content>
- 84-Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, O., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J., et al. Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 320: 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140>
- 85-Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., Watson, D. The brief experiential avoidance questionnaire: development and initial validation. *Psychological Assessment*. 2014; 26(1): 35-45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- 86-Greene, D., Hasking, P., Boyes, M. The associations between alexithymia, non-suicidal self-injury, and risky drinking: The moderating roles of experiential avoidance and biological sex. *Stress and Health*. 2019; 35(4): 457-467. <https://doi.org/10.1002/smi.2879>
- 87-Izadi-Mazidi, M. Explaining nonsuicidal self-injury in adolescents based on Nock's integrated model: Testing the structural model and efficacy of unified transdiagnostic treatment for it [Dissertation]. Shahed University; 2019. [In Persian]
- 73-Arani, A. M., Hosseini, S., Lotfinia, S., Ebrahimi, L. S., Mousavi, S. E., Mohammadzadeghan, R., et al. The comparative efficacy of Unified Transdiagnostic Protocol (UP) and Mindfulness-Based Stress Reduction Protocol (MBSR) on emotion regulation and uncertainty intolerance in infertile women receiving IVF. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2023; 30(3): 578-588. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09917-1> [In Persian]
- 74-Gall, M., Gall, J., Borg, R. Educational research: An introduction. 8th ed. New York, NY: Pearson Education; 2007. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1035831>
- 75-Klonsky, E. D., Glenn, C. R. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2009; 31: 215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- 76-Bentley, K. H., Sauer-Zavala, S., Wilner, J. The unique contributions of distinct experiential avoidance domains to severity and functionality of non-suicidal self-injury. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2015; 6(1): 40-57. <https://doi.org/10.5127/jep.040613>
- 77-Gray, N., Hasking, P., Boyes, M. Cognitive and emotional factors associated with the desire to cease non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*. 2022; 78(9): 1896-1911. <https://doi.org/10.1002/jclp.23336>
- 78-Saffarinia, M., Nikoogoftar, M., Damavandian, A. The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on reducing self-harming behaviors in juvenile offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2014; 4(14): 141-158. https://jcps.atu.ac.ir/article_349_4cfe5a44287c2820720dd9f4a397dac9.pdf [In Persian]
- 79-Khanipur, H., Borjali, A., Falsafinejad, M. R. Non-suicidal self-injury in delinquent adolescents and adolescents with history of childhood maltreatment: motivation and suicide probability. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2016; 6(12): 59-79. https://jpe.atu.ac.ir/article_5281_d182fa8676122a bbb2f993913dcd66c6.pdf [In Persian]

- 92-Ashtiani, M. C., Fattahi, N., Balali, D., Alavi, S. H., Mahmoudzadeh, M. Effectiveness of mindfulness-based schema therapy on mental pain and experiential avoidance in patients with cardiovascular diseases. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*. 2024; 6(1): 90-96.
<https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.1.10>
[In Persian]
- 93-Arrigoni, F., Consejero, E. M., Guzmán, J. I. N. Telepsychology: clinical utility of the Transdiagnostic Unified Protocol with university students. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2023; 23(2): 195-206.
<file:///C:/Users/asus/Downloads/Dialnet-TelepsychologyClinicalUtilityOfTheTransdiagnosticU-8978909.pdf>
- 94-Smith, I. S., Bind, M. A., Weihs, K. L., Bei, B., Wiley, J. F. Targeting emotional regulation using an internet-delivered psychological intervention for cancer survivors: A randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*. 2023; 28(4): 1185-1205.
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12679>
- 88-Haywood, S. B. Experiential avoidance and non-suicidal self-injury [Dissertation]. Curtin University; 2023.
<http://hdl.handle.net/20.500.11937/93477>
- 89-Mosleh, Q., Habibi Kaleybar, R., Alipour, F., Aldin, E. Meta-analysis of effectiveness of mindfulness-based interventions on emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2024; 22(1): 29-50.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2024.15705.1187>
[In Persian]
- 90-Sherman, J. A., Ehrenreich-May, J. Changes in risk factors during the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents. *Behavior Therapy*. 2020; 51(6): 869-881.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002>
- 91-Rahimi, M., Bahramipour, M. The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on emotional awareness, cognitive emotion regulation and positive and negative affect in anxious children. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2024; 22(1): 179-196.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2024.16501.1252>
[In Persian]

اثربخشی نوروفیدبک بر مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان طیف اُتیسْم

نویسندگان

سحر خوش‌سرور^۱، محمد نریمانی^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. khoshsorour@uma.ac.ir

۲. استاد ممتاز گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
(نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: اختلال طیف اُتیسْم با نارسایی‌های مزمن در ارتباط و تعامل اجتماعی متقابل در بافت‌های مختلف، همراه با رفتارها و علائق محدود، تکراری و کلیشه‌ای مشخص می‌شود. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی نوروفیدبک بر مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان طیف اُتیسْم بود.

روش: این پژوهش با استفاده از طرح تک‌آزمودنی از نوع ABA انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان طیف اُتیسْم مراجعه‌کننده به مرکز توانبخشی پایا در شمال تهران در مهرماه سال ۱۳۹۸ بود. از میان آنان، دو کودک ۷ ساله به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به مدت ۴۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، سه روز در هفته تحت درمان نوروفیدبک قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی و سیاهه ارزیابی درمان اُتیسْم بود. داده‌ها با استفاده از نمودار تحلیل چشمی و آزمون اندازه اثر کوهن تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌های نمودارهای چشمی برای متغیرهای مهارت‌های اجتماعی، رفتارهای مشکل‌زا و کمبودهای رفتاری، نشان‌دهنده تأثیر درمان نوروفیدبک بر علائم اُتیسْم در کودکان بود. همچنین، نتایج بررسی تغییرات ایجادشده از طریق اندازه اثر کوهن حاکی از اثربخشی درمان نوروفیدبک بر مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان طیف اُتیسْم در مرحله مداخله و پیگیری بود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در راستای برنامه‌ریزی درمانی و مداخلات بالینی برای کاهش علائم و توانبخشی کودکان طیف اُتیسْم مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۴/۲۴

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۶/۰۴



کلیدواژه‌ها

اختلال طیف اُتیسْم، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، نوروفیدبک.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

narimani@uma.ac.ir

مقدمه

اختلال طیف اُتِیسم^۱ در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۲، در دسته اختلالات عصبی - تحولی^۳ طبقه‌بندی شده است. معیارهای تشخیصی آن در دو حوزه رفتاری عبارتند از: ۱. نارسایی در ارتباط و تعامل اجتماعی، شامل دشواری در آغازگری و پاسخ‌دهی اجتماعی، مشکلات در ارتباطات غیرکلامی و ضعف در بینش روابط اجتماعی؛ ۲. رفتارها، علائق و فعالیت‌های محدود و تکراری، شامل مقاومت در برابر تغییر، اشتغال ذهنی با اشیاء و موضوعات خاص و رفتارهای حسی غیرمعمول. این نشانگان باید از دوران کودکی وجود داشته باشند و عملکردهای روزانه فرد را مختل یا محدود کنند [۱].

اختلال طیف اُتِیسم، یک اختلال شایع و رو به افزایش است که آمار آن به سرعت در حال تغییر است. تقریباً یک مورد در هر ۶۸ کودک و یک مورد در هر ۴۲ کودک پسر مشاهده می‌شود؛ به طوری شیوع در پسران ۴ تا ۵ برابر بیشتر از دختران است [۲]. در ایران، میزان شیوع این اختلال ۹۵/۲ در ۱۰۰۰۰ گزارش شده است [۳].

نقص در عملکرد اجتماعی همواره عنصری کلیدی در تعریف اُتِیسم و پایدارترین ویژگی این اختلال از کودکی تا بزرگسالی بوده است [۴]. کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتِیسم در آغاز تعاملات، سهمیم شدن در لذت، حفظ تماس چشمی، درک زبان بدن و هیجانات موجود در مکالمه، گفتگوی دوطرفه، در نظر گرفتن دیدگاه دیگران و استنتاج منافع آن‌ها با مشکل مواجه هستند. علاوه بر این، زندگی مستقل، رفتن به دانشگاه، اشتغال، ازدواج، توسعه شبکه‌های اجتماعی، استدلال کلامی، درک هیجانات ظریف، استنباط علل رفتار دیگران و اجرای تکالیف اشتراکی، از دیگر چالش‌های عمده این افراد به شمار می‌رود [۵].

کمبودهایی که کودکان اُتِیسم در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی همچون تقلید، همدلی و توجه مشترک نشان می‌دهند، لازمه دوست‌یابی، پذیرش همسالان، سازگاری با مدرسه و موفقیت تحصیلی است. عدم کسب مهارت‌های اجتماعی و تعمیم‌دهی ناقص این مهارت‌ها در کودکی، سبب

تجربه انزوا، اضطراب و افسردگی ناشی از ناتوانی در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی می‌شود که تهدیدکننده سلامت روان در بزرگسالی است [۶].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات اولیه در آموزش رفتارهای اجتماعی در کودکان مبتلا به اُتِیسم مؤثر است [۷]. علاوه بر نقص در مهارت‌های اجتماعی، پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که کودکان طیف اُتِیسم با مشکلات رفتاری متعددی نیز مواجه هستند [۸]. مشکلات رفتاری درونی‌سازی (همچون گوشه‌گیری، اضطراب و افسردگی) و برونی‌سازی (همچون بیش‌فعالی، پرخاشگری و اخلاص‌گری) در این کودکان به طور مکرر مشاهده می‌شود [۹]. همچنین، حدود ۵۰ درصد از آنان از رفتارهای مشکل‌زا مانند کج خلقی، آسیب به خود و خشونت رنج می‌برند. این مشکلات رفتاری باعث افزایش انزوای اجتماعی و محدود کردن توانایی آن‌ها در بهره‌مندی از مداخلات درمانی می‌شود. حدود ۴۰ درصد از کودکان طیف اُتِیسم با وجود مشکلات رفتاری، پاسخ مناسبی به درمان‌های استاندارد رفتاری و پزشکی نمی‌دهند و این امر اضطراب مراقبین را تشدید می‌کند [۱۰].

سطوح بالای مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی می‌تواند پیش‌بینی کننده مشکلات اجتماعی قابل توجهی باشد؛ از جمله دشواری در درک نشانه‌های اجتماعی، حفظ روابط متقابل و مشارکت در فعالیت‌های مشترک. این عوامل بر توانایی کودکان طیف اُتِیسم در ایجاد و هدایت مؤثر تعاملات اجتماعی تأثیر می‌گذارند. چنین مسیری به سمت انزوای اجتماعی، اغلب منجر به احساس تنهایی، اضطراب و افسردگی می‌شود و روابط اجتماعی این کودکان را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد و کیفیت زندگی آنان و خانواده‌هایشان را خدشه‌دار می‌سازد [۹]؛ بنابراین، با توجه به تأثیر چشمگیر مشکلات رفتاری بر عملکرد و بهزیستی کودکان طیف اُتِیسم و خانواده‌های آنان، اتخاذ رویکرد درمانی مناسب ضروری است.

یکی از روش‌های درمانی که در کنار سایر روش‌ها تأییدات بالینی متعددی را به خود اختصاص داده است، نوروفیدبک^۴ می‌باشد [۱۱]. نوروفیدبک نوعی آموزش خودتنظیمی مغز است که با بازخوردهایی در مورد الگوهای

1 . Autism Spectrum Disorder (ASD)

2 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

3 . neuro-developmental

4 . Neurofeedback.

اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتِسم نشان دادند؛ هرچند مداخلهٔ تحلیل رفتار کاربردی در مقایسه با نوروفیدبک در ارتقای مهارت‌های کودکان طیف اُتِسم موفق‌تر بود. این تفاوت می‌تواند به دلیل تعداد محدود جلسات نوروفیدبک باشد و احتمال می‌رود با افزایش تعداد جلسات، نتایج متفاوتی حاصل شود. براساس پیشنهادها، تعداد جلسات مؤثر نوروفیدبک برای کودکان طیف اُتِسم بین ۴۰ تا ۶۰ جلسه است [۲۵]، زیرا به طور متوسط ۵ تا ۱۰ جلسه طول می‌کشد تا این کودکان به روش درمانی عادت کنند. از آن‌جاکه اکثر پژوهش‌های داخلی که مداخلهٔ نوروفیدبک را در کودکان طیف اُتِسم به کار برده‌اند، تعداد جلسات کمتری در نظر گرفته‌اند، یکی از امتیازات پژوهش حاضر، پیش‌بینی ۴۰ جلسهٔ مداخله با استفاده از طرح تک‌آزمودنی یا تک‌موردی^۷ است.

در حدود ۶۰-۷۸ درصد از افراد طیف اُتِسم از نظر زندگی مستقل، روابط اجتماعی و فرصت‌های شغلی در بزرگسالی با ضعف روبه‌رو هستند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد اُتِسم با عملکرد بالا^۸ ($IQ > 70$)، وضعیت بهتری دارند؛ با این وجود مطالعات طولی نشان می‌دهد که بیشتر بزرگسالان اُتِسم با عملکرد بالا نیز فاقد دوست صمیمی هستند، در اشتغال با مشکل مواجه‌اند و غالباً به خانوادهٔ خود وابسته می‌مانند [۲۶].

کودکان طیف اُتِسم دارای عملکردهای ذهنی متفاوت هستند؛ به‌گونه‌ای که شیوه‌های برقراری ارتباط، تعامل، رفتار کردن و یادگیری آن‌ها با سایر افراد تفاوت دارد. با توجه به ماهیت طولانی‌مدت این اختلال و نیازهای چندگانهٔ آن‌ها، هزینه‌های مراقبت از این کودکان بار اقتصادی سنگینی بر خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند؛ به ویژه آن‌که بخش عمدهٔ این هزینه‌ها صرف آموزش و درمان‌های اختصاصی می‌شود [۲۷].

از این رو، توسعهٔ خدمات آموزشی و درمانی برای کودکان طیف اُتِسم یکی از چالش‌های مهم درمانگران، مربیان و خانواده‌ها به شمار می‌رود و ارائهٔ مداخلات درمانی کارآمد همواره از اولویت‌های پژوهشی بوده است. پژوهش

امواج مغزی، به فرد کمک می‌کند از فعالیت الکتریکی در ناحیه خاصی از مغز خود آگاهی یابد و با تقویت مسیرهای ارتباطی بین نورون‌ها، تحمل و انعطاف‌پذیری مغز را افزایش می‌دهد. منطق نوروفیدبک، خود تنظیمی فعالیت مغز با هدف قرار دادن یک ناحیه یا شبکهٔ خاص است که یادگیری را از طریق برقراری ارتباطات عصبی ارتقا می‌دهد، امکان ادراک درونی راهبردهای شناختی را فراهم می‌سازد و در نهایت، منجر به تغییرات عصبی پایدار عملکردی و/یا ساختاری می‌شود [۱۲].

پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که کودکان طیف اُتِسم می‌آموزند فعالیت‌های مغزی خود را تنظیم کنند و الگوهای مغزی مشابه کودکان بهنجار از لحاظ رشدی^۱ ایجاد نمایند؛ در نتیجه، بهبود رفتاری رخ دهد. به‌ویژه، نقش مؤثر نوروفیدبک در بهبودهای رفتاری و فعالیت‌های زندگی روزمره [۱۳، ۱۴ و ۱۵]، و نیز در ارتقای عملکرد اجتماعی و شناختی [۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹]، مورد تأیید قرار گرفته است.

حدادی، حق‌شناس و رستمی [۲۰]، اثربخشی نوروفیدبک را به‌عنوان یک مداخلهٔ مؤثر در کودکان طیف اُتِسم نشان دادند. نتایج آن‌ها حاکی از کاهش چشمگیر رفتارهای اُتِستیک، از جمله پیشرفت در روابط اجتماعی، تکلم، انعطاف‌پذیری، ابراز وجود و کاهش فراوانی رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای بود. ساختار^۲ و همکاران [۲۱]، پیامدهای رفتاری و عملکردی مثبت تحریک مغناطیسی مکرر فراجمجمه‌ای^۳ و نوروفیدبک را در کودکان طیف اُتِسم نشان دادند و بیان کردند که نوروفیدبک به عنوان یک درمان مکمل، موجب تداوم اثر درمان شد. فردریش^۴ و همکاران [۲۲] در مطالعه‌ای، اثربخشی نوروفیدبک را در بهبود رفتارهایی که زیربنای عملکرد اجتماعی است، تأیید کردند. داتکو، پیندا و مولر^۵ [۲۳]، با تمرکز بر نقص نورون‌های آینه‌ای^۶ در اختلال طیف اُتِسم، اثربخشی نوروفیدبک را در بهبود رفتاری افراد مبتلا گزارش کردند. محمدی و همکاران [۲۴] در مطالعه‌ای، اثربخشی ۲۰ جلسه مداخلهٔ نوروفیدبک را بر ارتقای مهارت‌های شناختی،

1. Typically-Developing (TD) children.
2. Sokhadze.
3. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS).
4. Friedrich.
5. Datko, Pineda & Müller.
6. Mirror Neurons.

7. Single Subject Design.

8. High-Functioning Autism Spectrum Disorder (HFASD).

شایان ذکر است که شرکت‌کنندگان دارویی مصرف نمی‌کردند و تنها برنامه‌های معمول مرکز را دریافت می‌کردند که این برنامه‌ها در مدت اجرای پژوهش موقتاً متوقف شد. در این پژوهش، به هوشبهر ثبت‌شده در پرونده کودکان که توسط روان‌سنج کلینیک بر اساس مقیاس هوشی وکسلر کودکان (ویرایش چهارم) محاسبه شده بود، استناد گردید. نمره هوشبهر آزمودنی اول ۸۹ و آزمودنی دوم ۸۷ گزارش شد.

تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله ارائه توضیحات درباره اهداف پژوهش، محرمانه‌بودن اطلاعات، آزادی آزمودنی‌ها در شرکت یا عدم شرکت در پژوهش، اخذ رضایت آگاهانه از والدین، غیرتجاسمی بودن درمان ارائه‌شده و نداشتن بار مالی برای خانواده‌ها رعایت شد.

ابزارهای پژوهش

۱. **نوروفیدبک:** طرز کار دستگاه بدین صورت است که بر اساس پروتکل درمانی متناسب با مشکل فرد، الکترودهایی مطابق نظام بین‌المللی ۱۰-۲۰ (شکل ۱) بر روی پوست سر و لاله‌های گوش بیمار نصب می‌شوند. سپس به کمک رایانه و بر اساس دامنه امواج مغزی فرد (میکروولت μV)، بازخورد دیداری یا شنیداری - معمولاً در قالب یک بازی، تصویر و یا صدا - به وی ارائه می‌گردد. به تدریج فرد درمی‌یابد که می‌تواند با بهره‌گیری از امواج مغزی، بر اساس پروتکل درمانی، در جهت بهبود ناهنجاری‌های گام بردارد [۱۲].

حاضر با هدف بررسی اثربخشی نوروفیدبک بر مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان طیف اُتیسم طراحی و اجرا شد.

روش

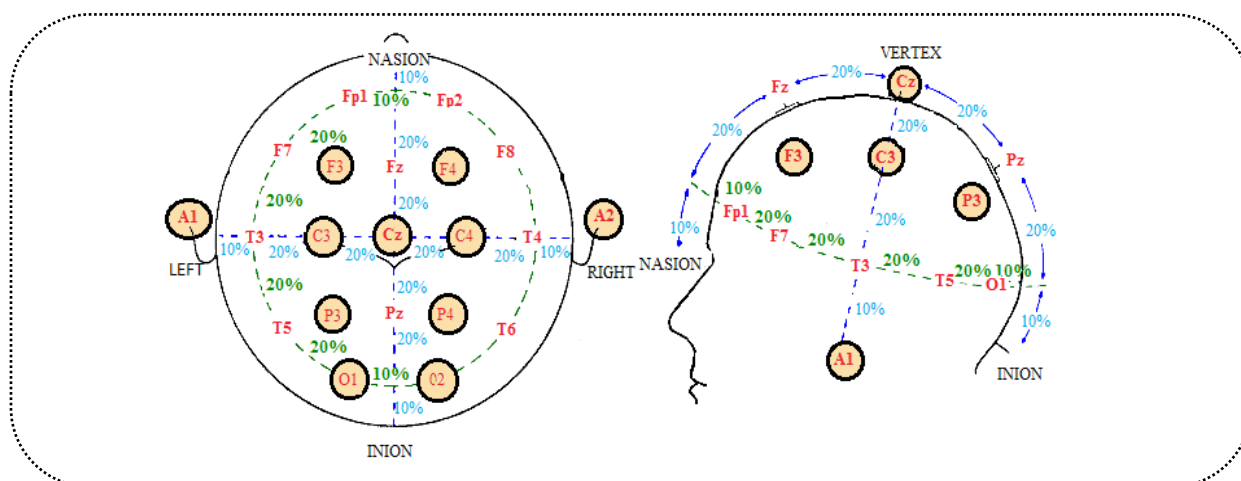
نوع پژوهش

طرح استفاده شده در این پژوهش، طرح تک‌آزمودنی یا تک‌موردی از نوع A-B-A بود.

آزمودنی

الف. جامعه‌ی آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به اُتیسم با عملکرد بالا بود که در مهرماه ۱۳۹۸ به مرکز توانبخشی پایا در شمال تهران مراجعه کرده بودند (شامل ۱۶ کودک).

ب. نمونه پژوهش: از میان کودکان مبتلا به اُتیسم با عملکرد بالا که در مهرماه ۱۳۹۸ به مرکز توانبخشی «پایا» در شمال تهران مراجعه کرده بودند (۱۶ کودک)، دو کودک ۷ ساله به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن پرونده پزشکی و تشخیص اختلال طیف اُتیسم با عملکرد بالا براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط روان‌پزشک، هوشبهر بالای ۷۰ براساس چهارمین مقیاس هوشی وکسلر کودکان (ویرایش چهارم)، دامنه سنی ۶ تا ۱۰ سال، دریافت نکردن درمان دارویی یا رفتاری در مدت مداخله و رضایت والدین بود. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از ابتلا به صرع، نشانگان داون، فلج مغزی یا مشکلات پزشکی جدی، غیبت در جلسات مداخله و عدم همکاری خانواده.



شکل ۱. محل قرارگیری الکترودها براساس سیستم بین‌المللی ۱۰-۲۰

انجام می‌شود. از این ابزار چهار نمره خرده مقیاس‌ها و یک نمره کلی به دست می‌آید. نمره بالاتر بیانگر سطح پایین‌تر و ضعیف‌ترین عملکرد فرد است. ریملند و ادلسون [۳۰]، در مطالعه‌ای روی ۱۳۵۸ شرکت‌کننده، ضرایب پایایی پیرسون دو نیمه‌سازی^۵ برای گفتار - زبان - ارتباط ($r=0/92$)، اجتماعی شدن ($r=0/84$)، آگاهی حسی یا شناختی ($r=0/88$)، سلامت جسمی و رفتاری ($r=0/82$) و کل مقیاس ($r=0/94$) را گزارش کردند. پنگبورن و باکر^۶ [۳۱]، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها را بین $0/81-0/92$ و برای کل مقیاس $0/94$ به دست آوردند. در ایران، معماری و همکاران [۳۲]، روایی و پایایی این ابزار را بررسی کردند؛ نتایج نشان داد همسانی درونی را با محاسبه‌ی آلفای کرونباخ $0/93-$ $0/86$ ، اعتبار آزمون - بازآزمون را برای زیرمقیاس‌ها و نمره کلی بین $0/79-0/93$ ، و روایی سازه را با محاسبه همبستگی بین نمرات زیرمقیاس‌ها و داده‌های خام فرم مصاحبه تشخیصی اُتسم نسخه تجدیدنظر شده^۷، $0/79-0/38$ بدست آوردند.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش، مداخله شامل اجرای درمان نوروفیدبک به مدت ۴۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (سه جلسه در هفته) بود. درمان توسط روان‌شناس آموزش‌دیده در حوزه نوروفیدبک، در کلینیک توانبخشی اجرا شد. با توجه به عدم دسترسی به نتایج EEG، انتخاب پروتکل‌ها بر اساس علائم بالینی آزمودنی‌ها صورت گرفت.

از دستگاه ProComp2 ساخت شرکت Thought Technology استفاده شد. الکترودها طبق نظام بین‌المللی ۲۰-۱۰ در نقاط C_z ، C_4 و F_3 نصب شدند و بازخورد به صورت دیداری و شنیداری ارائه گردید. پروتکل‌های به کار رفته شامل: بازداري امواج دلتا^۸ و تتا^۹ (۷-۲ Hz)، تقویت SMR^{۱۰} و بتا^{۱۱} (۱۵-۱۲ Hz)، و بازداري بتای بلند^{۱۲} (۱۲ Hz)

۲. **مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی**^۱: این مقیاس توسط گرشام و الیوت (۱۹۹۰)^۲ [۲۸]، طراحی شده و سه نسخه والدین، معلمان و دانش‌آموزان دارد. در پژوهش حاضر از نسخه والدین استفاده شد که شامل ۵۵ گویه است و دو عامل اصلی را می‌سنجد:

۱. **مهارت‌های اجتماعی**: دارای خرده مقیاس‌های

همکاری، جرأت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری و خودکنترلی.

۲. **رفتارهای مشکل‌زا**: شامل خرده مقیاس‌های رفتارهای

بیرونی، رفتارهای درونی و بیش‌فعالی. نمره‌گذاری این

مقیاس در طیف لیکرت (هرگز=۰، گاهی=۱، اغلب=۲) انجام می‌شود. نمره کل هر زیرمقیاس از مجموع

نمره‌های مربوط به همان زیرمقیاس به دست می‌آید.

کسب نمره بالاتر در مهارت‌های اجتماعی، بیانگر سطح

بالاتر مهارت‌های اجتماعی؛ نمره بالاتر در رفتارهای

مشکل‌زا، بیانگر مشکلات رفتاری بیشتر است. گرشام و

الیوت [۲۸]، ضرایب اعتبار مقیاس با روش بازآزمایی در

فرم معلم را برای عامل مهارت‌های اجتماعی $0/85$ ،

عامل رفتارهای مشکل‌زا $0/84$ ، و همسانی درونی را

برای مهارت‌های اجتماعی $0/94$ و رفتارهای مشکل‌زا

$0/88$ گزارش کردند. شکوهی یکتا، زمانی و پورکریمی

[۲۹]، اعتبار مقیاس به روش بازآزمایی در فرم والدین را

برای عامل مهارت‌های اجتماعی $0/87$ و عامل رفتارهای

مشکل‌زا $0/65$ ، همچنین آلفای کرونباخ را برای عامل

مهارت‌های اجتماعی $0/89$ و عامل رفتارهای مشکل‌زا

$0/68$ به دست آوردند.

۳. **سیاهه ارزیابی درمان اُتسم**^۳: این ابزار نخستین بار

توسط ریملند و ادلسون (۱۹۹۹)^۴ [۳۰]، طراحی شد و

شامل ۷۷ گویه برای ارزیابی انواع درمان‌ها و مداخلات

مرتبط با اُتسم است. این ابزار چهار حیطه گفتار -

زبان - ارتباط، اجتماعی شدن، آگاهی حسی یا شناختی

و سلامت جسمی و رفتاری را می‌سنجد. نمره‌گذاری به

صورت ۵۲ گویه لیکرت سه درجه‌ای (نادرست=۰، تا

حدی درست=۱، کاملاً درست=۲) و ۲۵ گویه لیکرت

چهار درجه‌ای (مشکلی نیست=۰ تا مشکل جدی=۳)

5 . Split-Half.

6 . Pangborn & Baker.

7 . Autism Diagnostic Interview- Revised.

8 . Delta.

9 . Theta.

10 . Sensory Motor Rhythm (SMR).

11 . Beta.

12 . High Beta.

1 . Social Skills Rating System (SSRS).

2 . Gresham & Elliott.

3 . Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC).

4 . Rimland & Edelson.

آزمودنی در قالب نمودار ترسیم شد. این نمودارها شامل عملکرد آزمودنی‌ها در مراحل خط پایه اول، خط پایه دوم، نیمه جلسات درمان، پایان جلسات درمان و دو نوبت پیگیری بودند. سپس، به منظور سنجش میزان تغییرات، اندازه اثر متغیرهای پژوهش (مهارت‌های اجتماعی، رفتارهای مشکل‌زا و کمبودهای رفتاری)، در مراحل پایان درمان و پیگیری با استفاده از شاخص d کوهن محاسبه و گزارش گردید.

نتایج

آزمودنی‌های این پژوهش شامل دو کودک پسر ۷ ساله در مقطع پیش‌دبستانی بودند که هر دو فرزند اول خانواده محسوب می‌شدند. نمرات خام مربوط به مهارت‌های اجتماعی آن‌ها در طی مراحل مختلف پیگیری (خط پایه اول، خط پایه دوم، نیمه جلسات درمان، پایان جلسات درمان و دو بار در مرحله پیگیری) در جدول ۱ ارائه شده است.

۳۰-۲۲) در نقاط C_z و C₄ و F₃ بود. پروتکل‌ها به صورت دوره‌ای هر پنج جلسه جابه‌جا می‌شدند، به طوری که در پایان، درمان به صورت زیر اجرا شد:

۲۰ جلسه در نقطه C_z

۱۰ جلسه در نقطه c₄

۱۰ جلسه در نقطه f₃

در مجموع، ۴۰ جلسه درمان تقریباً سه ماه به پایان رسید و پیگیری سه ماهه در دو مرحله یک و نیم ماهه انجام شد.

ابزارهای پژوهش شامل مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی و سیاهه ارزیابی درمان اُتیسم بودند که در شش مرحله (خط پایه اول، خط پایه دوم، نیمه جلسات درمان، پایان جلسات درمان و دو بار در مرحله پیگیری) توسط مادران تکمیل شدند.

شیوه تحلیل داده‌ها

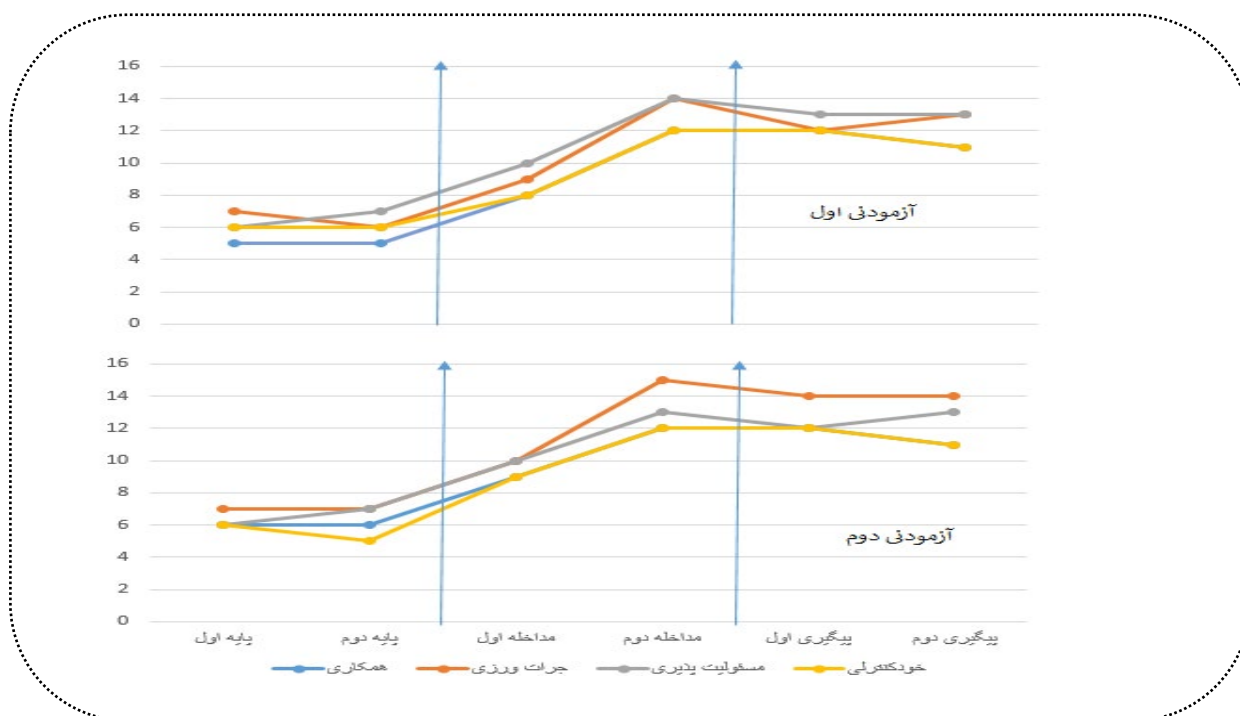
برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا داده‌های خام هر

جدول ۱. نمرات خام مهارت‌های اجتماعی در جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی	خرده مقیاس‌ها	خط پایه اول	خط پایه دوم	مداخله (جلسه ۲۰)	مداخله (جلسه ۴۰)	پیگیری اول	پیگیری دوم
اول	همکاری	۵	۵	۸	۱۲	۱۲	۱۱
	جرأت‌ورزی	۷	۶	۹	۱۴	۱۲	۱۳
	مسئولیت‌پذیری	۶	۷	۱۰	۱۴	۱۳	۱۳
	خودکنترلی	۶	۶	۸	۱۲	۱۲	۱۱
دوم	همکاری	۶	۶	۹	۱۲	۱۲	۱۱
	جرأت‌ورزی	۷	۷	۱۰	۱۵	۱۴	۱۴
	مسئولیت‌پذیری	۶	۷	۱۰	۱۳	۱۲	۱۳
	خودکنترلی	۶	۵	۹	۱۲	۱۲	۱۱

(خط پایه اول و دوم)، از لحاظ سطح و روند افزایش یافته است و این تغییر در جهت اهداف درمان با نوروفیدبک است. همچنین، تراز عملکرد در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش از درمان (خط پایه) افزایش داشته است. بدین معنا که نوروفیدبک سبب افزایش معنادار مهارت‌های اجتماعی در کودکان طیف اُتیسم شده است.

یافته‌های جدول ۱ در مورد مهارت‌های اجتماعی آزمودنی‌ها (همکاری، جرأت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری و خودکنترلی) در نمودار ۱ آورده شده است. با توجه به نمودار ۱، مهارت‌های اجتماعی (همکاری، جرأت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری و خودکنترلی) در آزمودنی‌های اول و دوم در مرحله‌ی پس از درمان نسبت به مرحله‌ی پیش از درمان



نمودار ۱. نمرات مهارت‌های اجتماعی آزمودنی‌های ۱ و ۲

نظر سطح و روند کاهش یافته است. این تغییرات در راستای اهداف درمان با نوروفیدبک بوده است. همچنین، تراز عملکرد در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش از درمان کاهش نشان می‌دهد. بدین معنا که نوروفیدبک باعث کاهش معنادار رفتارهای مشکل‌زا در کودکان طیف اُتسیم شده است.

نمرات خام رفتارهای مشکل‌زا در جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ آمده است. همچنین، یافته‌های مربوط به رفتارهای مشکل‌زای آزمودنی‌ها شامل رفتارهای بیرونی، رفتارهای درونی و بیش‌فعالی در نمودار ۲ نمایش داده شده است. با توجه به نمودار ۲، رفتارهای مشکل‌زا در آزمودنی‌های مرحله اول و دوم پس از درمان، نسبت به مرحله پیش از درمان (خط پایه اول و دوم)، از

جدول ۲. نمرات خام رفتارهای مشکل‌زا در جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی	خرده مقیاس‌ها	خط پایه اول	خط پایه دوم	مداخله (جلسه ۲۰)	مداخله (جلسه ۴۰)	پیگیری اول	پیگیری دوم
اول	رفتارهای بیرونی	۹	۹	۷	۲	۴	۳
	رفتارهای درونی	۸	۹	۶	۳	۳	۴
	بیش‌فعالی	۸	۸	۵	۲	۳	۲
دوم	رفتارهای بیرونی	۹	۹	۶	۳	۳	۴
	رفتارهای درونی	۷	۷	۵	۲	۳	۳
	بیش‌فعالی	۹	۸	۶	۲	۳	۳



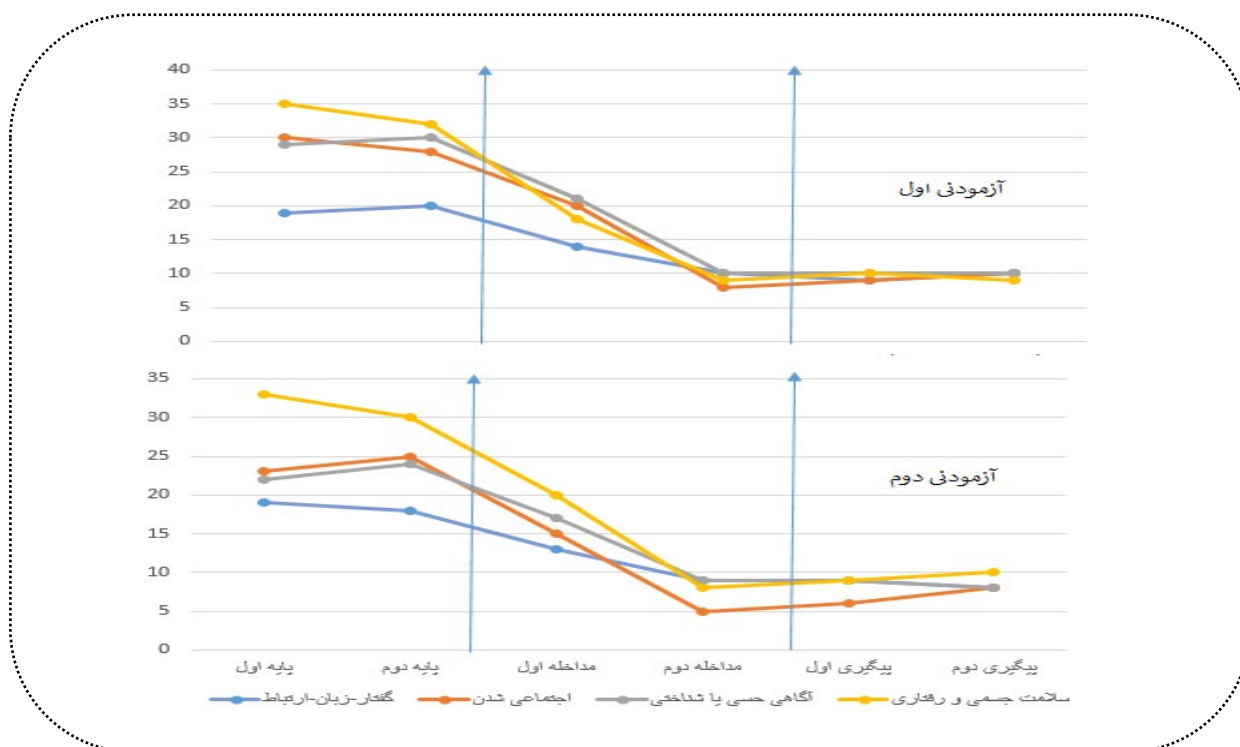
نمودار ۲. نمرات رفتارهای مشکل‌زای آزمودنی‌های ۱ و ۲

مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه اول و دوم)، از نظر سطح و روند کاهش یافته است. این تغییرات در راستای اهداف درمان با نوروفیدبک بوده است. همچنین، تراز عملکرد در مرحله‌ی پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) کاهش نشان می‌دهد. بدین معنا که نوروفیدبک باعث کاهش معنادار کمبودهای رفتاری در کودکان طیف اتیسم شده است.

نمرات خام کمبودهای رفتاری در جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۳ آمده است. همچنین، یافته‌های جدول ۳ در مورد کمبودهای رفتاری آزمودنی‌ها شامل گفتار - زبان - ارتباط، اجتماعی شدن، آگاهی حسی یا شناختی و سلامت جسمی و رفتاری، در نمودار ۳ نمایش داده شده است. با توجه به نمودار ۳، کمبودهای رفتاری در آزمودنی‌های اول و دوم در مرحله‌ی پس از درمان نسبت به

جدول ۳. نمرات خام کمبودهای رفتاری در جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی	خرده مقیاس‌ها	خط پایه اول	خط پایه دوم	مداخله (جلسه ۲۰)	مداخله (جلسه ۴۰)	پیگیری اول	پیگیری دوم
اول	گفتار - زبان - ارتباط	۱۹	۲۰	۱۴	۱۰	۹	۱۰
	اجتماعی شدن	۳۰	۲۸	۲۰	۸	۹	۱۰
	آگاهی حسی یا شناختی	۲۹	۳۰	۲۱	۱۰	۱۰	۱۰
	سلامت جسمی و رفتاری	۳۵	۳۲	۱۸	۹	۱۰	۹
دوم	گفتار - زبان - ارتباط	۱۹	۱۸	۱۳	۹	۹	۸
	اجتماعی شدن	۲۳	۲۵	۱۵	۵	۶	۸
	آگاهی حسی یا شناختی	۲۲	۲۴	۱۷	۹	۹	۸
	سلامت جسمی و رفتاری	۳۳	۳۰	۲۰	۸	۹	۱۰



نمودار ۳. نمرات کمبودهای رفتاری آزمودنی‌های ۱ و ۲

آماري معنادار است. همچنين، اين تغييرات در مرحله پيگيري نيز پايدار باقي مانده‌اند. بنابراين، مي‌توان نتيجه گرفت كه نوروفيدبك در كاهش علائم اُتيسم، اثربخش است.

با توجه به داده‌های ارائه شده در جداول ۴، ۵، ۶، می‌توان گفت تغییرات ایجاد شده، شامل بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش رفتارهای مشکل‌زا و کمبودهای رفتاری در هر دو آزمودنی، ناشی از مداخله نوروفیدبک بوده و از نظر

جدول ۴. اندازه اثر کوهن درمان نوروفیدبک بر مهارت‌های اجتماعی آزمودنی‌ها

متغیر	آزمودنی	اندازه اثر (خط پایه - درمان)	اندازه اثر (درمان - پیگیری)
همکاری	آزمودنی اول	۰/۷۸	۰/۳۴
	آزمودنی دوم	۰/۸۳	۰/۳۰
جرأت‌ورزی	آزمودنی اول	۰/۷۰	۰/۱۹
	آزمودنی دوم	۰/۷۳	۰/۲۸
مسئولیت‌پذیری	آزمودنی اول	۰/۸۰	۰/۲۴
	آزمودنی دوم	۰/۸۴	۰/۳۰
خودکنترلی	آزمودنی اول	۰/۷۰	۰/۳۴
	آزمودنی دوم	۰/۸۴	۰/۳۰
مهارت‌های اجتماعی (کُل)	آزمودنی اول	۰/۷۴	۰/۲۷
	آزمودنی دوم	۰/۸۰	۰/۲۹

جدول ۵. اندازه اثر کوهن درمان نوروفیدبک بر رفتارهای مشکل‌زا در آزمودنی‌ها

متغیر	آزمودنی	اندازه اثر (خط پایه - درمان)	اندازه اثر (درمان - پیگیری)
رفتارهای بیرونی	آزمودنی اول	۰/۶۶	۰/۱۹
	آزمودنی دوم	۰/۸۳	۰/۳۰
رفتارهای درونی	آزمودنی اول	۰/۷۸	۰/۳۰
	آزمودنی دوم	۰/۷۵	۰/۱۶
بیش‌فعالی	آزمودنی اول	۰/۸۳	۰/۳۰
	آزمودنی دوم	۰/۷۳	۰/۲۴
رفتارهای مشکل‌زا (کُل)	آزمودنی اول	۰/۷۴	۰/۲۴
	آزمودنی دوم	۰/۷۷	۰/۲۳

جدول ۶. اندازه اثر کوهن درمان نوروفیدبک بر کمبودهای رفتاری در آزمودنی‌ها

متغیر	آزمودنی	اندازه اثر (خط پایه - درمان)	اندازه اثر (درمان - پیگیری)
گفتار - زبان - ارتباط	آزمودنی اول	۰/۸۷	۰/۵۱
	آزمودنی دوم	۰/۸۷	۰/۵۱
اجتماعی شدن	آزمودنی اول	۰/۷۷	۰/۳۵
	آزمودنی دوم	۰/۸۰	۰/۲۸
آگاهی حسی یا شناختی	آزمودنی اول	۰/۷۸	۰/۴۴
	آزمودنی دوم	۰/۷۷	۰/۴۸
سلامت جسمی و رفتاری	آزمودنی اول	۰/۹۰	۰/۴۰
	آزمودنی دوم	۰/۸۱	۰/۳۵
کمبودهای رفتاری (کُل)	آزمودنی اول	۰/۸۲	۰/۳۹
	آزمودنی دوم	۰/۷۸	۰/۴۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی نوروفیدبک بر مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان طیف اُتیسم بود. نتایج نشان داد که نوروفیدبک موجب کاهش رفتارهای

مشکل‌زا (رفتارهای بیرونی، رفتارهای درونی و بیش‌فعالی) و همچنین، کاهش کمبودهای رفتاری (گفتار-زبان-ارتباط، اجتماعی شدن، آگاهی حسی یا شناختی و سلامت جسمی و رفتاری) شده است؛ به این معنا که مشکلات رفتاری

آزمودنی‌ها پس از مداخله کاهش یافته و این کاهش در مرحله‌ی پیگیری نیز پایدار مانده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پیشین همسوست؛ از جمله حدادی و همکاران [۲۰]، که بر توانبخشی در اختلال طیف اُتِسم با ترکیب آموزش نوروفیدبک و آموزش یکپارچه‌سازی شنیداری^۱ تمرکز داشت، پژوهش‌ساختارده و همکاران [۲۱]، که از ادغام تحریک مغناطیسی مکرر فراجمجمه‌ای و نوروفیدبک برای درمان اختلال طیف اُتِسم استفاده کردند. پژوهش داتکو و همکاران [۲۳]، که اثرات مثبت نوروفیدبک بر درمان اختلال طیف اُتِسم را با فعال شدن مغز در طول تقلید و مشاهده بررسی کردند. همچنین، یافته‌های گودمن^۲ و گودمن^۳ و همکاران [۱۵]، درباره‌ی هدف‌گیری خودتنظیمی و علائم اصلی اُتِسم نیز با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. مکاوی^۳ [۱۴]، در پژوهشی به اثربخشی نوروفیدبک به عنوان یک روش درمانی برای کودکان طیف اُتِسم پرداخت. همچنین، سالمی و صفاری‌نیا [۱۳]، در یک مطالعه‌ی مروری، اثربخشی نوروفیدبک بر بهبود تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های روزمره‌ی کودکان طیف اُتِسم و بهبود رفتاری را در مبتلایان تأیید کردند. به طور کلی، همان‌طور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند، نوروفیدبک در درمان آسیب‌شناسی روانی مرتبط با اختلال طیف اُتِسم کاربرد گسترده‌ای دارد [۳۳]. با این حال تفاوت‌هایی در تعداد جلسات و نوع پروتکل درمانی مورد استفاده در مطالعات مختلف مشاهده می‌شود. به عنوان نمونه، حدادی و همکاران [۲۰]، ۴۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای نوروترایی (سه روز در هفته) را با ۲۰ جلسه یکپارچه‌سازی شنیداری ترکیب کردند. پروتکل نوروترایی آن‌ها شامل مهارت‌ها (۳-۷ Hz) و بتای بلند (۳۰-۱۹ Hz) و تقویت SMR (۱۲-۱۵ Hz) در نواحی C4، Fz، Cz و F7 بود. نتایج این مطالعه کاهش چشمگیری در رفتارهای کلیشه‌ای و اُتِستیک، بهبود اجتماعی شدن، آواسازی، رفتارهای خودنگری، انعطاف‌پذیری و ابراز وجود را نشان داد. ساختارده و همکاران [۲۱]، نیز با به‌کارگیری ۱۸ جلسه نوروفیدبک در کنار تحریک مغناطیسی فراجمجمه‌ای، موفق شدند تغییرات EEG را تقویت و پایدار سازند و بهبودهای رفتاری و عملکردی معناداری را در گروه آزمایش نسبت به

لیست انتظار گزارش کردند. داتکو و همکاران [۲۳]، اثرات حداقل ۲۰ ساعت نوروترایی مبتنی بر تنظیم ریتم میو^۴ (۸-۱۳ Hz) در قشر حسی-حرکتی^۵ راست و بازداری تتا (۴-۸ Hz) و بتا (۱۳-۳۰ Hz) را در کودکان مبتلا به اختلالات طیف اُتِسم با عملکرد بالا و یک گروه کنترل از کودکان عادی بررسی نمودند و نشان دادند که کودکان طیف اُتِسم پس از آموزش نوروفیدبک، فعالیت بیشتری را در نواحی نورون‌های آینه‌ای داشتند و این تغییرات با بهبودهای رفتاری همراه بود. گودمن و همکاران [۱۵]، ترکیب نوروفیدبک مبتنی بر ریتم میو (MRS-NFB)^۶، و بیوفیدبک تغییرپذیری ضربان قلب (ANS)^۷ را به عنوان روشی برای ارتقای خود-تنظیمی سیستم عصبی خودمختار بررسی کردند و نتایج آن نشان داد که این رویکرد موجب بهبود ویژگی‌های رفتاری در کودکان طیف اُتِسم شد.

علاوه بر این، مکاوی [۱۴]، گزارش کرد که مهار فعالیت تتا و تقویت فعالیت بتا در جلسات نوروفیدبک موجب کاهش نسبت بالای تتا به بتا در کودکان طیف اُتِسم شده و بهبودهایی در حوزه‌های رفتاری، توانایی‌های شناختی، تفکر و توجه ایجاد کرده است. سالمی و صفاری‌نیا [۱۳]، نیز نتیجه گرفتند که افزایش امواج بتا و کاهش امواج تتا منجر به عملکرد شناختی بهتر می‌شود. به گونه‌ای که افزایش امواج بتا، سطح هوشیاری و تمرکز را ارتقا می‌دهد و در نتیجه می‌تواند به بهبود عملکرد رفتاری، شناختی و فعالیت‌های زندگی روزمره در کودکان طیف اُتِسم منجر شود.

جهت تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که اُتِسم با فعال‌سازی غیرطبیعی مغزی و اختلال در ارتباطات عملکردی همراه است و این وضعیت با نقص در توانایی‌های اجتماعی و رفتاری مشخص می‌شود. با این حال، شواهد مربوط به انعطاف‌پذیری مغزی وابسته به تجربه نشان می‌دهد که الگوهای غیرطبیعی فعالیت مغزی می‌تواند با مداخله‌ی درمانی اصلاح یا معکوس شود. درمان‌های نوروفیدبک که بر پایه‌ی نظریه‌ی ارتباط ذهن - بدن توسعه

4 . Mu.

5 . Sensorimotor Mu-Rhythm.

6 . Mu Rhythm Synchrony Neurofeedback (MRS-NFB).

7 . Autonomic Nervous System (ANS).

1 . Auditory Integration Training (AIT).

2 . Goodman.

3 . Mekawy.

نیز راهگشا است. این پروفایل U شکل که از آن با عنوان امضای اُتیسیم یاد می‌شود، نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اُتیسیم در مقایسه با گروه بهنجار، افزایش قابل توجهی در فرکانس‌های پایین (دلتا، تتا) و باندهای فرکانسی بالا (بتای بلند) دارند، درحالی‌که کاهش در باند فرکانسی میانی (آلفا) مشاهده می‌شود. چنین الگویی می‌تواند بازتابی از ناهنجاری‌های GABAergic در مدارهای مهاری مغز باشد [۳۷].

سطوح بالای فعالیت امواج آهسته (امواج دلتا و تتا)، معمولاً با ذهن آشفته، خیالبافی، حواس‌پرتی، عدم تمرکز، کُندی زمان واکنش، ضعف قضاوت و اضطراب مرتبط است. به ویژه، افزایش امواج تتا می‌تواند با کمبود توجه و برخی اختلالات افسردگی همراه باشد، در حالی که کاهش تتا منجر به بهبود عملکرد اجرایی و به تبع آن بهبود شناختی - رفتاری می‌شود. از سوی دیگر، سطوح بهنجار امواج دلتا برای ارتباط عاطفی، خلاقیت و ادراک شهودی ضروری است. نقص توجه و اختلال در کارکردهای اجرایی، با افزایش امواج آهسته (۴-۸ Hz) در قشر مرکزی و فرونتال و نیز کاهش دامنه SMR و بتا (۱۳-۲۱ Hz) همراه است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که کاهش امواج آهسته یا افزایش دامنه امواج مغزی در بهبود عملکردهای عالی ذهنی نقش مهمی ایفا می‌کند.

به طور کلی، امواج دلتا و تتا در سطوح بالا در مراحل خواب مشاهده می‌شوند. اما در کودکان اُتیسیتیک به شکل غیرطبیعی افزایش یافته و حتی در حالت بیداری نیز به طور مداوم در اوج خود باقی می‌مانند [۳۷].

از آنجاکه غلبه امواج کُند مغزی در نواحی مختلف مغز با ناتوانی در کنترل تکانه، کاهش توجه و برانگیختگی همراه است، بنابراین، با کاهش یا سرکوبی دامنه امواج آهسته (امواج دلتا و تتا)، شاهد افزایش برانگیختگی و توجه در افراد هستیم که می‌تواند مسبب تغییرات رفتاری سازنده در فرد باشد. مطالعات نشان داده است که بازداری تتا و تقویت بتای پایین^۲ منجر به تغییرات رفتاری مثبت در زندگی روزمره همچون کاهش تکانشوری، بیش‌فعالی و تحریک‌پذیری می‌شود [۳۸]. در واقع، نوروفیدبک به فرد می‌آموزد که چگونه توجه را از درون به محرکات بیرونی

یافته‌اند، بر توانایی طبیعی ذهن برای بازسازی، تغییر و ترمیم خود تأکید دارند [۳۴]. این رویکرد، به عنوان مداخله‌ای مبتنی بر شرطی‌سازی عامل^۱، موجب رشد و تغییر در سطوح سلولی فعالیت مغز شده و به خود تنظیمی نوسانات الکتریکی مغز کمک می‌کند. به دنبال آن، ناهنجاری‌های عملکردی مغز کاهش یافته و بهبود کارکردهای شناختی و رفتاری تسهیل می‌شود [۲۳].

به طور کلی، نوروفیدبک، با اصلاح عملکرد نوسانات الکتریکی مغز، این امکان را فراهم می‌آورد که اطلاعات لحظه‌ای از فعالیت مغز به شکل بازخورد بصری یا شنیداری به فرد منتقل شود. این فرایند به فرد اجازه می‌دهد تا کنترل بیشتری بر عملکرد طبیعی شبکه‌های قشری خود داشته باشد. اهمیت این رویکرد در روان‌شناسی از آن جهت است که مغز به عنوان تنظیم‌کننده اصلی هیجانات، نشانگان جسمی، افکار و رفتارها عمل می‌کند و بسیاری از مشکلات روان‌شناختی بر این اساس قابل تبیین هستند [۳۵]. در این راستا، احتمال کنترل ارادی فعالیت الکتریکی مغز، به شرطی که این فعالیت‌ها در کارکردهای شناختی نقش علی داشته باشند، می‌تواند آثار کارکردی مهمی به همراه داشته باشد [۲۲].

چندین الگوی EEG در کودکان طیف اُتیسیم گزارش شده است. زیرگروه بتای بلند، به عنوان رایج‌ترین الگو، در حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد از این کودکان مشاهده می‌شود. فعالیت بتای بلند با وسواس، تمرکز افراطی و اضطراب مرتبط است. به همین دلیل افراد مبتلا به اُتیسیم اغلب مجذوب جزئیات همچون ساعت، ماشین، پازل، فعالیت‌های ظریف ساختنی می‌شوند که نشانگر علائق وسواسی آنان است. زیرگروه دلتا - تتا نیز در ۳۰-۴۰ درصد از کودکان طیف اُتیسیم دیده می‌شود و فعالیت بالای دلتا - تتا با بی‌توجهی، تحریک‌پذیری و بیش‌فعالی ارتباط دارد. علاوه بر این، ناهنجاری‌های EEG در ۳۳ درصد و فعالیت کلی پایین ولتاژی در حدود ۱۰ درصد از کودکان طیف اُتیسیم گزارش شده است [۳۶].

یافته‌های اخیر تحلیل qEEG در این گروه از کودکان، پروفایلی به شکل U را آشکار کرده است که نه تنها می‌تواند به عنوان یک شاخص تشخیصی مطرح باشد، بلکه در درمان

2 . Low Beta.

1 . Operant Conditioning.

منتقل کند و عملکرد خود را بهبود بخشد. کودک اُتیستیک سیستم عصبی فوق برانگیخته دارد و این شرایط باعث می‌شود که کودک توجه و عملکرد نداشته باشد [۲۴]. نخستین قدم ما در این شرایط، خارج کردن سیستم عصبی کودک از وضعیت بحرانی است. از آنجا که نوروفیدبک با تقویت امواج بتا و کاهش امواج تتا منجر به عملکرد شناختی بهتر می‌شود، ما در این پژوهش، به تقویت بتا^۱ (۱۵-۱۲ Hz)، پرداختیم تا با افزایش هوشیاری و تمرکز بتواند موجب بهبود کارکردهای شناختی و رفتاری شود.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، اثربخشی نوروفیدبک بر افزایش مهارت‌های اجتماعی شامل همکاری، جرأت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری و خودکنترلی بود. این تأثیرات در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه به طور معناداری مشاهده شد. یافته‌های به دست آمده با نتایج پژوهش‌های پیشین همسوست؛ از جمله فردریش و همکاران [۲۲]، که به نقش مداخله نوروفیدبک جهت بهبود تعاملات اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم اشاره داشته‌اند، پژوهش همتی و همکاران [۱۹]، درباره تأثیر نوروفیدبک بر امواج مغزی در کودکان با این اختلال؛ پژوهش اخوان [۱۸]، مبنی بر اثربخشی نوروفیدبک در درمان اُتیسم؛ پژوهش کرینو و پدرو^۲ [۱۷]، درباره اثربخشی مداخله نوروفیدبک بر اختلال طیف اُتیسم؛ و همچنین، مطالعه موردی ایروگلو و ایکیسای^۳ [۱۶]، که نشان داد نوروفیدبک نابهنجاری‌های EEG و تعامل اجتماعی را در یک پسر مبتلا به اُتیسم بهبود می‌بخشد.

در ادامه، علاوه بر تأیید اثربخشی نوروفیدبک بر عملکرد اجتماعی در پژوهش‌های ذکر شده، به تفاوت‌های آن‌ها به‌ویژه در نوع پروتکل درمانی، اشاره می‌شود. فردریش و همکاران [۲۲]، ۱۶ جلسه نوروفیدبک را روی ۱۳ کودک طیف اُتیسم اجرا کردند. نوروفیدبک بر اساس یک بازی طراحی شده بود که تعاملات اجتماعی را تشویق می‌نمود و بر اساس تقلید و پاسخگویی عاطفی، بازخورد ارائه می‌کرد. آن‌ها نشان دادند که آموزش تنظیم ریتم میو (۱۲-۸ Hz) بر روی قشر حسی تنی^۴، منجر به بهبود در پاسخگویی

عاطفی، تشخیص احساسات و تقلید خود به خود می‌شود. که در نهایت، بهبود عملکرد اجتماعی را به دنبال دارد. همتی و همکاران [۱۹]، ۴۰ جلسه نوروفیدبک را در نمونه-ای متشکل از ۲۶ کودک طیف اُتیسم، اجرا کردند و نشان دادند که فعالیت موج تتا (فرکانس پایین) پس از جلسات آموزشی نوروفیدبک، کاهش یافت که منجر به ارتباطات اجتماعی بهتر می‌شود. اخوان [۱۸]، با بررسی داده‌های آرشو شده از یک کلینیک نوروفیدبک در کالیفرنیا، به بررسی ۳۸ نقشه مغزی (قبل و بعد از درمان) از افراد تحت درمان با نوروفیدبک پرداخت و نتیجه گرفت که نوروفیدبک به امواج مغزی کمک می‌کند تا در الگوی نرمال‌تری قرار گیرند. پروتکل درمانی اصلی در افراد تحت درمان با نوروفیدبک، شامل مهار تتا و بتای بلند و افزایش آلفا بود. نتایج نشان از افزایش تعاملات اجتماعی، انعطاف‌پذیری شناختی، ارتباط چشمی و تماس فیزیکی مثل جستجوی آغوش در هنگام پریشانی داشت. کرینو و پدرو [۱۷]، داده‌های مربوط به دیدگاه‌های ۱۰ متخصص نوروفیدبک در آفریقای جنوبی در مورد اثربخشی نوروفیدبک برای کودکان طیف اُتیسم را با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته جمع‌آوری کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که نوروفیدبک برای بهبود روابط اجتماعی، خلق و خو، رفتار، زندگی تحصیلی و عملکرد خانوادگی کودکان طیف اُتیسم، مفید ارزیابی شده است. ایروگلو و ایکیسای [۱۶]، اثربخشی آموزش خودتنظیمی مغز توسط نوروفیدبک در منزل به کمک والدین را در یک مطالعه‌ای موردی بر روی یک کودک مبتلا به اُتیسم نشان دادند. هدف اصلی درمان برای آن‌ها، کاهش امواج مغزی آهسته در صورتی بود که امواج ثبت‌شده بالاتر از میانگین امواج آهسته در گروه سنی بهنجار بودند و بهبود امواج تند زمانی صورت می‌گرفت که امواج ثبت‌شده کمتر از میانگین امواج تند در گروه سنی بهنجار قرار داشتند. نتایج آن‌ها نشان داد که پس از آموزش نوروفیدبک، کودکی که آواسازی محدود داشت، شروع به استفاده از هشت کلمه مختلف کرد و واکنش اجتماعی او به طور قابل توجهی بهتر شد.

در تبیین اثربخشی نوروفیدبک بر بهبود مهارت‌های اجتماعی اُتیسم می‌توان گفت که در این روش، تغییر فعالیت مغز منجر به تغییر رفتار، ازجمله رفتارهای اجتماعی می‌شود. زیرا رفتارهای اجتماعی برگرفته از تفکر افراد طی

1 . Beta.

2 . Krynauw & Pedro

3 . Eroglu & Ekici.

4 . Somatosensory Cortex.

افزایش مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان را براساس ارزیابی والدین نشان داد. بدین معناکه می‌توان از نوروفیدبک به عنوان روشی مناسب با عوارض جانبی بسیار محدود و تأثیر درمانی بلندمدت جهت توانبخشی کودکان طیف اُتسم استفاده کرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

ماهیت فشرده و زمان‌بر جلسات نوروفیدبک گاهاً موجب غیبت آزمودنی‌ها از تعداد محدودی از جلسات شد که تلاش گردید با برگزاری جلسات جبرانی در همان هفته، اثر آن به حداقل برسد. با وجود یافته‌های امیدوارکننده، نتایج این مطالعه باید با احتیاط تفسیر شوند، زیرا محدودیت‌های روش‌شناختی متعددی وجود دارد. استفاده از طرح تک‌آزمودنی با تنها دو مشارکت‌کننده، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود و پژوهش را در برابر تغییرپذیری فردی آسیب‌پذیر می‌سازد. همچنین، نبود گروه کنترل و اتکا به گزارش‌های والدین، استنباط علی را دشوار و احتمال سوگیری را افزایش می‌دهد. اندازه‌های اثر نیز ممکن است به دلیل حجم نمونه بسیار کم و طراحی درون‌فردی (که در آن هر شرکت‌کننده با خودش در مراحل مختلف مقایسه می‌شود)، بیش‌برآورد شده باشند. از این رو، انجام پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، شرایط کنترل‌شده و ارزیابی‌های نابینا برای تأیید نتایج، ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

شرکت در این مطالعه برای آزمودنی‌ها هیچ‌گونه آسیب یا اثر نامطلوبی در پی نداشت. شرکت در پژوهش، داوطلبانه بود و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از قیّم قانونی هر دو آزمودنی اخذ شد.

حامی مالی:

این پژوهش، بدون دریافت هیچ‌گونه بودجه‌ای اجرا شده است.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مساعدت مدیریت محترم مرکز توانبخشی پایا قدردانی می‌شود. همچنین، از آزمودنی‌ها و والدین محترم آن‌ها که با شکیبایی در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

فعالیت مغزی است و فیدبک‌هایی که طی آموزش به مغز داده می‌شود، موجب ارتقای عملکرد مغز و به دنبال آن تغییر رفتار ناشی از تفکر می‌شود. علاوه بر آن، بر اساس نظریه ذهن، ناتوانی در نسبت دادن یا آگاهی از حالات ذهنی خود و دیگران، از عمده مشکلات اختلال طیف اُتسم است که تمرینات نوروفیدبک با استفاده از بازخوردهای ذهنی، منجر به ارتقای مهارت‌های شناختی، آگاهی از حالات ذهنی خود و به تبع آن، بهبود عملکرد اجتماعی در فرد می‌شود. همچنین، افزایش فعالیت در قشر سینگولیت قدامی^۱، که در تنظیم فرآیندهای شناختی و عاطفی نقش اساسی دارد، می‌تواند نشانه‌ای از اثربخشی نوروفیدبک در آغاز فعالیت‌های خودبخودی باشد. این ناحیه در حوزه‌هایی همچون پردازش پاداش، شناخت، هیجانات، انگیزه و کنترل حرکتی اهمیت ویژه‌ای دارد. قشر سینگولیت قدامی با سیستم لیمبیک و کورتکس پری‌فرونتال در ارتباط است و زیربخش‌های آن در پردازش‌های شناختی، حرکتی و عاطفی نقش کلیدی ایفا می‌کنند؛ به ویژه در فرآیندهای توجهی و انگیزشی [۳۹].

از سوی دیگر لوب‌های فرونتال (نقاط F_{PZ} , F_{P2} , F_{P1} ، F_3 , F_4 , F_7)، مسئول توجه فوری و پایدار، مدیریت زمان، آگاهی جمعی، مهارت‌های اجتماعی، همدلی، حافظه کاری، عملکرد اجرایی و جنبه‌های اخلاقی شخصیت هستند. بنابراین، شناسایی دقیق این مناطق بهترین و دقیق‌ترین درمان نوروفیدبک را ارائه می‌کند [۴۰].

علاوه بر آن، قشر حسی - حرکتی (نقاط C_4 , C_3 , C_Z)، وظایف کنترل آگاهانه حرکات اسکلتی مانند تایپ کردن، نواختن سازهای موسیقی، دست خط، کار با ماشین آلات پیچیده، صحبت کردن و توانایی تشخیص سرچشمه احساسات بدنی را برعهده دارد. آموزش قشر حسی - حرکتی نیمکره راست (C_4) می‌تواند احساسات، هیجانات و آرامش را فراخوانی کند و تسهیل‌گر تعاملات اجتماعی باشد. همچنین، افزایش فعالیت در C_4 می‌تواند باعث افزایش همدلی در برخی از بیماران مانند افراد آلکسی تایمیک^۲ شود [۴۱]؛ که پژوهش حاضر نشان داد این آموزش می‌تواند به کودکان طیف اُتسم نیز در این زمینه کمک نماید.

بطور کلی، نتایج پژوهش حاضر اثربخشی نوروفیدبک در

1. Anterior Cingulate Cortex (ACC).

2. Alexithymic.

منابع

- 8- Vaillancourt, T., Haltigan, J. D., Smith, I., Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Fombonne, E., Waddell, C., Duku, E., Mirenda, P., Georgiades, S., Bennett, T. Joint trajectories of internalizing and externalizing problems in preschool children with autism spectrum disorder. *Development and psychopathology*. 2017 Feb; 29(1): 203-14. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000043>
- 9- Feng, Y., Huang, X., Zhao, W., Ming, Y., Zhou, Y., Feng, R., Xiao, J., Shan, X., Kang, X., Duan, X., Chen, H. Association among internalizing problems, white matter integrity, and social difficulties in children with autism spectrum disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2024 Dec 20; 135: 111109. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2024.111109>
- 10-Aran, A., Cassuto, H., Lubotzky, A., Wattad, N., Hazan, E. Brief report: cannabidiol-rich cannabis in children with autism spectrum disorder and severe behavioral problems—a retrospective feasibility study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019 Mar; 49(3): 1284-8. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3808-2>
- 11-Gacek, M., Smoleń, T., Krzywoszański, Ł., Bartecka-Śmietana, A., Kulasek-Filip, B., Piotrowska, M., Sepielak, D., Supernak, K. Effects of school-based neurofeedback training on attention in students with autism and intellectual disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2024 May 28:1-2. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06400-8>
- 12-Pereira, D. J., Morais, S., Sayal, A., Pereira, J., Meneses, S., Areias, G., Direito, B., Macedo, A., Castelo-Branco, M. Neurofeedback training of executive function in autism spectrum disorder: distinct effects on brain activity levels and compensatory connectivity changes. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2024 Apr 11; 16(1): 14. <https://doi.org/10.1186/s11689-024-09531-2>
- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
- 2- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ*. 2016; 65(SS-3): 1–23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6503a1>
- 3- Samadi, S. A., McConkey, R. Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015 Sep; 45: 2908-16. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2454-1>
- 4- Hassan, M., Simpson, A., Danaher, K., Haesen, J., Makela, T., Thomson, K. An evaluation of behavioral skills training for teaching caregivers how to support social skill development in their child with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018 Jun; 48: 1957-70. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3455-z>
- 5- Qualls, L. R., Corbett, B. A. Examining the relationship between social communication on the ADOS and real-world reciprocal social communication in children with ASD. *Research in autism spectrum disorders*. 2017 Jan 1; 33: 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.10.003>
- 6- Rankin, J. A., Weber, R. J., Kang, E., Lerner, M. D. Parent-and self-reported social skills importance in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016 Jan; 46:273-86. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2574-7>
- 7- Scagnelli, M., Copelli, C., Presti, G., Moderato, P. Does a treatment for increasing social skill affect the occurrence of challenging behaviors?. *Life Span and Disability*. 2017; 20(2): 163-81. https://apeiron.iulm.it/bitstream/10808/25847/1/ENG315_2.%20Scagnelli.pdf

- 20-Haghsheenas, S., Rostami, R. Rehabilitation in autism spectrum disorder (ASD): a mixture of neurofeedback training and auditory integration training (AIT). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011 Jan 1; 30: 611-4.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.118>
- 21-Sokhadze EM, El-Baz AS, Tasman A, Sears LL, Wang Y, Lamina EV, Casanova MF. Neuromodulation integrating rTMS and neurofeedback for the treatment of autism spectrum disorder: an exploratory study. *Applied psychophysiology and biofeedback*. 2014 Dec; 39: 237-57.
<https://doi.org/10.1007/s10484-014-9264-7>
- 22-Friedrich, E. V., Sivanathan, A., Lim, T., Suttie, N., Louchart, S., Pillen, S., Pineda, J. A. An effective neurofeedback intervention to improve social interactions in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015 Dec; 45: 4084-100. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2523-5>
- 23-Datko, M., Pineda, J. A., Müller, R. A. Positive effects of neurofeedback on autism symptoms correlate with brain activation during imitation and observation. *European Journal of Neuroscience*. 2018 Mar; 47(6): 579-91.
<https://doi.org/10.1111/ejn.13551>
- 24-Mohammadi, R., Narimani, M., Abolghasemi, A., Taklavi, S. Effectiveness and comparison of intervention with applied behavioral analysis (ABA) and neurofeedback on the promotion of cognitive, social, and daily living activities in children with autistic spectrum disorders. *Journal of Exceptional Children*. 2020 Oct 10; 20(3): 36-21. <http://joec.ir/article-1-1191-fa.html>
[In Persian]
- 25-Van Hoogdalem, L. E., Feijs, H. M., Bramer, W. M., Ismail, S. Y., van Dongen, J. D. The effectiveness of neurofeedback therapy as an alternative treatment for autism spectrum disorders in children: A systematic review. *Journal of Psychophysiology*. 2021; 35(2): 102.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/0269-8803/a000265>
- 13-Salemi, M. H., Saffarinia, M. The effectiveness of neurofeedback on improving social interactions and activity of daily living in children with autism spectrum disorder: a narrative review. *J Health Rep Technol*. 2024 Apr; 10(2): e143981. 10.5812/jhrt-143981.
<https://doi.org/10.5812/jhrt-143981>
- 14-Mekawwy, L. Efficacy of neurofeedback as a treatment modality for children in the autistic spectrum. *Bulletin of the National Research Centre*. 2021 Dec; 45:1-7.
<https://doi.org/10.1186/s42269-021-00501-5>
- 15-Goodman, M. S., Castro, N., Sloan, M., Sharma, R., Widdowson, M., Herrera, E., Pineda, J. A. A neurovisceral approach to autism: Targeting self-regulation and core symptoms using neurofeedback and biofeedback. *NeuroRegulation*. 2018 Mar 30; 5(1): 9-.
<https://doi.org/10.15540/nr.5.1.9>
- 16-Eroglu, G., Ekici, B. Neurofeedback improves EEG complexity and social interaction in a boy with autism: A case report. *Journal of Surgery and Medicine*. 2020 Feb 1;4(2):161-3.
<https://doi.org/10.28982/josam.638667>
- 17-Krynauw, J., Pedro, A. Neuro-feedback intervention efficacy for treating children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Psychology in Africa*. 2018 May 4; 28(3): 249-51.
<https://doi.org/10.1080/14330237.2018.1477238>
- 18-Akhavan, R. The efficacy of neurofeedback in the treatment of autism [PhD dissertation]. Minneapolis (MN): Walden University; 2018. Available from:
<https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7243&context=dissertations>
- 19-Hemmati, S., Vameghi, R., Sajedi, F., Gharib, M., Pourmohammadreza-Tajrishi, M., Teymori, R. The effect of neurofeedback on brain waves in children with autism spectrum disorders. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2016 Sep 10; 14(3): 133-8. <https://doi.org/10.18869/nrip.irj.14.3.133>

- 34-Madani, A. S., Heidarinasab, L., Yaghubi, H., Rostami, R. Surveying effectiveness of neuro-feedback in reduction of attention and concentration deficit symptoms in ADHD adults. *Clinical Psychology and Personality*. 2015 Feb 20; 12(2): 85-98.
<https://doi.org/10.1177/1362361316655525>
2.8.3 [In Persian]
- 35-Alizadeh, G., Kordnoghi, R., Rashid, K., Gholizadeh, Z. The impact of upper alpha neurofeedback training on updates working memory in Kurdistan university girl students with academic burnout syndrome and depression symptom. *Clinical Psychology and Personality*. 2020 Sep 26; 16(2): 151-9.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2866>
[In Persian]
- 36-Beaver, A. G. Brain activity in college students with the broad autism phenotype [PhD dissertation]. Nacogdoches (TX): Stephen F. Austin State University; 2018. Available from: <https://scholarworks.sfasu.edu/etds/223>
- 37-Al-Salihi, A. A. Resting-state QEEG neuro-biomarkers for diagnosis and treatment planning of autism spectrum disorders. *Kufa Medical Journal*. 2022 Dec 15; 18(2): 1-8.
<http://dx.doi.org/10.36330/kmj.v18i2.3639>
- 38-Bluschke, A., Broschwitz, F., Kohl, S., Roessner, V., Beste, C. The neuronal mechanisms underlying improvement of impulsivity in ADHD by theta/beta neurofeedback. *Scientific reports*. 2016 Aug 12; 6(1): 31178.
<https://doi.org/10.1038/srep31178>
- 39-Loh, K. K., Petrides, M., Hopkins, W. D., Procyk, E., Amiez, C. Cognitive control of vocalizations in the primate ventrolateral-dorsomedial frontal (VLF-DMF) brain network. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017 Nov 1; 82: 32-44.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.001>
- 26-Dijkhuis, R. R., Ziermans, T. B., Van Rijn, S., Staal, W. G., Swaab, H. Self-regulation and quality of life in high-functioning young adults with autism. *Autism*. 2017 Oct; 21(7): 896-906.
<https://doi.org/10.1177/1362361316655525>
- 27-Ramshini, M., Hasanzadeh, S., Afroz, G. A., Hashemi Razini, H. The effect of family-centered nature therapy on children with autism spectrum disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2018; 19 (2) : 150-159. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2294-fa.html> [In Persian]
- 28-Gresham, F. M., Elliott, S. N. Social skills rating system: Manual. American guidance service; 1990.
- 29-Shokoohi-Yekta, M., Zamani, N., Pourkarimi, J. Effects of problem-solving instruction on improving social skills and decreasing behavioral problems: a single subject study on slow-learner students. *Journal of Psychological Studies*. 2015 Jan 21; 10(4): 7-32.
<https://doi.org/10.22051/psy.2015.1784>
- 30-Rimland, B., Edelson, S. M. Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC). San Diego (CA): Autism Research Institute; 1999. Available from: http://www.autism.com/pdf/individuals/atec_for_m.pdf
- 31-Pangborn, J., Baker, S. M. Biomedical assessment options for children with autism and related problems: a consensus report of the Defeat Autism Now! panel. San Diego (CA): Autism Research Institute; 2002. Available from: <https://chapmannd.com/uploads/Summarybiomed07.pdf>. [cited 2025 Jul 10].
- 32-Memari, A. H., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F. S., Rashidi, T., Ghanouni, P., Hafizi, S. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the autism treatment evaluation checklist in Persian. *Iranian journal of pediatrics*. 2013 Jun; 23(3): 269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23795248/>
- 33-Orndorff-Plunkett, F., Singh, F., Aragón, O. R., Pineda, J. A. Assessing the effectiveness of neurofeedback training in the context of clinical and social neuroscience. *Brain sciences*. 2017 Aug 7; 7(8): 95.
<https://doi.org/10.3390/brainsci7080095>

- 41-Haddadi, P., Besharat, M. A., Rostami, R. Assessing neurological pathologies in alexithymic patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011 Jan 1; 30: 34-7. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.007>
- 40-Marzbani, H., Marateb, H. R., Mansourian, M. Neurofeedback: a comprehensive review on system design, methodology and clinical applications. *Basic and clinical neuroscience*. 2016 Apr; 7(2): 143. <https://doi.org/10.15412/J.BCN.03070208>

مقایسه اثر بخشی آموزش مدیریت والدین مدل اورگان (PMTO) و آموزش رفتاری والدین (BPT) بر تاب‌آوری کودکان با مشکلات برون نمود ۷ تا ۱۰ سال

نویسندگان

طیبه جعفری^۱، سارا اقابابی^{۲*}، سید عباس حقایق^۳، زهره رنجبر کهن^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد، نجف‌آباد، ایران.

jafari6311@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد، نجف‌آباد، ایران.

Abbas_Haghighayegh@yahoo.com

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی امین فولادشهر، اصفهان، ایران.

zohreh_300@yahoo.com

چکیده

مقدمه: بیشترین مشکل آسیب‌شناسی روانی در کودکان، مشکلات رفتاری است که در جریان رشد و تکامل بروز می‌یابد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین مدل اورگان (PMTO) و آموزش رفتاری والدین بر تاب‌آوری کودکان ۷ تا ۱۰ سال دارای مشکلات برون نمود انجام شد.

روش: این پژوهش کاربردی با طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان ۷ تا ۱۰ سال دارای مشکل رفتاری برون نمود در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ در شهرستان زرین شهر تشکیل بود. ۶۰ در مجموع ۶۰ مادر دارای کودک با مشکلات برون نمود به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس مشکلات رفتاری کودک آخنباخ (۱۹۹۱ م) و پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور - دیویدسون (۲۰۰۳ م) بود. مداخلات آموزشی مدیریت والدین مدل اورگان (PMTO) و آموزش رفتاری والدین (BPT) در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته) برای دو گروه آزمایش اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون و پس از یک ماه سنجش پیگیری در هر سه گروه انجام شد.

نتایج: طبق یافته‌های به دست آمده در متغیر تاب‌آوری، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مدیریت والدین اورگان (PMTO) و آموزش رفتاری والدین (BPT) در سطح ($P < 0.05$) وجود ندارد. با این حال، بین دو گروه با گروه گواه تفاوت معناداری دیده شد. به عبارت دیگر، در هر دو گروه مداخله، میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری: طبق نتایج به دست آمده الگوی مدل اورگان با تأکید بر ایجاد رابطه‌ای گرم، حمایتی و قابل پیش‌بینی والد - کودک، احساس امنیت و وابستگی را تقویت کرده و زمینه تاب‌آوری را فراهم می‌سازد. کودکانی که احساس عشق، پذیرش و درک می‌کنند، توانایی بهتری برای مدیریت استرس و سختی‌ها دارند. همچنین، آموزش رفتاری والدین براساس مدل بارکلی، با تأکید بر ماهیت پیچیده رفتار و مسائل عاطفی، رشدی و ارائه مهارت‌های لازم به والدین برای ایجاد محیطی پرورش‌دهنده، به ارتقای نتایج مثبت بلندمدت در تاب‌آوری کودکان کمک می‌کند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۵/۱۲



کلیدواژه‌ها

آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان (PMTO)، آموزش رفتاری والدین، رفتارهای برون نمود، تاب‌آوری.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

sara.aghababaei@ymail.com

مقدمه

اختلالات روانی شامل طیف وسیعی است که از شایع‌ترین آن‌ها در دوره کودکی و نوجوانی می‌توان به اختلالات رفتاری اشاره کرد [۱]. بیشترین مشکل آسیب‌شناسی روانی کودک را مشکلات رفتاری تشکیل می‌دهد که در جریان رشد و تکامل ایجاد می‌شود [۲]. نخستین نظریه‌ای که مسیرهای متعددی از رفتار مشکل‌ساز را شناسایی کرد نظریه رشد موفیت [۳] بود. طبق طبقه‌بندی موفیت، رفتار مشکل‌ساز به سه دسته تقسیم می‌شوند: الف. رفتار مشکل‌زای مداوم در طول زندگی؛ ب. رفتار مشکل‌ساز که از نوجوانی شروع می‌شود و ج. رفتار ضداجتماعی کم تا بدون رفتار. علت رشد اختلالات رفتاری را می‌توان در چارچوب سیستم‌های بوم‌شناختی تبیین کرد؛ جایی که رفتار نتیجه تعامل پیچیده فردی، خانوادگی و ساختار گسترده اجتماعی است. بیشتر ادبیات رشدی در این حوزه بر خصوصیات کودک و خانواده (به عنوان مثال، سبک‌های فرزندپروری اجباری)، تجارب نامطلوب دوره کودکی و استرس مادر به عنوان عوامل زمینه‌ساز رفتار پرخطر متمرکز شده‌اند [۴]. از ویژگی‌های اینگونه رفتارها تأثیر منفی بر فرایند رشد و توانایی سازگاری مناسب کودک با محیط و ایجاد مزاحمت برای زندگی دیگران است [۵]. از جمله این مشکلات رفتاری دوران کودکی و نوجوانی، مشکلات رفتاری برون نمود هستند که به عنوان اعمال یا فعالیت‌هایی آشکار و مخرب تعریف می‌شوند. این رفتارها معمولاً با پرخاشگری شدید و ناتوانی در برقراری تعامل سازنده با بزرگسالان همراه است و پیامدهای آن بیش از آن‌که متوجه خود فرد باشد دیگران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۶]. این مشکلات رفتاری ثابت که باگذشت زمان شکل گرفته و ویژگی آن عبارتند از: خشونت و تجاوز به حقوق دیگران [۷] طغیان‌گری، انفجار خشم و غضب، مشت زدن و لگد کوبیدن، رفتارهای تکانشی، دعوا و معرکه‌گیری و کنش‌های ضداجتماعی [۶] است. رفتار انحرافی یا اختلال رفتاری ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم بوده و وسعت آن شامل رفتارهای بیش‌فعالی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه‌گیرانه است [۱]. آنچه کودکان با مشکلات رفتاری را از سایرین مجزا می‌سازد، نوع رفتارهای آن‌ها نیست، بلکه شدت و ماهیت طولانی مدت

آن رفتارها است [۸].

از دیگر ویژگی‌های کودکان با اختلال رفتار برون نمود که با آن مواجه‌اند، کاهش تاب‌آوری است. تاب‌آوری یک مفهوم پویا است [۹]. بیشتر تعاریف تاب‌آوری شامل غلبه بر استرس یا ناملایمات یا مقاومت نسبی در برابر خطرات محیطی است. در واقع، در چارچوب سیستمی، تاب‌آوری به عنوان ظرفیت یک سیستم پویا برای مقاومت در برابر چالش‌های جدی یا بازیابی از آن‌ها تعریف می‌شود. چالش‌هایی که می‌توانند ثبات، دوام یا رشد سیستم را تهدید کنند. تاب‌آوری به این معناست که برخی از افراد، علیرغم تحمل تجارب پرخطر که انتظار می‌رود منجر به عواقب جدی شود، همچنان از پیامدهای روان‌شناختی نسبتاً مطلوبی برخوردار می‌شوند [۱۰]. بنابراین، تاب‌آوری، ذاتاً مفهوم تعاملی است که ترکیبی از تجارب پرخطر و پیامدهای روان‌شناختی نسبتاً مثبت را توصیف می‌کند. همچنین می‌توان به عنوان فرایندهای محافظتی یا مثبتی نیز تعریف کرد که پیامدهای ناسازگار را در شرایط خطر کاهش می‌دهد [۱۱]. سه دسته کلی از عوامل مؤثر در ایجاد تاب‌آوری شناسایی شده است که عبارتند از: فردی (خلق و هوش/ توانایی شناختی)، کیفیت روابط والد-کودک، و عوامل محیطی گسترده‌تر (محله‌های امن، مدارس با کیفیت، و فعالیت‌های نظارتی) [۱۲]. برخی از افراد به تاب‌آوری را به عنوان ظرفیتی که در درون افراد قرار دارد می‌دانند. دیگران تاب‌آوری را به عنوان توانایی افراد برای حفظ عملکرد پایدار در مواجهه با یک رویداد بسیار استرس‌زا یا آسیب‌زا و در مواردی به عنوان منعکس‌کننده رشد و تغییرات مثبت پس از یک رویداد نامطلوب عنوان می‌کنند [۱۱]. همچنین، در تئوری تاب‌آوری، تاب‌آوری را به عنوان توانایی بازگشت پس از وقوع یک رویداد نامطلوب توصیف می‌شود [۱۳]. مدل‌های نظری موجود بر این باورند که تاب‌آوری دارای ویژگی‌های مشترکی است که شامل رشد عاطفی، سازگاری، پرقدرت و مثبت‌نگری پس از قرار گرفتن در معرض ناملایمات می‌باشد. این ویژگی مستلزم توانایی مقابله در موقعیت‌های چالش برانگیز هستند. موقعیت‌ها و محیط‌های مختلف و عوامل درونی مانند نگرش مثبت، ادراک از خود، تعیین انتظارات واقع‌بینانه و تنظیم هیجان، نقش مهمی در رشد تاب‌آوری دارند، این عوامل

PMTO بر آموزش والدین به پنج شیوه اصلی فرزندپروری متمرکز است: ۱. مشارکت مثبت؛ ۲. ایجاد و تشویق مهارت؛ ۳. نظارت؛ ۴. حل مسئله و ۵. ایجاد محدودیت [۱۹]. این پنج شیوه به والدین کمک می‌کند موقعیت‌ها را از دیدگاه‌های مختلف با ایفای نقش خود یا فرزندانشان درک کنند. ایفای نقش همچنین تمرین با مربی (درمان‌گر) را برای اطمینان از تعمیم مهارت‌ها از اتاق درمان به خانه فراهم می‌کند [۲۰].

از درمان‌های دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت؛ آموزش رفتاری والدین^۲ (BPT)، به یکی از موفق‌ترین مداخلات برای پیشگیری و درمان کودکان و نوجوانان تبدیل شده است. این مدل، با تأکید بر آموزش رویکردهای مدیریت رفتار مؤثرتر به والدین برای جلوگیری از رفتار نامناسب، ترویج رفتار اجتماعی و از یک رابطه سالم والدین و فرزند حمایت می‌کند. آموزش رفتاری والدین در درجه نخست بر اصولی که برگرفته از تحلیل رفتار کاربردی (ABA) است، از جمله تقویت افتراقی، انقراض و مجازات و کنترل محرک متکی است که از آموزش مهارت‌های رفتاری برای آموزش والدین استفاده می‌کند. در مدیریت رفتار مؤثر، آموزش مهارت‌های رفتاری به صورت فرایند چهار مرحله‌ای شامل: ۱. آموزش؛ ۲. مدل سازی؛ ۳. تمرین و ۴. بازخورد است. این روش اغلب رفتارهای ناسازگار و مشکلات رفتاری مهم‌تر (مانند عصبانیت‌های مکرر و شدید، پرخاشگری، دزدی، بزهکاری) را هدف قرار می‌دهد. از نظر مفهومی، این پارادایم بر این مفهوم استوار است که والدین نقش بسیاری در رشد رفتارهای اجتماعی و ضد اجتماعی دارند و تغییر شیوه‌های فرزندپروری و تقویت مهارت‌های فرزندپروری می‌تواند تأثیر عمیق و ماندگاری بر رفتار کودک و نوجوان داشته باشد [۲۱].

با استناد به پژوهش‌های فوق هر دو رویکرد آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان و آموزش رفتاری والدین بر افزایش تاب‌آوری در کودکان با رفتار برون نمود مؤثر می‌باشد. در این پژوهش به مقایسه این دو رویکرد بر کودکان با رفتار برون نمود پرداخته می‌شود. عمده‌ترین دلیل مقایسه این دو رویکرد این است که هر دو به آموزش سبک فرزند پروری مثبت تمرکز داشته و می‌توانند بر بهبود

علاوه بر تنظیم احساسات مثبت، موجب تقویت روابط با دیگران، افزایش حمایت اجتماعی و احساس تعلق نیز می‌شوند [۱۴]. برخی از محققان تاب‌آوری را ویژگی شخصیتی نسبتاً پایدار دانسته‌اند که با سرسختی روانی و کارایی در مقابله با مشکلات مشخص می‌شود. این ویژگی به عنوان نتیجه یا فرآیند سازگاری مثبت پس از تجربه ضربه‌های شدید مفهوم سازی شده است [۱۵].

از درمان‌های موفق در حیطه رفتارهای برون نمود آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان^۱ (PMTO)، به عنوان یک استراتژی مداخله‌ای است که در مدت سه دهه، کار برنامه‌نویسی تئوری، تحقیق و کاربرد عملی را ادغام کرده است. PMTO اساساً برای کمک به خانواده‌های دارای کودکان و نوجوانانی است که مشکلات رفتاری ضداجتماعی، پرخاشگرانه را از خود بروز می‌دهند در کنار دیگر رفتارهای بیرونیاز جمله، بزهکاری و سوء مصرف مواد، ایجاد شده است [۱۶]. مدل زیربنای مداخله PMTO، یادگیری تعامل اجتماعی (SIL) است که نشان‌دهنده ادغام دو جریان نظری تعامل اجتماعی و یادگیری اجتماعی است. در فرایند اجبار، افراد ناخواسته به شیوه فزاینده‌ای خصمانه رفتار می‌کنند. در روابط پریشان، فرآیندهای تربیتی مستبد بیش از حد آموخته شده، خودکار می‌شوند و عموماً با آگاهی شناختی کم یا بدون آگاهی صورت می‌گیرند. الگوهای تعامل اجتماعی در خانواده‌ها (مانند بین خواهر و برادر، بین والدین یا بین والدین و فرزند) آموخته و تمرین می‌شوند [۱۷]. عوامل زمینه‌ای، مانند آسیب‌های اقتصادی اجتماعی و آسیب‌شناسی روانی والدین می‌تواند با تضعیف کیفیت فرزندپروری بر کودکان تأثیر منفی بگذارد؛ بنابراین PMTO بر آموزش والدین تمرکز می‌کند که چگونه شیوه‌های فرزندپروری منفی و معکوس را کاهش داده و آن‌ها را با استراتژی‌های مثبت و مؤثرتر مانند تشویق (که به معنای الهام بخشیدن به رفتارهای اجتماعی در کودک، معمولاً از طریق تقویت مثبت)، جایگزینی آن‌ها با انضباط مؤثر (مانند استفاده مداوم پیامدهای خفیف)، نظارت (مراقبت بر فعالیت‌های کودک)، حل مسئله (برخورد با رفتارهای قانون شکن و حل اختلاف با کودک) و مشارکت مثبت (نشان دادن عشق و توجه گرم به کودک) جایگزین کند [۱۸].

داده است. بر این اساس با توجه به لزوم به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و بهنگام، و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان در پژوهش‌های خارجی و آموزش رفتاری والدین در بهبود مشکلات دانش‌آموزان و تعیین تأثیر و مقایسه این دو روش درمانی می‌تواند مسیر روشنی را پیش روی درمان‌گران گذاشته تا بتوانند در کار آموزش فرزندپروری به والدین رویکردی را انتخاب کنند که بیشترین تأثیر را بجا گذاشته و از کاهش تاب‌آوری در این کودکان پیشگیری گردد. سرانجام به دلیل خلاء پژوهشی در جهت اجرای آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان در پژوهش‌های داخلی بر رفتار برون نمود، پژوهشگران بر آن شدند تا به مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان و آموزش رفتاری والدین بر تاب‌آوری مادران دارای کودک با مشکلات برون نمود بپردازد. بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان و آموزش رفتاری والدین بر تاب‌آوری مادران دارای کودک با مشکلات رفتار برون نمود تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

الف. نوع پژوهش

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح سه مرحله ای (پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری) همراه با گروه کنترل است.

ب. آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک با مشکلات برون نمود ۷ تا ۱۰ سال شهرستان زرین شهر در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. نمونه شامل ۶۰ مادر دارای کودک با مشکلات برون نمود ۷ تا ۱۰ سال است که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و با نقطه برش پرسش‌نامه سیاهه رفتاری اخنباخ و مصاحبه تشخیصی در سه گروه و به صورت تصادفی قرار گرفتند.

حجم نمونه شامل ۶۰ نفر که ۲۰ نفر، ۲۰ نفر در گروه آزمایش مدیریت والدین مدل اورگان (PMTO)، ۲۰ نفر در گروه آموزش رفتاری والدین و ۲۰ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. از ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: محرز شدن مشکلات برون نمود براساس مصاحبه تشخیصی و نقطه

تاب‌آوری در کودکان مؤثر باشند. با توجه به اینکه هر دو رویکرد از اصول و برنامه خاصی پیروی می‌کند به مقایسه این دو رویکرد پرداخته می‌شود. حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دانش‌آموزان با رفتار برون نمود و این که رفتار برون نمود می‌تواند زندگی اجتماعی و تحصیلی آینده دانش‌آموز را با آسیب جدی مواجه سازد، ضروری است اقدامات مقتضی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری این دانش‌آموزان صورت گیرد تا از پیشروی آسیب در آینده جلوگیری گردد. همچنین ضرورت دارد تا به طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این اختلال پرداخته و راهکارهای درمانی مؤثر برای کاهش مشکلات رفتاری در بعد سلامت روحی و روانی کودکان به کار گرفته شود، در همین راستا جاویدی‌پور و دهقان [۲۲]. در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) بر تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که مدل آموزشی رفتاری والدین (بارکلی) با بهره‌گیری از آموزش روش‌های مناسب برای کاهش رفتار نابهنجار کودکان، مهارت ابراز توجه مثبت به کودک، شیوه‌های برقراری تعامل مثبت و مدیریت رفتارهای نامطلوب و مهارت‌های توجه مثبت به عنوان یک روش کارآمد جهت افزایش تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند مورد استفاده گیرد. همچنین مارکوئت دولیس و همکاران [۲۳]. در مطالعه‌ای با عنوان بررسی آموزش رفتاری والدین برای کودکان مدرسه‌ای مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه، به این نتیجه رسیدند که علیرغم ناهمگونی یا تعداد کم مطالعات در برخی دسته‌ها، آموزش رفتاری والدین هم بر والدین و هم بر فرزندان تأثیرات مثبتی دارند. دیجسن و همکاران [۲۴]. در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که اثربخشی آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان (PMTO) بر کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری برونی مؤثر بوده است. همچنین مسکانت و همکاران [۲۵]. در پژوهشی، اثربخشی آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان را بر والدین فرزندان (۴ تا ۱۲ ساله) با مشکلات رفتاری برونی‌سازی شدید بررسی کرده که نشان داد، آموزش مدیریت والدین مدل اورگان، سطوح کلی استرس والدین و همچنین استرس مربوط به کودک را تا حد متوسط و مشکلات رفتاری کودک را کاهش

رفتاری کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله استفاده کرد. یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰)، نیز ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند [۲۶].

۲. پرسشنامه تاب‌آوری^۲

مقیاس تاب‌آوری کونور-دیویدسون (۲۰۰۳م) توسط کونور و دیویدسون طراحی شد و شامل ۲۵ گویه است. گویه‌ها براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (۰ = کاملاً نادرست تا ۴ = کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند؛ از این رو دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ و نمره بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر است. روایی همگرا پرسشنامه با پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی کوباسا، در سطح ۰/۰۱ معنادار و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور - دیویدسون ۲۵ عامل دارد و پنج زیرمقیاس شامل صلاحیت و کفایت فردی، تحمل تأثیرات منفی و قوی بودن در برابر تنش، پذیرش مثبت تغییر، خودکنترلی، تأثیرات معنوی برای آن تعیین گردیده است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴)، هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. نمرات مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به

برش (۶۰)، عدم هر گونه بیماری جسمی و روانی و بدون سابقه مصرف دارو در مادر و کودک، عدم دریافت همزمان هرگونه مداخله دیگر و تمایل به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از ۳ جلسه، عدم همکاری در پیش آزمون یا پس آزمون، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش.

ج. ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک اخنباخ^۱

پرسشنامه رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی اخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب / افسردگی، انزوا / افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه مشکلات عاطفی - رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶ - ۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد. مدت زمان تکمیل پرسشنامه در ۲۰ تا ۲۵ دقیقه است که ۱۱۳ پرسش در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان است. پاسخ به پرسش‌های این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای نمره‌گذاری شده است. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (روایی محتوایی). این ابزار برای نخستین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. پژوهش‌مینیایی (۱۳۸۵)، دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون - بازآزمون با یک فاصله زمانی ۵-۸ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به طور کلی در تحقیق مینیایی (۱۳۸۵)، این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی -

1. Achenbach's Child Behavior Inventory Questionnaire
Emotional regulation questionnaire

2. Resilience questionnaire

روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند [۲۷].

د. شیوه انجام پژوهش

برای آغاز مطالعه، پس از هماهنگی با اداره آموزش و پرورش شهرستان زرین‌شهر، به مدارس ابتدایی پسرانه مراجعه شد. در یک بازه زمانی دو ماهه در سال ۱۴۰۳، از میان ۱۰۷ دانش آموز معرفی شده با مشکلات رفتاری توسط کادر آموزشی مدارس، با ۷۸ نفر از مادران این کودکان مصاحبه بالینی به منظور بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش انجام شد. در نهایت، ۱۸ نفر فاقد ملاک‌های لازم بودند و اط‌مطالعه حذف شدند. در نهایت، ۶۰ کودک به عنوان نمونه انتخاب شدند و مادران این کودکان به صورت تصادفی جایگزین شدند. نمونه‌ها به سه گروه تقسیم شدند: ۲۰ نفر در گروه آزمایش آموزش رفتاری والدین، ۲۰ نفر در گروه آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان، ۲۰ نفر در گروه گواه شامل مادرانی با کودک دارای رفتار برون نمود. قبل از اجرای مداخلات در پیام رسان ایتا دو گروه

(یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) جهت هماهنگی جلسات، پرسش و پاسخ در حین جلسات هفتگی و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تشکیل داده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون و مشخص شدن زمان و مکان اجرای جلسات مداخله، گروه آزمایش آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان (۱۰ جلسه) و آموزش رفتاری والدین در ۱۰ جلسه سه ماه و به صورت یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی با پیگیری یک‌ماهه بر روی دوگروه آزمایش اجرا شد. در حالی که گروه گواه چنین مداخله‌ای دریافت نکرد و بعد از انجام مداخله درمانی پرسش‌نامه‌ها مجدداً اجرا شد. در پژوهش حاضر از پروتکل آموزش رفتاری والدین برگرفته از کتاب *برنامه آموزشی مدیریت رفتاری* برگرفته از بارکلی (۲۰۱۵) استفاده شد که محتوای جلسات در جدول ۱ و ۲ بیان شده است. در نهایت از گروه آزمایش آموزش رفتاری والدین ۳ نفر و در گروه آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان ۲ نفر و گروه گواه ۵ نفر خارج شدند.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان برگرفته از کتاب آموزش مدیریت والدین مدل اورگان برای درمان مشکلات رفتاری: اثربخشی و اجرا از، مارگرت زیگمارسدوتر (۲۰۱۳)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد حس اشتراک از اهمیت همکاری و ایجاد انگیزه در والدین برای آموزش - بررسی نقاط قوت خانواده - تعریف مشکلات رفتاری و مشکلات رفتاری برون نمود (پرخاشگری و قانون‌شکنی) در کودک - مشخص کردن اهداف خانواده و توضیح اینکه برای رسیدن به اهداف «چه باید کرد؟» با ایفای نقش وحل مسئله و تمرین خانگی.
دوم	تشویق کننده مهارت- مهارت سازی و انضباط موثر آموزش مهارت تشویق کننده - مهارت سازی و انضباط مؤثر- تقویت مثبت مشروط با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی.
سوم	تدریس رفتار جدید - تقویت کننده ابزاری شامل «نمودار و توکن» با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی
چهارم	برقراری ارتباط مؤثر - گوش دادن فعال. با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی.
پنجم	آموزش مشاهده و شناسایی و مدیریت احساسات و راهبردهای تنظیم هیجان با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی
ششم	آموزش مدیریت تعارض و تعیین حد و مرز- مذاکره در مورد اختلافات و ایجاد قوانین. با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی
هفتم	آموزش بهبود مهارت‌های ارتباطی خود و افزایش درجه مشارکت مثبت کودک. با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی
هشتم	آموزش حل مسئله به عنوان وسیله‌ای فعال برای درگیر کردن والدین در یک همکاری سازنده با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی
نهم	آموزش مشارکت مثبت در کار و بازی. با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی
دهم	آموزش تمرکز بر افزایش نظارت والدین بر فرزندان - پیگیری فعالیت‌ها با ایفای نقش، حل مسئله و تمرین خانگی. مرور جلسات - پرسش و پاسخ.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش رفتاری والدین (بارکلی، ۲۰۱۵؛ به نقل از عابدی، سیدقلعه و بهرامپور، ۱۳۹۶)

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با مشکلات رفتاری؛ توضیح مشکل رفتاری، اشاره به سبب‌شناسی و میزان شیوع و... به مادر اطلاعات موثق و روشنی درباره نشانگان رفتارهای برون نمود (پرخاشگری، قانون شکنی)
دوم	آموزش شیوه‌های برقراری ارتباط مناسب با کودک، شیوه‌های مدیریت رفتارهای نامطلوب و چگونگی افزایش تعامل مثبت و ابراز توجه مثبت به کودک- تمرکز بیشتر بر رفتار نامناسب کودک هست که از تکنیک ۵ و ۳ استفاده بشود.
سوم	چگونه کودک را تشویق کنیم. توضیح اصول تقویت مثبت برای مادر و استفاده از آن برای افزایش رفتارهای مثبت کودک. انواع تشویق برای کودکان رفتارهای برون نمود (پرخاشگری، قانون شکنی)، فاصله تشویق‌ها، میزان تشویق متناسب با رفتار هدف، انتخاب رفتارهای ساده به سمت رفتارهای سخت‌تر و....
چهارم	آموزش نحوه دادن دستورات مؤثر
پنجم	ادامه آموزش نحوه دادن دستورات مؤثر و آموزش نحوه استفاده از تنبیه
ششم	آموزش روش محروم‌سازی
هفتم	ادامه مبحث محروم کردن برای رفتارهای پرخاشگرانه
هشتم	آموزش شیوه استفاده از جریمه برای اصلاح رفتار کودک
نهم	آموزش روش‌هایی به منظور بهبود رفتار کودک در مدرسه، آموزش ثبت رفتارهای مثبت در منزل و روش‌های امتیازدهی به این رفتارها، آموزش چگونگی مقابله با مشکلات در آینده.
دهم	مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی شامل تعیین قواعد پیش از ورود به موقعیت، تعیین مشوق برای اطاعت کودک، تعیین تنبیه برای نافرمانی

۵. شیوه تحلیل داده ها

در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، نتایج با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با نرم‌افزار spss-24 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه، ۵۰ مادر دارای کودک با رفتار برون نمود ۷ تا ۱۰ سال شرکت داشتند؛ ز این تعداد، ۱۵ نفر در گروه کنترل، ۱۸ نفر در گروه آموزش مدیریت والدین و ۱۷ نفر در گروه آموزش رفتاری والدین حضور داشتند. از میان شرکت‌کنندگان، ۲۴ نفر دارای دیپلم، ۱۴ نفر دارای کارشناسی، ۱۱ نفر کارشناسی‌ارشد و یک نفر دارای تحصیلات دکتری بودند. همچنین، ۳۱ نفر خانه‌دار و ۱۹ نفر شاغل بودند.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های لازم برای متغیرهای پژوهش بررسی شد. این پیش‌فرض‌ها نرمال

بودن توزیع نرمال، همگنی واریانس، وجود رابطه خطی بین نمرات متغیر وابسته و متغیر همپراش در گروه‌های کنترل و آزمایش، همگنی شیب‌های رگرسیون و همگنی ماتریس کوواریانس بودند که همه تأیید شدند.

در جدول ۳، یافته‌های توصیفی متغیرهای وابسته در سه موقعیت پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری آمده است. میانگین و (انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون گروه آموزش مدیریت رفتاری والدین - مدل اورگان بر تاب‌آوری ۳۶/۱۱ (۵/۸۱)، در پس‌آزمون ۵۷/۳۸ (۸/۷۶) و در مرحله پیگیری ۴۹/۶۱ (۵/۸۹) می‌باشد. همچنین، میانگین و (انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون گروه آموزش رفتاری بر تاب‌آوری ۳۷/۳۵ (۵/۵۵) در پس‌آزمون ۴۵/۴۱ (۵/۳۱) و در مرحله پیگیری ۴۶/۷۰ (۶/۸۶) میانگین و (انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون گروه گواه در تاب‌آوری ۳۴/۴۲ (۴/۲۹) و در پس‌آزمون ۳۵/۳۳ (۶/۴۲) و مرحله پیگیری ۳۳/۴۰ (۶/۶۰) است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی، به تفکیک گروه و زمان سنجش

متغیر	گروه	زمان سنجش	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
تاب‌آوری	مدیریت والدین اورگان (PMTO)	پیش‌آزمون	۳۶/۱۱	۵/۸۱	۲۸	۵۰
		پس‌آزمون	۵۷/۳۸	۸/۷۶	۴۱	۷۱
		پیگیری	۴۹/۶۱	۵/۸۹	۴۲	۶۳
	آموزش رفتاری والدین (BPT)	پیش‌آزمون	۳۷/۳۵	۵/۵۵	۲۷	۵۲
		پس‌آزمون	۴۵/۴۱	۵/۳۱	۳۵	۵۵
		پیگیری	۴۶/۷۰	۶/۸۶	۳۲	۶۴
	گواه	پیش‌آزمون	۳۴/۴۲	۴/۲۹	۲۷	۴۲
		پس‌آزمون	۳۵/۳۳	۶/۴۲	۲۳	۴۴
		پیگیری	۳۳/۴۰	۶/۶۰	۲۴	۴۹

جدول ۴. آزمون‌های چند متغیره برای بررسی تفاوت نمرات مؤلفه‌های تاب‌آوری در سه گروه

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	ضریب اتای تفکیکی
اثر پیلایی	۰/۶۸۴	۴/۵۶۹	۱۰	۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲
لامبدای ویلکز	۰/۳۵۵	۵/۸۳۴	۱۰	۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴
اثر هتلینگ	۱/۷۰۸	۷/۱۷۵	۱۰	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۶۴۲	۱۴/۴۵۲	۵	۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲

آن است که مداخله‌های آزمایشی دست کم در بهبود یکی از متغیرهای وابسته مؤثر بوده است. در ضمن با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌های آزمایشی ۴۰ درصد واریانس افزایش نمرات تاب‌آوری را تبیین می‌کنند.

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد، بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیر وابسته (خرده مقیاس‌های تاب‌آوری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که F کلی در مرحله پس‌آزمون با ارزش لامبدای ویلکز ۰/۳۵۵ / در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار است و این گواه

جدول ۵. تحلیل واریانس بین گروهی بررسی تفاوت نمرات خرده مقیاس‌های تاب‌آوری در سه گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر تفکیکی
شایستگی و استحکام	مقدار ثابت	۲۵۹۱۲/۷۴۶	۱	۲۵۹۱۲/۷۴۶	۱۸۷۰/۶۷۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵
	گروه	۳۳۴/۷۱۱	۲	۱۶۷/۳۵	۱۲/۰۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۰
	خطا	۶۵۱/۰۴۹	۴۷	۱۳/۸۵۲			
عواطف منفی	مقدار ثابت	۲۲۲۰۰/۲۱۲	۱	۲۲۲۰۰/۲۱۲	۱۹۹۸/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷۷
	گروه	۲۶۳/۲۷۵	۲	۱۳۱/۶۳۸	۱۱/۸۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵
	خطا	۵۲۲/۲۲۵	۴۷	۱۱/۱۱۱			

ادامه جدول ۵. تحلیل واریانس بین گروهی بررسی تفاوت نمرات خرده مقیاس های تاب آوری در سه گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر تفکیکی
عواطف مثبت	مقدار ثابت	۸۹۳۵/۱۰۶	۱	۸۹۳۵/۱۰۶	۴۴۷/۳۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵
	گروه	۲۵۹/۳۰۹	۲	۱۲۹/۶۵۵	۶/۴۹۱	۰/۰۰۳	۰/۲۱۶
	خطا	۹۳۸/۸۵۱	۴۷	۱۹/۹۷۶			
مهار	مقدار ثابت	۳۲۲۳/۵۸۳	۱	۳۲۲۳/۵۸۳	۸۹۱/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۰
	گروه	۱۰۹/۴۰۵	۲	۵۴/۷۰۳	۱۵/۱۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
	خطا	۱۶۹/۹۳۵	۴۷	۳/۶۱۶			
معنویت	مقدار ثابت	۲۳۶۴/۰۰۸	۱	۲۳۶۴/۰۰۸	۵۰۸/۹۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱۵
	گروه	۳۸/۶۱۹	۲	۱۹/۳۱۰	۴/۱۵۷	۰/۰۲۲	۰/۱۵۰
	خطا	۲۱۸/۳۲۱	۴۷	۴/۶۴۵			

، عواطف مثبت ($F=۱۹۹۸/۰۰۹$) ، عواطف مثبت ($F=۴۴۷/۳۰۲$ ؛ $P \leq ۰/۰۰۱$) ، مهار ($F=۸۹۱/۵۶۹$ ؛ $P \leq ۰/۰۰۱$) و معنویت ($F=۵۰۸/۹۲۳$ ؛ $P \leq ۰/۰۰۲$) در پس آزمون تفاوت وجود دارد.

همانطور که در جدول مشاهده می شود، بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکووا، بین گروه های آزمایشی و کنترل در مؤلفه های ارزیابی خرده مقیاس های شایستگی و استحکام ($F=۱۸۷۰/۶۷۱$ ؛ $P \leq ۰/۰۰۱$) عواطف منفی ($P \leq ۰/۰۰۱$) --

جدول ۶. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه نمرات خرده مقیاس های تاب آوری در سه گروه

گروه	مقایسه (زمان)	میانگین تفاوت ها	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد تفاوت ها	
				کران پایین	کران بالا
شایستگی و استحکام	PMTO با BPT	۱/۷۰۷	۰/۷۲۷	-۰/۰۹۷	۳/۵۱۱
	PMTO با گروه گواه	۳/۶۹۳	۰/۷۵۱	۱/۸۲۸	۵/۵۵۸
	گروه گواه با BPT	۱/۹۸۶	۰/۷۶۱	۰/۰۹۶	۳/۸۷۵
عواطف منفی	PMTO با BPT	۰/۳۵۳	۰/۶۵۱	-۱/۲۶۳	۱/۹۶۹
	PMTO با گروه گواه	۳/۰۴۴	۰/۶۷۳	۱/۳۷۴	۴/۷۱۵
	گروه گواه با BPT	۲/۶۹۲	۰/۶۸۲	۰/۹۹۹	۴/۳۸۴
عواطف مثبت	PMTO با BPT	۱/۲۶۰	۰/۸۷۳	-۰/۹۰۶	۳/۴۲۷
	PMTO با گروه گواه	۳/۲۴۱	۰/۹۰۲	۱/۰۰۱	۵/۴۸۰
	گروه گواه با BPT	۱/۹۸۰	۰/۹۱۴	-۰/۲۸۹	۴/۲۵۰
مهار	PMTO با BPT	۰/۹۴۱	۰/۳۷۱	۰/۰۴۴	۱/۸۶۳
	PMTO با گروه گواه	۲/۱۱۱	۰/۳۸۴	۱/۱۵۸	۳/۰۶۴
	گروه گواه با BPT	۱/۱۷۰	۰/۳۸۹	۰/۲۰۴	۲/۱۳۵
معنویت	PMTO با BPT	۰/۲۸۵	۰/۴۲۱	-۰/۷۵۹	۱/۳۳۰
	PMTO با گروه گواه	۱/۲۱۵	۰/۴۳۵	۰/۱۳۵	۲/۲۹۵
	گروه گواه با BPT	۰/۹۲۹	۰/۴۴۱	-۰/۱۶۵	۲/۰۲۴

دهند. چرخه‌های اجباری به اضطراب، پرخاشگری و اعتماد به نفس پایین در کودکان کمک کرده، تاب‌آوری را تضعیف می‌کنند. فرزندپروری مداوم و پاسخگو، که تمرکز اصلی PMTO است که دلبستگی ایمن را تقویت می‌کند [۲۵]. کودکانی که به طور ایمن دلبسته شده‌اند، به احتمال زیاد انعطاف‌پذیر هستند، زیرا احساس می‌کنند در هنگام مواجهه با چالش‌ها می‌توانند از حمایت والدین خود برخوردار شوند. PMTO بر آموزش والدین تأکید می‌کند که فرزندان خود را از طریق حل مسئله راهنمایی کنند تا اینکه به آن‌ها گفته شود چه کاری انجام دهند. این به کودکان کمک می‌کند تا توانایی تجزیه و تحلیل موقعیت‌ها، ایجاد راه حل‌ها و اجرای موثر آن‌ها را توسعه دهند. با کاهش رفتارهای مخرب و ترویج رفتارهای مثبت، PMTO می‌تواند به طور غیرمستقیم عملکرد تحصیلی را بهبود بخشد. موفقیت تحصیلی به عزت نفس و احساس شایستگی کمک می‌کند. مطالعات نشان داده است که PMTO خطر اضطراب، افسردگی و مشکلات رفتاری را کاهش می‌دهد [۱۹]. این چالش‌های سلامت روان می‌تواند به شکل قابل توجهی تاب‌آوری را مختل کند. زمانی که کودکان در مدیریت رفتار و تعامل با دیگران تجربه موفقیت را به دست می‌آورند، احساس خودکارآمدی آن‌ها - یعنی باور به توانایی برای موفقیت افزایش می‌یابد. این باور یکی از عناصر حیاتی در تقویت تاب‌آوری است.

طبق آموزش‌های رفتاری والدین - مدل بارکلی، بر ایجاد یک رابطه گرم، پاسخگو، و سازگار با والد - کودک تأکید کرده که دلبستگی ایمن را تقویت می‌کند. کودکانی که به طور ایمن دلبستگی دارند احساس امنیت، دوست داشتن و حمایت می‌کنند، که باعث می‌شود در مواجهه با چالش‌ها انعطاف‌پذیرتر شوند. آن‌ها پایگاه امنی برای بازگشت دارند [۳۲]. تشویق به برقراری ارتباط باز و صادقانه به کودکان این امکان را می‌دهد تا احساسات و نگرانی‌های خود را با والدین خود در میان بگذارند، زیرا می‌دانند شنیده و درک خواهند شد. والدین می‌آموزند که چگونه فرزندان خود را در حل مشکلات مشارکت دهند، آن‌ها را در فرآیند شناسایی مشکلات، ایجاد راه حل‌ها، ارزیابی گزینه‌ها و اجرای راهبردها هدایت کنند. این کار به بچه‌ها قدرت می‌دهد و اعتماد به نفس آن‌ها را تقویت می‌کند. همچنین، ضروری است که کودکان آموزش داده شود که چگونه مسائل

بر اساس یافته‌های موجود در جدول ۶، در آزمون تعقیبی بن فرونی در خرده مقیاس شایستگی و استحکام بین دو گروه درمان تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، اما هردو گروه با گروه گواه تفاوت معنی‌دار در سطح $P < 0.01$ داشتند. در خرده مقیاس عواطف مثبت استحکام بین دو گروه درمان تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، اما گروه هردو گروه با گروه گواه تفاوت معنی‌دار دارند و بررسی میانگین‌ها اثر بخشی دو درمان را نشان داده است. در خرده مقیاس مهار بین دو گروه درمان تفاوت معنی‌دار در سطح $P < 0.05$ وجود داشت. مقایسه میانگین‌ها نشان از اثر بخشی بیشتر گروه مدیریت والدین به روش اورگان دارد. هردو گروه با گروه گواه تفاوت معنی‌دار داشتند. در خرده مقیاس معنویت دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند. بین گروه مدیریت والدین به روش اورگان با گروه گواه تفاوت معنی‌دار در سطح $P < 0.05$ وجود داشت. بین گروه آموزش رفتاری والدین با گروه گواه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مبنی بر اینکه بین اثر بخشی آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان (PMTO) و آموزش رفتاری والدین (BPT) بر تاب‌آوری کودکان با مشکلات برون نمود ۷ تا ۱۰ سال تفاوت معنادار وجود دارد. این نتایج با مطالعات [۲۸، ۳۲، ۳۳، ۳۱، ۳۰، ۲۹] هم‌خوانی دارد.

تاب‌آوری توانایی سازگاری خوب با ناملایمات، تروما، تراژدی، تهدیدها یا حتی منابع مهم استرس است. مشخصه آن توانایی رد شدن از تجربیات دشوار از طریق سازگاری مثبت و با آن است. این یک ویژگی ثابت نیست، بلکه مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانایی‌هایی است که می‌توان آن‌ها را در طول زمان از طریق روابط حمایتی، تجربیات مثبت و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر توسعه و تقویت کرد [۳۳]. PMTO به والدین می‌آموزد که توجه مثبت، محبت و تشویق بیشتری را ارائه دهند. رابطه ایمن و حمایتی والدین با فرزند به عنوان یک محافظ در برابر استرس و تروما عمل می‌کند و پایگاه امنی را برای کودکان فراهم کرده تا دنیای خود را کشف و اعتماد به نفس را تقویت کنند [۲۸]. PMTO به والدین کمک می‌کند تا شیوه‌های انضباطی خشن، متناقض و اجباری (مانند فریاد زدن، تهدید، تنبیه بدنی) را کاهش

بزرگ را به مراحل کوچکتر و قابل کنترل تقسیم کنند. به کارگیری تقویت مثبت برای تشویق رفتارهای مطلوب، به کودکان کمک می‌کند تا احساس قوی‌تری از عزت نفس و کارآمدی در خود ایجاد کنند [۲۳]. آن‌ها یاد خواهند گرفت که به توانایی خود برای موفقیت ایمان داشته باشند. این برنامه باید والدین را تشویق کند تا به جای تمرکز بر نقاط ضعف فرزندان، بر نقاط قوت و استعدادها فرزندان خود تمرکز کنند. این برنامه با آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر می‌تواند ارتباطات عمیق‌تری را در خانواده ایجاد کند [۳۲]. این ارتباط افزایش یافته می‌تواند به احساس تعلق و اجتماع گسترده‌تر گسترش یابد. با کاهش تعارض و ترویج همکاری، این برنامه می‌تواند محیط خانوادگی هماهنگ‌تری ایجاد کرده و به احساس آرامش و رفاه کمک کند. این برنامه احتمالاً والدین را تشویق می‌کند تا به فرزندان خود بیاموزند که مسئولیت اعمال خود را بپذیرند. این می‌تواند حس مسئولیت‌پذیری و تعهد به رفتار اخلاقی را تقویت کند. این برنامه به والدین کمک می‌کند تا موقعیت‌ها، افراد یا مکان‌هایی را که باعث تحریک انگیزه‌های فرزندان می‌شود، شناسایی کنند. پس از شناسایی عوامل محرک، برنامه والدین را تشویق می‌کند تا محیط را مدیریت کنند تا قرار گرفتن در معرض آن محرک‌ها را به حداقل برسانند [۳۳]. شناسایی و ایجاد قوت‌های موجود در کودک حس شایستگی و خود کارآمدی را تقویت می‌کند. تشویق کودکان به استفاده از خود گفتاری مثبت و باور به توانایی آن‌ها برای غلبه بر چالش‌ها برای ایجاد انعطاف‌پذیری ضروری است. کودکی که به این مهارت‌ها مجهز شده است، کمتر دچار اضطراب شدید یا مقاومت در برابر تغییر می‌شود. آن‌ها انعطاف‌پذیرتر و سازگارتر خواهند بود و می‌توانند با سهولت بیشتری با موقعیت‌های جدید سازگار شوند. تأکید قوی بر ایجاد یک رابطه گرم، پاسخ‌گو و حمایت‌گر با والدین کودک بسیار مهم است. این به کودکان پایگاهی امن می‌دهد تا در مواقعی که استرس دارند یا با تأثیرات منفی مواجه می‌شوند، به شرایط عادی بازگردند [۳۲]. تشویق ارتباط باز و صادقانه بین والدین و فرزندان فضای امنی را برای کودکان ایجاد می‌کند تا در مورد مشکلات و نگرانی‌های خود صحبت کرده و به والدین اجازه می‌دهد راهنمایی و حمایت کنند. همچنین برنامه شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی برای کودکان است و به آن‌ها کمک

می‌کند تا توانایی تعامل مؤثر با دیگران، ایجاد روابط مثبت و هدایت موقعیت‌های اجتماعی را توسعه دهند. این به طور مستقیم شایستگی اجتماعی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. یک برنامه خوب به والدین می‌آموزد که چگونه فرزندان خود را در حل مسئله راهنمایی کنند [۳۳]. این کودکان را با توانایی شناسایی مشکلات، ایجاد راه حل، ارزیابی گزینه‌ها و اجرای استراتژی‌های مؤثر - یک جنبه کلیدی هم از شایستگی و هم کفایت مجهز می‌کند. یافته‌ها در راستای حمایت از اثربخشی آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان (PMTO) و آموزش رفتاری والدین (BPT) بر بهبود تاب‌آوری در کودکان با رفتار برون نمود است. همچنین یافته‌ها گویای این بود که آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان (PMTO) اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش رفتاری والدین - مدل بارکلی (BPT) داشت. پژوهش‌ها اغلب به بررسی تأثیر روش‌های درمانی به طور جداگانه بر مشکلات روان‌شناختی پرداخته است. سلامت و پویایی جامعه در گروی سلامت خانواده و فراهم کردن شرایط بهبود وضعیت خانوادگی و روانی مادر در هر موقعیتی از اهمیت به سزایی برخوردار است؛ از این رو باتوجه به مفیدبودن اثربخشی آموزش مدیریت والدین - مدل اورگان (PMTO) و آموزش رفتاری والدین (BPT)، انتظار می‌رود تشخیص و اقدام به موقع جهت آموزش مادران دارای کودک با رفتار برون نمود، توسط مشاوران و روان‌شناسان آموزش دیده در مراکز مشاوره مدنظر قرار گیرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها پژوهش

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تمرکز آن بر دانش‌آموزان پسر با رفتار برون نمود اشاره کرد؛ بنابراین در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و جنسیت دختران باید احتیاط لازم رعایت شود. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان با رفتار برون نمود شهرستان زرنشهر بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج این پژوهش به دیگر شهرها، لازم است تفاوت‌های فرهنگی مورد بررسی قرار گیرد؛ چرا که ممکن است در شهرها و فرهنگ‌های مختلف عوامل زمینه‌ساز، تقویت کننده و تثبیت کننده مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان متفاوت باشد. عدم شناسایی و کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر رفتار برون نمود، تنظیم هیجان، و تاب‌آوری در کودکان با رفتار برون نمود دیگر محدودیت پژوهش حاضر بود.

مسئولان اداره آموزش و پرورش شهرستان زرین شهر و تمامی مادران دانش‌آموزانی که در اجرای این تحقیق همکاری داشتند، قدردانی می‌نماییم.

منابع

- 1- Eirich, R., McArthur, B. A., Anhorn, C., McGuinness, C., Christakis, D. A., & Madigan, S. Association of screen time with internalizing and externalizing behavior problems in children 12 years or younger: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022 May;79(5): 393-405.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0155>
- 2- Bernard, H. W. Adolescent development. Scranton: Interactional Text Book Company; 2014.
- 3- Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., Stanton, W. Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*. 1996; 8(2): 399-424.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400007161>
- 4- Kulkarni, T., & Sullivan, A. L. Academic achievement and relations to externalizing behavior: Much ado about nothing? *Journal of School Psychology*. 2022 Oct ;94: 1-4.
<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2022.07.004>
- 5- Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sciences*. 2019; 9(4): 76.
<https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- 6- Rezayi, S. Developing play therapy program based on social cognition and study of its effectiveness on children with externalizes behavioral disorder. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2021; 44(11): 219-234.
<https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.48549.2264>
[In Persian]
- 7- Konrad, K., Kohls, G., Baumann, S., Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Smaragdi, A., Gonzalez-Madruga, K., Wells, A., & Rogers, J. C., Pauli, R. Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022 Feb ;63(2): 218-28. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13428>

پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر علاوه بر دانش‌آموزان با رفتار برون نمود پسر، در دیگر گروه‌ها همانند دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و .. نیز اجرا شود تا قدرت تعمیم‌پذیری افزایش یابد. علاوه بر این اجرای پژوهش حاضر در جامعه آماری دانش‌آموزان با رفتار برون نمود دختران نیز می‌تواند اثر جنسیت را از بین برد. پیشنهاد می‌شود، به دلیل افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در شهر دیگری علاوه بر شهرستان زرین‌شهر نیز انجام شود تا اثر تفاوت‌های فرهنگی شناسایی گردد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با یک مطالعه کیفی عوامل اثرگذار محیطی، خانوادگی و اجتماعی موثر بر رفتار برون نمود، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در دانش‌آموزان با رفتار برون نمود مورد شناسایی قرار گرفته تا اثر آن‌ها در پژوهش‌های آتی از اثر متغیرهای مستقل تفکیک شود.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی

این مقاله از پایان‌نامه دکتری با کد ۱۵۰۶۴۸۳۱۱۹۹۵۵۶۲۸۷۰۰۳۱۱۶۲۹۳۹۹۱۱۹ روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد، اصفهان استخراج شده است و دارای کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.091) می‌باشد. قبل از انجام تحقیق، فرم رضایت‌نامه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد و اطلاعات پاسخ‌دهندگان به صورت محرمانه نگهداری شد.

حمایت مالی

این مطالعه بدون دریافت حمایت مالی از هیچ مؤسسه یا سازمانی انجام شد.

مشارکت نویسندگان

این مقاله بر اساس پایان‌نامه دکتری نویسنده اول نگارش شده است. نویسندگان دوم، سوم و چهارم به عنوان ناظر و راهنما در انجام پژوهش مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافع مرتبط با این مطالعه ندارند.

قدردانی

به نمایندگی از تمامی نویسندگان مقاله، صمیمانه از

- 18-Scavenius, C., Chacko, A., Lindberg, M. R., Granski, M., Vardanian, M. M., Pontoppidan, M., & Hansen, H., Eiberg, M. Parent management training Oregon model and family-based services as usual for behavioral problems in youth: A national randomized controlled trial in Denmark. *Child Psychiatry & Human Development*. 2020 Oct; 51: 839-52. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01028-y>
- 19-Gupta, A., Arya, S., & Fatiha, N. Cultural adaptation of parent management training—Oregon model (PMTO) in Indian context: An implementation model. *International Journal of Indian Psychology*. 2022; 10(3). <https://ijip.in/wp-content/uploads/2022/09/18.01.080.20221003.pdf> <https://doi.org/10.25215/1003.080>
- 20-Maragakis, A., Drossel, C., & Waltz, T. J. *Applications of behavior analysis in healthcare and beyond*. Springer; 2021.
- 21-Vinayak, S., & Judge, J. Resilience and empathy as predictors of psychological wellbeing among adolescents. *International Journal of Health Sciences and Research*. 2018; 8(4): 192-200. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.8_Issue.4_April2018/29.pdf
- 22-Javidipour, N., & Dehghan, M Efficiency of the Parents' Behavioral Training Model (Barkley) on the Emotional Regulation of the Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2022; 12(45): 145 – 169. <https://doi.org/10.22054/jpe.2022.62507.2356>
[In Persian]
- 23-Marquet-Doleac, J., Biotteau, M., & Chaix, Y. Behavioral parent training for school-aged children with ADHD: A systematic review of randomized control trials. *Journal of Attention Disorders*. 2024 Feb; 28(3): 377-93. <https://doi.org/10.1177/10870547231211595>
- 24-Thijssen, J., Vink, G., Muris, P., & de Ruiter, C. The effectiveness of parent management training—Oregon model in clinically referred children with externalizing behavior problems in The Netherlands. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017 Feb; 48: 136-50. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0660-5>
- 8- Memmott-Elison, M. K., Holmgren, H. G., Padilla-Walker, L. M., & Hawkins, A. J. Associations between prosocial behavior, externalizing behaviors, and internalizing symptoms during adolescence: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*. 2020; 80: 98-114. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.01.012>
- 9- VanMeter, F., & Cicchetti, D. Resilience. In: *Handbook of Clinical Neurology*. 2020; 173: 67-73. Elsevier.
- 10-Rutter, M. Resilience: Some conceptual considerations. *Social Work*. 2023; 122-127.
- 11-Rohlfing, K. M. The space between stress and reaction: A three-way interaction of active coping, psychological stress, and applied mindfulness in the prediction of sustainable resilience. 2023. (Doctoral dissertation, Seattle Pacific University).
- 12-Holtrop, K., Casaburo, G., Hickman, T., Yzaguirre, M. M., & Young, D. The acceptability and preliminary effectiveness of a brief, online parenting program: Expanding access to evidence-based parenting intervention content. *Family Process*. 2023; 8: 87-97. <https://doi.org/10.1111/famp.12883>
- 13-Gómez Molinero, R., Zayas García, A., Ruiz González, P., & Guil, R. Optimism and resilience among university students. 2018.
- 14-Rodriguez, N. Self-efficacy and resilience factors in combat veterans. 2023. (Doctoral dissertation, Fielding Graduate University).
- 15-Yoon, S., Howell, K., Dillard, R., Shockley McCarthy, K., Rae Napier, T., & Pei, F. Resilience following child maltreatment: Definitional considerations and developmental variations. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2021; 22(3): 541-559. <https://doi.org/10.1177/1524838019869094>
- 16-Forgatch, M. S., Gewirtz, A. H., Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. The evolution of the Oregon model of parent management training. *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. 2017 Jun; 3: 85-102. <https://psycnet.apa.org/record/2017-25888-006>
- 17-Sigmarsdóttir, M., Rains, L. A., & Forgatch, M. S. Parent management training—Oregon model. *Evidence-Based Parenting Education: A Global Perspective*. 2015 Aug; 192-204. <https://psycnet.apa.org/record/2015-47790-013>

- 30-Alireza, H. S. J. Behavioral modification of parents with the Barkley method to increase resilience of mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. 2014.
<https://core.ac.uk/download/pdf/35277561.pdf>
[In Persian]
- 31-Dishion, T., Forgatch, M., Chamberlain, P., & Pelham III, W. E. The Oregon model of behavior family therapy: From intervention design to promoting large-scale system change. *Behavior Therapy*. 2016; 47(6): 812-837. PMID: PMC5389456 NIHMSID: NIHMS854957 PMID: 27993335
- 32-Mokhtari, B., Khaleghi Pour, S. Effectiveness of Barkley's parenting method on resilience and social support of parents of hyperactive children. First National Confernce on Children and Adolescents. Naein, 2017.
<https://civilica.com/doc/884313> **[In Persian]**
- 33-Dehghani, M. H., Faramarzi, S., & Ramezani, K. Effectiveness of Barkley's parenting skills training program on social adjustment and academic performance in children with learning disabilities. *Iranian Journal of Educational Research*. 2024; 3(4): 437-450.
<https://doi.org/10.22034/3.4.437> **[In Persian]**
- 25-Maaskant, A. M., van Rooij, F. B., Overbeek, G. J., Oort, F. J., Arntz, M., & Hermanns, J. M. Effects of PMTO in foster families with children with behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Child and Family Studies*. 2017 Feb; 26: 523-39.
<https://doi.org/10.1007/s10826-016-0579-2>
- 26-Achenbach, T. M. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
- 27-Rahimian Bugarr, E., & Asgharnezhad Farid, A. A. The relationship between psychological hardness also Ego- Resiliency, and mental health in young adolescent and adult survivors of the Bam earthquake. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(1): 62-70.
<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-416-en.html>
[In Persian]
- 28-Forgatch, M. S., & Kjøbli, J. Parent management training—Oregon model: Adapting intervention with rigorous research. *Family Process*. 2016; 55(3): 500-513.
<https://doi.org/10.1111/famp.12224>
- 29-Scavenius, C., Chacko, A., Lindberg, M. R., Granski, M., Vardanian, M. M., Pontoppidan, M., & Eiberg, M. Parent management training Oregon model and family-based services as usual for behavioral problems in youth: A national randomized controlled trial in Denmark. *Child Psychiatry & Human Development*. 2020; 51: 839-52.
<https://doi.org/10.1007/s10578-020-01028-y>

پیش‌بینی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی بر اساس صفات شخصیت: نقش میانجی‌گر عزت نفس

نویسندگان

مهشاد تسنیمی^۱، سولماز دبیری^{۲*}، سید علی حسینی المدنی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. m.tasnimi@iau-tnb.ac.ir

۲. استادیار، گروه روانشناسی تربیتی و روانشناسی شخصیت، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. hossen-almadani@iau-tnb.ac.ir

چکیده

مقدمه: افزایش استفاده از شبکه‌های اجتماعی، به‌ویژه در میان دانشجویان، نگرانی‌هایی در مورد وابستگی به این فضاها ایجاد کرده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ویژگی‌های شخصیتی و سطح عزت نفس می‌توانند در میزان گرایش به شبکه‌های اجتماعی نقش داشته باشند. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش صفات شخصیتی در پیش‌بینی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی با میانجی‌عزت نفس در دانشجویان بود.

روش: جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی یکی از واحدهای استان تهران بود. نمونه‌ای به حجم ۴۳۹ نفر به روش خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شد. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر موبایل خواجه احمدی و همکاران (۱۳۹۵)، فرم کوتاه پرسش‌نامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی (کاستا و مک کری، ۱۹۸۹ م) و پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵ م) گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده گردید.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که صفات شخصیتی می‌توانند هم به صورت مستقیم و هم از طریق میانجی‌گری عزت نفس با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مرتبط باشند. عزت نفس رابطه بین صفات برون‌گرایی، سازگاری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را به صورت منفی و رابطه بین عامل روان رنجوری و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را به صورت مثبت میانجی‌گری کرد. همچنین، عزت نفس توانست اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را به صورت مستقیم و منفی پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نقش صفات شخصیتی و عزت نفس در پیش‌بینی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی، می‌توان چنین نتیجه گرفت که تقویت عزت نفس و آموزش مدیریت بهینه استفاده از شبکه‌های اجتماعی می‌تواند در کاهش اعتیاد به این شبکه‌ها مؤثر باشد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۶/۱۷



کلیدواژه‌ها

اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی، صفات شخصیتی، عزت نفس.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

s.dabiri@iau-tnb.ac.ir

مقدمه

در عصر حاضر، شبکه‌های اجتماعی مجازی بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی روزمره افراد در سراسر جهان هستند و نقش بسیار مهمی در برقراری ارتباطات، اشتراک‌گذاری اطلاعات و ایجاد تعاملات اجتماعی ایفا می‌کنند. این بسترهای اجتماعی نه تنها امکان ارتباط سریع و گسترده را فراهم می‌کنند، بلکه به مکانی برای بروز هویت، تبادل ایده‌ها و تعاملات فرهنگی تبدیل شده‌اند. با این حال، استفاده مفرط و نادرست از شبکه‌های اجتماعی می‌تواند به وابستگی یا به اصطلاح «اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی» منجر شود که به عنوان یکی از پدیده‌های شایع در دنیای معاصر شناخته می‌شود. [۱، ۲]

اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی، نوعی اعتیاد رفتاری است که به ناتوانی فرد در کنترل زمان استفاده از این بسترهای اجتماعی مجازی و وابستگی روانی و عاطفی به آن‌ها اشاره دارد [3]. استفاده مکرر و بدون کنترل از این شبکه‌ها به کاهش کیفیت زندگی، افت تحصیلی، کاهش بهره‌وری شغلی و حتی ایجاد مشکلات روان‌شناختی مانند کاهش عزت نفس منجر می‌شود [۴، ۵]. این پدیده در میان **جوانان و دانشجویان** به دلیل تمایل به برقراری ارتباطات اجتماعی گسترده‌تر و استفاده بیشتر از فناوری‌های نوین بسیار شایع است. از این رو، شناسایی عوامل موثر بر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی و یافتن راهکارهایی برای کاهش این وابستگی از اهمیت زیادی برخوردار است.

تحقیقات بسیاری در مورد ارتباط اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی و متغیرهای مختلف در مقالات مختلف انجام گرفته است [۶-۹]. این تحقیقات نشان داده‌اند که اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی می‌تواند متأثر از عواملی مانند صفات شخصیتی و عزت نفس باشند. به طور مثال مطالعات بسیاری در مورد ارتباط بین جنبه‌ای مختلف شخصیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی انجام شده است [۵، ۱۰، ۱۱]. ارتباط بین عزت نفس با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی نیز در پژوهش‌های مختلف به ثبت رسیده است [۴، ۵، ۱۲]. از بین مجموعه عواملی که با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در ارتباطند، تحقیق حاضر به رابطه بین صفات شخصیتی با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی در جوانان دانشجویان توجه به نقش میانجی عزت نفس پرداخت.

یکی از عوامل کلیدی که در پیش‌بینی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی نقش دارد، **صفات شخصیتی** است. بر اساس مدل پنج عاملی شخصیت^۱، افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی، تمایلات و رفتارهای متفاوتی هستند. **صفات شخصیتی** به ویژگی‌های نسبتاً پایدار افراد اشاره دارد که بر رفتار، افکار و احساسات آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این صفات شامل وظیفه‌شناسی^۲، برون‌گرایی^۳، تجربه‌پذیری^۴، سازگاری^۵ و روان‌رنجوری^۶ است [۱۳]. تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که افراد با صفات شخصیتی مختلف، واکنش‌های متفاوتی نسبت به استفاده از شبکه‌های اجتماعی نشان می‌دهند [۵، ۱۱].

رابطه بین عزت نفس و رسانه‌های اجتماعی پیچیده و دو جانبه است. از طرفی برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ظهور و پذیرش سریع رسانه‌های اجتماعی عزت نفس و ارزش ذهنی فرد برای خود را به خطر انداخته است و از طرف دیگر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی متأثر از عزت نفس است [۱۴، ۱۵]. عزت نفس به ارزیابی کلی فرد از ارزش خودش گفته می‌شود که در برگیرنده یک پیوستار است که از عزت نفس کم تا عزت نفس بالا متغیر است. عزت نفس همواره یک موضوع جالب در روان‌شناسی بوده است و علت این جذابیت تأثیر مهم آن بر جنبه‌های مختلف زندگی مانند عملکرد تحصیلی، پذیرش اجتماعی، سلامت جسمانی و حتی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی است [۱۵، ۱۶]. عزت نفس که یکی از سازه‌های روان‌شناختی کلیدی است، هم از صفات شخصیتی تأثیر می‌پذیرد و هم بر گرایش به رفتارهای ناسازگارانه مانند اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی تأثیرگذار است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که عزت نفس پایین با سطح بالاتری از وابستگی به شبکه‌های اجتماعی همراه است [۶، ۸، ۱۷]. همچنین، بین برخی صفات شخصیتی و عزت نفس نیز رابطه معناداری گزارش شده است؛ به‌عنوان نمونه، وظیفه‌شناسی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری و سازگاری با عزت نفس رابطه مثبت دارند، در حالی که روان‌رنجوری رابطه منفی با آن دارد [۱۸، ۱۹]. با

1. Big Five Personality Trait
2. Conscientiousness.
3. Extraversion.
4. Openness.
5. Agreeableness.
6. Neuroticism.

پاسخ‌گوی الزامات روش‌شناختی تحلیل مسیر بود، بلکه موجب افزایش پایایی و تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق شد.

ابزار

الف. پرسش‌نامه اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر موبایل

برای سنجش میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی از پرسش‌نامه ۲۳ گویه‌ای استفاده شد که توسط خواجه احمدی و همکاران [۲۳] بر اساس پرسش‌نامه اعتیاد به اینترنت یانگ [۳] طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل چهار عامل است که بر اساس تحلیل عامل اکتشافی مشخص شده‌اند: عملکرد فردی (۹ گویه)، مدیریت زمان (۶ گویه)، خودکنترلی (۴ گویه) و روابط اجتماعی (۴ گویه). با نمره‌گذاری روی طیف لیکرت (۱ الی ۵) برای هر گویه، حداقل امتیاز کل پرسش‌نامه ۲۳ و حداکثر امتیاز کل پرسش‌نامه ۱۱۵ است. پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج امتیازی نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر بیانگر وابستگی بیشتر به شبکه‌های اجتماعی مجازی می‌باشد. شاخص و نسبت روایی محتوایی پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۶ محاسبه شده است و پایایی این پرسش‌نامه به روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ درصد گزارش شده است [۲۳]. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه در چهار خرده‌مقیاس بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای عملکرد فردی ۰/۸۴، مدیریت زمان ۰/۸۳، خودکنترلی ۰/۶۷ و روابط اجتماعی ۰/۶۳ به دست آمد. این ضرایب نشان‌دهنده پایایی مناسب برای زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه می‌باشند.

ب. فرم کوتاه پرسش‌نامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی^۱ (NEO-FFI)

فرم کوتاه پرسش‌نامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی (نئو) که توسط کاستا و مک کری^۲ [۲۴] طراحی شده است پنج ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، سازگاری و وظیفه‌شناسی افراد را با ۶۰ گویه مورد سنجش قرار می‌دهد. هر صفت شخصیتی از طریق ۱۲ پرسش سنجیده می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده وجود بیشتر آن صفت در فرد است. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای تنظیم شده و ضرایب پایایی

توجه به شواهد فوق، می‌توان نتیجه گرفت که عزت‌نفس می‌تواند به‌عنوان متغیری میانجی، مسیر تأثیر صفات شخصیتی بر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را تبیین کند. با این وجود، مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون مطالعات اندکی به‌طور خاص به بررسی نقش میانجی عزت‌نفس در رابطه میان صفات شخصیتی و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در جمعیت دانشجویان پرداخته‌اند. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر ارائه مدلی برای بررسی این روابط و پاسخ به این پرسش بود که آیا عزت‌نفس می‌تواند نقش میانجی در ارتباط بین صفات شخصیتی و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی ایفا کند؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی با تأکید بر تحلیل مسیر است. داده‌های پژوهش از نوع کمی بود که به وسیله پرسش‌نامه‌ها گردآوری شد. این داده‌ها در بستر میدانی جمع‌آوری گردید. هدف کاربردی پژوهش نیز کمک به حل مسئله اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در میان دانشجویان از طریق تعیین نقش صفات شخصیتی با میانجی‌گری عزت‌نفس بود. جامعه آماری این تحقیق، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی یکی از واحدهای استان تهران بودند. این دانشجویان در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ تحصیل می‌کردند. از آنجا که بیشتر دانشجویان خانم بودند و نسبت جنسیتی نمی‌توانست در این مطالعه به‌طور یکسان باقی بماند. نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، به روش خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انجام شد. در این روش، به‌جای انتخاب مستقیم افراد، ابتدا گروه‌هایی مانند دانشکده‌ها به‌صورت تصادفی انتخاب شده و سپس از میان این گروه‌ها نمونه‌گیری صورت می‌گیرد [۲۰] در زمینه تعیین حجم نمونه برای تحلیل مسیر، که یکی از زیرمجموعه‌های تحلیل مدل‌های معادلات ساختاری محسوب می‌شود، پژوهشگران توصیه‌های متعددی ارائه کرده‌اند؛ برخی صاحب‌نظران حداقل حجم نمونه را ۲۰۰ نفر پیشنهاد کرده‌اند، در حالی که گروهی دیگر معتقدند تعداد نمونه باید حداقل ۱۰ تا ۲۰ برابر تعداد پارامترهای قابل‌برآورد یا مسیرهای موجود در مدل باشد [۲۲] با در نظر گرفتن این ملاحظات، در پژوهش حاضر ۴۳۹ نفر شرکت داشتند که این میزان، نه تنها

۱. NEO- Five Factor Inventory (NEO-FFI).

۲. Costa & McCrae.

ایران نیز آزمون نئو در مطالعات مختلف هنجاریابی شده است [۲۶، ۲۷]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف شخصیت به شرح زیر به دست آمد: روان‌رنجوری (۰/۷۵)، برون‌گرایی (۰/۷۸)، تجربه‌پذیری (۰/۶۳)، سازگاری (۰/۶۷) و وظیفه‌شناسی (۰/۸۱).

بازآزمایی آن برای پنج عامل شخصیتی بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایداری بالای نمرات در طول زمان است. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای پنج عامل این آزمون به طور متوسط بالای ۰/۷۰ است که همسانی درونی مناسب این ابزار را نشان می‌دهد [۲۵]. در

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. شخصیت - روان‌رنجوری	۲۵/۱۹	۸/۶۸	-					
۲. شخصیت - برون‌گرایی	۲۶/۰۳	۷/۱۸	-۰/۵۳**	-				
۳. شخصیت - تجربه‌پذیری	۲۷/۹۷	۶/۱۸	-۰/۰۹	۰/۱۴**	-			
۴. شخصیت - سازگاری	۲۸/۱۲	۶/۸۸	-۰/۴۴**	۰/۴۹**	۰/۱۳**	-		
۵. شخصیت - وظیفه‌شناسی	۳۲/۱۷	۷/۲۴	-۰/۵۳**	۰/۴۶**	۰/۲۰**	۰/۴۱**	-	
۵. عزت نفس	۱۷/۷۶	۴/۹۴	-۰/۶۶**	۰/۵۲**	۰/۲۰**	۰/۵۰**	۰/۵۶**	-
۶. اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	۵۸/۲۹	۱۱/۱۶	۰/۴۳**	-۰/۳۱**	-۰/۲۷**	-۰/۲۸**	-۰/۴۷**	-۰/۵۴**

* $P < 0.05$ و ** $P < 0.01$

شرکت کردند. در بین شرکت‌کنندگان ۱۲ نفر (۲/۷ درصد) در مقطع کاردانی، ۳۴۹ نفر (۷۹/۵ درصد) در مقطع کارشناسی، ۵۹ نفر (۱۳/۴ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۹ نفر (۴/۳ درصد) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. لازم به توضیح است که ۳۸۱ نفر (۸۶/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان مجرد، ۴۶ نفر (۱۰/۵ درصد) متأهل و ۳ نفر (۰/۷ درصد) از همسر خود جدا شده بودند. گفتنی است که ۹ نفر از شرکت‌کنندگان وضعیت تأهل خود را مشخص نمودند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین صفات شخصیت (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، سازگاری و وظیفه‌شناسی)، عزت نفس و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول ۱ نشان می‌دهد که همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش است. در این پژوهش به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده شاخص‌های کشیدگی و چولگی و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن مقادیر عامل تورم واریانس^۲ (VIF) و ضریب تحمل^۳ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

ج. پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ^۱

پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ [۲۸] عزت نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه از ۱۰ گویه تشکیل شده است که میزان رضایت از زندگی و حس خوب داشتن نسبت به خود را می‌سنجد. آزمودنی می‌بایست براساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای به عبارات آزمون پاسخ دهد. دامنه نمرات این مقیاس از ۱۰ تا ۴۰ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده عزت نفس بالاتر است. ضریب پایایی این آزمون بر اساس مقیاس گاتمن ۰/۹۲ و بر اساس روش پایایی آزمون مجدد ۰/۸۵ و ۰/۸۸ توسط روزنبرگ [۲۸] گزارش شده است. با استناد به پژوهش‌های پیشین در ایران نیز، این آزمون از روایی و پایایی مطلوب برخوردار می‌باشد [۲۹، ۳۰]. رجبی و بهلول [۳۰] نتایج ضرایب همسانی درونی ماده‌ها را در تمام نمونه دانشجویی ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ گزارش دادند. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۳۹ دانشجو (۳۴۵ زن و ۹۴ مرد) با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۲۳/۴۸ و ۴/۱۹ سال

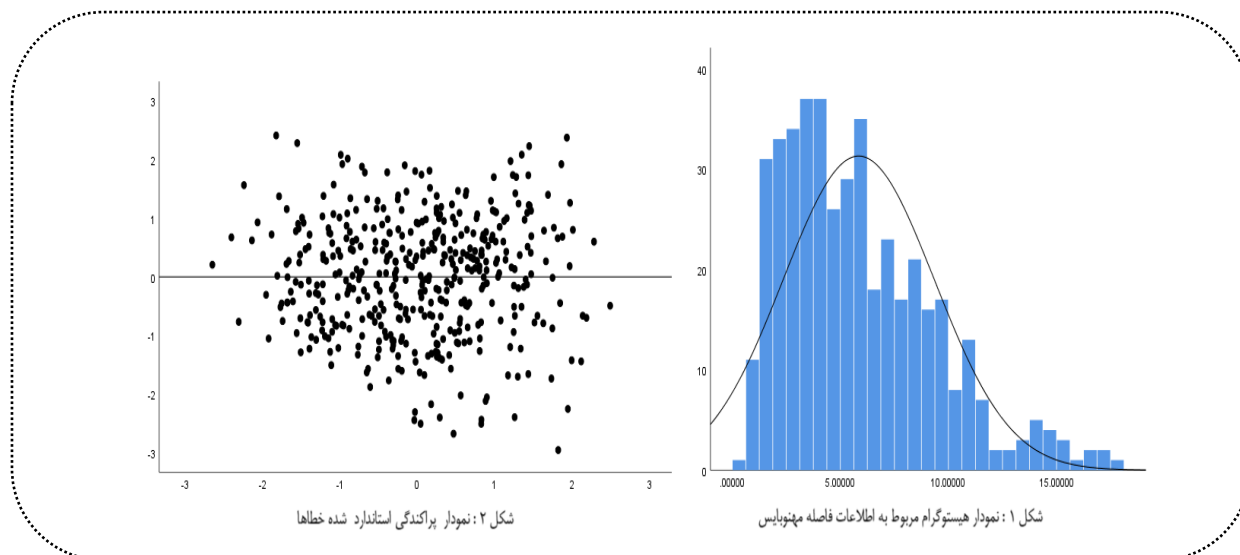
2 . Variance Inflation Factor.

3 . Tolerance.

1 . Rosenberg Self-Esteem Scale.

جدول ۲. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و همخطی بودن

متغیر	مفروضه نرمال بودن		مفروضه همخطی بودن	
	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
۱. شخصیت - روان‌رنجوری	-۰/۰۳	-۰/۵۹	۰/۴۹	۲/۰۲
۲. شخصیت - برون‌گرایی	-۰/۱۳	-۰/۱۹	۰/۶۰	۱/۶۶
۳. شخصیت - تجربه‌پذیری	۰/۰۲	-۰/۴۳	۰/۹۴	۱/۰۷
۴. شخصیت - سازگاری	۰/۰۷	-۰/۲۴	۰/۶۶	۱/۵۱
۵. شخصیت - وظیفه‌شناسی	-۰/۱۱	-۰/۱۳	۰/۶۱	۱/۶۵
عزت نفس	۰/۰۹	۱/۰۶	۰/۴۶	۲/۱۹
اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	۰/۱۷	-۰/۴۹	-	-



منظور ارزیابی برقراری/ برقراری نبودن مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهنوبیس»^۲ استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی آن اطلاعات به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۵۶ به دست آمد، بنابراین ارزش مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مزبور در محدوده ± 2 قرار داشت. این یافته بیانگر برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌ها بود. در نهایت به منظور ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌ها نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها^۳ مورد بررسی و نتایج نشان داد که آن

جدول ۲ نشان می‌دهد که مقادیر کشیدگی و چولگی همه متغیرها در محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری در بین داده‌ها برقرار است [۲۲]. همچنین براساس نتایج جدول ۲ می‌توان گفت، مفروضه همخطی بودن نیز در میان داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آن‌ها کوچک‌تر از ۱۰ بود. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران^۱ [۳۱] ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان‌دهنده برقراری نبودن مفروضه همخطی بودن است. در این پژوهش به

2 . Mahalanobis Distance (D).

3 . Standardized Residuals.

1 . Meyers.

مفروضه نیز در بین داده‌ها برقرار است. شکل ۱ و ۲ به ترتیب نمودار هیستوگرام مربوط به اطلاعات فاصله مهلبوبیس و نمودار پراکندگی استاندارد شده خطاها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازندگی	مدل	نقطه برش ^۱
مجذور کای ^۲	۵/۱۴	-
درجه آزادی مدل	۳	-
χ^2/df	۱/۷۱	کمتر از ۳
GFI ^۴	۰/۹۹۷	۰/۹۰ >
AGFI ^۵	۰/۹۶۹	۰/۸۵۰ >
CFI ^۶	۰/۹۹۸	۰/۹۰ >
RMSEA ^۷	۰/۰۴۰	۰/۰۸ <

پس از ارزیابی مفروضه‌ها و اطمینان از برقراری آن‌ها در بین داده‌ها، چگونگی برازش مدل با داده‌های گردآوری شده مورد بررسی قرار گرفت. به این منظور روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال^۸ (ML) به کار گرفته شد. همچنان که در شکل ۳ ملاحظه می‌شود در مدل پژوهش، ۷ متغیر مشاهده شده وجود داشت؛ بنابراین پارامترهای معلوم $(v+1)/2$ برابر با ۲۸ و پارامترهای مجهول نیز برابر با ۲۸ بود. به همین دلیل درجه آزادی که حاصل تفریق پارامترهای مجهول از معلوم است، برابر با صفر به دست آمد. به مدل‌هایی که در آن درجه آزادی برابر با صفر باشد مدل همانند گفته می‌شود، در مدل‌های همانند علیرغم محاسبه پارامترها شاخص‌های

۱. نقاط برش براساس دیدگاه کلاین (۲۰۲۳م)

- 2 . Chi-Square.
- 3 . Normed Chi-Square.
- 4 . Goodness Fit Index.
- 5 . Adjusted Goodness Fit Index.
- 6 . Comparative Fit Index.
- 7 . Root Mean Square Error of Approximation.
- 8 . Maximum Likelihood.

برازندگی کامل فرض شده؛ بنابراین برآورد نمی‌شود [۳۲]. در ادامه ارزیابی پارامترها نشان داد که ضرایب مسیر بین عامل‌های برون‌گرایی، روان رنجوری و سازگاری شخصیت با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی غیر معنادار است؛ بنابراین سه مسیر مزبور حذف و با این عمل درجه آزادی به ۳ افزایش یافت. جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل بعد از اصلاح را نشان می‌دهد.

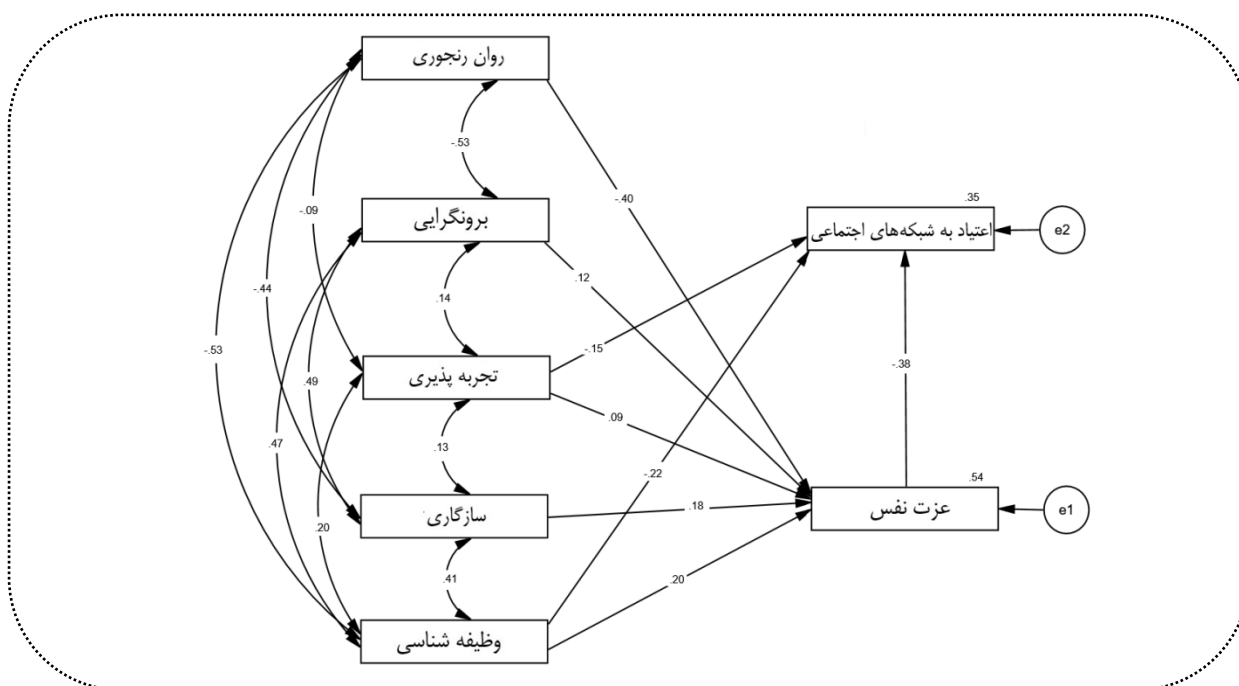
منطبق بر نتایج جدول ۳، به دنبال اصلاح شاخص‌های برازندگی قابل قبول برای مدل به دست آمد. جدول ۴ ضرایب مسیر بین متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نشان می‌دهد، ضریب مسیر بین عزت نفس و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی ($\beta = -0/383, P = 0/006$) منفی و معنادار است. از بین صفات شخصیت ضرایب مسیر مستقیم بین وظیفه‌شناسی ($\beta = -0/224, P = 0/001$) و تجربه‌پذیری ($\beta = -0/146, P = 0/002$) با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی منفی و معنادار بود. همان‌گونه که شکل ۳ نشان می‌دهد، ضرایب مسیر مستقیم بین عامل‌های برون‌گرایی، روان رنجوری و سازگاری با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در جریان اصلاح مدل حذف شد؛ بنابراین رابطه مستقیم معناداری بین برون‌گرایی، روان رنجوری و سازگاری با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی وجود ندارد.

منطبق بر نتایج جدول ۴ ضریب مسیر غیرمستقیم بین عامل‌های وظیفه‌شناسی ($\beta = -0/069, P = 0/001$)، تجربه‌پذیری ($\beta = -0/033, P = 0/010$)، سازگاری ($\beta = -0/046, P = 0/008$) و برون‌گرایی ($\beta = -0/075, P = 0/008$) با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی منفی و ضریب مسیر غیر مستقیم بین عامل روان رنجوری شخصیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی ($\beta = -0/001, P = 0/001$) مثبت و معنادار بود. براین اساس، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در میان دانشجویان، عزت‌نفس رابطه بین صفات برون‌گرایی، سازگاری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی شخصیت با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی را به صورت منفی میانجی‌گری می‌کند، در حالی که رابطه بین عامل روان رنجوری و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی را به صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری نمود. شکل ۳ مدل پژوهش را با استفاده از داده‌های استاندارد نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش^۱

مسیر	متغیرها	b	S.E	β	p
مستقیم	سازگاری $\leftarrow$ عزت‌نفس	۰/۱۸۸	۰/۰۴۵	۰/۱۷۹	۰/۰۰۱
	وظیفه‌شناسی $\leftarrow$ عزت‌نفس	۰/۱۶۱	۰/۰۳۴	۰/۱۹۵	۰/۰۰۱
	تجربه‌پذیری $\leftarrow$ عزت‌نفس	۰/۰۸۳	۰/۰۳۲	۰/۰۸۷	۰/۰۱۰
	برون‌گرایی $\leftarrow$ عزت‌نفس	۰/۰۹۹	۰/۰۳۶	۰/۱۲۰	۰/۰۰۸
	روان‌رنجوری $\leftarrow$ عزت‌نفس	-۰/۲۷۶	۰/۰۲۹	-۰/۴۰۳	۰/۰۰۱
	عزت‌نفس $\leftarrow$ اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	-۱/۱۰۶	۰/۱۴۰	-۰/۳۸۳	۰/۰۰۱
	وظیفه‌شناسی $\leftarrow$ اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	-۰/۵۳۱	۰/۱۱۹	-۰/۲۲۴	۰/۰۰۱
	تجربه‌پذیری $\leftarrow$ اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	-۰/۴۰۷	۰/۱۱۴	-۰/۱۴۶	۰/۰۰۱
غیرمستقیم ^۲	وظیفه‌شناسی $\leftarrow$ اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	-۰/۲۰۰	۰/۰۵۴	-۰/۰۶۹	۰/۰۰۱
	سازگاری $\leftarrow$ اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	-۰/۱۷۸	۰/۰۴۵	-۰/۰۷۵	۰/۰۰۱
	تجربه‌پذیری $\leftarrow$ اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	-۰/۰۹۲	۰/۰۳۸	-۰/۰۳۳	۰/۰۱۰
	برون‌گرایی $\leftarrow$ اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	-۰/۱۰۹	۰/۰۴۳	-۰/۰۴۶	۰/۰۰۸
	روان‌رنجوری $\leftarrow$ اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	۰/۳۰۵	۰/۰۵۲	۰/۱۵۴	۰/۰۰۱



شکل ۳: پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

۱. لازم به توضیح است که ضرایب مسیر مستقیم بین عامل‌های برون‌گرایی، روان‌رنجوری و سازگاری با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در جریان اصلاح مدل حذف شد.

۲. در این پژوهش به منظور برآورد خطای استاندارد مسیرهای غیر مستقیم از روش برآورد بوت‌استراب با حجم نمونه ۲۰۰۰ استفاده شد.

شخصیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی انجام شده است [۵، ۱۰، ۱۱] پر واضح است که صفات شخصیتی ارتباط آشکاری با سلامت جسم و روان، عملکرد تحصیلی و کاری و دیگر جنبه‌های زندگی دارند و می‌توانند پیش‌بینی‌کننده رفتار افراد در موقعیت‌های مختلف باشند که اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی نیز یکی از این موقعیت‌هاست [۳۴، ۳۵].

افراد وظیفه شناس معمولاً در کارها دقیق و منظم هستند، اهداف بلندمدت دارند و می‌توانند رفتارهای خود را به خوبی کنترل کنند. آن‌ها کارهایشان را اولویت‌بندی می‌کنند و معمولاً قبل از اقدام به هر کاری جوانبش را بررسی می‌کنند. از دیگر مشخصات این افراد این است که در پیگیری جزئیات مهارت دارند و برای رسیدن به اهداف خود سخت تلاش می‌کنند [۲۵]. بنابراین، فردی که از ویژگی وظیفه‌شناسی بالاتری برخوردار است، قادر خواهد بود زمان استفاده از شبکه‌های اجتماعی را بهتر کنترل کند. از این رو، انتظار می‌رود عامل وظیفه‌شناسی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را به صورت منفی پیش‌بینی کند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز همانند تحقیقات پیشین [۵، ۱۱] مؤید همین موضوع است.

مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که افراد تجربه‌پذیر با برخورداری از قدرت تخیل بالا، خلاق‌تر هستند. این افراد روحیه‌ای ماجراجو دارند و بدیع و کنج‌او ارزیابی می‌شوند. صفت تجربه‌پذیری به میزان تمایل فرد به تجربه‌های جدید و پذیرفتن ایده‌ها و تفکرات نو اشاره دارد [۲۵]. یافته پژوهش را می‌توان چنین تبیین کرد که افرادی که دارای تجربه‌پذیری بالایی هستند، به‌طور طبیعی به دنبال تجربه‌های جدید، یادگیری، و فعالیت‌های فکری چالش‌برانگیز هستند و کمتر به عادات محدودکننده و تکراری تمایل دارند. در نتیجه، افرادی که در این ویژگی نمره بالایی دارند، کمتر تمایل دارند که زمان خود را به فعالیت‌های منفعلانه و تکراری مانند استفاده افراطی از شبکه‌های اجتماعی اختصاص دهند. در مقابل، این افراد به فعالیت‌هایی روی می‌آورند که برایشان ارزش فکری و تجربه‌ای بیشتری دارد و تجربه‌پذیری بالا می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی عمل کند.

شکل فوق نشان می‌دهد که مقدار مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی برابر با ۰/۳۵ است، این یافته بیانگر آن است که صفات شخصیت و عزت‌نفس در مجموع توانسته‌اند ۳۵ درصد از واریانس اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را در بین دانشجویان تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، به منظور بررسی رابطه بین صفات شخصیتی با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی با در نظر گرفتن نقش میانجی عزت‌نفس مدلی، مدلی طراحی شد که در آن فرض گردید صفات شخصیتی هم به صورت مستقیم و هم از طریق عزت‌نفس بر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی تأثیرگذار باشند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که مدل پژوهش با داده‌های جمع‌آوری شده برازش دارد، به این معنا که مدل پیشنهادی توانسته است روابط بین متغیرهای پیش‌بین (صفات شخصیتی) و متغیر ملاک (اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی) را به درستی تبیین کند. همچنین، یافته‌ها بیانگر آن بود که صفات شخصیتی علاوه بر اثر مستقیم، به طور غیرمستقیم و هم از طریق متغیر میانجی عزت‌نفس نیز با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مرتبط هستند.

نتایج تحلیل مسیر نشان داد که از میان صفات شخصیت، عامل‌های وظیفه‌شناسی و تجربه‌پذیری به صورت مستقیم و غیرمستقیم رابطه منفی و معناداری با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی دارند؛ به‌طوری که دانشجویانی با سطوح بالاتر این دو ویژگی، کمتر دچار استفاده افراطی از شبکه‌های اجتماعی می‌شوند. در مقابل، سه ویژگی برون‌گرایی، سازگاری و روان‌رنجوری رابطه مستقیمی با اعتیاد نداشتند و به دلیل نبود معناداری آماری از مدل نهایی حذف شدند. این یافته حاکی از آن است که تأثیر این صفات از طریق سازوکارهای میانجی، به‌ویژه عزت‌نفس اعمال می‌شود. در واقع، نقش محافظتی یا آسیب‌پذیرکننده این ویژگی‌ها تنها زمانی آشکار می‌شود که با عزت‌نفس فرد ترکیب شود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های هاوی و ساماها [۵، ۱۱] و هانگ [۱۱] و تکی و تورهان [۳۳] همسو است. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت، با توجه به مطالعات بسیاری که در مورد ارتباط بین جنبه‌ای مختلف

بنابر آنچه در یافته‌های پژوهش مشاهده شد، ضریب مسیر بین عزت‌نفس و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی منفی و معنادار بود و چنین نتیجه‌گیری شد که عزت‌نفس به صورت منفی و معنادار اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی را در دانشجویان پیش‌بینی می‌کند. به این معنی که عزت‌نفس پایین با افزایش اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی و عزت‌نفس بالا با کاهش این اعتیاد همراه است. یافته‌های مطالعات لی و چونگ [۱۵]، آچار و همکاران [۴] و اندریسن و همکاران [۱۲] با یافته‌های پژوهش حاضر در یک راستا است. لازم به ذکر است که رابطه بین عزت‌نفس و رسانه‌های اجتماعی پیچیده و دو جانبه است. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند، پذیرش و استفاده نامناسب از رسانه‌های اجتماعی عزت‌نفس و ارزش ذهنی فرد را به خطر انداخته است و برخی دیگر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را متأثر از عزت‌نفس پایین ارزیابی کرده‌اند [۱۴، ۱۵]. به هر حال، عزت‌نفس همواره یک موضوع جالب در روان‌شناسی بوده است و علت این جذابیت تأثیر مهم آن بر جنبه‌های مختلف زندگی مانند عملکرد تحصیلی، پذیرش اجتماعی، سلامت جسمانی و حتی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی است [۱۵، ۱۶].

عزت‌نفس به میزان ارزش و احترامی که فرد برای خود قائل است اشاره دارد. افرادی که عزت‌نفس بالایی دارند، نسبت به خود نگرش مثبتی دارند، به توانایی‌های خود اطمینان دارند و کمتر به تأییدات و توجهات بیرونی نیاز دارند. از سوی دیگر، افرادی که عزت‌نفس پایینی دارند، بیشتر در جستجوی تأیید و توجه از دیگران هستند و به دنبال راه‌هایی برای افزایش احساس ارزشمندی خود می‌گردند [۲۸]. داشتن عزت‌نفس بالا پیامدهای مثبت گسترده‌ای از جمله روابط اجتماعی بهتر، موفقیت بیشتر در مدرسه و کار، سلامت روانی و جسمی بهتر و رفتار ضد اجتماعی کمتر دارد [۳۶، ۳۷]. نتایج این پژوهش نشان داده است که عزت‌نفس به صورت منفی و معنادار با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی مرتبط است. این بدان معناست که افرادی که عزت‌نفس بالاتری دارند، کمتر به شبکه‌های اجتماعی وابسته می‌شوند. در مقابل، افرادی که عزت‌نفس پایینی دارند، بیشتر به دنبال تأیید و توجه در شبکه‌های اجتماعی هستند و احتمال بیشتری برای اعتیاد به این پلتفرم‌ها دارند. در تبیین این مطالب چنین می‌توان گفت

که افرادی که عزت‌نفس بالاتری دارند، کمتر به تأییدات بیرونی و لایک‌ها و نظرات دیگران در شبکه‌های اجتماعی نیاز دارند. آن‌ها به دلیل احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس بالاتر، کمتر به شبکه‌های اجتماعی به عنوان منبعی برای افزایش احساس خودارزشی متوسل می‌شوند. بنابراین، این افراد بیشتر از شبکه‌های اجتماعی به شکلی متعادل و در مواقع ضروری استفاده می‌کنند و کمتر به آن وابسته می‌شوند. در مقابل، افرادی که عزت‌نفس پایینی دارند، به دنبال جبران این کمبود از طریق تأییدات و توجه بیرونی هستند. شبکه‌های اجتماعی به این افراد فرصت می‌دهند تا از طریق لایک‌ها، کامنت‌ها و تعاملات مجازی، احساس ارزشمندی و توجه را کسب کنند. به همین دلیل، این افراد بیشتر به شبکه‌های اجتماعی وابسته می‌شوند و به نوعی به این بستر اجتماعی مجازی معتاد می‌شوند.

یافته‌ها چنین نشان داد که در بین دانشجویان، عزت‌نفس به طور معناداری رابطه بین برخی ویژگی‌های شخصیتی و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی را میانجی‌گری می‌کند؛ به گونه‌ای که عزت‌نفس رابطه منفی بین برون‌گرایی، سازگاری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی شخصیت با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی و رابطه مثبت بین روان‌رنجوری و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی برقرار می‌سازد. به عبارت دیگر، افرادی که عزت‌نفس بیشتری دارند و ویژگی‌های شخصیتی مثبت را نیز در حد بالاتری دارند، کمتر به شبکه‌های اجتماعی مجازی معتاد می‌شوند و در مقابل، افراد با عزت‌نفس پایین و روان‌رنجوری بالا برای اعتیاد به این شبکه‌ها مستعدتر هستند. به طور کلی، عزت‌نفس به عنوان یک عامل حمایتی می‌تواند تأثیر ویژگی‌های شخصیتی مثبت را در کاهش گرایش به رفتارهای اعتیادی تقویت کند.

یافته‌های این تحقیق با یافته‌های مطالعات هانگ و همکاران [۳۸]، کار و سینگ [۱۹]، امیرعزیدی و امیرعزیدی [۱۸] همسو است. یافته‌های تحقیق حاضر را چنین می‌توان تبیین کرد که افراد وظیفه‌شناس معمولاً به برنامه‌ریزی و دستیابی به اهداف بلند مدت متعهد هستند [۲۵]، به همین دلیل عزت‌نفس بالا به آن‌ها کمک می‌کند که کمتر به شبکه‌های اجتماعی وابسته شوند و زمان استفاده از شبکه‌های اجتماعی خود را بهتر مدیریت کنند. از سوی دیگر، افراد برون‌گرا ذاتاً دارای سطح بالایی از

افرادی که روان‌رنجوری بالایی دارند معمولاً به دلیل حساسیت به استرس و اضطراب بیشتر، از شبکه‌های اجتماعی به عنوان مکانیسمی برای فرار از احساسات منفی استفاده می‌کنند. اگر این افراد عزت نفس پایینی نیز داشته باشند، احتمال بیشتری دارد که به شبکه‌های اجتماعی معتمد شوند تا از طریق آن تأیید و آرامش بیشتری دریافت کنند.

یافته‌های تحلیل مسیر نشان داد، مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است و صفات شخصیتی هم به صورت مستقیم و هم از طریق عزت نفس با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در ارتباط هستند. وظیفه‌شناسی و تجربه‌پذیری به طور مستقیم و منفی با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مرتبط بودند. در حالی که رابطه مستقیم برون‌گرایی، سازگاری و روان‌رنجوری با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی معنادار نبود و از مدل نهایی حذف شد. این عدم معناداری می‌تواند به نقش پنهان و غیرمستقیم این ویژگی‌ها از طریق عزت نفس اشاره داشته باشد. از سوی دیگر، عزت نفس به طور مستقیم و منفی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را پیش‌بینی کرد و همچنین رابطه منفی بین صفات برون‌گرایی، سازگاری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی و رابطه مثبت روان‌رنجوری با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی را به صورت معناداری میانجی‌گری نمود. در واقع، افراد با عزت نفس بالا و ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرا، سازگار، تجربه‌پذیر و وظیفه‌شناس تمایل کمتری به استفاده افراطی از شبکه‌های اجتماعی دارند. در حالی که، افراد با عزت نفس پایین و روان‌رنجورخویی بالا بیشتر در معرض این نوع وابستگی هستند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

این پژوهش با چند محدودیت همراه بوده است. نخست، جامعه آماری تحقیق شامل دانشجویان بود و با توجه به تعداد بیشتر دانشجویان زن نسبت به مرد، این عدم توازن جنسیتی در نتایج پژوهش نیز منعکس شد؛ به گونه‌ای که ۶/۷۸ درصد پاسخ‌دهندگان را زنان تشکیل دادند. دوم، یافته‌های پژوهش تنها بر اساس داده‌های گردآوری شده از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران به دست آمده است؛ بنابراین تعمیم نتایج به سایر دانشگاه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. سوم، تعداد زیاد گویه‌های پرسش‌نامه منجر به

انرژی هستند و تمایل دارند همواره فعال باشند و با بودن در اجتماع احساسات شادی و خوشی را تجربه می‌کنند [۲۵]. حال اگر این افراد از عزت نفس بالایی نیز بهره‌مند باشند، کمتر به تأییدات مجازی و آنلاین وابسته می‌شوند زیرا این افراد معمولاً از تعاملات واقعی اجتماعی لذت می‌برند و بهره‌مند می‌شوند و از لحاظ روانی ضرورتی حس نمی‌کنند که اوقات خود را به طور افراطی در شبکه‌های مجازی صرف کنند. صفت سازگاری نیز باعث می‌شود که افراد در تعاملات اجتماعی موفق‌تر عمل کنند و حمایت‌های عاطفی بیشتری دریافت کنند. این تعاملات مثبت، به طور مستقیم عزت نفس آن‌ها را تقویت می‌کند، زیرا افراد احساس می‌کنند که مورد تأیید و احترام دیگران هستند. از آنجایی که این افراد نیاز کمتری به تأیید اجتماعی از طریق شبکه‌های اجتماعی دارند، احتمال استفاده افراطی و اعتیاد به این بستر اجتماعی مجازی کاهش می‌یابد. همچنین، افراد تجربه‌پذیر به دلیل تمایل به کاوش و یادگیری، معمولاً در فعالیت‌هایی شرکت می‌کنند که به رشد شخصی و اجتماعی آن‌ها کمک می‌کند [۲۵]. این رویکرد فعالانه به زندگی، احساس ارزشمندی درونی و عزت نفس بالاتری را در این افراد ایجاد می‌کند. در نتیجه، این افراد کمتر به شبکه‌های اجتماعی به عنوان منبعی برای احساس رضایت و تأیید شخصی روی می‌آورند. در نتیجه، عزت نفس رابطه بین عامل‌های برون‌گرایی، سازگاری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی شخصیت با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی را به صورت منفی میانجی‌گری می‌کند و می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی عمل کند و از وابستگی به شبکه‌های اجتماعی جلوگیری کند.

در مقابل، افراد روان‌رنجور سطح نسبتاً بالایی از احساسات منفی مانند اضطراب، استرس و ناپایداری عاطفی را تجربه می‌کنند و گاهی حساس و بد خلق هستند و احتمالاً از جنبه‌های مختلف زندگی خود ناراضی می‌باشند. این افراد به اندازه کافی احساس امنیت نمی‌کنند و اغلب احساس ناامیدی می‌کنند [۲۵]. حال اگر روان‌رنجوری با عزت نفس پایین عجین شود، قاعدتاً فرد را درگیر تزلزل احساسی بیشتر و استرس مداوم‌تر می‌کند که اینها به نوبه خود قدرت مدیریت مناسب را از فرد می‌گیرند و امکان روی آوردن فرد روان‌رنجور با عزت نفس پایین به رفتارهای اعتیادآور همانند اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی بیشتر می‌شود زیرا

سپاسگزاری

نویسندگان از مسئولان و دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

منابع

- 1- Salari, N., Zarei, H., Hosseini-Far, A., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. The global prevalence of social media addiction among university students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health*. 2025; 33(1): 223-36. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02012-12>
- 2- Casale, S., Akbari, M., Seydavi, M., Benucci, S. B., & Fioravanti, G. Has the prevalence of problematic social media use increased over the past seven years and since the start of the COVID-19 pandemic? A meta-analysis of the studies published since the development of the Bergen social media addiction scale. *Addictive behaviors*. 2023; 147: 107838. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107838>
- 3- Young, K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & behavior*. 1998; 1(3): 237-44. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- 4- Acar, I. H., Avcılar, G., Yazıcı, G., & Bostancı, S. The roles of adolescents' emotional problems and social media addiction on their self-esteem. *Current Psychology*. 2022; 41(10): 6838-47. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01174-5>
- 5- Hawi, N., & Samaha, M. Identifying commonalities and differences in personality characteristics of Internet and social media addiction profiles: traits, self-esteem, and self-construal. *Behaviour & Information Technology*. 2019; 38(2): 110-9. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2018.1515984>
- 6- Andreassen, C. S. Online social network site addiction: A comprehensive review. *Current addiction reports*. 2015; 2(2): 175-84. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9>

طولانی شدن فرایند پاسخ‌گویی شد که احتمالاً بر دقت پاسخ‌ها تأثیر گذاشت؛ به همین دلیل، برخی پرسش‌نامه‌ها به‌طور ناقص تکمیل شدند و از تحلیل کنار گذاشته شدند که این امر توزیع مجدد پرسشنامه‌ها و صرف زمان بیشتر را ضروری ساخت.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، صفات شخصیتی می‌توانند به‌طور مستقیم و نیز از طریق عزت‌نفس با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مرتبط باشند. بر اساس این نتایج، پیشنهاد‌های کاربردی متعددی ارائه می‌شود. نخست، ارائه خدمات مشاوره‌ای در دانشگاه‌ها با هدف تقویت عزت‌نفس می‌تواند به دانشجویانی که از عزت‌نفس پایین رنج می‌برند کمک کند تا با هیجانات منفی خود بهتر مواجه شوند و وابستگی‌شان به تأیید اجتماعی در فضای مجازی کاهش یابد. تمرین‌هایی نظیر خودپذیری، بازشناسی ارزش‌های فردی و پرورش توانمندی‌های شخصی می‌تواند به افزایش احساس ارزشمندی درونی و کاهش گرایش به استفاده افراطی از شبکه‌های اجتماعی بی‌انجامد. دوم، دانشگاه‌ها می‌توانند با برگزاری برنامه‌های آگاهی‌بخش و آموزشی، سطح شناخت دانشجویان را نسبت به پیامدهای منفی اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی ارتقا دهند و مهارت‌های مدیریت زمان را در آنان تقویت کنند. علاوه بر این، معرفی و آموزش نرم‌افزارهای مدیریت زمان می‌تواند ابزاری کارآمد در کنترل استفاده از شبکه‌های اجتماعی و تمرکز بیشتر بر فعالیت‌های علمی و شخصی باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، هدف و اهمیت مطالعه به همراه نحوه پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و مشارکت آنان با رضایت آگاهانه انجام گرفت. همچنین، محرمانه بودن اطلاعات و ناشناس ماندن پاسخ‌ها تضمین گردید و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی افراد وجود نداشت. این مقاله برگرفته از رساله دکتری بوده و کد اخلاق پژوهش IR.IAU.TNB.REC.1403.233 در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۰۸ صادر شده است.

حامی مالی

این پژوهش بدون هرگونه حمایت مالی از سوی مؤسسات یا سازمان‌ها انجام پذیرفته است.

- 14-Cingel, D. P., Carter, M. C., & Krause, H.-V. Social media and self-esteem. Current opinion in psychology. 2022; 45: 101304.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101304>.
- 15-Lee, Z. W.-Y., & Cheung, C. M.-K. Problematic use of social networking sites: The role of self-esteem. International Journal of Business and Information. 2014; 9(2): 143.
<https://doi.org/10.6702/IJBI.2014.9.2.1>.
- 16-Zeigler-Hill, V., Shackelford, T. K., Hangen, E. J., & Elliot, A. J. Encyclopedia of personality and individual differences. Encyclopedia of Personality and Individual Differences 2020.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3>
- 17-Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. Online social networking and addiction — a review of the psychological literature. International journal of environmental research and public health. 2011; 8(9): 3528-52.
<https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>.
- 18-Amirazodi, F., & Amirazodi, M. Personality traits and self-esteem. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011; 29: 713-6.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.296>
[In Persian]
- 19-Kaur, A., & Singh, P. G. The relationship between personality and self-esteem towards university students in Malaysia. 4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2018); 2019: Atlantis Press.
<https://doi.org/10.2991/acpch-18.2019.97>.
- 20-Delavar, A. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Virayesh Publishing; 2016. **[In Persian]**
- 7- Hosseinvand, P., Savari, K. A comparison of personality traits and loneliness among social network users and non-users. Clin Psychol Personal. 2020; 16(2): 181-9.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2869>
[In Persian]
- 8- D'Arienzo, M. C., Boursier, V., & Griffiths, M. D. Addiction to social media and attachment styles: a systematic literature review. International Journal of mental health and addiction. 2019; 17: 1094-118.
<https://doi.org/10.1007/s11469-019-00082-5>.
- 9- Griffiths, M. D. Social networking addiction: Emerging themes and issues. Journal of Addiction Research & Therapy. 2013; 4(5).
<https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000e118>.
- 10-Dalvi-Esfahani, M., Niknafs, A., Alaedini, Z., Ahmadabadi, H. B., Kuss, D. J., & Ramayah, T. Social Media Addiction and Empathy: Moderating impact of personality traits among high school students. Telematics and Informatics. 2021;57: 101516.
<https://doi.org/10.1016/j.tele.2020> **[In Persian]**
- 11-Huang, C. Social media addiction and personality: A meta-analysis. Asian Journal of Social Psychology. 2022; 25(4): 747-61.
<https://doi.org/10.1111/ajsp.12531>.
- 12-Andreassen, C. S., Pallesen, S., Griffiths, M. D. The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. Addictive behaviors. 2017; 64: 287-93.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.006>.
- 13-Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R., & Löckenhoff, C. E. Personality across the life span. Annual review of psychology. 2019; 70(1): 423-48.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103244>.

- 29-Joshanloo, M., Ghaedi, GH. Re-examining the reliability and validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Iran. *Clin Psychol Personal.* 2008; 6(2): 49–56. Available from: https://journals.shahed.ac.ir/article_2612.html
[In Persian]
- 30-Rajabi, G., Bahloul, N. Assessing the reliability and validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale among first-year students at Shahid Chamran University. *Educ Psychol Res.* 2007; 3(2): 33–48. Available from: <https://www.magiran.com/p685889> **[In Persian]**
- 31-Meyers, L., Gamst, G., Guarino, A. Applied multivariate design and interpretation thousand oaks. Thousand Oaks: Sage Publications; 2006.
- 32-Weston, R., Gore, P. A., Jr. A brief guide to structural equation modeling. *The counseling psychologist.* 2006; 34(5): 719-51. <https://doi.org/10.1177/0011000006286345>
- 33-Tekin OA, Turhan AA. Does social media addiction differ by personality traits? A study on undergraduate tourism students. *Journal of Tourism and Services.* 2021; 12(22): 23-41. <https://doi.org/10.29036/jots.v12i22.220>
- 34-Ahmed E, Ahmed S. Social media addiction, personality traits, and disorders: an overview of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry.* 2025; 38(1): 72-7. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000969>
- 35-Meynadier J, Malouff JM, Schutte NS, Loi NM. Meta-analysis of associations between five-factor personality traits and problematic social media use. *Current Psychology.* 2024; 43(27): 23016-35. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06052-y>.
- 36-Orth U, Robins RW. Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *American psychologist.* 2022; 77(1): 5. <https://doi.org/10.1037/amp0000922>.
- 21-Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. Using multivariate statistics (6. Baski). MA: Pearson. 2013.
- 22-Kline, R. B. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications; 2023.
- 23-Khajeh Ahmadi, M., Pouladi, Sh., Bahreini, M. Design and psychometric evaluation of a mobile-based social network addiction questionnaire. *J Psychiatr Nurs.* 2016; 4(4): 43–51. Available from: <https://www.sid.ir/paper/235829/fa>
[In Persian]
- 24-Costa, P. T., McCrae, R. R. NEO PI/FFI manual supplement for use with the NEO Personality Inventory and the NEO Five-Factor Inventory: Psychological Assessment Resources; 1989.
- 25-Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. Neo Personality Inventory: American Psychological Association; 2000.
- 26-Anisi, J., Majdian, M., Joshanloo, M., Goharikamel, Z. Validity and reliability of the short form of the NEO Five-Factor Inventory among university students. *J Behav Sci.* 2011; 18(5): 351–6. Available from: <http://noo.rs/LYnGS> **[In Persian]**
- 27-Hosseini, F., Najafi, M., & Mohammadi Far, M. A. The relationship between the Big Five personality traits and depression: The mediating role of self-esteem and self-efficacy. *J Couns Res.* 2019; 18(72): 114–37. <https://doi.org/10.29252/jcr.18.72.114>
[In Persian]
- 28-Rosenberg, M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy Measures package. 1965; 61(52): 18. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>

38-Hong M, Dyakov DG, Zheng J. Self-esteem and psychological capital: Their mediation of the relationship between Big Five personality traits and creativity in college students. *Journal of Psychology in Africa*. 2020; 30(2):119-24.
<https://doi.org/10.1080/14330237.2020.1744286>

37-Solimanifar O, Shaabani F, Rezaei Z, Nikoubakht N. Disposition toward critical thinking, self-esteem, assertiveness, social anxiety and worry in students: A causal model. *Clinical Psychology and Personality*. 2020; 15(2): 155-66.
<https://doi.org/10.22070/CPAP.2020.2825>
[In Persian]

بررسی مدل ساختاری سلامت جنسی زوجین بر پایه صفات چهارگانه تاریک شخصیت با نقش میانجی دلزدگی زناشویی در دانشجویان متأهل

نویسندگان

اسماعیل سلیمانی^{۱*}، محمد رستمی^۲، علی فتحعلیان^۳

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. mo.rostami@shahed.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. fa.fath96@gmail.com

چکیده

مقدمه: سلامت جنسی یکی از مؤلفه‌های اصلی رضایت زناشویی است و تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی و شخصیتی قرار دارد. این پژوهش با هدف بررسی مدل ساختاری سلامت جنسی زوجین بر اساس صفات تاریک شخصیت شامل خودشیفتگی، ماکیاولیسم، سایکوپاتی و سادیسم و با در نظر گرفتن نقش میانجی دلزدگی زناشویی انجام شد.

روش: این مطالعه به پژوهش توصیفی - همبستگی و با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه پژوهش شامل دانشجویان متأهل ۲۵ تا ۵۰ سال دانشگاه ارومیه در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد ۲۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های سلامت جنسی لارسون (۱۹۹۸م)، پرسش‌نامه صفات چهارگانه تاریک شخصیت یوسفی (۲۰۱۸م) و پرسش‌نامه دلزدگی زناشویی پاینز (۱۹۹۷م) بود. داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و lisrel نسخه ۱۰ تحلیل شد.

نتایج: نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد بین صفات تاریک شخصیت و دلزدگی زناشویی، و نیز بین دلزدگی زناشویی و سلامت جنسی زوجین رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین، بین صفات تاریک شخصیت و سلامت جنسی رابطه مستقیم و معنادار مشاهده شد ($p < 0/05$). نتایج تحلیل مسیر بیانگر آن بود که دلزدگی زناشویی نقش میانجی معناداری در ارتباط بین صفات تاریک شخصیت و سلامت جنسی دارد؛ به گونه‌ای که صفات تاریک شخصیت با افزایش دلزدگی زناشویی، سلامت جنسی را کاهش می‌دهند. متغیرهای مدل حدود ۵۹ درصد از واریانس سلامت جنسی زوجین را تبیین کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد دلزدگی زناشویی اثر منفی صفات تاریک شخصیت بر سلامت جنسی را تقویت می‌کند. افرادی با صفات خودشیفتگی و سایکوپاتی، به دلیل رفتارهای غیرهمدلانه و کنترل‌گرایانه، احتمال دلزدگی زناشویی را افزایش داده و در نتیجه موجب کاهش رضایت و کیفیت روابط جنسی می‌شوند. بنابراین، توجه به عوامل شخصیتی و کاهش دلزدگی زناشویی از طریق آموزش مهارت‌های همدلی، ارتباط مؤثر و مشاوره‌های زناشویی در ارتقای سلامت جنسی زوجین اهمیت دارد.

کلیدواژه‌ها

سلامت جنسی، صفات چهارگانه تاریک شخصیت، دلزدگی زناشویی، رضایت جنسی، دانشجویان.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

e.soleimani@urmia.ac.ir

مقدمه

سلامت جنسی^۱ در ازدواج یک عامل اساسی و مهم برای خوشبختی زوجین است که در واقع مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی افراد متأهل است [۶]. از آن جایی که تعامل جنسی مثبت وسیله‌ای قدرتمند برای ابراز عشق و پرورش شادی روابط زوجین در گذر زمان است، به همین ترتیب، سلامت جنسی (یعنی ارزیابی عاطفی روابط جنسی شخص با شریک زندگی) تضمین‌کننده رابطه عاشقانه زوجین است [۲۸]. زنان و مردان متأهل بدون داشتن سلامت جنسی نمی‌توانند رضایت زناشویی و رضایت از زندگی را تجربه کنند [۱۱]. مردان و زنان ممکن است در مورد چگونگی ارتباط سلامت جنسی با کیفیت زندگی متفاوت باشند [۲۹]. رضایت از مؤلفه‌های درونی رابطه جنسی مانند لذت جسمانی ممکن است برای مردان مهم باشد، در حالی که رضایت از مؤلفه‌های بین فردی جنسی مانند ارتباط عاطفی ممکن است برای زنان مهم باشد [۴۳]. عواملی در ایجاد و حفظ رضایتمندی زناشویی تأثیرگذار هستند. از جمله ویژگی‌های شخصیتی که نقش تقویت‌کننده دارند و همچنین ارضای نیازهای اساسی و توسعه مهارت‌های ارتباطی که در ارتقای رابطه مؤثرند، اشاره کرد [۱۰]. یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی مانند ثبات هیجانی، اعتماد به نفس بالا، مسئولیت‌پذیری، انعطاف‌پذیری و داشتن وجدان اخلاقی، همراه با تأمین نیازهای اساسی نظیر محبت، احترام، دستیابی به پیشرفت، احساس دیده‌شدن، داشتن رابطه جنسی عمیق و ابراز نوازش و لمس، اثر قابل توجهی بر سلامت جنسی و زناشویی دارند. علاوه بر این، توانمندسازی در مهارت‌های ارتباطی مانند گفت‌وگو، حل تعارض، روابط بین‌فردی، همدلی و مدیریت استرس نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌کند. [۱].

با توجه به اهمیت سلامت جنسی در کیفیت زندگی، این پرسش مطرح می‌شود که چه عواملی بر آن تأثیرگذار هستند. [۵۳]. سلامت جنسی با جنبه‌های مختلفی از جمله جنبه‌های روانی، تفاوت‌های فردی و شخصیت، محیطی و اجتماعی مرتبط است [۲۱]. تفاوت‌های فردی ممکن است به طور معناداری با رضایت از رابطه زوجها در

طول زمان مرتبط باشد. یافته‌های تحقیقات نشان می‌دهد که تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند بر ارتباط بین ارتباطات زوج‌ها و رضایت از رابطه طولانی‌مدت آن‌ها تأثیر بگذارد [۴۷]. رفتارهایی مانند حسادت، جهت‌گیری منفی اجتماعی جنسی، ترجیحات مبهم و نگرش به آزار و اذیت جنسی، پیامدهایی را برای روابط بین فردی، نابرابری‌های اجتماعی، سلامت روان، بهزیستی ذهنی و خشونت نسبت به زنان، مردان و مخصوصاً زوجین دارد؛ بنابراین شاید تعجب‌آور نباشد که روان‌شناسان در تلاش برای شناسایی عواملی هستند که در نگرش‌ها و رفتارهای جنسی نقش دارند. تصور می‌شود که ویژگی‌های شخصیتی تاریک (ویژگی‌هایی که منعکس‌کننده رفتارهای متضاد، بدخواهانه یا اجتماعی نفرت‌آمیز هستند) نقش مهمی در نگرش‌ها و رفتار جنسی دارند [۳۴].

هسته صفات تاریک شخصیت بر این مفهوم استوار است که افراد در نحوه سنجش فایده خود در برابر مطلوبیت دیگران متفاوت هستند [۲۴]. این تعریف در واقع گرایش‌های صفات تاریک شخصیت را تعریف می‌کند و به عنوان حالت زیربنایی در نظر گرفته می‌شود که از آن همه وجوه ناپسند اجتماعی و اخلاقی ناشی می‌شود [۴۱]. ویژگی‌های تاریک ابتدا به عنوان تشکیل یک «سه‌تایی تاریک» از شخصیت که شامل خودشیفتگی^۲ (به عنوان مثال، خودخواهی، تکبر، بزرگ بینی)، ماکیاولیسم^۳ (یعنی دستکاری اجتماعی حساب شده) و روان‌پریشی^۴ تحت بالینی (یعنی رفتارهای تکانشی، بی‌هدف و غارتگرانه) مفهوم سازی شد [۳۵]. اخیراً، مدل چهارگانه صفات تاریک شخصیت پیشنهاد شده است که در آن ویژگی تاریک چهارم، سادیسم^۵ (یعنی احساسات حساسات خوشایند در هنگام آسیب رساندن به دیگران یا تماشای دیگران در حال درد) نیز به سه گانه قبلی اضافه شده است [۱۳]. ماکیاولیسم نشان‌دهنده حيله گری، توانایی دستکاری و میل به کسب قدرت با هر وسیله ممکن است [۴۲].

شخصیت ضد اجتماعی (سایکوپاتی) با رفتار ظالمانه و فقدان احساسات یا پشیمانی تعریف می‌شود و با سبک‌های

2 . Narcissism.

3 . Machiavellianism.

4 . Psychopathy.

5 . Sadism.

1 . Sexual Health.

بین فردی خصمانه (تحقیر، انتقام، و تکبر متقابل) مشخص می‌گردد [۴۵]. خودشیفتگی شامل یک الگوی پایدار از رفتارهای غیرعادی است که با احساسات اغراق‌آمیز از اهمیت خود، نیاز افراطی به تحسین و فقدان همدلی با دیگران مشخص می‌شود [۲۰]. کانونی‌ترین ویژگی سادیسم به ایجاد درد جسمی یا روانی (مثلاً با تهاجم فیزیکی یا کلامی)، مشاهده رنج دیگران و ابراز تسلط اشاره دارد [۳۱]. موشاگن^۱ و همکاران [۳۳] وجهی مشترک و زیربنایی را برای همه شاخصه‌های تاریک شخصیت در نظر می‌گیرند و آن داشتن تمایلی عمومی برای به حداکثر رساندن رضایت فردی و بی‌توجهی به دیگری، داشتن نگاهی بدخواهانه و بی‌ارزش انگارانه برای دیگران - همراه با باورها و توجیهات تعریف می‌شود.

پژوهش‌های جدید نگرش‌ها و رفتارهای جنسی در ویژگی‌های تاریک شخصیت را مورد بررسی قرار داده‌اند و لکن بیشتر تحقیقات بر مدل قبلی یعنی سه ویژگی اصلی خودشیفتگی، جامعه ستیزی و ماکیاولیسم متمرکز شده است [۱۴].

همچنین، تحقیقات عمده‌تاً بر بخش محدودی از ویژگی‌های تاریک متمرکز شده‌اند و اطلاعات اندکی درباره ارتباط ویژگی‌هایی مانند فریبکاری یا کینه‌جویی با نگرش‌ها و رفتارهای جنسی زناشویی وجود دارد [۱۷]. تمامی این صفات مبتنی بر سردی عاطفی در روابط شکل می‌گیرند [۴۹]. صفات چهارگانه شخصیت، وجوه تیره زندگی جنسی را به روش‌های بی‌شماری تعیین می‌کند. آن‌ها با برانگیختگی جنسی بالاتر، علایق جنسی نامتعارف و رفتارهای جنسی پرخطر مرتبط هستند. آن‌ها یک سبک ارتباطی غیرمتعهدانه را پرورش می‌دهند که کمیت را بر کیفیت از طریق روابط کوتاه مدت و فرصت طلبانه اولویت می‌دهند [۲۸]. تحقیقات نشان داده‌اند که سایکوپاتی و ماکیاولیالیسم بیش از سایر صفات تاریک، در بروز نارضایتی زناشویی در مردان و زنان نقش دارند [۱۲]. یو^۲ و همکاران [۵۱] نشان دادند که ماکیاول گرایی و سایکوپاتی در جه‌بندی شده به وسیله شریک زندگی بیشترین تأثیر کیفی را بر بی‌ثباتی زندگی زناشویی دارد. کاهرامان و

اکتان^۳ [۲۵] در بررسی ویژگی‌های شخصیتی سایکوپات و خودشیفته نشان دادند که این صفات شخصیتی با سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از رابطه، همبستگی معناداری منفی دارد. همچنین چچیک [۱۶] نشان داد که وقتی سادیسم در زمینه جنسی ظاهر می‌شود، توانایی ایجاد عواقب جدی عاطفی و ذهنی را برای فرد مقابل دارد، از جمله آسیب‌های روانی پایدار و کاهش عزت نفس. نتایج پژوهش یاساران و لوبه^۴ [۵۰] حاکی از تفاوت‌های معنادار جنسیتی در ویژگی‌های تاریک شخصیت بود؛ به گونه‌ای که مردان در مقایسه با زنان سطوح بالاتری از روان‌پریشی و سادیسم نشان دادند. همچنین، مشخص شد که هم مردان و هم زنان دارای ویژگی‌های تاریک شخصیت، با احتمال بیشتری از استراتژی‌های حفظ رابطه استفاده می‌کنند تا برقراری روابط صادقانه. این دسته از افراد مشکلات بیشتری را در رابطه با خیانت عاطفی و جنسی و دلزدگی زناشویی گزارش کرده‌اند که بر روابط زناشویی ایشان تأثیر داشته است. [۱۹] و [۵۴].

در پژوهش‌ها علل شخصیتی که در سلامت جنسی زوجین اثرگذارند بررسی شده‌اند، اما علی‌رغم این ارتباط، مسئله مورد توجه این است که ویژگی‌های شخصیتی به خودی خود باعث اختلال در رضایت و سلامت جنسی نمی‌شود بلکه عوامل دیگری نیز در این میان اثر گذارند. [۹] و [۱۸]. یکی از مهم‌ترین عوامل میانجی و اساسی در سلامت جنسی، دلزدگی زناشویی^۵ است [۳۲].

دلزدگی زناشویی حالت دردناکی از فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی است که بر کسانی تأثیر می‌گذارد که انتظار دارند عشق و ازدواج به زندگی آن‌ها معنا بخشد. در حالی که برخی ازدواج‌ها باعث رشد و شکوفایی زوج‌ها می‌شود، بسیاری از آن‌ها می‌توانند منبع بدبختی یکدیگر باشند. ایجاد و حفظ روابط صمیمی و رضایت بخش نیازهای عاطفی و روانی در دوران ازدواج یک هنر است و سلامت روان در ازدواج مستلزم داشتن و کسب نگرش‌های منطقی، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های زندگی و انجام وظایف خاص است [۴۵]. تحقیقات نشان می‌دهد که دلزدگی زوجین پاسخی پیچیده به چالش‌های رایج و استرس‌های

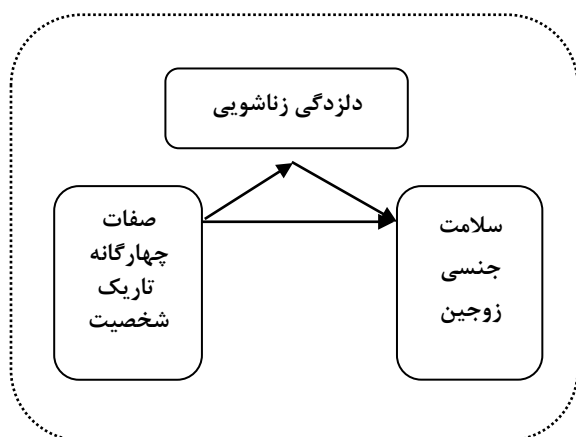
3 . Kahraman & Aktan.

4 . Yasaran, lube.

5 . Marital Boredom.

1 . Moshagen.

2 . Yu.



نمودار ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش و ابزار

این پژوهش از نظر هدف، پژوهشی بنیادی و از نظر روش اجرا پژوهشی توصیفی - همبستگی است که در قالب معادلات ساختاری انجام شد. همچنین تحقیق حاضر از لحاظ ماهیت از نوع تحقیقات کمی و از نظر زمان اجرا از نوع تحقیقات مقطعی می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه دانشجویان متأهل رده سنی ۲۵ تا ۵۰ مشغول به تحصیل در سال ۱۴۰۳ دانشگاه سراسری ارومیه با تحصیلات کارشناسی و بالاتر بودند. با توجه به قاعده استیونس [۴۶] و محققان حوزه معادلات ساختاری که پیشنهاد می‌کند به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده یا نشانگر حداقل ۱۵ مورد انتخاب شود و با توجه به این که در مدل ارائه شده ۱۱ متغیر اندازه‌گیری وجود دارد و با توجه به ریزش بعضی از پرسش‌نامه‌ها حجم نمونه ۲۵۰ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری نیز از نوع در دسترس بود. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه آنلاین و نسخه کاغذی گردآوری شد که شامل ابزارهای استاندارد برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی، فرسودگی زناشویی، و سلامت جنسی بود. برای حفظ حریم خصوصی، شرکت‌کنندگان به صورت ناشناس پرسش‌نامه را تکمیل کردند و این حق را داشتند که در هر مرحله از پژوهش، بدون هیچ‌گونه پیامدی، از ادامه همکاری انصراف دهند. ملاک‌های ورود شامل رضایت و تمایل آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، دانشجوی متأهل در دانشگاه ارومیه بودن و رده سنی ۲۵ تا ۵۰ سال بود. ملاک خروج هم تکمیل ناقص پرسش‌نامه و داشتن اختلالات روان‌شناختی و یا مبتلا بودن به بیماری‌های جسمی نظیر دیابت و سرطان بود.

مزمونی است که زوجها در روابط عاشقانه با آن‌ها مواجه هستند، مانند فشار مالی، مسائل مربوط به تعادل کار و زندگی، و مسئولیت‌های مراقبت از کودک. در نتیجه دلزدگی زوجین دارای پیامدهای منفی متعدد هم برای افراد و هم برای زوجین دارد [۴۸]. کیفیت روابط زوجین، از جمله نحوه ارتباطات زناشویی، اعتماد متقابل، تصمیم‌گیری‌ها و مدیریت رابطه، به طور قابل توجهی با سلامت جنسی مرتبط است [۵]. گالاتی^۱ و همکاران [۲۰] نشان داده‌اند که مشکلات جنسی به شدت با دلزدگی زوجین مرتبط است و کیفیت رابطه زناشویی می‌تواند نقشی میانجی میان اختلالات روانی و مشکلات زناشویی به ویژه برای زنان داشته باشد. نتایج راتود^۲ و همکاران [۳۸] حاکی از همبستگی معناداری میان رضایت زناشویی و رضایت جنسی بود. به طوری که افزایش رضایت زناشویی، نوید بخش سلامت جنسی در زوجین است و زوجینی که درگیر دلزدگی در روابط زناشویی هستند، در روابط جنسی خود نیز رضایتی ندارند. همچنین نجفی و همکاران [۲] نشان دادند که سواد سلامت جنسی از طریق افزایش رضایت جنسی، به کاهش دلزدگی زناشویی منجر می‌شود.

در ارتباط با ویژگی‌های شخصیت نیز، مهربانی و حیدری فر [۴] نشان دادند که بین صفات سه گانه تاریک شخصیت (ماکیاولی، خودشیفتگی و ضداجتماعی) با دلزدگی زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود داشته است به طور کلی، با افزایش میزان طلاق‌های عاطفی در جامعه و با توجه به مطالعات انجام شده به نظر می‌رسد بررسی ویژگی‌های چهارگانه تاریک شخصیت افراد متأهل و میزان دلزدگی زناشویی آن‌ها برای میزان رضایت جنسی‌شان تعیین کننده است. با توجه به نقش صفات شخصیت در ثبات زندگی مشترک مؤثرند و دلزدگی زناشویی در ارتباط میان این متغیرها جایگاه نظری ویژه‌ای دارد و با توجه به خلأ پژوهشی در ادبیات موجود در زمینه مدل‌بایی این روابط، پژوهش حاضر با طرح مدل مفهومی زیر به دنبال پاسخ به این پرسش است: آیا مدل ساختاری سلامت جنسی زوجین بر اساس صفات چهارگانه تاریک شخصیت با نقش میانجی دلزدگی زناشویی از برآزش مطلوب برخوردار است؟

1 . Galati.
2 . Rathod, et al.

سلامت جنسی

این پرسش‌نامه توسط لارسون^۱ و همکاران در سال ۱۹۹۸ م. طراحی و دارای ۲۵ گویه است و پاسخ‌ها در طیف لیکرتی پنج گزینه‌ای (از هرگز با نمره ۱ تا همیشه با نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ها به‌طور کلی بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد. نمرات بین ۲۵ تا ۵۰ به منزله نبود رضایت جنسی، ۵۱ تا ۷۵ رضایت جنسی کم، ۷۶ تا ۱۰۰ رضایت جنسی متوسط و ۱۰۱ تا ۱۲۵ رضایت جنسی زیاد است. لازم به ذکر است که گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰ و ۲۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود؛ به این صورت که هرگز نمره ۵ و همیشه نمره ۱ دریافت می‌کند. این پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس تمایل به برقراری روابط جنسی (۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳)، نگرش جنسی (۳، ۴، ۱۲، ۱۴، ۱۹، ۲۵)،

کیفیت زندگی جنسی (۲، ۴، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۷، ۲۴) و سازگاری جنسی (۱، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۲۱) است [۳۰]. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و روایی محتوایی و صوری آن مطلوب گزارش شد. در پژوهش بهرامی و همکاران، ثبات درونی سؤالات پرسش‌نامه رضایت جنسی به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۰ بود. روایی سازه پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به دست آمد که چهار عامل (تمایل به برقراری روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی، سازگاری جنسی) با ارزش ویژه بیشتر از یک را نشان داد. چهار عامل پنهان ۵۳/۲۱ درصد کل واریانس را تبیین کردند [۸].

صفات چهارگانه شخصیت^۲

این پرسش‌نامه توسط یوسفی و همکاران در سال ۲۰۱۸ م طراحی و از طریق ترکیب و اعتباریابی مقاطع مقیاس دو جین کشیف [۲۳] و نسخه فارسی مقیاس کوتاه تکانش دیگرآزاری ساخته شده که حاوی ۱۶ گویه (ماکیاولیسم ۳، ۴، ۱۰، ۱۲ و جامعه‌ستیزی ۵، ۶، ۷، ۸ و خودشیفتگی ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و دیگرآزاری ۱۳-۱۶) است که در یک پیوستار لیکرت ۷ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۷= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار درونی و پایایی این پرسش‌نامه بر روی نمونه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است

و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در پژوهش حاضر، برای کل مقیاس ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس‌های ماکیاولیسم، جامعه‌ستیزی، خودشیفتگی و دیگرآزاری به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۵۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۶ بود [۳].

دلزدگی زناشویی زوجین^۳

این پرسش‌نامه توسط پاینر و نانز^۴ در سال ۱۹۹۷ م طراحی و ۲۱ ماده دارد که شامل سه جزء اصلی خستگی جسمی (احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب)

از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر) می‌باشد. تمام این موارد روی یک مقیاس ۷ امتیازی پاسخ داده می‌شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد است. حداقل نمره‌ای که آزمودنی از این آزمون کسب می‌کند ۲۱ و حداکثر نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند کسب کند ۱۴۷ می‌باشد. ارزیابی ضریب اعتبار مقیاس دلزدگی زناشویی نشان داد که آن دارای یک همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹ است. روایی به وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است. نسخه‌های ترجمه شده آن به طور موفقیت‌آمیزی در مطالعات بین فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، پرتغال، فنلاند و اسرائیل استفاده شده است [۳۷]. ضریب اطمینان آزمون - باز آزمون ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۹ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره ۴ ماهه بود.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی، شاخص‌های کجی و کشیدگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری از طریق نرم‌افزارهای SPSS-26 و lisrel-10 استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش شامل جنسیت، تحصیلات، سن، مدت زمان ازدواج، تعداد فرزندان و سابقه ازدواج قبلی در جدول ۱ گزارش شده‌اند.

3 . Couple Burnout Measure.

4 . Pines, Nunes.

1 . Larson & et al.

2 . The Dark Tetrad of Personality.

جدول ۱: یافته‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش

شاخص	گروه	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۳۲	۵۲/۸
	مرد	۱۱۸	۴۷/۲
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۱۰۱	۴۰/۴
	کارشناسی ارشد	۹۴	۳۷/۶
	دکتری	۵۵	۲۲
سن	۲۵-۳۰ سال	۹۱	۳۶/۴
	۳۱-۳۵ سال	۸۴	۳۳/۶
	۳۶-۴۰ سال	۵۵	۲۲
	۴۱-۴۵ سال	۱۶	۶/۴
	۴۶-۵۰ سال	۴	۱/۶
مدت زمان ازدواج	کمتر از ۵ سال	۱۲۸	۵۱/۲
	۵-۱۰ سال	۹۳	۴۲/۲۷
	بیش از ۱۰ سال	۲۹	۱۱/۶
تعداد فرزندان	۰	۸۶	۳۴/۴
	۱	۹۷	۳۸/۸
	۲	۵۸	۲۳/۲
	۳ و بیشتر	۹	۳/۶
سابقه ازدواج قبلی	ندارد	۱۹۳	۷۷/۲
	دارد	۵۷	۲۲/۸

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	مینیمم	ماکسیمم	چولگی	کشدگی
ماکیاولیسم	۱۷/۳۴	۰/۸۷	۵	۲۸	۰/۹۴	۱/۱۹
جامعه‌ستیزی	۱۶/۵۱	۱/۰۱	۵	۲۸	۰/۹۲	۱/۱۲
خودشیفتگی	۱۷/۰۹	۱/۱۴	۶	۲۸	۰/۹۵	۱/۱۷
دیگرازاری	۱۶/۸۶	۱/۴۳	۵	۲۸	۰/۹۴	۱/۱۰
دلزدگی زناشویی	۹۱/۷۴	۳/۲۶	۲۷	۱۴۱	۱/۲۳	۰/۸۳
سلامت جنسی زوجین	۶۶/۴۲	۳/۳۲	۳۲	۱۱۸	-۰/۸۹	-۱/۰۵

پژوهش، از آماره دوربین - واتسون استفاده شد که مقدار آن ۱/۸۲ به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می‌توان گفت مفروضه نبود خود همبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برون‌زای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی تأمین شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد ۱ نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها از حد بحرانی ۲ کمتر بود. شکل ۲ مدل ساختاری فرضی به همراه ضرایب استاندارد را نشان می‌دهد. مندرجات شکل ۲ نشان می‌دهد که صفات چهارگانه تاریک شخصیت با ضریب استاندارد ۰/۶۴ بر دلزدگی زناشویی تأثیر داشت. دلزدگی زناشویی نیز با ضریب استاندارد ۰/۵۳ - بر سلامت جنسی زوجین مؤثر است.

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

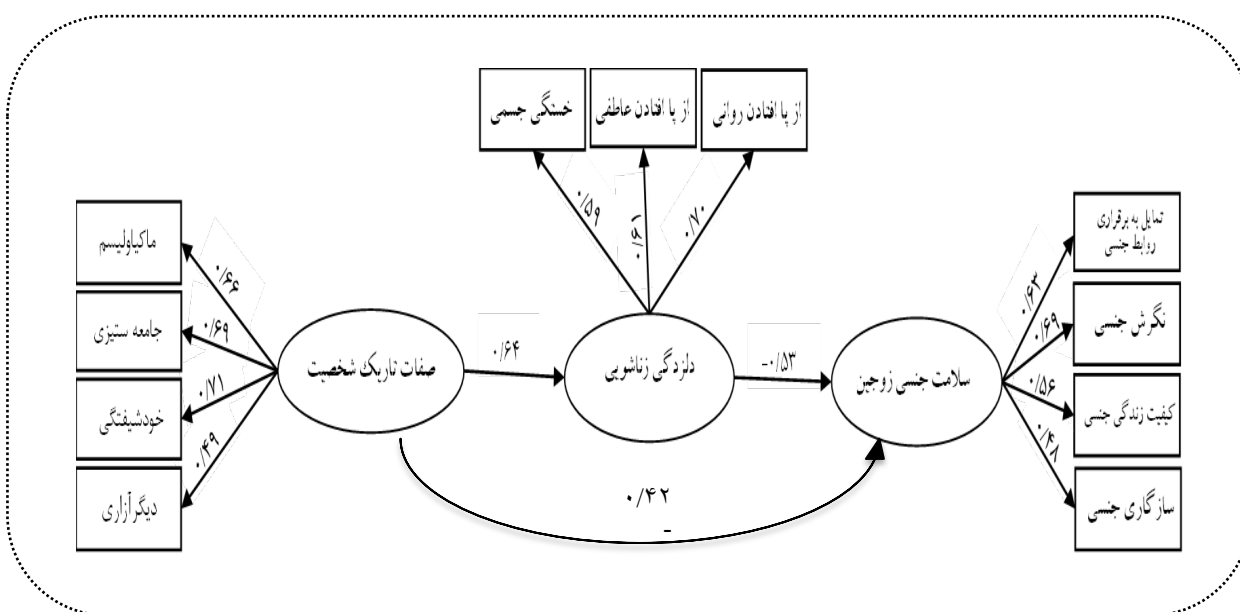
متغیر	۱	۲	۳
۱. صفات تاریک شخصیت	۱		
۲. دلزدگی زناشویی	۰/۶۹**	۱	
۳. سلامت جنسی زوجین	-۰/۴۲*	-۰/۶۱**	۱

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

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد استفاده در پژوهش، شامل مقدار مینیمم، مقدار ماکسیمم، میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی در جدول ۲ گزارش شده است.

برای ارزیابی روابط مستقیم بین متغیرهای پژوهش از ماتریس همبستگی استفاده شد که مقادیر آن در جدول ۳ گزارش شده است. مندرجات جدول ۳-۴ حاکی از آن است که صفات تاریک شخصیت و دلزدگی زناشویی و همچنین دلزدگی زناشویی و سلامت جنسی زوجین در سطح $P < 0.01$ به علاوه صفات تاریک شخصیت و سلامت جنسی زوجین در سطح $P < 0.05$ روابط معنی‌دار با یکدیگر هستند. بررسی ماتریس همبستگی بین متغیرهای مشهود حاکی از نبود هم خطی چندگانه بین آن‌هاست. ضرایب همبستگی در دامنه ۰/۶۱- تا ۰/۶۹ قرار دارند. در صورتی که ضرایب همبستگی که بالای ۰/۸۵ باشند در تخمین صحیح مدل مشکل ایجاد می‌کنند [۲۹].

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($P \geq 0.05$). جهت بررسی مفروضه نبود خود همبستگی در خطاهای



نمودار ۲. مدل ساختاری پژوهش

جدول ۴. نتایج آزمون بوت استرپ برای روابط واسطه‌ای

مسیر	حدود بوت استرپ		خطای برآورد	اندازه اثر	سطح معنی داری
	حد بالا	حد پایین			
صفات تاریک شخصیت - دلزدگی زناشویی - سلامت جنسی زوجین	۰/۱۹۴	۰/۱۱۷	۰/۰۱	۰/۶۷	۰/۰۰۱

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

Chi-Square	Df	Chi-Square df	RMSEA	GFI	CFI	IFI	NFI
۵۵۹/۴۴	۲۹۶	۱/۸۹	۰/۰۵۳	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۲

آن است که مدل مفهومی پژوهش از برازش مناسبی برخوردار بوده و روابط مفروض بین متغیرها به درستی توسط داده‌ها تبیین شده‌اند. شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری پژوهش در جدول ۵ آورده شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی مدل ساختاری سلامت جنسی زوجین بر پایه صفات تاریک شخصیت با نقش میانجی دلزدگی زناشویی بود. این پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد که ابزاری قدرتمند برای بررسی روابط پیچیده میان متغیرهای پنهان و آشکار است. یافته‌ها نشان داد که صفات تاریک شخصیت با میانجی‌گری دلزدگی زناشویی به طور معناداری سلامت جنسی زوجین را تحت تأثیر قرار دهند. نتایج پژوهش نشان داد که دلزدگی زناشویی به عنوان یک متغیر میانجی، نقش مهمی در تبیین رابطه بین صفات تاریک شخصیت و سلامت جنسی زوجین ایفا می‌کند؛ به گونه‌ای که حضور دلزدگی زناشویی باعث تقویت اثر منفی صفات تاریک بر سلامت جنسی شده و این مسیر میانجی‌گری به صورت معنادار در مدل ساختاری تأیید شد. این نتایج حاکی از آن است که افرادی که دارای ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با صفات تاریک، به ویژه صفات خودشیفتگی و جامعه ستیزی هستند، به دلیل تمایل به رفتارهای کنترل‌گرایانه، عدم همدلی و گرایش به بهره‌کشی از دیگران، احتمالاً در ایجاد روابط سالم جنسی و عاطفی با همسر خود دچار مشکل

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که صفات تاریک شخصیت به طور مثبت و معنادار دلزدگی زناشویی را پیش‌بینی می‌کنند ($\beta = ۰/۶۴$) و دلزدگی زناشویی به طور منفی و معنادار سلامت جنسی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد ($\beta = -۰/۵۳$). همچنین، اثر مستقیم صفات تاریک شخصیت بر سلامت جنسی زوجین نیز منفی و معنادار بود ($\beta = -۰/۴۲$). علاوه بر این، اثر غیرمستقیم صفات تاریک شخصیت بر سلامت جنسی زوجین از طریق دلزدگی زناشویی برابر با ($\beta = -۰/۳۴$) محاسبه شد و اثر کل (ترکیب اثر مستقیم و غیرمستقیم) برابر با ($\beta = -۰/۷۶$) به دست آمد. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی دلزدگی زناشویی در رابطه بین صفات تاریک شخصیت با سلامت جنسی زوجین از آزمون بوت استرپ^۱ استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

شاخص‌های برازش مطلق و افزایشی برای تعیین برازش مدل ساختاری پژوهش استفاده شد. شاخص‌های مطلق چگونگی برازش مدل را بدون مقایسه با مدل خط پایه که در واقع مدل استقلال است تعیین می‌کند. شاخص‌های برازش مدل ساختاری نیز نشان‌دهنده مطلوب بودن مدل بودند. نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی برابر با ۱/۸۹، RMSEA برابر با ۰/۰۵۳، GFI برابر با ۰/۸۸، CFI برابر با ۰/۹۲ و NFI برابر با ۰/۹۲ گزارش شدند که همگی در محدوده‌های قابل قبول محسوب می‌شوند. این نتایج بیانگر

1. Bootstrapping.

می‌شوند. این یافته‌ها با پژوهش‌های سیوکا^۱ و همکاران [۱۸] گالاتی^۲ و همکاران [۳۲]، کریب^۳ و همکاران [۱۷]، کاردوم و همکاران^۴ [۲۶]، ریوس^۵ و همکاران [۳۹]، رومرو و همکاران^۶ [۴۰] و خانی^۷ و همکاران [۲۷] همسو است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داده‌اند صفات تاریک شخصیت می‌توانند به بروز تعارضات زناشویی و کاهش کیفیت روابط بی‌انجامند. به بیان دقیق‌تر، افرادی که دارای این ویژگی‌ها هستند، به دلیل تمایلات خودمحورانه، عدم همدلی و رفتارهای کنترل‌گرایانه در معرض ایجاد تنش‌های زناشویی قرار می‌گیرند که موجب کاهش کیفیت روابط جنسی و عاطفی می‌شود. این روند می‌تواند چرخه‌ای از نارضایتی، بی‌ثباتی عاطفی و کاهش تعامل مثبت در روابط زناشویی ایجاد کند که در بلندمدت به تضعیف ساختار خانواده و کاهش سطح رضایت زندگی جنسی منجر می‌شود.

صفات تاریک شخصیت به عنوان یک متغیر پیش‌بین در بروز تعارضات زناشویی، کاهش اعتماد و ایجاد فاصله عاطفی بین زوجین نقش مهمی دارند. افزایش ویژگی‌های خودشیفتگی و ماکیاولیسم نیز به کاهش صمیمیت و افزایش نارضایتی در رابطه منجر می‌شود. از سوی دیگر، دزدگی زناشویی که به صورت ابعاد مختلفی چون خستگی جسمی، از پا افتادن عاطفی و از پا افتادن روانی بروز می‌کند، به عنوان یک متغیر واسطه‌ای عمل کرده و فشار روانی و عاطفی را تشدید می‌کند. این فشارها نه تنها انرژی لازم برای تعامل مثبت را کاهش می‌دهند، بلکه موجب ایجاد نگرش‌های منفی نسبت به شریک زندگی و کاهش تمایل به حفظ و بهبود رابطه جنسی می‌شوند [۵۲].

تبیین این نتایج در چارچوب نظری، اهمیت بررسی فرآیندهای روان‌شناختی و رفتاری در روابط زناشویی را به شدت برجسته می‌کند. از یک سو، صفات تاریک شخصیت مانند خودشیفتگی، ماکیاولیسم و روان‌رنجوری می‌توانند به عنوان عوامل محرک برای بروز رفتارهای کنترل‌کننده و بهره‌کشی عاطفی عمل کنند؛ به گونه‌ای که فرد دارای این

ویژگی‌ها به جای ایجاد تعاملات مبتنی بر همدلی و همکاری، سعی می‌کند با اعمال قدرت، نظارت و دستکاری بر شریک زندگی، موقعیت خود را تقویت کند. این نوع رفتارها اغلب منجر به ایجاد فضایی می‌شود که در آن احساسات مثبت و حمایت عاطفی به شدت کاهش یافته و فضای منفی و انتقادی در رابطه حاکم می‌شود [۱۸].

از سوی دیگر، دزدگی زناشویی به عنوان نتیجه مستقیم این رفتارهای منفی، موجب می‌شود زوجین توانایی‌های لازم برای مدیریت چالش‌های روزمره و بهبود جنسی رابطه خود را از دست بدهند. در این میان، کاهش ارتباط عاطفی، افزایش فاصله روانی و ناتوانی در برقراری تعامل سازنده، نه تنها رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد، بلکه بر سلامت جنسی و کیفیت زندگی عاطفی نیز تأثیرات منفی عمیقی می‌گذارد [۴۸]. این پویایی پیچیده و چندوجهی نشان می‌دهد که عوامل شخصیتی و عاطفی باید به صورت یکپارچه و همزمان مورد بررسی قرار گیرند تا بتوان استراتژی‌های مداخله‌ای جامع و موثری برای بهبود سلامت جنسی ارائه داد [۴۴].

دزدگی زناشویی که شامل ابعاد خستگی جسمی، از پا افتادن عاطفی و از پا افتادن روانی است، توانست ارتباط بین صفات تاریک شخصیت و سلامت جنسی را توضیح دهد [۳۲] به بیان دقیق‌تر، افراد دارای صفات تاریک شخصیت به دلیل ایجاد تنش و فشار روانی مداوم در روابط زناشویی، باعث کاهش ارتباطات مؤثر و افزایش فاصله عاطفی با همسر خود می‌شوند. این تنش‌ها می‌تواند به خستگی جسمی منجر شود، به گونه‌ای که زوجین توان یا انرژی لازم برای تلاش در جهت بهبود روابط خود را از دست می‌دهند [۵] علاوه بر این، از پا افتادن عاطفی به‌طور ویژه با کاهش اعتماد و صمیمیت در رابطه همراه است، که خود می‌تواند موجب بروز نگرش‌های منفی نسبت به کیفیت زندگی جنسی گردد. از پا افتادن روانی نیز با افزایش احساس نارضایتی و سرخوردگی کلی در زندگی زناشویی ارتباط دارد، که نتیجه آن کاهش تمایل به برقراری روابط جنسی و سازگاری جنسی می‌شود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که دزدگی زناشویی نه تنها پیامدی از صفات تاریک شخصیت است، بلکه به‌عنوان عاملی واسطه‌ای می‌تواند تأثیرات منفی بیشتری بر سلامت جنسی زوجین بر جای بگذارد [۲۶].

بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان پیشنهاد کرد

- 1 . Ciocca.
- 2 . Galati.
- 3 . Craib.
- 4 . Kardum.
- 5 . Rios .
- 6 . Romero.
- 7 . Khani.

انجام شد.

سیاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Ahangar, T., Borjali, A., Davaee, M. Identifying Factors Enhancing and Promoting Marital Satisfaction in a Healthy and Stable Marriage: A Qualitative Study Based on Grounded Theory. *Clinical Psychology and Personality*. 2024; 22(2): 17-34. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17281.1318> [In Persian]
- 2- Najafi, M., Esrafilian, F., Azadfallah, P. Prediction of Marital Burnout Based on Sexual Health Literacy in Married Women: The Mediating Role of Sexual Satisfaction. *Clinical Psychology and Personality*. 2025; 23(1): 47-60. <https://doi.org/10.22070/cpap.2024.19377.1574> [In Persian]
- 3- Yousefi, R., Imanzad, A. Validation of the dark tetrad personality traits model. *Iran J Psychiatry Clin Psychol (Andisheh va Raftar)* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 24]; 24(2):193-200. <https://sid.ir/paper/359799/fa> [In Persian]
- 4- Yousefnia Mehrabani, M., Heydarifar, Sh. The relationship between dark triad personality dimensions and differentiation with marital burnout among housewives. 2021. <https://sid.ir/paper/901084/fa> [In Persian]
- 5- Abboud, C., Fawaz, M., Hallit, R., Obeid, S., Malaeb, D, Hallit S. Sexual Satisfaction among Lebanese Adults: Scale Validation in Arabic and Correlates Following Two Cross-Sectional Studies. *Healthcare (Basel)*. 2023 Nov 30; 11(23): 3068. <https://doi.org/10.3390/healthcare11233068>.
- 6- Agha, K. A., Obineli, A., & Nwankwo, C. A. (n.d.). Sexual satisfaction as predictor of marital satisfaction of married persons in public universities in Anambra State. *African Journal of Educational Management, Teaching and Entrepreneurship Studies*. 2024; 12(1): 30-39. <https://ajemates.org/index.php/ajemates/article/view/441>

که برنامه‌های مداخله‌ای و درمانی برای زوجین باید بر شناسایی و تعدیل تأثیرات منفی صفات تاریک شخصیت و همچنین مدیریت دلزدگی زناشویی متمرکز شوند. آموزش و تمرین مهارت‌های زندگی، از جمله مهارت همدلی و درک متقابل بین دانشجویان متأهل در دانشگاه، کاهش کارگاه‌های آموزشی نیز برای تقویت رفتارهای مثبت، کاهش رفتارهای جامعه‌ستیزانه و افزایش مهارت‌های حل تعارض و حل مسئله می‌تواند مؤثر باشد. همچنین، ارائه درمان‌های زوج‌محور با هدف کاهش خستگی جسمی و عاطفی ناشی از دلزدگی زناشویی و افزایش سازگاری جنسی، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی زناشویی کمک کند.

محدودیت‌های پژوهش

هر پژوهشی از مرحله انتخاب موضوع تا مراحل اجرا، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نتیجه‌گیری با محدودیت‌هایی مواجه است. در مطالعه حاضر، محدودیت‌ها شامل نمونه‌گیری محدود به یک منطقه جغرافیایی، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، مقطعی بودن مطالعه، در نظرنگرفتن متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اجتماعی - اقتصادی بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را تحت‌تأثیر قرار دهد. بنابراین، توصیه می‌شود که پژوهش‌های آینده با روش‌های متنوع‌تر و نمونه‌های گسترده‌تر انجام شوند تا امکان ارائه مدل‌های دقیق‌تر فراهم شود. همچنین، بررسی نقش متقابل سایر ویژگی‌های شخصیتی و عوامل اجتماعی - فرهنگی بر سلامت جنسی می‌تواند به توسعه دانش در این حوزه مطالعاتی کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پس از ارائه توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش، نحوه اجرا، اصل رازداری، حق انتخاب برای همکاری و حق انصراف در هر مرحله، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ شد. پرسش‌نامه‌ها به صورت ناشناس تکمیل شد و شرکت‌کنندگان از محرمانه بودن پاسخ‌ها تضمین گردید. در تمام مراحل پژوهش اصول اخلاقی شامل احترام به کرامت انسانی، به حریم خصوصی و آزادی تصمیم‌گیری رعایت شد.

حامی مالی

این مقاله بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی

- 14-Carton, H., & Egan, V. The dark triad and intimate partner violence. *Personality and Individual Differences*. 2017; 105: 84-88.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.040>
- 15-ČEKIĆ, Elvira Sadism in intimate relationships. *International Journal of Science Academic Research*. 2024; 05 (09): pp.8272-8281
- 16-Chou, C. P. Estimates and tests in structural equation modeling. *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*/Sage Publications. 1995.
- 17-Ciocca, G., Di Stefano, R., Collazzoni, A. et al. Sexual Dysfunctions and Problematic Sexuality in Personality Disorders and Pathological Personality Traits: A Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep* 25. 2023; 93–103.
<https://doi.org/10.1007/s11920-023-01409-9>
- 18-Craib, K., Patterson, S., Laborde, S., & Allen, M. S. The dark core of personality predicts mate poaching, jealousy, sociosexual orientation, ambivalent sexism, and attitudes toward sexual harassment. *Personality and Individual Differences*. 2024; 225: 112667.
- 19-Dehghani Champiri, F., Dehghani, A. Predicting sexual satisfaction in Iranian women by marital satisfaction components. *Sexual and Relationship Therapy*. 2020; 38(1): 37–51.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1736279>.
- 20-Galati, M. C. R., Hollist, C. S., Tabosa do Egito, J. H., Osório, A. A. C., Parra, G. R., Neu, C., & Horta, A. L. de M. Sexual dysfunction, depression, and marital dissatisfaction among Brazilian couples. *The Journal of Sexual Medicine*. 2023 March; 20(3): 260–268.
<https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac004>
- 21-george, F. R., Short, D. The cognitive neuroscience of narcissism. *Journal of Brain, Behavior and Cognitive Sciences*. 2018; 1(1): 1-9.
- 7- Bahrami, N., Yaghoobzadeh, A., Sharif Nia, H., Soliemani, M., Haghdoost, A. Psychometric properties of the Persian version of Larson's Sexual Satisfaction Questionnaire in a Sample of Iranian infer. 2016: 12 (2): 18-31.
<http://irje.tums.ac.ir/article-1-5513-en.html>
[In Persian]
- 8- Basharpour, S., Farivar, M., & Ebadi, M.. The causal modeling of affective divorce in women based on dark personality traits: with mediating role of sexual self esteem. *Journal of Woman and Family Studies*. 2021; 9(1): 37-58.
<https://doi.org/10.22051/jwfs.2021.31290.2414>
- 9- Sánchez-Fuentes, M. del M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J.. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2014; 14: 67–75.
[10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9).
- 10-Bilal, A., Rasool, S. Marital Satisfaction and Satisfaction With Life: Mediating Role of Sexual Satisfaction in Married Women. *Journal of Psychosexual Health*. 2020; 2(1): 77-86.
<https://doi.org/10.1177/2631831820912873>
- 11-Birnbaum, G. E., Reis, H. T. Evolved to be connected: The dynamics of attachment and sex over the course of romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*. 2019; 25: 11–15.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.005>
- 12-Brazil, K. J., Vance, G., Zeigler-Hill, V., Shackelford, T. K. Men's Psychopathy and Mating Effort in Intimate Relationships: Links with Jealousy and Sexual Coercion. *Arch Sex Behav*. 2023 Aug; 52(6): 2421-2432.
<https://doi.org/10.1007/s10508-023-02587-6>.
Epub 2023 Mar 28. PMID: 36976407.
- 13-Buckels, E. E., Jones, D. N., & Paulhus, D. L. Behavioral Confirmation of Everyday Sadism. *Psychological Science*. 2013; 24(11): 2201-2209.
<https://doi.org/10.1177/0956797613490749>

- 29-Koçyiğit, M., Uzun, M. Couple Burnout and Marital Satisfaction: Serial Mediation by Mindfulness and Emotion Regulation. *The American Journal of Family Therapy*. (2024): 52(5): 575-593.
<https://doi.org/10.1080/01926187.2024.2322461>
- 30-Larson, J. H., Anderson, S. M., Holman, T. B., Niemann, B. K. 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.
<https://doi.org/10.1080/00926239808404933>
- 31-Lucy, Foulkes. Sadism: Review of an elusive construct. *Personality and Individual Differences* , Volume 151; 1 December 2019; 109500.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.07.010>
- 32-Moshagen, M., Bader, M/, Zettler, I., Hilbig, B.E. The role of impulse and interference control in aversive personality: A comprehensive assessment. *Acta Psychol (Amst)*. 2023Sep; 239: 104018.
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104018> .
Epub 2023 Sep 6. PMID: 37677870.
- 33-Moshagen, M., Hilbig, B. E., & Zettler, I. The dark core of personality. *Psychological Review*. 2018; 125(5): 656-688.
<https://doi.org/10.1037/rev0000111>
- 34-Paulhus, Delroy & Williams, Kevin. The Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy. *Journal of Research in Personality*. 2002; 36: 556-563.
[https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6)
- 35-Pines, A M., Nunes, R. The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling*. 2003; 40 (2): 50-64.
<https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x>
- 22-Jirjahn, U., Ottenbacher, M. Big Five personality traits and sex. *J Popul Econ*. 2023: 36: 549-580 .
<https://doi.org/10.1007/s00148-022-00893-2>
- 23-Jonason, P. K., Webster, G. D. The dirty dozen: A concise measure of the dark triad. *Psychological Assessment*. 2010; 22(2): 420-432.
<https://doi.org/10.1037/a0019265>
- 24-Józefacka, N. M., Szpakiewicz, E., Lech, D., Guzowski, K., Kania, G. "What Matters in a Relationship—Age, Sexual Satisfaction, Relationship Length, and Interpersonal Closeness as Predictors of Relationship Satisfaction in Young Adults" *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(5): 4103.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20054103>
- 25-Kahraman, S., & Aktan, E. A. The Relationship Between Object Relations and Relationship Satisfaction, Marital Adjustment, and Sexual Satisfaction: The Mediating Role of Narcissistic and Borderline Personality Traits. *OPUS Journal of Society Research*. 2024; 21(3): 189-203.
<https://doi.org/10.26466/opusjsr.1472521>
- 26-Kardum, I., Hudek-Knezevic, J., Mehić, N., & Banov Trošelj, K. The dark triad traits and relationship satisfaction: Dyadic response surface analysis. *Journal of personality*. 2024; 92(4): 931-947. <https://doi.org/10.1111/jopy.12857>
- 27-Katrina, Craib., Sharon, Patterson., Sylvain, Laborde., Mark, S. Allen .The dark core of personality predicts mate poaching, jealousy, sociosexual orientation, ambivalent sexism, and attitudes toward sexual harassment. *Personality and Individual Differences*. July 2024; Volume 225: 112667 .
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112667>
- 28-Kline, R. B. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications. (2023).

- 43-Sorkhabi Abdolmaleki, M., Dokaneifard, F., & Behdodi, M. Causal explanation of emotional divorce of married women: the role of cognitive emotion regulation strategies and marital burnout. *Psychology of Woman Journal*. 2021; 2(3): 14-28.
<https://journals.kmanpub.com/index.php/psywoman/article/view/154>
- 44-Stephenson, K. R., Pickworth, C., & Jones, P. S. Gender differences in the association between sexual satisfaction and quality of life. *Sexual and Relationship Therapy*. 2021; 39(2): 301-322.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2004309>
- 45-Stevens, J. P. *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Routledge. (2012).
- 46-Van Gasse, D., & Mortelmanse, D. Reorganizing the Single – parent Family System: Exploring the Process Perspective on Divorce. *Family Relations*. 2020; 69(5): 1100- 1112.
<https://doi.org/10.1111/fare.12432>.
- 47- Sun, Y., Yan, A., Hu, X. and Zang, Z. "Relationship between Machiavellianism and relational energy: based on trait activation theory", *Baltic Journal of Management*, (2024)Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print.
<https://doi.org/10.1108/BJM-11-2023-0429>
- 48-Taggart, T. C., Bannon, S. M., & Hammett, J. F. Personality traits moderate the association between conflict resolution and subsequent relationship satisfaction in dating couples. *Personality and Individual Differences*. 2019; 139: 281-289.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.036>
- 49-Topkaya, N., Şahin, E., Terzioğulları Yılmaz, C., Aşantugrul, N. Predictors of Couple Burnout among Turkish Married Individuals. *Behav. Sci*. 2024; 14: 561.
<https://doi.org/10.3390/bs14070561>
- 36-Pines, A. M., Nunes, R. The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling*. 2003; 40 (2): 50-64.
<https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x>
- 37-Pines, A. mSex differences in marriage burnout, *Journal Israel Social Science Research*. 1997; 5 (1-2): 60-75.
<https://doi.org/10.1027/1016-9040.2.1.28>
- 38-Rathod, Anuradha., Sawant, Neena., Bandgar, Tushar¹. Sexual dysfunction, depression, and marital adjustment in diabetic male patients. *Indian Journal of Psychiatry*. September 2024; 66(9): p 853-858,
https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_293_24
- 39-Rios, J. W. Dark Personality, Sexual Satisfaction and Sexual Perceptions: An Event-Contingent Study (Master's thesis, The University of Mississippi, 2023).
<https://doi.org/10.1002/ijop.13032>
- 40-Romero, D., Rubio, L., Rodrigues, D. L., & Mebarak, M. A machine learning approach for analyzing sexual satisfaction based on psychological features. *Current Psychology*. 2024; 1-10.
<https://doi.org/10.1007/s12144-024-06813-9>
- 41-Scholz, D. D., Hilbig, B. E. Disentangling the shared and unique aspects of clinical and subclinical socially aversive traits relevant for interpersonal personality dysfunction. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication 2024.
<https://doi.org/10.1037/per0000695>
- 42-smoker, M., March, E. Intimate Partner Cyberstalking Scale. *Computers in human Behavior*.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.03.012>

- 52-Yu, Y., Di, W., Jiang-Meng, W., Yu-Chen, W. Dark personality, marital quality, and marital instability of Chinese couples: An actor-partner interdependence mediation model. *Personality and Individual Differences*. 2020; 154: 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.003>
- 53-Brewer, G., Parkinson, M., Pickles, A., Anson, J., Mulinder, G. Dark Triad traits and relationship dissolution. *Personality and Individual Differences*. 2023 Apr 1;204:112045.
- 50-Womick, J., Foltz, R. M., & King, L. A. "Releasing the beast within"? Authenticity, well-being, and the Dark Tetrad. *Personality and individual differences*. 2019;137, 115-125. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.08.022>
- 51-yasaran, Meltem lube. How the Dark Tetrad Predicts Responses to Infidelity Threats? *COGNITIVE NEUROSCIENCE AND CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY* Laurea Magistrale (D.M. 270/2024). <https://hdl.handle.net/20.500.12608/67078>

رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان: نقش میانجی اضطراب فراگیر و افسردگی

نویسندگان

میلاد شاکری^۱، احمد منصوری^{۲*}

۱. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. milad.shakeri@iau.ir

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

چکیده

مقدمه: اگرچه رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی مورد بررسی قرار گرفته است، توجه کمتری به عوامل میانجی این رابطه، به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر، معطوف شده است. ازاین‌رو، هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش میانجی اضطراب فراگیر و افسردگی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی در میان دانشجویان بود.

روش: این پژوهش از نظر هدف، بنیادی و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های شهر نیشابور در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. نمونه پژوهش شامل ۵۲۱ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه غربالگری رویدادهای استرس‌زای زندگی، سیاهه افسردگی بک (۱۳ ماده‌ای)، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر و سیاهه خود آسیب‌رسانی آگاهانه و تعمیدی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۶ و LISREL نسخه ۸/۸ و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی، اضطراب فراگیر، افسردگی و خودزنی غیرخودکشی رابطه وجود دارد. یافته‌ها حاکی از آن بود که اضطراب فراگیر و افسردگی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی در میان دانشجویان نقش میانجی دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: رویدادهای استرس‌زای زندگی، اضطراب فراگیر و افسردگی نقش مهمی در خودزنی غیرخودکشی دانشجویان ایفا می‌کنند. پژوهشگران و متخصصان حوزه روان‌شناسی می‌توانند به نقش این متغیرها در تدوین مدل‌های آسیب‌شناختی و درمان توجه کنند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۱/۳۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۶/۱۷



کلیدواژه‌ها

اضطراب فراگیر، افسردگی، خودزنی غیرخودکشی، رویدادهای استرس‌زای زندگی، دانشجویان.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

mansoury_am@iau.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

گذر از نوجوانی به بزرگسالی با عوامل استرس‌زای متعدد و جدیدی مانند خروج از خانه، مسئولیت‌های مالی جدید، جستجوی روابط عاشقانه، برای بسیاری از بزرگسالان جوان ورود به دانشگاه و تحصیلات عالی همراه است. گرچه این دوره مرحله هیجان‌انگیزی از رشد است، اما با بی‌ثباتی در حوزه‌های مختلفی از جمله شغل، مسائل مالی، مسکن و روابط مشخص می‌شود؛ از این رو دوره بسیار مهمی برای شکل‌گیری آسیب‌های روانی از جمله آسیب به خود، خودزنی غیرخودکشی^۱ و خودکشی است [۱]. سال‌های دانشگاه دوره‌ای خاص همراه با افزایش فرصت‌های تحصیلی، شخصی و اجتماعی است و همچنین، دوره‌ای خاص برای شکل‌گیری اختلال‌های روان‌شناختی و رفتارهای پرخطر مانند خودزنی غیرخودکشی است [۲]. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که نوجوانان و بزرگسالان جوان در معرض خودزنی غیرخودکشی و خودکشی قرار دارند [۳]. خودزنی غیرخودکشی به آسیب‌های عمدی خفیف تا متوسط، اما دردناک سطح بدن (مثل بریدن، سوراخ کردن، سوزاندن، گاز گرفتن، ضربه زدن، مالیدن) اشاره دارد. این رفتار با هدف رهایی از احساس یا حالت شناختی منفی، حل مشکلات بین فردی و القای حالت احساسی مثبت، اما بدون نیت خودکشی انجام می‌شود و همچنین از نظر اجتماعی پذیرفته‌شده نیست [۴]. شیوع این رفتار در بین نوجوانان و دانشجویان ایرانی نسبتاً بالا است. برای مثال شیوع طول عمر آن در بین نوجوانان و دانشجویان ایرانی به ترتیب ۲۱/۴ و ۲۹/۳ درصد گزارش شده است [۵]. اگرچه این رفتار در کوتاه‌مدت می‌تواند سبب راحتی افراد شود، اما در بلندمدت پیامدهای جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی مختلفی مانند عفونت، احساس گناه، احساس شرم، اقدام به خودکشی، خودکشی موفق و همچنین ابتلا به سایر اختلال‌های روان‌شناختی شود [۶].

عوامل متعددی مانند بدرفتاری دوره کودکی، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، تنظیم هیجان [۷]، پریشانی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی [۸]، صفات شخصیت مرزی، تنظیم هیجان [۹]، قربانی شدن قلدری سایبری و تنظیم هیجان [۱۰]، کارکرد خانواده و نشخوار خشم [۱۱]،

طرح‌واره‌های ناسازگار و مقابله معنوی [۱۲] با خودزنی غیرخودکشی مرتبط هستند. یکی دیگر از عوامل مؤثر و مرتبط بر آن رویدادهای استرس‌زای زندگی^۲ است [۱۲]. رویدادهای استرس‌زای زندگی به انواع رویدادهای منفی اشاره دارد که می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر منفی بگذارند [۱۳]. استرس و آسیب نقش منحصر به فردی در سبب‌شناسی همه اختلال‌های روانی دارند. بر اساس مدل بیماری‌پذیری-استرس، اگرچه انسان‌ها گرایش به برخی صفات یا رفتارها مانند خودزنی غیرخودکشی را به ارث می‌برند، اما عوامل استرس‌زا نقش مهمی در شکل‌گیری آن دارند [۱۴]. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان [۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷]، دانشجویان [۱۸] و بزرگسالان جوان [۱۹] رابطه وجود دارد. با وجود این اغلب پژوهش‌های فوق درباره نوجوانان انجام شده است. طبق نسخه تجدیدنظر شده پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این رفتار اغلب با هدف کاهش احساس یا حالت شناختی منفی، تجربه هیجان یا عاطفه مثبت و حل مشکلات بین فردی انجام می‌شود [۴]. همچنین، مدل‌های مختلفی مانند مدل چهار کارکردی، هفت کارکردی، آسیب‌شناسی رشدی، اجتناب تجربه‌ای، آبشار هیجانی، شناختی-هیجانی، مزایا و موانع، نظری یکپارچه، انگیزشی-ارادی یکپارچه و مدل تحلیل رفتاری-کارکردی برای خودزنی غیرخودکشی ارائه شده است. مدل‌های مورد نظر نشان می‌دهند که آمادگی یا آسیب‌پذیری فردی، رویدادهای استرس‌زای منفی و حالت‌های بهبودی پس از خودزنی غیرخودکشی نقش کلیدی در ایجاد، تداوم و تقویت این رفتار دارند. همچنین در این فرآیند، اختلال در عملکرد هیجانی و تغییرات مرتبط با شناخت نقش تأثیر بسزایی ایفا می‌کنند [۲۰].

اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اختلال‌های شخصیت، خوردن، دوقطبی، افسردگی، اضطرابی و مصرف مواد با خودزنی غیرخودکشی مرتبط هستند و خطر انجام این رفتار را افزایش می‌دهند. بروز این رفتار به‌ویژه در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب و اختلال‌های شخصیت نیز در حال افزایش است [۲۰].

2. Stressful Live Events.

1. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI).

تحمل‌ناپذیری بالاکلیفی، بد تنظیمی هیجانی، مبتنی بر پذیرش و مدل یکپارچه برای اختلال اضطراب فراگیر ارائه شده است. این مدل‌ها نشان می‌دهند که رویدادهای استرس‌زا یا منفی زندگی نقش مهمی در شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر دارند [۲۳]. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی با اضطراب و اختلال‌های اضطرابی [۱۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹] رابطه وجود دارد.

خودزنی غیرخودکشی در بین افراد مبتلا به اختلال افسردگی^۶ نیز شایع است [۳۰]. خلق افسرده، فقدان علاقه یا لذت، کاهش وزن، بی‌قراری یا کندی روانی حرکتی، کم‌اشتهایی یا پراشتهایی، کم‌خوابی یا پرخوابی، خستگی یا فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بیش‌ازحد و نامتناسب، کاهش توانایی تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری، افکار مربوط به مرگ و خودکشی جزو ویژگی‌های این اختلال هستند [۴]. نتایج یک پژوهش نشان داد که ۶۲/۲ درصد افراد مبتلا به اختلال افسردگی یا دوقطبی تجربه خودزنی را در یک سال گذشته داشته‌اند [۳۱]. یی^۷ و همکاران [۳۲] دریافتند که نوجوانان مبتلا به افسردگی دارای خودزنی غیرخودکشی افسردگی، درماندگی، اضطراب و مشکل خواب بیشتری را نسبت به نوجوانان افسرده بدون خودزنی غیرخودکشی تجربه می‌کنند. لی^۸ و همکاران [۳۳] مشاهده کرده‌اند که نوجوانان درگیر در خودزنی غیرخودکشی اضطراب، افسردگی و علائم شبه روان‌پریشی بیشتر و در مقابل عزت‌نفس کمتری را دارند. سان و همکاران [۲۴] دریافتند که سن، جنسیت، افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و آسیب دوره کودکی با خودزنی غیرخودکشی نوجوان بستری و بزرگسالان مرتبط هستند. باوجوداین افسردگی نقش مهمی در پیش‌بینی این رفتار داشت. جیائو^۹ و همکاران [۲۵] گزارش کردند که بین علائم افسردگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان رابطه وجود دارد. سایر پژوهش‌ها نیز دریافتند که بین افسردگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان [۱۳، ۳۴-۴۲]، نوجوانان بستری [۱۶]، دانشجویان [۴۳-۴۶] رابطه وجود دارد. از سوی دیگر، در مدل‌های

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که اختلال‌های اضطرابی با خودزنی غیرخودکشی مرتبط هستند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^۱ و اضطراب اجتماعی درگیر خودزنی غیرخودکشی، فارغ از اثر اختلال‌های خلقی و مصرف مواد، بیشتر اقدام به خودکشی تا خودزنی غیرخودکشی کردند. همچنین، احتمال بیشتری داشت که چندین بار این رفتار را انجام دهند و حداقل یکی از آن موارد اقدام به خودکشی بود [۲۱]. یائو^۲ و همکاران [۲۲] دریافتند که بین اضطراب اجتماعی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان رابطه وجود دارد. در بین اختلال‌های اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر به دلیل ناشناخته بودن و مقاوم بودن به درمان از اهمیت بالایی برخوردار است [۲۳]. نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد، دشواری در کنترل نگرانی، اشکال در تمرکز، تنش عضلانی، زود خسته شدن، بی‌قراری، تحریک‌پذیری و اختلال خواب جزو ویژگی‌های این اختلال هستند. افراد مبتلا به این اختلال اغلب درباره شرایط معمول زندگی از جمله کار، امور مالی، سلامتی خود و اعضای خانواده، مشکل فرزندان‌شان یا مسائل جزئی مانند انجام کارهای خانه یا دیر رسیدن به قرار ملاقات نگران هستند. این افراد پریشانی ذهنی خود را ناشی از نگرانی مداوم و اختلال‌های مرتبط با کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم می‌دانند [۴]. سان^۳ و همکاران [۲۴] دریافتند که بین اضطراب اندازه‌گیری شده به وسیله مقیاس اختلال اضطراب فراگیر و خودزنی غیرخودکشی نوجوان بستری و بزرگسالان همبستگی وجود دارد. جیائو^۴ و همکاران [۲۵] گزارش کردند که بین علائم اختلال اضطراب فراگیر و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان رابطه وجود دارد. پیترز^۵ و همکاران [۲۶] دریافتند که بین اختلال‌های اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، وحشت‌زدگی، گذرهراسی و وسواس - اجبار با خودزنی غیرخودکشی رابطه وجود دارد. همچنین شیوع آن در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی ۱۱/۴ تا ۳۱/۷ درصد است. از سوی دیگر، علاوه بر مدل بیماری‌پذیری - استرس، [۱۴]، مدل‌های مختلفی مانند اجتناب - شناختی، فراشناختی،

6. Depression Disorder.

7. Yi.

8. Lee.

9. Jiao.

1. Generalized Anxiety Disorder.

2. Yao.

3. Sun.

4. Jiao.

5. Peters.

رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان و جوانان هستند. اگرچه پژوهش درباره نقش میانجی اضطراب فراگیر در رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی مشاهده نشد، اما زو^۵ و همکاران [۲۸] گزارش کردند که اضطراب میانجی میانجی رابطه بین قربانی شدن سایبری و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان است. ژانگ^۶ و همکاران [۲۹] دریافتند که اضطراب میانجی رابطه بین رویدادهای منفی زندگی و این رفتار نوجوانان است. با توجه به آنچه ذکر شد هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش میانجی اضطراب فراگیر و افسردگی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان بود.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش بنیادی، مقطعی و توصیفی - همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری است.

آزمودنی

جامعه آماری و نمونه پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های شهر نیشابور در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ است. نمونه پژوهش شامل ۵۲۱ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل مقطع کارشناسی دانشگاه‌های شهر نیشابور بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. نخست از بین دانشگاه‌های شهر نیشابور (دانشگاه نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور، دانشگاه غیرانتفاعی) دو دانشگاه، یعنی دانشگاه نیشابور (N= ۲۸۰۰) و دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور انتخاب (N= ۷۸۶۳) انتخاب شدند. در گام دوم، از بین دانشکده‌های دانشگاه نیشابور (دانشکده هنر، دانشکده علوم پایه و مهندسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی و دانشکده فناوری‌های نوین و بین رشته)، دانشکده هنر و دانشکده علوم پایه و مهندسی و از بین دانشکده‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور (دانشکده‌های علوم پایه،

اختلال خلقی بر نقش رویدادهای استرس‌زای زندگی در شکل‌گیری اختلال افسردگی اشاره شده است. برای مثال در مدل یکپارچه اختلال خلقی علاوه بر آسیب‌پذیری زیستی و روان‌شناختی، رویدادهای پر استرس زندگی نقش مهمی در ایجاد این اختلال دارند [۱۴]. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و افسردگی [۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۷، ۳۴، ۳۵، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۴] نوجوانان، جوانان، دانشجویان و بزرگسالان رابطه وجود دارد.

اگرچه رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی به‌خوبی بررسی شده است، اما مکانیسم‌های میانجی این رابطه تا حد زیادی ناشناخته باقی‌مانده است. علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی از عواملی هستند که می‌توانند میانجی این رابطه باشند. وی^۱ و همکاران [۱۳] و وان^۲ و همکاران [۱۷] دریافتند که افسردگی میانجی، رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان است. جیانگ^۳ و همکاران [۲۷] گزارش کردند که هیجان‌هایی مانند افسردگی و اضطراب میانجی رابطه بین رویدادهای منفی زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان هستند. ژو^۴ و همکاران [۱۶] مشاهده کردند که تنظیم هیجان و علایم درونی شده مانند اضطراب و افسردگی میانجی رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان هستند. در سایر پژوهش‌ها دریافتند که افسردگی میانجی رابطه بین قربانی شدن سایبری و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان [۳۸]، قربانی شدن توسط همسالان و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان [۳۹]، طرد والدین و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان [۴۱]، نگرش دانشجویان به خودکشی و نیازهای بین فردی ناکام شده با خودزنی غیرخودکشی دانشجویان [۴۴]، روان رنجورخویی و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان [۴۵] است. پژوهش‌های دیگر نشان دادند که افسردگی به همراه سایر متغیرها ازجمله ذهنی‌سازی [۳۴]، اجتناب تجربه‌ای [۳۵]، اجتناب اجتماعی [۳۶] و زورگویی سایبری [۴۰] میانجی رابطه بین

1. Wie.
2. Wan.
3. Jiang.
4. Zhou.

5. Zhu.
6. Zhang.

علوم انسانی و مهندسی)، دو دانشکده علوم انسانی و علوم پایه به تصادف انتخاب شدند. در گام سوم، کلاس‌هایی از بین دانشکده‌های انتخاب‌شده تا رسیدن به حجم نمونه موردنظر به تصادف انتخاب شدند. پیشنهاد شده است که حجم نمونه برای مدل‌یابی حداقل ۲۰۰ نفر باشد یا به ازای هر متغیر حداقل ۲۰ نفر در نظر گرفته شود [۴۷]. با این وجود تعداد ۵۴۰ پرسش‌نامه اجرا گردید. ملاک‌های ورود شامل دانشجوی کارشناسی بودن، سن ۱۸ تا ۴۰ سال و تمایل برای همکاری در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل پرسش‌نامه‌های ناقص یا مخدوش بود.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه غربالگری رویدادهای استرس‌زای زندگی: ابزاری ۱۳ ماده‌ای است که توسط گودمن^۱ و همکاران [۴۸] در سال ۱۹۹۸ م. تدوین شده است و توسط گرین و همکاران [۴۹] در سال ۲۰۰۶ م. تجدیدنظر شده است. سؤالات پرسش‌نامه شامل رویدادهایی است که ممکن است در هر مرحله از زندگی از جمله اوایل کودکی اتفاق بیفتد و هریک از مواد این پرسش‌نامه به صورت دوگزینه‌ای (بلی و خیر) و به صورت ۰ و ۱ نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس صفر و ۱۳ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تجربه بیشتر رویدادهای استرس‌زای زندگی است [۴۹]. گودمن و همکاران نشان دادند که این پرسش‌نامه از اعتبار بازآزمایی (۰/۷۳) و روایی همگرایی (۰/۶۴) مناسبی برخوردار است [۴۸]. گرین و همکاران نیز نشان دادند که این پرسش‌نامه از روایی فرهنگی خوبی برخوردار است [۴۹]. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نسخه فارسی این پرسش‌نامه ۰/۷۸ و ۰/۷۰ گزارش شده است [۵۰، ۱۲]. روایی سازه آن پس از حذف پرسش‌های ۱، ۲، ۴، ۹ و ۱۲ (CFI= ۰/۹۴، NFI= ۰/۹۱، RMSEA= ۰/۰۸ و GFI= ۰/۹۷، NNFI= ۰/۹۴، IFI= ۰/۹۴) خوب بوده است [۵۰]. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۶۶ بود. با توجه به ساختار تک عاملی این پرسش‌نامه و نبود نشانگرهای لازم برای انجام مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزار LISREL، ماده‌های

این پرسش‌نامه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی در دو بسته قرار گرفتند. سپس برای بررسی روایی سازه این دو بسته از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. بسته نخست شامل پرسش‌های ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۸، ۷ و بسته دوم شامل پرسش‌های ۹، ۶، ۵، ۲ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی (CFI= ۰/۹۲، IFI= ۰/۹۲، GFI= ۰/۹۷، RMSEA= ۰/۰۶۳) این دو خوب بود.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر^۳: ابزاری ۷ ماده‌ای

است که توسط اسپیتزر^۴ و همکاران در سال ۲۰۰۶ م. ساخته شده است و بر اساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر (هیچ وقت) تا ۳ (تقریباً هرروز) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ها بین ۰ تا ۲۱ هست که نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب فراگیر بیشتر است. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش شده است. روایی همگرایی آن با پرسش‌نامه اضطراب بک و خرده مقیاس اضطراب فهرست نشانه‌های بالینی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده است [۵۱]. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نسخه فارسی این مقیاس ۰/۷۹ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس (CFI= ۰/۹۵، NNFI= ۰/۹۷، IFI= ۰/۹۶، GFI= ۰/۰۷۸، RMSEA= ۰/۰۷۶) خوب بوده است [۵۲]. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی (CFI= ۰/۹۸، NFI= ۰/۹۸، IFI= ۰/۹۸، GFI= ۰/۰۷۶، RMSEA= ۰/۰۷۶) خوب بود.

سیاهه افسردگی بک- ۱۳ ماده‌ای^۵: ابزاری ۱۳

ماده‌ای است که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۷۱ م. ساخته شده است و بر اساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ها بین ۰ تا ۳۹ هست که نمره بالاتر نشان‌دهنده علائم بیشتر افسردگی است. این سیاهه دارای سه خرده مقیاس علائم عاطفی، شناختی و جسمی است. این نسخه همبستگی بسیار خوبی با شاخص کلی (r= ۰/۹۶) و درجه‌بندی بالینگران (r= ۰/۶۱) داشته است [۵۳]. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نسخه فارسی این سیاهه ۰/۸۵ گزارش شده است. همبستگی این ابزار با مقیاس افکار خودکشی بک، مقیاس ناامیدی بک،

3. Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7).
4. Spitzer.
5. The Beck Depression Inventory-13 (BDI-13).

1. The Life Stressful Events Screening Questionnaire (LSESQ).
2. Goodman.

روان‌شناسی و مشاوره و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور و همچنین معرفی‌نامه برای دانشگاه نیشابور و همچنین دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور، در ابتدا با هماهنگی مسئولین ذی‌ربط دانشگاه‌ها به دانشکده‌ها مراجعه شد و ضمن معرفی کلی خود برای هر شرکت‌کننده و بیان اهداف کلی پژوهش، پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت مداد کاغذی به دانشجویان ارائه گردید و نحوه پاسخ‌دهی و اصول اخلاقی پژوهش به صورت کامل توضیح داده شد. درنهایت، پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده جمع‌آوری و از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر گردید.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۶ و LISREL نسخه ۸/۸ و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن دانشجویان ۲۱/۹۸ و ۴/۴۳ بود. سایر یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۱ ارائه شده است. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی و نتایج همبستگی پیرسون گزارش شده است.

متغیرهای پژوهش حاضر فاصله‌ای هستند. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که شاخص‌های کشیدگی و چولگی جدول ۲ کمتر از ± 2 است؛ ازاین‌رو متغیرهای پیش‌بین و ملاک این پژوهش دارای توزیع نرمال هستند [۵۶]. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد:

الف. بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی رابطه مستقیم وجود دارد ($p < 0.05$)؛

ب. بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و اضطراب فراگیر رابطه مستقیم وجود دارد ($p < 0.05$)؛

ج. بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و افسردگی و ابعاد آن رابطه مستقیم وجود دارد ($p < 0.05$)؛

د. بین اضطراب فراگیر و خودزنی غیرخودکشی رابطه مستقیم وجود دارد ($p < 0.05$)؛

و. بین افسردگی و خودزنی غیرخودکشی رابطه مستقیم وجود دارد ($p < 0.05$).

مقیاس وسواس مرگ، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر و پرسش‌نامه سلامت عمومی به ترتیب برابر ۰/۴۹، ۰/۳۵، ۰/۶۲، ۰/۷۹ و ۰/۷۵ بوده است [۵۴]. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی ($CFI=0.96$ ، $NFI=0.94$ ، $IFI=0.96$ ، $RMSEA=0.08$ ، $GFI=0.93$) نشانگر روایی سازه این سیاهه بود.

سیاهه خود آسیب‌رسانی عمدی^۱: ابزاری ۱۷ ماده‌ای

است که توسط گراتز^۲ در سال ۲۰۰۱ م. ساخته‌شده و فراوانی، شدت، مدت و نوع رفتار خودزنی را در طول یک سال گذشته ارزیابی می‌کند. این سیاهه در مورد انواع رفتارهای آسیب به خود عمدی استفاده می‌شود. نمره‌گذاری آن به شکل ۱ (بلی) و ۰ (خیر) است. حداقل و حداکثر نمره در این سیاهه ۰ و ۱۷ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده خودزنی غیرخودکشی بیشتر است. گراتز ضریب آلفای کرونباخ سیاهه را ۰/۸۲ و ضریب اعتبار آن را به روش آزمون باز آزمون بعد از دو هفته، ۰/۶۸ به دست آوردند [۵۵]. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نسخه فارسی این سیاهه ۰/۷۳ بوده است. روایی سازه آن ($CFI=0.90$ ، $IFI=0.91$ ، $RMSEA=0.087$) نیز رضایت‌بخش بوده است [۹]. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۲ بود. با توجه به ساختار تک عاملی این سیاهه و نبود نشانگرهای لازم برای انجام مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزار LISREL، ماده‌های این سیاهه در درجه نخست با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی تحلیل شد، اما نتایج حاصل از آن ساختار تک عاملی آن را تأیید کرد. ازاین‌رو ماده‌های سیاهه در دو بسته بر اساس زوج و فرد بودن قرار گرفتند. سپس برای بررسی روایی سازه این دو بسته از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. بسته نخست، شامل پرسش‌های ۱۷، ۱۵، ۱۱، ۷، ۵، ۱ و بسته دوم، شامل پرسش‌های ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۶، ۴ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی ($CFI=0.94$ ، $GFI=0.91$ ، $AGFI=0.08$ ، $RMSEA=$) مربوط به این دو بسته خوب بود.

روش اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش پس از تأیید پروپوزال در گروه

1. The Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI).
2. Gratz.

جدول ۱. داده‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر		فراوانی	درصد	متغیر		فراوانی	درصد	
دانشگاه	دانشگاه آزاد	۳۷۲	۷۱/۴	طبقه اجتماعی	بالا	۱۸	۳/۵	
	دانشگاه دولتی	۱۴۹	۲۸/۶		متوسط به بالا	۱۳۹	۲۶/۷	
جنسیت	دختر	۳۴۷	۶۶/۶		متوسط	۳۰۰	۵۷/۶	
	پسر	۱۷۴	۳۳/۴		متوسط به پایین	۵۰	۹/۶	
وضعیت تأهل	مجرد	۴۲۸	۸۲/۱		پایین	۱۴	۲/۷	
	متأهل	۸۳	۱۵/۹	با خانواده	۳۷۰	۷۱		
	جداشده	۱۰	۱/۹	خواهگاه	۱۲۳	۲۳/۶		
دانشکده	دانشگاه آزاد	علوم انسانی	۲۸۸	۵۵/۳	نوع سکونت	با دوستان	۱۴	۲/۷
		علوم پزشکی	۵۴	۱۰/۴		به‌تنهایی	۱۴	۲/۷
	دانشگاه دولتی	علوم پایه و مهندسی	۸۷	۱۶/۷				
		هنر	۹۲	۱۷/۷				

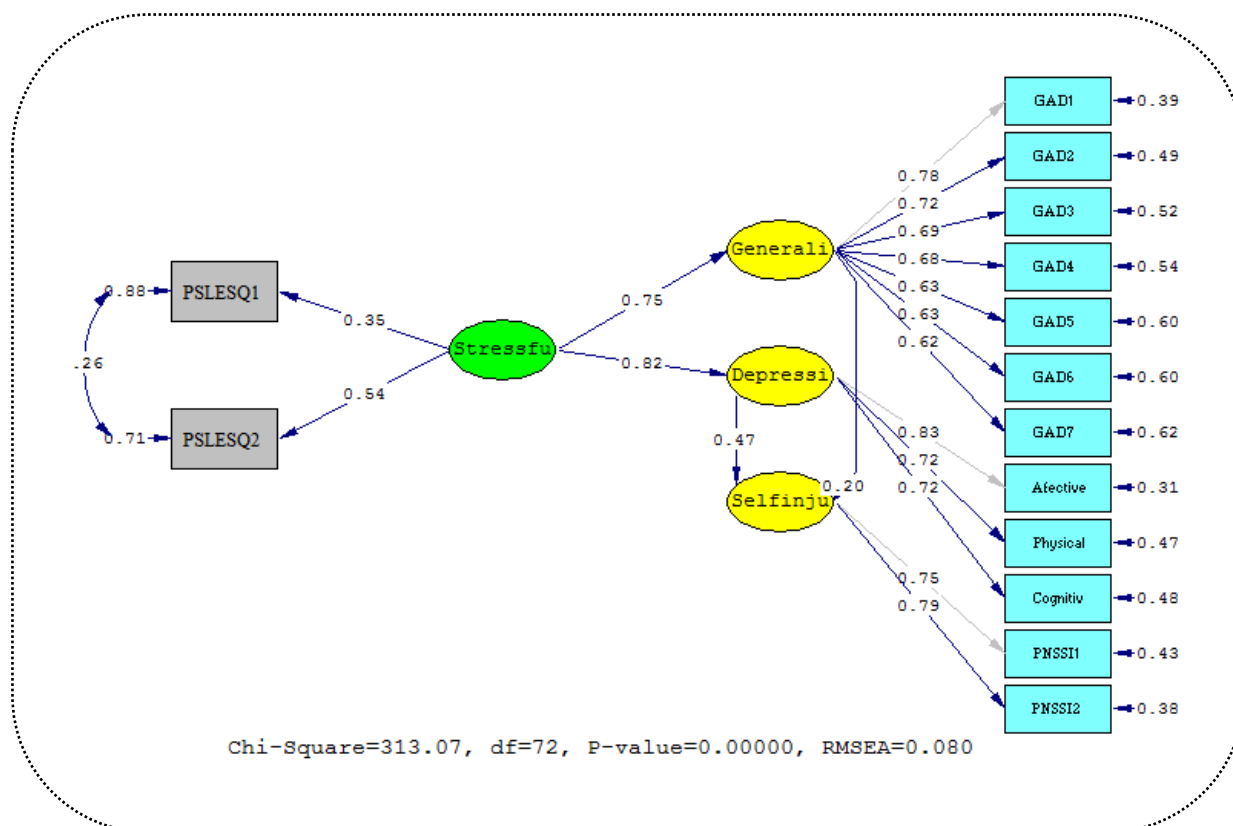
جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. بسته اول رویدادهای استرس‌زای زندگی	-										
۲. بسته دوم رویدادهای استرس‌زای زندگی	۰/۴۴**	-									
۳. نمره کل رویدادهای استرس‌زای زندگی	۰/۸۵**	۰/۸۵**	-								
۴. اضطراب فراگیر	۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۳۵**	-							
۵. علائم عاطفی	۰/۲۴**	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۴۸**	-						
۶. علائم جسمی	۰/۱۲**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۴۰**	۰/۶۰**	-					
۷. علائم شناختی	۰/۱۰*	۰/۳۱**	۰/۲۴**	۰/۳۸**	۰/۵۸**	۰/۵۷**	-				
۸. نمره کل افسردگی	۰/۲۰**	۰/۳۷**	۰/۳۴**	۰/۵۱**	۰/۹۲**	۰/۸۰**	۰/۷۹**	-			
۹. بسته اول خودزنی غیرخودکشی	۰/۴۲**	۰/۴۷**	۰/۵۲**	۰/۲۹**	۰/۳۹**	۰/۲۵**	۰/۳۱**	۰/۳۹**	-		
۱۰. بسته دوم خودزنی غیرخودکشی	۰/۳۵**	۰/۴۹**	۰/۵۰**	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۲۶**	۰/۲۸**	۰/۳۸**	۰/۵۹**	-	
۱۱. نمره کل خودزنی غیرخودکشی	۰/۴۴**	۰/۵۳**	۰/۵۷**	۰/۳۶**	۰/۴۳**	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۴۳**	۰/۸۹**	۰/۸۹**	-
میانگین	۰/۷۰	۰/۹۴	۱/۶۵	۸/۱۹	۲/۹۷	۱/۸۶	۱/۹۸	۶/۸۱	۰/۶۸	۰/۶۴	۱/۳۳
انحراف استاندارد	۰/۹۹	۰/۹۹	۱/۶۹	۴/۸۹	۳/۲۸	۱/۶۹	۱/۶۵	۵/۷۱	۰/۹۵	۰/۹۳	۱/۶۸
کجی	۱/۳۸	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۴۶	۱/۲۰	۰/۷۸	۰/۵۶	۰/۸۱	۱/۱۷	۱/۲۷	۱/۱۸
کشیدگی	۱/۱۶	۰/۳۱	۰/۰۸	-۰/۳۱	۰/۷۸	۰/۱۳	-۰/۵۳	-۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۴۵	۰/۳۹

نکته: ۰/۰۵ < p*، ۰/۰۱ < p**

غیرخودکشی معنادار است. اثر غیرمستقیم رویدادهای استرس‌زای زندگی بر خودزنی غیرخودکشی از طریق اضطراب فراگیر و افسردگی معنادار است ($p < 0.01$).
 $\beta = 0.51$, $t = 9.76$). شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم نشده، برازش افزایشی، نیکویی برازش و قریب ریشه میانگین مجذورات برای مدل برازش‌شده به ترتیب برابر ($P = 0.01$) 0.94 ، 0.95 ، 0.94 ، 0.95 ، 0.94 و 0.94 بود. بر اساس منابع موجود [۴۷] شاخص‌های برازش باید بزرگ‌تر از 0.90 و قریب ریشه میانگین مجذورات 0.08 و کم‌تر از آن باشد. اگرچه شاخص‌های برازش این مدل مطلوب هست، اما به دلیل بالاتر بودن قریب ریشه میانگین مجذورات از 0.08 ، اصلاح مدل با استفاده از پیشنهاد‌های اصلاحی نرم‌افزار LISREL انجام شد؛ به عبارت دیگر بسته‌های نخست و دوم رویدادهای استرس‌زای زندگی به یکدیگر وصل شدند (شکل ۱). در جدول ۳ و ۴ اثرات مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش و همچنین شاخص‌های ارائه شده است.

بررسی پیش‌فرض استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین - واتسون نشان داد که مقدار آن برابر $2/006$ است و در محدوده قابل قبول $1/5$ تا $2/5$ قرار دارد. آماره تحمل $0/45$ تا $0/75$ و تورم واریانس $1/33$ تا $2/21$ بود. با توجه به فاصله شاخص تحمل از $0/01$ و همچنین کوچک‌تر بودن شاخص تورم واریانس از 10 ، مشکل هم خطی چندگانه وجود ندارد. با توجه به آنچه ذکر شد، پیش‌فرض‌های فاصله‌ای بودن، بهنجار بودن، رابطه خطی بین متغیرهای پژوهش و هم خطی چندگانه رعایت شده است. برای بررسی نقش میانجی اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی با خودزنی غیرخودکشی از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج اولیه نشان داد که اثر مستقیم رویدادهای استرس‌زای زندگی بر اضطراب فراگیر ($\beta = 0.71$, $p < 0.05$, $t = 12.42$) و افسردگی ($\beta = 0.75$, $p < 0.05$, $t = 13.12$) معنادار است. اثر مستقیم اضطراب فراگیر ($\beta = 0.22$, $p < 0.05$, $t = 3.56$) و افسردگی ($\beta = 0.48$, $p < 0.05$, $t = 7.01$) بر خودزنی



شکل ۱. مدل نهایی نقش میانجی اضطراب فراگیر و افسردگی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی با خودزنی غیرخودکشی

نتایج شکل ۱ و جدول ۳ نشان داد که اثر مستقیم رویدادهای استرس‌زای زندگی بر اضطراب فراگیر ($p < ۰/۰۵$, $\beta = ۰/۷۵$, $t = ۱۲/۲۱$) و افسردگی ($p < ۰/۰۵$, $\beta = ۰/۸۲$, $t = ۱۳/۱۳$) معنادار است. اثر مستقیم اضطراب فراگیر ($p < ۰/۰۵$, $\beta = ۰/۴۷$, $t = ۳/۹۳$) و افسردگی ($p < ۰/۰۵$, $\beta = ۰/۵۳$, $t = ۹/۷۰$) است.

بر خودزنی غیرخودکشی معنادار است. اثر غیرمستقیم رویدادهای استرس‌زای زندگی بر خودزنی غیرخودکشی از طریق اضطراب فراگیر و افسردگی معنادار است ($p < ۰/۰۱$, $\beta = ۰/۵۳$, $t = ۹/۷۰$).

جدول ۳. اثرات مستقیم و غیرمستقیم مربوط به مدل نهایی

اثرات	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	β	T	P
مستقیم	رویدادهای استرس‌زای زندگی	اضطراب فراگیر	۰/۷۵	۱۲/۲۱	<۰/۰۱
		افسردگی	۰/۸۲	۱۳/۱۳	<۰/۰۱
	اضطراب فراگیر	خودزنی غیرخودکشی	۰/۲۰	۲/۹۳	<۰/۰۱
		افسردگی	۰/۴۷	۶/۳۳	<۰/۰۱
غیرمستقیم	رویدادهای استرس‌زای زندگی به خودزنی غیرخودکشی از طریق اضطراب فراگیر و افسردگی		۰/۵۳	۹/۷۰	<۰/۰۱

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	RSMEA	CFI	NFI	NNFI	IFI	RFI	GFI
ملاک برازش	۰/۰۸ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *
آماره	۰/۰۸	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۲

شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم نشده، برازش افزایشی، نیکویی برازش و قریب ریشه میانگین مجذورات برای مدل برازش‌شده به ترتیب برابر $(P = ۰/۰۱)$ ۳۱۳/۰۷، ۰/۹۵، ۰/۹۵، ۰/۹۶، ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۰۸ بود. نتایج فوق نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش مدل بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برابر ۰/۰۸ است، لذا مدل پژوهش از برازش خوبی برخوردار است. به عبارت دیگر، اضطراب فراگیر و افسردگی میانجی رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی هستند.

نتایج نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی رابطه وجود دارد. با توجه به نتایج فوق می‌توان گفت، دانشجویانی که رویدادهای استرس‌زای بیشتری را در زندگی خود تجربه کرده بودند، خودزنی غیرخودکشی بیشتری را تجربه می‌کردند [۱۸]. نتایج این پژوهش نشان داد که رویدادهای استرس‌زای زندگی بر اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اثر دارند و همچنین بین آن‌ها رابطه وجود دارد. این یافته مشابه پژوهش‌های قبلی نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی با اضطراب، اختلال‌های اضطرابی [۱۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹] و افسردگی [۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۷، ۳۴، ۳۵، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۴] نوجوانان، دانشجویان و بزرگسالان رابطه وجود دارد. با توجه به نتایج فوق می‌توان گفت، دانشجویانی که رویدادهای استرس‌زای بیشتری را در زندگی خود تجربه کرده بودند، علائم اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی بیشتری را گزارش کردند. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که استرس ناشی از

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش میانجی اضطراب فراگیر و افسردگی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان بود. نتایج این پژوهش مشابه پژوهش‌های قبلی درباره نوجوانان [۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸]، دانشجویان [۱۸] و بزرگسالان جوان

رویدادهای استرس‌زای زندگی نقش مهمی در سبب‌شناسی همه اختلال‌های روانی از جمله اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی و خودزنی غیرخودکشی دارند. این نتایج بر اساس مدل بیماری‌پذیری - استرس قابل تبیین است. در این مدل اعتقاد بر این است که اگرچه انسان‌ها گرایش به برخی صفات یا رفتارها را به ارث می‌برند، اما عوامل استرس‌زا نقش مهمی در شکل‌گیری آن دارند [۱۴]. مدل‌های اجتناب - شناختی، فراشناختی، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، بد تنظیمی هیجانی، مبتنی بر پذیرش و مدل یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر نیز نشان می‌دهند که رویدادهای استرس‌زا یا منفی زندگی نقش مهمی در شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر دارند [۲۳]. مدل یکپارچه اختلال خلقی نیز نشان می‌دهد که رویدادهای پر استرس زندگی نقش مهمی در ایجاد اختلال افسردگی دارند (۱۴). در مجموع، افرادی که رویدادهای استرس‌زای بیشتری را در زندگی خود تجربه کرده‌اند، علائم اضطراب فراگیر و افسردگی بیشتر و همچنین خودزنی غیرخودکشی بیشتری را دارند. لازم به ذکر است که طی این فرآیند اختلال در عملکرد هیجانی و تغییرات مرتبط با شناخت می‌توانند نقش مهمی در ایجاد این اختلال‌ها بازی کنند.

نتایج این پژوهش نشان داد که علائم اختلال اضطراب فراگیر بر خودزنی غیر خودکشی دانشجویان اثر دارد و بین آن‌ها رابطه وجود دارد. در این پژوهش، یافته‌های قبلی [۲۶-۲۴، ۲۲، ۲۱] مبنی بر رابطه بین اختلال‌های اضطرابی به خصوص اختلال اضطراب فراگیر و عوامل مرتبط با آن با خودزنی غیرخودکشی تکرار شد. برای مثال سان و همکاران گزارش کردند که بین اضطراب اندازه‌گیری شده به وسیله مقیاس اختلال اضطراب فراگیر و خودزنی غیرخودکشی نوجوان بستری و بزرگسالان همبستگی وجود دارد [۲۴]. جیائو و همکاران [۲۵] دریافتند که بین علائم اختلال اضطراب فراگیر و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان رابطه وجود دارد. پیترز و همکاران [۲۶] دریافتند که بین اختلال‌های اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر و خودزنی غیرخودکشی افراد مبتلا به این اختلال‌ها رابطه وجود دارد. با توجه به نتایج فوق می‌توان گفت، رفتارهای خودزنی غیرخودکشی در دانشجویانی که سطوح بالاتری از علائم اختلال‌های اضطراب فراگیر رنج می‌برند از خودزنی غیرخودکشی به عنوان ابزاری برای تنظیم تنش، عواطف و هیجان‌های خود (کاهش تنش، عواطف/ هیجان‌های منفی و تجارب فیزیولوژیکی و در عوض افزایش عواطف/هیجان‌های مثبت،

حالت‌های فیزیولوژیکی مطلوب)، ضد تجزیه (خاتمه تجربه مسخ شخصیت یا تجزیه، ضد خودکشی (جایگزینی، سازش یا اجتناب از تکانه خودکشی)، خودتنبیهی (تحقیر کردن یا ابراز خشم نسبت به خود)، هیجان خواهی (ایجاد سرخوشی و تهییج)، مرزها (تأکید بر استقلال یا تمایز بین خود و دیگران) و اثر بین فردی (فریاد کمک خواهی، اجتناب از رها شدن، تأثیرگذاری بر رفتار یا دست‌کاری دیگران) استفاده می‌کنند.

در نهایت نتایج نشان داد که اضطراب فراگیر و افسردگی میانجی، رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان هستند. این نتایج نشان می‌دهد، وقتی دانشجویان با رویدادهای استرس‌زای زندگی مواجه می‌شوند، می‌توانند علائم اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی را ایجاد کنند که به نوبه خود رابطه نزدیکی با خودزنی غیرخودکشی دارند. به عبارت دیگر، رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌توانند از طریق اضطراب فراگیر و افسردگی بر این رفتار اثر بگذارند. اگرچه پژوهشی درباره نقش میانجی اضطراب فراگیر و افسردگی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان مشاهده نشد، اما جیانگ و همکاران [۲۷] دریافتند که هیجان‌هایی مانند افسردگی و اضطراب میانجی رابطه بین رویدادهای منفی زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان هستند. ژو و همکاران [۱۶] مشاهده کردند که تنظیم هیجان و علائم درونی شده مانند اضطراب (اندازه‌گیری شده با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر) و افسردگی میانجی رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان هستند. وی و همکاران [۱۳] و وان و همکاران [۱۷] گزارش کردند که افسردگی میانجی رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان است. در سایر پژوهش‌ها دریافتند که افسردگی میانجی رابطه بین قربانی شدن سایبری و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان [۳۸]، قربانی شدن توسط همسالان و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان [۳۹]، طرد والدین و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان [۴۱]، نگرش دانشجویان به خودکشی و نیازهای بین فردی ناکام شده با خودزنی غیرخودکشی دانشجویان [۴۴]، روان رنجورخویی و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان [۴۵] است. پژوهش‌های دیگر نشان دادند که افسردگی به همراه سایر متغیرها ازجمله

ذهنی‌سازی [۳۴]، اجتناب تجربه‌ای [۳۵]، اجتناب اجتماعی [۳۶] و زورگویی سایبری [۴۰] میانجی رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان و جوانان هستند. ژو و همکاران [۲۸] گزارش کردند که اضطراب میانجی رابطه بین قربانی شدن سایبری و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان است. ژانگ و همکاران [۲۹] دریافتند که اضطراب میانجی رابطه بین رویدادهای منفی زندگی و این رفتار نوجوانان است.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که رویدادهای استرس‌زای مرتبط با گذار از نوجوانی به بزرگسالی و ورود به دانشگاه با بی‌ثباتی در حوزه‌های مختلفی مانند شغل، مسائل مالی، مسکن و روابط همراه است [۱]. این بی‌ثباتی‌ها می‌توانند سبب پریشانی‌های روان‌شناختی ازجمله اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی در بین دانشجویان شوند. در این شرایط دانشجویان ممکن است نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد، دشواری در کنترل نگرانی، اشکال در تمرکز، تنش عضلانی، زود خسته شدن، بی‌قراری، تحریک‌پذیری و اختلال خواب را تجربه کنند. آن‌ها ممکن است درباره شرایط معمول زندگی ازجمله کار، امور مالی، سلامتی خود و اعضای خانواده، مشکل فرزندان‌شان یا مسائل جزئی مانند انجام کارهای خانه یا دیر رسیدن به قرار ملاقات نگران باشند. آن‌ها همچنین خلق افسرده، فقدان علاقه یا لذت، کاهش وزن، بی‌قراری یا کندی روانی حرکتی، کم‌اشتهایی یا پراشتهایی، کم‌خوابی یا پرخوابی، خستگی یا فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بیش‌ازحد و نامتناسب، کاهش توانایی تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری، افکار مربوط به مرگ و خودکشی را تجربه کنند [۴]. این نشانگان می‌توانند در ادامه منجر به استفاده از خودزنی غیرخودکشی به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان ناکارآمد شوند [۱۶، ۲۷]. طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روان‌شناختی این رفتار می‌تواند با هدف رهایی از احساس حالت شناختی منفی، حل مشکلات بین فردی و القای حالت هیجانی یا احساسی مثبت، اما بدون نیت خودکشی انجام شود [۴]. ژو و همکاران [۱۶] بر این باورند که افراد ممکن است در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی برانگیختگی و پریشانی هیجانی بالایی مثل اضطراب و افسردگی را تجربه کنند. در این شرایط تحمل این سطح برانگیختگی و هیجان‌های پریشان‌کننده ممکن است برای

برخی افراد امکان‌پذیر نباشد؛ لذا خودزنی غیرخودکشی ممکن است به‌عنوان یک راهبرد تنظیم استرس و راهبرد تنظیم هیجان مورد استفاده قرار گیرد. جیانگ و همکاران [۲۷] نیز معتقدند که رویدادهای منفی زندگی می‌توانند سبب تجارب پریشان‌کننده جسمی و روان‌شناختی شوند و در ادامه منجر به هیجان‌های ناخوشایند مانند اضطراب و افسردگی شوند. به‌عبارت دیگر مواجهه افراد با رویدادهای منفی می‌تواند منجر به هیجان‌های منفی ازجمله اضطراب و افسردگی شود که به‌نوبه خود رابطه نزدیکی با خودزنی غیرخودکشی دارند.

اقدام به خودزنی غیرخودکشی پس از تجربه علائم اختلال‌های اضطراب فراگیر و افسردگی ناشی از رویدادهای استرس‌زای زندگی را می‌توان بر اساس مدل‌های مختلف مرتبط با این رفتار تبیین کرد. بر اساس مدل‌های کارکردی [۵۷، ۵۸]، این رفتار می‌تواند ابزاری برای تنظیم تنش، عواطف و هیجان‌های خود (کاهش تنش، عواطف/هیجان‌های منفی و تجارب فیزیولوژیکی و در عوض افزایش عواطف/هیجان‌های مثبت، حالت‌های فیزیولوژیکی مطلوب)، ضد تجزیه (خاتمه تجربه مسخ شخصیت یا تجزیه)، ضد خودکشی (جایگزینی، سازش یا اجتناب از تکانه خودکشی)، خودتنبیهی (تحقیر کردن یا ابراز خشم نسبت به خود)، هیجان‌خواهی (ایجاد سرخوشی و تهییج)، مرزها (تأکید بر استقلال یا تمایز بین خود و دیگران) و اثر بین فردی (فریاد کمک خواهی، اجتناب از رها شدن، تأثیرگذاری بر رفتار یا دست‌کاری دیگران) باشد. بر اساس مدل اجتناب تجربه‌ای [۵۹] می‌توان گفت که خودزنی غیرخودکشی به افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی کمک می‌کند تا از تجارب هیجانی ناخواسته، افکار، حس‌ها، احساس‌ها و هیجان‌های ناشی از تجارب استرس‌زای خود فرار یا اجتناب کنند. بر اساس مدل شناختی - هیجانی [۶۰]، افرادی که در مواجهه با موقعیت‌های هیجانی ناپایدار واکنش شدیدی‌تری می‌دهند، طرح‌واره‌های منفی درباره خود دارند، انتظار دارند خودزنی غیرخودکشی به وضعیت روانی مطلوبی منجر شود، باور به توانایی انجام خودزنی یا محدودیت به توانایی مقاومت برابر این رفتار دارند و راهبردهای تنظیم هیجان ضعیفی دارند. این افراد در معرض خطر بیشتری برای خودزنی غیرخودکشی به منظور اجتناب از محرک‌ها یا موقعیت‌های بیرونی یا یا تعدیل پاسخ هیجانی قرار دارند.

بر اساس مدل آبشار هیجان [۶۱] می‌توان گفت، نشخوار فکری و عاطفه منفی افراد مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی نقش مهمی در شروع و تداوم خودزنی غیرخودکشی دارند. تمایل افراد به نشخوار افکار و احساس‌های منفی هیجانی باعث افزایش هیجان منفی می‌شود، توجه به محرک‌های هیجانی را افزایش می‌دهد و درنهایت منجر به نشخوار فکری بیشتر می‌شود. در این شرایط خودزنی غیرخودکشی به‌عنوان شکلی از حواس‌پرتی عمل می‌کند و فرایند آبشار هیجان را به دلیل تغییر تمرکز از نشخوار فکری به حس‌های جسمی مرتبط با این رفتار کوتاه می‌کند. به‌عبارت دیگر، آبشارهای نشخوار فکری و هیجان منفی حالت ناخوشایندی را ایجاد می‌کنند که در این شرایط خودزنی غیرخودکشی مثل یک عامل منحرف‌کننده حواس از این آبشارها و درنتیجه کاهش هیجان منفی عمل می‌کند.

درمجموع نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که رویدادهای استرس‌زای زندگی به‌طور غیرمستقیم به‌واسطه اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی منجر به خودزنی غیرخودکشی بعدی دانشجویان می‌شوند. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده نقش و اهمیت اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی در ابتلای افراد به خودزنی غیرخودکشی است. انجام اقداماتی در تمام سطوح پیشگیری به شکل اطلاع‌رسانی یا آگاه‌سازی، شناسایی افراد مستعد و انجام مداخله‌های بهنگام و همچنین توانمندسازی افراد مبتلا به خودزنی غیرخودکشی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. استفاده از روش‌های آموزشی و درمانی مانند مدیریت استرس، ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، شناختی - رفتاری، طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری و درمان خودزنی غیرخودکشی داشته باشد. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد. این پژوهش به‌صورت مقطعی و توصیفی از نوع همبستگی انجام شد؛ لذا امکان تبیین علت و معلولی درباره روابط بین متغیرها وجود ندارد. پژوهش‌های طولی می‌توانند اطلاعات دقیق‌تری درباره رابطه بین این متغیرها فراهم سازند. دوم، داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی جمع‌آوری شده است. در این شرایط احتمال سوگیری شرکت‌کنندگان وجود دارد. استفاده از سایر روش‌ها مانند مصاحبه و مشاهده می‌تواند منجر به اطلاعات دقیق‌تری شود.

- 4- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
- 5- Abbasi-Ghahramanloo, A., Khodadoust, B., Adham, D., Gholami, A., Farokhi, R., Maghsodlou-Nejad, V., Afrashteh, S. Non-suicidal self-injury and its risk factors among Iranian high school and university students. *Front Psychiatry*. 2024; 15: 1425411. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1425411>
- 6- Wilkinson, P. O., Qiu, T., Jesmont, C., Neufeld, S. A. S., Kaur, S. P., Jones, P. B., Goodyer, I. M. Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress. *J Affect Disord*. 2022; 306: 240-5. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.021>
- 7- Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., Shahabizadeh, F. The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescents. *Int Arch Health Sci*. 2020; 7: 96-103. https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_21_20
- 8- Rostami, F., Mansouri, A. The moderating role of social support in relationship between psychological distress and non-suicidal self-injury. *JMSTHUMS*. 2024; 12(1): 80-90. <http://dx.doi.org/10.61186/jmsthums.12.1.80> [In Persian].
- 9- Shahani, S., Mansouri, A. The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between borderline personality traits and non-suicidal self-injury in students. *Clinical Psychology and Personality*. 2023; 21(1): 33-42. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17094.1302> [In Persian].
- 10- Anvari, S. M., Mansouri, A. The relationship between cyberbullying victimization and non-suicidal self-injury and suicide behaviors in adolescents: The mediating role of emotion regulation. *Clinical Psychology and Personality*. 2023; 21(2): 129-38. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17691.1358> [In Persian].
- 11- Shadabi, S., Mansouri, A. The mediating role of anger rumination in the relationship between family functioning and non-suicidal self-injury. *Quarterly Journal of Social Work*. 2023; 12(4): 25-36. <http://socialworkmag.ir/article-1-897-fa.html> [In Persian].

ملاحظات اخلاقی

محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات، پرهیز از آسیب به شرکت‌کنندگان و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی جزو ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است که دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1403.006 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور هست.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی مراکز، نهادها و سازمان‌ها نداشته است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

سپاسگزاری

نویسندگان از دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌کنند.

منابع

- 1- Kingsbury, M., Reme, B. A., Skogen, J. C., Sivertsen, B., Øverland, S., Cantor, N., Hysing, M., Petrie, K., Colman, I. Differential associations between types of social media use and university students' non-suicidal self-injury and suicidal behavior. *Comput Human Behav*. 2021; 115: 106614. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106614>
- 2- Kiekens, G., Hasking, P., Claes, L., Boyes, M., Mortier, P., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Myin-Germeys, I., Nock, M. K., Bruffaerts, R. Predicting the incidence of non-suicidal self-injury in college students. *Eur Psychiatry*. 2019; 59: 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.002>
- 3- Tseng, Y. C., Ditchman, N. Non-suicidal self-injury in a college sample: Intrapersonal and family factors. *J Am Coll Health*. 2025; 73(1): 217-26. <https://doi.org/10.1080/07448481.2023.2209206>

- 20-Yan, H., Yue, W. Risk factors, theoretical models, and biological mechanisms of nonsuicidal self-injury: A brief review. *Interdiscip Nurs Res*. 2023; 2(2): 112-120. <https://doi.org/10.1097/NR9.0000000000000023>
- 21-Chartrand, H., Sareen, J., Toews, M., Bolton, J. M. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2012; 29(3): 172-79. <https://doi.org/10.1002/da.20882>
- 22-Yao, Z., Pang, L., Xie, J., Shi, S., Ouyang, M. The relationship between social anxiety and self-injury of junior high school students: Mediation by intolerance of uncertainty and moderation by self-esteem. *Front Public Health*. 2023; 11: 1046729. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1046729>
- 23-Khodayarifard, M., Mansouri, A., Besharat, M. A., Gholamali Lavasani, M. A review of conceptual models for worry and generalized anxiety disorder. *Clin Exc*. 2017; 6(2): 37-38. <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-334-fa.html> [In Persian].
- 24-Sun, K., Li, A., Li, Y., Xie, J., Tong, Y., Ma, J., Wu, Y. A cross-sectional study of non-suicidal self-injury in a Chinese adolescent inpatient cohort. *Front Psychiatry*. 2023; 14: 1109334. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1109334>
- 25-Jiao, T., Guo, S., Zhang, Y., Li, Y., Xie, X., Ma, Y., Chen, R., Yu, Y., Tang, J. Associations of depressive and anxiety symptoms with non-suicidal self-injury and suicidal attempt among Chinese adolescents: The mediation role of sleep quality. *Front Psychiatry*. 2022; 13: 1018525. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1018525>
- 26-Peters, E. M., Bowen, R., Balbuena, L. Mood instability contributes to impulsivity, non-suicidal self-injury, and binge eating/purging in people with anxiety disorders. *Psychol Psychother*. 2019; 92(3): 422-38. <https://doi.org/10.1111/papt.12192>
- 27-Jiang, Z., Wang, Z., Diao, Q., Chen, J., Tian, G., Cheng, X., Zhao, M., He, L., He, Q., Sun, J., Liu, J. The relationship between negative life events and non-suicidal self-injury (NSSI) among Chinese junior high school students: The mediating role of emotions. *Ann Gen Psychiatry*. 2022; 21: 45. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00423-0>
- 12-Mansouri, M., Tarimoradi, A., Mansouri, A., Zam, F., Bolghan-Abadi, M. Predicting of nonsuicidal self-injury in adolescents using stressful life events, maladaptive schema and spiritual coping. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2022; 10(1): 143-55. <http://journal.nums.ac.ir/article-1-1232-en.html> [In Persian].
- 13-Wei, C., Li, Z., Ma, T., Jiang, X., Yu, C., Xu, Q. Stressful life events and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: A moderated mediation model of depression and resilience. *Front Public Health*. 2022; 10: 944726. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.944726>
- 14-Barlow, D. H., Durand, V. M., Hofmann, S. G. *Psychopathology: An integrative approach to mental disorders*. Boston, MA: Cengage; 2023.
- 15-Ye, Y., Wang, H., Liao, X., Yu, C., Zhang, W. Stressful life events, sleep quality and non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: The moderating effect of sensation seeking. *Behav Sci (Basel)*. 2024; 14(4): 286. <https://doi.org/10.3390/bs14040286>
- 16-Zhou, L., Qiao, C., Huang, J., Lin, J., Zhang, H., Xie, J., Yuan, Y., Hu, C. The impact of recent life events, internalizing symptoms, and emotion regulation on the severity of non-suicidal self-injury in adolescents: A mediation analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2024; 20: 415-28. <https://doi.org/10.2147/NDT.S444729>
- 17-Wan, L.-P., Yang, X.-F., Liu, Z.-Z., Liu, B.-P., Zhang, Y.-Y., Liu, C.-R., Liu, X., Jia, C.-X., Wang, X.-T. Longitudinal associations of stressful life events with non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: The mediating effect of depressive symptoms. *Depress Anxiety*. 2023; 1377714. <https://doi.org/10.1155/2023/1377714>
- 18-Hamza, C. A., Goldstein, A. L., Heath, N. L., Ewing, L. Stressful experiences in university predict non-suicidal self-injury through emotional reactivity. *Front Psychol*. 2021; 12: 610670. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.610670>
- 19-Zhang, Y., Gong, L., Feng, Q., Hu, K., Liu, C., Jiang, T., Zhang, Q. Association between negative life events through mental health and non-suicidal self-injury with young adults: Evidence for sex moderate correlation. *BMC Psychiatry*. 2024; 24(1): 466. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05880-3>

- 36-Ding, J., Sun, W., Liu, J., Chao, M. Being ghosted online and non-suicidal self-injury among adolescents: The role of social avoidance and depression. *Death Stud.* 2024; 1-11.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2386065>
- 37-Li, J., Yu, C. Deviant peer affiliation, depression, and adolescent non-suicidal self-injury: The moderating effect of the OXTR Gene rs53576 polymorphism. *Children (Basel).* 2024; 11(12): 1445.
- 38-Liu, S., Wu, W., Zou, H., Chen, Y., Xu, L., Zhang, W., Yu, C., Zhen, S. Cybervictimization and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: The effect of depression and school connectedness. *Front Public Health.* 2023; 11: 1091959.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1091959>
- 39-Li, M., Wang, H., Li, J., Deng, Y., Yu, C. Peer victimization, depression, and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: The moderating role of the 5-HTT2A gene rs6313 polymorphism. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2022; 16(1): 108.
<https://doi.org/10.1186/s13034-022-00532-4>
- 40-Baker, A. C., Wallander, J. L., Elliott, M. N., Schuster, M. A. Non-suicidal self-injury among adolescents: A structural model with socioecological connectedness, bullying victimization, and depression. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2023; 54(4): 1190-1208.
<https://doi.org/10.1007/s10578-022-01319-6>
- 41-Zhu, J., Chen, Y., Su, B. Non-suicidal self-injury in adolescence: Longitudinal evidence of recursive associations with adolescent depression and parental rejection. *J Adolesc.* 2020; 84: 36-44.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.08.002>
- 42-Idris, S. N., Mahfar, M. The relationship between depression and self-compassion with non-suicidal self-injury among university students. *Int J Public Health Sci.* 2024; 13(1): 338-44.
<https://doi.org/10.11591/ijphs.v13i1.23375>
- 43-Yelpaze, İ. The relationship between depression and non-suicidal self-injury: The mediating roles of distress intolerance and perceived social support, the moderating role of gender. *Deviant Behav.* 2024; 45(6): 882-95.
<https://doi.org/10.1080/01639625.2023.2268252>
- 28-Zhu, J., Chen, Y., Su, B., Zhang, W. Anxiety symptoms mediates the influence of cybervictimization on adolescent non-suicidal self-injury: The moderating effect of self-control. *J Affect Disord.* 2021; 285: 144-51.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.004>
- 29-Zhang, Y., Suo, X., Zhang, Y., Zhang, S., Yang, M., Qian, L., Shang, L., Zhang, D., Xu, F., Li, W. The relationship between negative life events and nonsuicidal self-injury among Chinese adolescents: A moderated-mediation model. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2022; 18: 2881-90.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S386179>
- 30-Peng, B., Wang, R., Zuo, W., Liu, H., Deng, C., Jing, X., Hu, H., Zhao, W., Qin, P., Dai, L., Chen, Z., Zhang, Y., Liu, X. Distinct correlation network of clinical characteristics in suicide attempters having adolescent major depressive disorder with non-suicidal self-injury. *Translational Psychiatry.* 2024; 14: 134.
<https://doi.org/10.1038/s41398-024-02843-w>
- 31-Wang, L., Liu, J., Yang, Y., Zou, H. Prevalence and risk factors for non-suicidal self-injury among patients with depression or bipolar disorder in China. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1): 389. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03392-y>
- 32-Yi, P. C., Qin, Y. H., Zheng, C. M., Ren, K. M., Huang, L., Chen, W. Tumor markers and depression scores are predictive of non-suicidal self-injury behaviors among adolescents with depressive disorder: A retrospective study. *Front Neurosci.* 2022; 16: 953842.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2022.953842>
- 33-Lee, J. Y., Kim, H., Kim, S. Y., Kim, J. M., Shin, I. S., Kim, S. W. Non-suicidal self-injury is associated with psychotic like experiences, depression, and bullying in Korean adolescents. *Early Interv Psychiatry.* 2021; 15(6): 1696-1704.
<https://doi.org/10.1111/eip.13115>
- 34-Yang, L., Du, X., Huang, M. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: The mediating role of mentalization and depression. *Eur J Psychotraumatol.* 2025; 16(1): 2466279.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2466279>
- 35-Ding, H., Zhu, L., Wei, H., Geng, J., Huang, F., Lei, L. The relationship between cyber-ostracism and adolescents' non-suicidal self-injury: Mediating roles of depression and experiential avoidance. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(19): 12236.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191912236>

- 52-Pour, H., Mansouri, A. The mediating role of worry and rumination in the relationship between behavioral brain systems and generalized anxiety disorder in students. *Clinical Psychology and Personality*. 2021; 19(1): 121-30.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.3047>
[In Persian].
- 53-Beck, A. T., Beck, R. W. Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgrad Med*. 1972; 52(6): 81-5.
<https://doi.org/10.1080/00325481.1972.11713319>
- 54-Dadfar, M., Kalibatseva, Z. Psychometric properties of the Persian version of the short Beck depression inventory with Iranian psychiatric outpatients. *Scientifica (Cairo)*. 2016; 2016: 8196463.
<https://doi.org/10.1155/2016/8196463>
- 55-Gratz, K. L. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001; 23(4): 253-63.
<https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>
- 56-Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M. A primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM). Thousand Oaks, CA: Sage; 2022.
- 57-Nock, M. K., Prinstein, M. J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(5): 885-90.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- 58-Klonsky, E. D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(2): 226-39.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- 59-Chapman, A. L., Gratz, K. L., Brown, M. Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006; 44(3): 371-94.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- 60-Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., et al. A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cogn Emot*. 2017; 31(8): 1543-56.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219>
- 61-Selby, E. A., Anestis, M. D., Joiner, T. E. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behav Res Ther*. 2008; 46(5): 593-611.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- 44-Park, Y. H., Jeong, Y. W., Kang, Y. H., Kim, S. W., Park, S. Y., Kim, K. J., Lee, J. Y., Choi, D. B. Mediating the effects of depression in the relationship between university students' attitude toward suicide, frustrated interpersonal needs, and non-suicidal self-injury during the COVID-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs*. 2022; 37: 25-32.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.11.005>
- 45-Liao, C., Gu, X., Wang, J., Li, K., Wang, X., Zhao, M., Feng, Z. The relation between neuroticism and non-suicidal self-injury behavior among college students: Multiple mediating effects of emotion regulation and depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(5): 2885.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19052885>
- 46-Kim, I. H., Jeong, Y. W., Park, H. K.. Korean university students' problematic alcohol use, depression, and non-suicidal self-injury during COVID-19 lockdown. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*. 2021; 5: 24705470211053042.
<https://doi.org/10.1177/24705470211053042>
- 47-Meyers, L. S., Gamst, G. C., Guarino, A. J. Applied multivariate research: Design and interpretation. Thousand Oaks, CA: Sage; 2016.
- 48-Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., Green, B. L. Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *J Trauma Stress*. 1998; 11(3): 521-42.
<https://doi.org/10.1023/A:1024456713321>
- 49-Green, B. L., Chung, J. Y., Daroowalla, A., Kaltman, S., Debenedictis, C. Evaluating the cultural validity of the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Violence Against Women*. 2006; 12(12): 1191-1213.
<https://doi.org/10.1177/1077801206294534>
- 50-Rezaeidoust, A., Mansouri, A. The mediating role of spiritual distress and spiritual coping in the relationship between stressful life events and generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Personality*. In Press.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2025.19772.1629>
[In Persian].
- 51-Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006; 166(10): 1092-7.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

نقش ویژگی‌های شخصیتی و سرمایه روان‌شناختی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر در نوجوانان بی‌سرپرست

نویسندگان

مهسا رزم‌گر^۱، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی^{۲*}، سوسن رحیمی^۳، علیرضا رجایی^۴، حمید نجات^۵

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

Razmgar.mahsa@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. 

(نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. 

sussanrahimi7@hotmail.com

۴. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. 

۵. استادیار، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. 

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و بحران‌های احتمالی این دوره، به ویژه در قشرهای آسیب‌پذیر جامعه، این پژوهش با هدف بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی و سرمایه روان‌شناختی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر در نوجوانان بی‌سرپرست انجام شد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۱۱/۲۹

روش: طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان بی‌سرپرست دختر و پسر ۱۳ تا ۱۸ ساکن در مراکز تحت پوشش بهزیستی شهر مشهد بود که با روش سرشماری تعداد ۳۰۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS)، پرسش‌نامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی (NEO) و پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (PCQ). داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام) با نرم افزارهای SPSS-21 تحلیل شدند.

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۵/۰۶



نتایج: نتایج نشان داد ویژگی‌های شخصیتی با وجدان‌بودن، توافق‌جویی و روان‌رنجوری ($R^2 = 0/206, p < 0/0001$) و از میان مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، امیدواری و خوشبینی ($R^2 = 0/067, p < 0/0001$). توانستند رفتارهای پرخطر را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، توجه به تفاوت‌های فردی این نوجوانان و طراحی برنامه‌هایی برای افزایش امید و خوش‌بینی می‌تواند در ارتقای توان مقابله با مشکلات و پیشگیری از بروز رفتارهای پرخطر در این گروه مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها

ویژگی‌های شخصیت، سرمایه روان‌شناختی، رفتارهای پرخطر، نوجوانان بی‌سرپرست.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

rasool1340@um.ac.ir

مقدمه

نوجوانی مرحله‌ای تکاملی از زندگی است که با تغییرات سریع جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی همراه است [۱]. این دوره با دگرگونی‌های شناختی، زیستی و روان‌شناختی همراه است و ویژگی‌های آن نوجوان را به سمت تجربه موقعیت‌ها و رفتارهای پرخطر سوق می‌دهد [۲]. در حال حاضر شیوع رفتارهای پرخطر یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های جوامع بین‌المللی به شمار می‌آید [۳]. درواقع، نوجوانان در معرض طیف گسترده‌ای از رفتارهای پرخطر سلامتی از جمله خشونت، مصرف مواد، سیگار کشیدن و عادات غذایی ناسالم قرار دارند [۴].

از طرفی، از دست دادن والدین بدون شک تجربه‌ای آسیب‌زا است که بر رشد کودک بی‌سرپرست تأثیر می‌گذارد. کودک بی‌سرپرست، کودکی زیر ۱۸ سال است که یکی از والدین خود را به هر دلیلی از دست داده است [۵]. مرگ پدر و مادر باعث ایجاد ناراحتی عاطفی می‌شود و کودکان بی‌سرپرست مستعد مشکلات روانی طولانی مدت از جمله افسردگی، عصبانیت، اضطراب و احساس غم و اندوه هستند و تمایل به گوشه‌گیری و درخودفرورفتن دارند. این مشکلات روانی ناشی از شکست آن‌ها در مقابله با احساس از دست‌دادن است [۶]. به‌طور کلی، اغلب رفتارهای پرخطر در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌شوند [۷]. رفتارهای پرخطر در دوره نوجوانی، رفتارهای بالقوه مخربی هستند که نوجوانان به صورت ارادی و بدون اطلاع از پیامدهای نامطلوب احتمالی آن‌ها را انجام می‌دهند [۸]. و پیامدهای ناگواری برای فرد، خانواده و سایر افراد جامعه به بار می‌آورند [۹]. بروز این‌گونه رفتارها ممکن است به شدت مانع رشد سالم نوجوانان و سازگاری اجتماعی بعدی آن‌ها شود [۱۰]. به گفته سازمان جهانی بهداشت (WHO) [۱۱]، رفتارهای پرخطر به اقداماتی اشاره دارند که فرد را در معرض خطرات عمده برای سلامتی خود قرار می‌دهد. این تعریف بر محور رفتارهایی مانند مصرف مواد مخدر، عدم رعایت ایمنی در رانندگی و رفتارهای جنسی پرخطر تمرکز دارد که به شدت بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر می‌گذارد [۱۱]. در یک طبقه‌بندی کلی نیز رفتارهای پرخطر را به هفت مورد تقسیم می‌کنند که شامل مصرف

مواد مخدر، الکل، سیگار، رفتارهایی مثل خشونت، رابطه جنسی پرخطر، رابطه با جنس مخالف و رانندگی خطرناک است [۱۲].

در گذر از کودکی به نوجوانی، چنین رفتارهایی معمولاً با هدف اثبات هویت، ابراز مخالفت با بزرگسالان یا اجتماع، مقابله با اضطراب و ناامیدی و پذیرش همسالان انجام می‌شود [۱۳]. این رفتارها در نوجوانان با عزت نفس پایین و افرادی که از احساسات منفی رنج می‌برند بیشتر دیده می‌شود [۱۴].

با این حال به نظر می‌رسد برخی افراد از نظر عوامل شخصیتی، بیشتر مستعد خطر کردن هستند [۱۵]. ویژگی‌ها و خصوصیات شخصیتی هر فرد از جمله عوامل مهمی است که در بروز بسیاری از رفتارها نقش مهمی را ایفا می‌کنند. ویژگی‌های شخصیتی الگوهای مشخصه افکار، احساسات و رفتار افراد را منعکس می‌کند. شخصیت، سازمانی پویا در درون فرد و از آن دسته صفات روانی است که سازگاری خاص او را با محیطش تعیین می‌کند. همچنین این ویژگی‌های فرد است که الگوهای ثابت احساس، تفکر و رفتار را توضیح می‌دهد [۱۶]. و الگوهای نسبتاً پایداری از شناخت، احساسات و رفتار افراد توصیف می‌کنند که یک فرد را از دیگری متمایز می‌کند [۱۷]. درواقع، ویژگی‌های شخصیتی نوجوان یکی از عواملی است که تأثیر به‌سزایی بر مواجهه نوجوان با چالش‌های آینده و تلاش‌های وی برای پیگیری اهدافش دارد چراکه شخصیت مجموعه‌ای از صفات، ویژگی‌ها و کیفیت‌های پایداری است که باعث تمایز هر فرد از دیگری می‌شود [۱۸].

در همین راستا، یکی از مدل‌های بسیار تأثیرگذار که ساختار شخصیت را توصیف می‌کند، مدل پنج عاملی مک‌کری و کاستا است. این مدل شامل ویژگی‌های برون‌گرایی^۲، توافق‌پذیری^۳، وظیفه‌شناسی^۴ (باوجدان‌بودن)، روان‌رنجوری^۵ و گشودگی به تجربه^۶ است. [۱۹]. این پنج بعد مهم‌ترین خصوصیات عام شخصیتی در میان افراد هستند، به صورتی که ویژگی‌های جزئی‌تر شخصیت درون ابعاد کلی‌تر جای می‌گیرند [۲۰]. پنج ویژگی شخصیتی

2. Extroversion
3. Agreeableness
4. Conscientiousness
5. Neuroticism
6. Openness to experience

1. World Health Organization

بزرگ (پنج بزرگ)^۱ به طور سنتی این‌گونه نام‌گذاری شده است: باز بودن (میزانی از کنجکاوی فکری، خلاقیت، و ترجیح به تازگی و تنوع)، وظیفه‌شناسی (تمایل به نشان دادن نظم، برنامه‌ریزی و سازماندهی)، برون‌گرایی (عواطف مثبت، فعالیت، جامعه‌پذیری و تمایل به جستجوی انگیزه در جمع دیگران)، موافق بودن (تمایل به اجتماعی بودن و همکاری با دیگران به جای مخالفت) و روان‌رنجوری (آسیب‌پذیری در برابر احساسات ناخوشایند مانند اضطراب، خشم و افسردگی) [۲۱]. به طور کلی، ویژگی‌های شخصیتی نوجوان یکی از عواملی است که تأثیر به‌سزایی بر مواجهه نوجوان با چالش‌های آینده و تلاش‌های وی برای پیگیری اهدافش دارد چراکه شخصیت مجموعه‌ای از صفات، ویژگی‌ها و کیفیت‌های پایداری است که باعث تمایز هر فرد از دیگری می‌شود [۱۸]. بر این اساس رفتار مجرمانه متأثر از برخی صفات شخصیتی است. نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن هستند که صفات شخصیتی روان‌گسسته‌گی‌گرایی، برون‌گرایی و روان‌آزردگی‌گرایی به طور مثبت پیش‌بینی‌کننده بزهکاری هستند [۲۲]. یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد افرادی که در ویژگی روان‌رنجوری بالاتر دارند، در سازگاری ضعیف‌تر هستند، برون‌گرایی بالاتر نشان می‌دهند و گشودگی کمتری به تجربه دارند، بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر ی مانند اعتیاد به اینترنت، مصرف الکل، رانندگی پرخطر و خشونت قرار می‌گیرند [۲۳]. تیپ‌هایی با وظیفه‌شناسی کم و برون‌گرایی بالا (تکانشگران، لذت‌گراها) و روان‌رنجورخویی بالا تمایل به درگیر شدن در رفتارهای سلامتی متعدد و پرخطر از خود نشان دادند. برعکس، تیپ‌هایی که وظیفه‌شناسی بالا را با برون‌گرایی کم ترکیب می‌کنند (شک‌گراها، فکرکننده) از رفتارهای پرخطر خودداری می‌کنند [۲۴].

مؤلفه دیگری که در این پژوهش استفاده شده است سرمایه روان‌شناختی^۲ است. سرمایه روان‌شناختی یک سازه روان‌شناختی مرتبه بالاتر متشکل از خوش‌بینی، امید، خودکارآمدی و تاب‌آوری است که به توانمندی‌ها و ظرفیت روان‌شناختی انسان اشاره دارد. اگرچه هر عنصر از آن به طور مستقل با بسیاری از ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت مرتبط است، ولی همه این ویژگی‌ها سرمایه روان‌شناختی را

تشکیل می‌دهند و تأثیر سرمایه روان‌شناختی بیشتر از تأثیر ویژگی‌های فرعی است [۲۵]. لوتانز و جنسن (۲۰۰۵) سرمایه روان‌شناختی را متشکل از چهار منبع روان‌شناختی مثبت معرفی کرده‌اند: ۱. خودکارآمدی: یعنی اعتماد به نفس برای پذیرش وظایف چالش‌برانگیز و صرف تلاش لازم جهت تکمیل موفقیت‌آمیز آن‌ها؛ ۲. خوش‌بینی: به معنای اسناد مثبت درباره موفقیت‌های کنونی و آینده؛ ۳. امید: شامل پایداری در مسیر دستیابی به هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر برای رسیدن به آن و ۴. تاب‌آوری: به معنای مقاومت، بازیابی یا حتی فراتر رفتن از سطح اولیه آرامش هنگام مواجهه با مشکلات و ناملایمات

به‌طور کلی، سرمایه روان‌شناختی، «سلاح‌هایی» در اختیار فرد می‌گذارد تا به طور مؤثر، با افراط در محیط کاری پر استرس مقابله کند؛ بنابراین ترکیبی از انعطاف‌پذیری، امید، خودکارآمدی و خوش‌بینی منجر به ترکیب ساختاری مرتبه بالاتر می‌شود که مقابله را افزایش می‌دهد و از سلامتی محافظت می‌کند [۲۷]. وجود سرمایه روان‌شناختی در فرد، نشانگر ارزیابی مثبت او از اوضاع و احتمال موفقیت بر مبنای تلاش و پشتکار برانگیخته شده است. این نوع سرمایه رابطه‌ی نیرومندی با عملکرد و شادکامی فرد در اموری دارد که به وی محول می‌شوند [۲۸]. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷م) اشاره می‌کنند که افراد با سرمایه‌های روان‌شناختی بالا، در مدیریت چالش‌های پیرامون خود از تاب‌آوری بیشتری برخوردارند و راهبردهای اثربخشی را به کار می‌گیرند. در سطح انگیزشی نیز افراد با سرمایه‌های روان‌شناختی بالا، اهداف چالش‌انگیزی برای خود در نظر می‌گیرند، شکست‌ها را به جای اینکه به عوامل کنترل‌ناپذیر و بیرونی نسبت دهند، به عوامل کنترل‌پذیر و درونی نسبت می‌دهند [۲۹، ۳۰].

ازطرفی، تحقیقات نشان داده است که منابع شخصی مانند سرمایه روان‌شناختی می‌تواند نقش مثبتی در برابر استرس‌زاهای محیط کار ایفا کند [۳۰]؛ چراکه افراد با سرمایه روان‌شناختی بالا تمایل دارند روی جنبه‌های مثبت محیط متمرکز شوند و مشکلات را قابل حل در نظر بگیرند [۳۱] و از روی آوردن به رفتارهای آسیب‌زا و پرخطر خودداری کنند. بنا به نظر یوکل - گانیرون (۲۰۱۲م) منابع و سرمایه‌های روان‌شناختی بر رضایت فرد از زندگی نیز تأثیرگذار است [۲۹].

1 . Big Five
2 . Psychological capital

مهم تلقی می‌شود. پس باتوجه به روند رو به رشد رفتارهای پرخطر درمیان نوجوانان و جوانان، بررسی علل این‌گونه رفتارها در جامعه امروز حائز اهمیت است. از این رو هدف این پژوهش پیش‌بینی رفتارهای پرخطر براساس ویژگی‌های شخصیتی و سرمایه روان‌شناختی در نوجوانان دختر و پسر بی‌سرپرست است و به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا ویژگی‌های شخصیتی و سرمایه روان‌شناختی می‌توانند رفتارهای پرخطر را در این قشر از نوجوانان پیش‌بینی کنند یا خیر؟

روش تحقیق

جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان بی‌سرپرست ۱۳ تا ۱۸ سال دختر و پسر ساکن در مراکز تحت پوشش بهزیستی شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ است. باتوجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین، ملاک، مؤلفه‌های آن‌ها و با رعایت افت آزمودنی، حجم نمونه حداقل ۳۰۰ نفر تعیین شد. از آنجا که حجم جامعه آماری مراکز بهزیستی شهر مشهد معادل با حجم گروه نمونه بود، از روش سرشماری استفاده شد و تمام جامعه مورد مطالعه قرار گرفتند.

پیش از شروع پژوهش، مجوز قانونی از اداره کل بهزیستی خراسان رضوی اخذ شد. سپس با هماهنگی مسئولان مراکز، از نوجوانان واجد شرایط (دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال و حداقل میزان تحصیلات (از چهارم دبستان به بالا)، خواسته شد تا در صورت تمایل و با رعایت محرمانگی و بدون ذکر نام و مشخصات هویتی، پرسش‌نامه‌های مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی، پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی نئو و پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز را تکمیل کنند. در صورت وجود هرگونه ابهام در روند پاسخگویی پژوهشگر توضیحات لازم را ارائه می‌کرد. در تمام مراحل پژوهش، اصول اخلاقی شامل رازداری و احترام به حقوق آزمودنی‌ها رعایت شد.

در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام) و از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

لوتانز، یوسف و آوولیو (۲۰۰۷) همچنین استدلال کردند؛ از آنجایی که سرمایه روان‌شناختی وضعیت روان‌شناختی مثبت یک فرد را منعکس می‌کند، افرادی که دارای سرمایه روان‌شناختی هستند، دارای اعتماد به نفس و خودکارآمدی برای تکمیل وظایف چالش برانگیز، خوش بینی به اسناد مثبت در مورد موفقیت فعلی و آینده، امید به دستیابی به هدف خود از طریق اراده، راه حل و تاب‌آوری برای بازیابی سریع توانایی‌های مقابله با حوادث احتمالی پس از احساس ناامیدی هستند [۳۲]. لوتانز و یوسف (۲۰۰۷) نیز به این نکته اشاره می‌کنند که سرمایه روان‌شناختی به منابع شخصی اشاره دارد که به افراد کمک می‌کند تا با موقعیت‌های دشوار مقابله کنند. همچنین با افزایش رفاه فردی، عملکرد شغلی بهتر و نتایج کلی مثبت سازمانی مرتبط است [۳۲]. علاوه‌براین، سرمایه روان‌شناختی پایه و شرط اساسی برای ارتقای رشد شایستگی اجتماعی نوجوانان و پوشش ارتقای رفتار خلاق است [۳۳].

همچنین سطح بالایی از سرمایه روان‌شناختی با افسردگی، اضطراب و سایر ناراحتی‌های عاطفی منفی مقابله می‌کند و احتمال سوء مصرف مواد، فعالیت جنسی ناایمن، تجاوز، جنایت و سایر رفتارهای مشکل‌ساز را کاهش می‌دهد [۳۴].

به‌طور کلی، درگیری نوجوانان در رفتارهای پرخطر نه تنها کیفیت زندگی حال آنان را کاهش می‌دهد بلکه حتی بر کیفیت زندگی آنان در بزرگسالی و سالمندی نیز تأثیرگذار است. همچنین رفتارهای پرخطر نه تنها برای فرد بلکه برای خانواده او و همچنین جامعه نیز پیامدهای منفی بسیاری دارد [۳۵]. مرحله نوجوانی با مواجهه با موقعیت‌های جدید مشخص می‌شود. درواقع، نوجوانان اغلب صلاحیت‌های لازم (دانش، نگرش، رفتار) مورد نیاز برای پیشگیری از خطرات سلامتی، به ویژه در سناریوهای فقر و حاشیه‌نشینی را ندارند. فقدان این صلاحیت‌ها و همراهی عواملی مانند اعتیاد به الکل در خانواده، عدم حمایت اجتماعی از کودکان، کمبود فرصت‌های آموزشی، کار کودک، کودک‌آزاری و بی‌توجهی منجر به رفتارهای پرخطر می‌شود؛ بنابراین گذار به بزرگسالی دشوار است و عواقبی را تا پایان عمر بر جای می‌گذارد [۳۶].

بنابراین، توجه به این قشر آسیب‌پذیر از جامعه بسیار

ابزارهای پژوهش

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS)^۱

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی توسط زاده محمدی و همکاران، در سال ۱۳۹۰ طراحی و هنجاریابی شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۸ پرسش بوده و هدف آن سنجش میزان خطرپذیری در نوجوانان از ابعاد مختلف (گرایش به مواد مخدر، گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف، گرایش به رانندگی خطرناک) می‌باشد. شیوه‌نمردهی آن بر اساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای است. که از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه دارای هفت بعد است که برای به‌دست‌آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات مربوط به تک تک پرسش‌های آن بعد با هم محاسبه می‌شود. نمره کلی این پرسش‌نامه از ۳۸ تا ۱۹۰ خواهد بود. امتیازات بالاتر نشان دهنده میزان خطرپذیری بالاتر نوجوان پاسخگو خواهد بود [۱۲].

در پژوهش زاده محمدی و همکاران (۱۳۹۰) روایی سازه این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی با مؤلفه‌های اصلی نشان داد که این پرسش‌نامه مقیاسی هفت بعدی است، که ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را تبیین می‌کند. میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۹۳ تا ۰/۷۴ قرار داشت که بیانگر پایایی خوب این مقیاس است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ در زیر مقیاس‌های گرایش به مواد مخدر ۰/۸۷، الکل ۰/۸۷، سیگار ۰/۹۳، خشونت ۰/۷۷، رفتار جنسی ۰/۸۳، رابطه با جنس مخالف ۰/۸۰ و رانندگی خطرناک ۰/۷۱ به دست آمده است. آلفای کرونباخ کل مقیاس نیز ۰/۹۳ محاسبه شده است.

پرسش‌نامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی (NEO)

پرسش‌نامه نئو توسط مک‌کری و کاستا در اواخر دهه هشتاد و اوایل دهه نود ساخته شد. این آزمون یکی از معروف‌ترین پرسش‌نامه‌های خودسنجی ویژگی‌های شخصیتی بوده که مبتنی بر الگوهای معروف شخصیتی پنج عاملی است. این مدل بیش از چهار دهه سابقه تحول داشته و محصول تحلیل صفات موجود در زبان و سنت تحلیل

عاملی در تحقیقات شخصیت است. فرم کوتاه این پرسش‌نامه (NEO-FFI) یک پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. اگر وقت اجرای تست خیلی محدود باشد و اطلاعات کلی از شخصیت کافی باشد از این پرسش‌نامه استفاده می‌شود. از سوی دیگر اجرای این آزمون از نظر هزینه و زمان مقرون به صرفه است، مقیاس‌های آن از اعتبار بالایی برخوردارند و همبستگی بین مقیاس‌ها زیاد است و از همه مهم‌تر این آزمون بر خلاف سایر آزمون‌های شخصیتی، انتقادات کمتری بر آن وارد شده است. پاسخنامه این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالفم، مخالفم، بی‌تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است. نمره‌گذاری فرم کوتاه این پرسش‌نامه یعنی NEO-FFI در تمام مواد یکسان نیست. به این معنی که در نمره‌گذاری برخی از مواد فرم کوتاه پرسش‌نامه، به کاملاً مخالفم نمره ۴، مخالفم نمره ۳، بی‌تفاوت نمره ۲، موافقم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره ۰ تعلق می‌گیرد. در حالی که برخی دیگر از مواد این فرم کوتاه به صورت عکس حالت گفته شده نمره‌گذاری می‌شوند.

پرسش‌نامه شخصیتی NEO-FFI توسط مک‌کری و کاستا روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به دست آمده است. اعتبار درازمدت این پرسش‌نامه نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولانی ۶ ساله روی مقیاس‌های روان‌آزردگی خویی، برون‌گرایی و باز بودن نسبت به تجربه، ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوجها نشان داده است. ضریب اعتبار دو عامل سازگاری و باوجدانی به فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است [۳۷].

ضرایب آلفای کرونباخ در این پژوهش نیز به این ترتیب است: روان‌آزردگی ۰/۶۵، برون‌گرایی ۰/۶۰، گشودگی ۰/۱۸، توافق‌جویی ۰/۳۵ و باوجدان بودن ۰/۷۸. آلفای کل این آزمون هم ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (PCQ)

برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز^۲ (۲۰۰۷م) استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه ۲۴ سؤالی و شامل چهار خرده مقیاس امیدواری،

2 . Luthans Psychological Capital Questionnaires(PCQ)

1 . Iranian Adolescents Risk-taking Scale

دختران و ۵۴/۷ درصد از شرکت کنندگان را پسر تشکیل می دادند. اکثریت در مقطع تحصیلی ۷ تا ۹ بودند (۴۸/۳ درصد). اکثریت فرزند اول (۵۰ درصد) و در مؤسسه خیریه بودند (۸۲ درصد). میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۱۵/۵۷ و ۱/۶۰ و حداقل و حداکثر سن ۱۳ و ۱۸ سال است. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار تمامی متغیرهای پژوهش را به همراه خرده مقیاس‌های آن نشان می دهد.

جدول ۱. توزیع داده‌های جمعیت‌شناختی

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت	دختر	۱۳۶
	پسر	۱۶۴
	۶-۴	۶۹
پایه تحصیلی	۹-۷	۱۴۵
	۱۲-۱۰	۸۶
وضعیت ترتیب تولد	فرزند اول	۱۵۰
	فرزند دوم	۹۶
	فرزند سوم	۴۰
	فرزند چهارم و بیشتر	۱۴
نوع مؤسسه	خیریه	۲۴۶
	غیردولتی	۵۴
	میانگین	انحراف معیار
سن	۱۵/۵۷	۱/۶۰

تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای محاسبه نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس محاسبه می‌شود و از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها نمره سرمایه روان‌شناختی حاصل می‌گردد [۳۰]

روایی پرسش‌نامه در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. لوتانز (۲۰۰۷م) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خی دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده است که روایی عاملی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. فاتحی و شیخ‌الاسلامی (۱۴۰۰) ضریب آلفای ۰/۸۷ و ۰/۸۴ / ۰/۹۲، ۰/۸۸ برای امیدواری، خودکارآمدی، خوش بینی و تاب‌آوری و ضریب ۰/۸۹ برای کل پرسش‌نامه به دست آمد که نشان دهنده مطلوبیت ضرایب اعتبار ابزار است. برای تعیین روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و دامنه بار عاملی ماده‌ها برای بعد کل پرسش‌نامه ۰/۳۹ تا ۰/۶۸ به دست آمد. [۳۸] میزان آلفای کرونباخ کل این پرسش‌نامه ۰/۹۰ به دست آمده است. و در زیرمقیاس‌های خودکارآمدی ۰/۷۲، امیدواری ۰/۸۸، تاب‌آوری ۰/۷۲ و خوشبینی ۰/۶۳ محاسبه شده است.

یافته‌های پژوهش

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، ۴۵/۳ درصد را

جدول ۲. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
روان‌آزردگی	۳۰۰	۲۲/۸۱	۶/۸۶	۵	۴۱
برون‌گرایی	۳۰۰	۲۶/۳۷	۶/۴۴	۱۰	۴۳
گشودگی به تجربه	۳۰۰	۲۳/۷۲	۴/۴۱	۱۲	۳۴
موافق بودن	۳۰۰	۲۶/۴۶	۵/۱۱	۱۴	۳۸
باوجدان بودن	۳۰۰	۱۳/۳۵	۷/۸۴	۱۳	۴۵
خودکارآمدی	۳۰۰	۲۱/۷۷	۵/۹۵	۱۰	۳۴
امیدواری	۳۰۰	۲۴/۶۵	۶/۳۵	۸	۳۶
تاب‌آوری	۳۰۰	۲۳/۶۰	۵/۰۱	۱۲	۳۶
خوش‌بینی	۳۰۰	۲۳/۱۲	۴/۶۲	۱۱	۳۶
رفتارهای پرخطر (نمره کل)	۳۰۰	۸۵/۲۷	۲۷/۰۹	۳۸	۱۵۲

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

رفتار پرخطر (نمره کل)	خوش‌بینی	تاب‌آوری	امیدواری	خودکارآمدی	باوجدان بودن	توافق‌جویی	گشودگی به تجربه	برون‌گرایی	روان رنجوری	
روان رنجوری									۱	
برون‌گرایی								۱	-۰/۱۹۲**	
گشودگی به تجربه							۱	۰/۳۰۲**	-۰/۲۱۵**	
توافق‌جویی						۱	۰/۲۶۳**	۰/۳۱۶**	-۰/۱۹۹**	
باوجدان بودن					۱	۰/۴۹۶**	۰/۳۴۴**	۰/۴۳۹**	-۰/۱۳۶*	
خودکارآمدی				۱	۰/۴۹۹**	۰/۱۸۴**	۰/۳۹۸**	۰/۴۰۶**	-۰/۱۷۶**	
امیدواری			۱	۰/۵۹۷**	۰/۶۱۰**	۰/۳۲۳**	۰/۳۰۰**	۰/۴۲۵**	-۰/۰۹۹	
تاب‌آوری		۱	۰/۶۸۷**	۰/۵۵۲**	۰/۵۵۳**	۰/۲۱۲**	۰/۲۲۶**	۰/۳۵۸**	-۰/۰۲۲	
خوش‌بینی	۱	۰/۷۱۳**	۰/۶۶۰**	۰/۴۷۶**	۰/۴۵۵**	۰/۱۸۵**	۰/۱۵۶**	۰/۳۸۲**	۰/۰۵۵	
رفتار پرخطر (نمره کل)	-۰/۰۱۰	-۰/۰۵۸	-۰/۲۰۱**	-۰/۱۴۶*	-۰/۳۹۵**	-۰/۳۵۲**	-۰/۲۱۷**	-۰/۱۲۹*	۰/۲۱۳**	۱

**p<0/01

*p<0/05

باتوجه به این که اگر مقدار این آماره بین ۱.۵ تا ۲.۵ باشد، به معنی عدم هم‌خودهمبستگی مانده‌ها است، این عدد در بازه ذکر شده قرار دارد و این شرط نیز برقرار است؛ بنابراین خطاها دارای خود همبستگی سریالی نیستند.

به منظور بررسی عدم هم‌خطی متغیرهای مستقل، از شاخص تحمل^۲ و تورم واریانس (VIF)^۳ استفاده شد. مقادیر شاخص تحمل باید بالاتر از ۰/۱ و تورم واریانس باید کمتر از ۵ باشد. که در این پژوهش فرض هم‌خطی در تمامی متغیرهای مستقل رعایت شده است. برای فرض نرمال بودن داده‌ها نیز از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. که باتوجه به عدد به دست آمده در هر دو متغیر پژوهش به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۱۶۷ بود. چون این اعداد بالاتر از ۰/۰۵ به دست آمده است، نشان می‌دهد که فرض نرمال بودن رعایت شده است.

جدول ۳ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را با رفتارهای رخطر نشان می‌دهد. باتوجه به جدول، بین خرده مقیاس‌های روان‌رنجوری (۰/۲۱۳)، گشودگی به تجربه (۰/۲۱۷)، توافق‌جویی (۰/۳۵۲) و باوجدان بودن (۰/۳۹۵) در سطح (p < ۰/۰۱) و برون‌گرایی (۰/۱۲۹) در سطح (p < ۰/۰۵) با رفتار پرخطر رابطه معنادار دارد. در متغیر سرمایه روان‌شناختی نیز خودکارآمدی (۰/۱۴۶) (p < ۰/۰۵) و امیدواری (۰/۲۰۱) (p < ۰/۰۱) با رفتار پرخطر رابطه منفی و معناداری وجود دارد. ولی تاب‌آوری و خوشبینی رابطه معناداری با رفتارهای پرخطر مشاهده نشد.

پیش از انجام رگرسیون خطی چندگانه، مفروضه‌های آن بررسی شد. ابتدا برای بررسی عدم خودهمبستگی مانده‌ها آماره دوربین-واتسون^۱ اندازه‌گیری شد. که در این پژوهش این میزان در هر دو متغیر به ترتیب ۱/۶۳۹ و ۱/۶۹۱ بود.

2 . Tolerance
3 . Variance Inflation Factor

1 . Durbin-Watson

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام پیش‌بینی رفتارهای پرخطر براساس ویژگی‌های شخصیتی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل یافته	F	P
۱	۰/۳۹۵	۰/۱۵۶	۰/۱۵۳	۵۴/۹۴۶	۰/۰۰۰
۲	۰/۴۳۴	۰/۱۸۸	۰/۱۸۳	۳۴/۳۸۱	۰/۰۰۰
۳	۰/۴۵۴	۰/۲۰۶	۰/۱۹۸	۲۵/۶۳۱	۰/۰۰۰

۱. باوجدان‌بودن

۲. باوجدان‌بودن، توافق‌جویی

۳. باوجدان‌بودن، توافق‌جویی، روان‌رنجوری

جدول ۵. ضرایب مدل رگرسیونی

مدل	B	خطای استاندارد بتا	β	t	p
۱ باوجدان‌بودن	-۱/۳۶۱	۰/۱۸۴	-۰/۳۹۵	-۷/۴۱۳	۰/۰۰۰
۲ باوجدان‌بودن	-۱/۰۱۲	۰/۲۰۹	-۰/۲۹۲	-۴/۸۵۰	۰/۰۰۰
توافق‌جویی	-۱/۰۸۰	۰/۳۱۴	-۰/۲۰۷	-۳/۴۳۸	۰/۰۰۱
۳ باوجدان‌بودن	-۰/۹۸۸	۰/۲۰۷	-۰/۲۸۵	-۴/۷۷۸	۰/۰۰۰
توافق‌جویی	-۰/۹۵۴	۰/۳۱۵	-۰/۱۸۳	-۳/۰۳۱	۰/۰۰۳
روان‌رنجوری	۰/۵۳۵	۰/۲۰۵	۰/۱۳۸	۲/۶۰۶	۰/۰۱۰

متغیر ملاک: رفتار پرخطر (نمره کل)

$(\beta = -0/207, p < 0/01)$ و روان‌رنجوری $(\beta = 0/138, p < 0/01)$ پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای از میان مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیت هستند. در این میان دو مؤلفه برون‌گرایی و گشودگی به تجربه به دلیل این که نقش معناداری در پیش‌بینی رفتار پرخطر نداشتند، از معادله رگرسیون گام به گام حذف شدند. در ادامه خلاصه مدل و نتایج ضرایب رگرسیون گام به گام برای متغیر سرمایه روان‌شناختی در جدول ۶ و ۷ آورده شده است.

نتایج رگرسیون گام به گام در جدول ۴ نشان می‌دهد که سه مؤلفه باوجدان‌بودن، توافق‌جویی و روان‌رنجوری پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای رفتار پرخطر هستند. در گام نخست باوجدان‌بودن با $(0/156)$ واریانس متغیر ملاک را تبیین می‌کرد، سپس در گام دوم با اضافه‌شدن توافق‌جویی این میزان به $(0/188)$ است. در نهایت در گام سوم با اضافه‌شدن روان‌رنجوری حدود ۲۰ درصد از واریانس متغیر ملاک را تبیین شد. $(R^2 = 0/206, p < 0/001)$ باتوجه به ضرایب رگرسیونی در جدول ۵، باوجدان‌بودن $(\beta = -0/395, p < 0/001)$ ، توافق‌جویی $(\beta = -0/207, p < 0/01)$

جدول ۶. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام پیش‌بینی رفتارهای پرخطر براساس سرمایه روان‌شناختی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل یافته	F	P
۱	۰/۲۰۱	۰/۰۴۱	۰/۰۳۷	۱۲/۶۰۶	۰/۰۰۰
۲	۰/۲۵۹	۰/۰۶۷	۰/۰۶۱	۱۰/۷۲۱	۰/۰۰۰

۱. امیدواری

۲. امیدواری، خوشبینی

جدول ۷. ضرایب مدل رگرسیونی

مدل	B	خطای استاندارد بتا	β	t	p
۱ امیدواری	-۰/۸۴۴	۰/۲۳۸	-۰/۲۰۱	-۳/۵۵۱	۰/۰۰۰
۲ امیدواری	-۱/۴۴۴	۰/۳۱۲	-۰/۳۴۵	-۴/۶۲۷	۰/۰۰۰
خوشبینی	۱/۱۸۶	۰/۴۰۶	۰/۲۱۸	۲/۹۱۸	۰/۰۰۴

متغیر ملاک: رفتار پرخطر (نمره کل)

همانطور که نتایج رگرسیون گام به گام در جدول ۶ نشان می‌دهد، مؤلفه امیدواری (۰/۰۴۱) از متغیر ملاک را تبیین می‌کند که در گام دوم، با اضافه شدن خوشبینی، این میزان به (۰/۰۶۷) می‌رسد. ($R^2 = ۰/۰۶۷$, $p < ۰/۰۰۰۱$). از میان مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، تاب‌آوری و خودکارآمدی به دلیل این که سهمی در پیش‌بینی متغیر ملاک نداشتند از معادله رگرسیون گام به گام حذف شدند. ضرایب رگرسیون جدول ۷ نیز نشان می‌دهد که امیدواری ($\beta = -۰/۲۰۱$, $p < ۰/۰۰۰۱$) و خوشبینی (۰/۰۰۴ $\beta < ۰/۲۱۸$) پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای رفتار پرخطر هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش پیش‌بینی رفتارهای پرخطر براساس ویژگی‌های شخصیتی و سرمایه روان‌شناختی در نوجوانان دختر و پسر بی‌سرپرست بود. نتایج نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی و سرمایه روان‌شناختی توانایی پیش‌بینی رفتارهای پرخطر را داشتند و با آن رابطه معناداری نیز داشتند.

در پژوهش‌های مختلفی به ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و رفتارهای پرخطر اشاره کرده‌اند. مثلاً هرچه فرد روان‌رنجوری بالاتر، سازگاری پایین‌تر، برون‌گرایی بالاتر، گشودگی کم به تجربه، خطر اعتیاد به اینترنت، مصرف الکل، رانندگی خطرناک و خشونت بالاتر است [۲۳]. احمدی و همکاران (۱۳۹۱) هم نشان دادند، ویژگی‌های روان‌رنجوری و برون‌گرایی نیز در افراد معتاد نسبت به افراد عادی بیشتر دیده می‌شود. درواقع، تیپ‌هایی با وظیفه‌شناسی (وجدان) کم و برون‌گرایی بالا (تکانشگران، لذت‌گراها) و

روان‌رنجورخویی بالا به ویژه تمایل به درگیر شدن در رفتارهای سلامتی متعدد و پرخطر داشتند [۳۹]. برخی از پژوهش‌ها نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی مانند صداقت، تواضع، توافق‌پذیری و باوجدان بودن، برون‌گرایی و توافق‌پذیری نقشی مؤثر در رفتارهای پرخطر دارند [۴۰]. به‌عنوان یک چارچوب روان‌شناختی اساسی، ویژگی‌های شخصیتی به طور قابل توجهی با سلامت روان فرد نیز مرتبط هستند [۴۱]. بوگ و رابرتز (۲۰۰۴) یک متاآنالیز انجام دادند که نشان داد ویژگی‌های مربوط به باوجدان بودن (شامل روان‌پریشی، احساس‌جویی و خودکنترلی) با انواع فعالیت‌های مخاطره‌آمیز سلامتی مرتبط است. برای مثال، افرادی که وظیفه‌شناسی پایینی داشتند، بیشتر درگیر مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر بودند. [۴۲]. علاوه بر باوجدان بودن، به نظر می‌رسد توافق‌پذیری یکی دیگر از عوامل شخصیتی پنج بزرگ است که برای درک فرآیند سلامتی حیاتی است. شواهد حاکی از آن است که افراد ناسازگار و متخاصم (یعنی توافق‌پذیری کم) احتمال بیشتری دارد که نگرش‌های منفی بهداشتی را تأیید کنند و در رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامتی شرکت کنند [۴۳].

در این پژوهش میزان همبستگی مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیتی با رفتارهای پرخطر نشان داده شد، از بین آن‌ها، مؤلفه‌های باوجدان بودن و توافق‌جویی به طور معکوس و روان‌رنجوری به طور مثبت توان پیش‌بینی بیشتری را نسبت به سایر مؤلفه‌ها داشتند. همچنین این نتایج با پژوهش‌های [۴۴، ۱۵، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۰ و ۴۱] همسو است.

در همین راستا، ویژگی‌های شخصیتی نوجوان یکی از عواملی است که تأثیر به‌سزایی بر مواجهه نوجوان با

چالش‌های آینده و تلاش‌های وی برای پیگیری اهدافش دارد چرا که شخصیت مجموعه‌ای از صفات، ویژگی‌ها و کیفیت‌های پایداری است که باعث تمایز هر فرد از دیگری می‌شود [۱۸]. بر این اساس رفتار مجرمانه متأثر از برخی صفات شخصیتی است. میان شخصیت و اختلالاتی مثل پرخاشگری، گرایش به رفتارهای پرخطر، اختلالات رفتاری و عاطفی، عدم تربیت صحیح کودکان، بزهکاری و مشکلات یادگیری، رابطه وجود دارد [۴۹]. در ۵۰ سال گذشته، تلاش‌های بسیاری در راستای بررسی ارتباط سوء مصرف مواد و سازه‌های شخصیت انجام شده است. در پیشگیری از عود و درمان شخص سوء مصرف‌کننده مواد شناخت عوامل روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی اهمیت ویژه‌ای دارد. به همین دلیل انجمن روان‌شناختی آمریکا درمان‌های روانی - اجتماعی را از مؤلفه‌های سیاسی هر نوع برنامه درمانی سوء مصرف مواد در نظر می‌گیرد [۵۰].

به طور کلی، افراد توافق‌جو تمایل دارند رفتار خود را با هنجارها و انتظارات اجتماعی هماهنگ سازند. در جوامعی که رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد یا رانندگی بی‌احتیاط محکوم می‌شود، این افراد کمتر به چنین رفتارهایی گرایش پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، توافق‌جویان معمولاً نسبت به پیامدهای رفتارهای خود بر دیگران حساس‌اند. به عنوان مثال، ممکن است از مصرف مواد مخدر خودداری کنند، زیرا نمی‌خواهند موجب نگرانی اعضای خانواده یا دوستان خود شوند. همچنین توافق‌جویی بالا معمولاً با پرخاشگری کمتر همراه است و می‌تواند از بروز رفتارهای خشونت‌آمیز یا پرخطر پیشگیری کند. افراد باوجدان به دلیل توجه به پیامدهای بلندمدت، از رفتارهایی که می‌تواند به زندگی یا اهداف آن‌ها آسیب بزند، اجتناب می‌کنند. و خودکنترلی قوی‌تری دارند. این افراد کمتر دچار رفتارهای ناگهانی یا هیجانی می‌شوند که ممکن است به اقدامات پرخطر منجر شود. این ویژگی باعث می‌شود که فرد قوانین اجتماعی یا اخلاقی را بیشتر رعایت کند.

همچنین در این پژوهش ارتباط سرمایه روان‌شناختی با رفتارهای پرخطر بررسی شد که از این میان، مؤلفه‌های امیدواری و خوشبینی از توان پیش‌بینی بیشتری نسبت به سایرین برخوردار بود. همچنین کاراسیکووا، لستر و هارمز^۱

(۲۰۱۵م) به ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی و رفتارهای پرخطر اشاره کردند. [۵۱]. درواقع لائو و همکاران (۲۰۱۴م) نیز معتقدند که هرچه افراد از میزان امیدواری و سطح مثبت‌اندیشی بیشتری برخوردار باشند، گرایش به سمت رفتارهای پرخطر در آن‌ها کمتر است. همان‌طور که افراد خوشبین رفتارهای مواجهه‌ای مؤثرتر، روابط اجتماعی بهتر و با ارزش‌تر، انعطاف‌پذیری بالاتر و بهزیستی ذهنی و جسمی بیشتری را نسبت به بدبین‌ها نشان می‌دهند [۵۲]. نتایج تحقیق متیو^۲ و همکاران (۲۰۱۴م) هم نشان داد که داشتن امید در افراد باعث به وجود آمدن سازگاری بهتر در شرایط مختلف زندگی می‌شود [۵۳]. خوشبینی هم با مصرف مواد مخدر، الکل و دخانیات، رفتارهای پرخطر جنسی و ریسک‌پذیری مرتبط است [۵۴]. با وجود فواید خوش‌بینی، در برخی موارد این ویژگی می‌تواند به صورت ناخودآگاه افراد را به سوی رفتارهای پرخطر سوق دهد، مثلاً افرادی که بیش از حد خوش بین هستند، ممکن است خطرات را دست کم بگیرند و احساس کنند که پیامدهای منفی برای آن‌ها رخ نخواهد داد. برای مثال، ممکن است تصور کنند که به بیماری مبتلا نمی‌شوند یا از تصادفات در امان هستند که این می‌تواند احتمال رفتارهای پرخطر را افزایش دهد. به همین دلیل مؤلفه خوشبینی رابطه مثبت و معناداری با رفتارهای پرخطر می‌تواند داشته باشد.

درواقع، سرمایه روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده، و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند؛ بنابراین افراد در برابر مسائل، اشتیاق بیشتری از خود نشان می‌دهند و به موفقیت بیشتری دست پیدا می‌کنند [۳۰]. برخی از صاحب نظرانی سرمایه روان‌شناختی را به عنوان نوعی ضربه‌گیر به شمار می‌آورند که در مقابل ناملایمات زندگی نظیر استرس از انسان پشتیبانی می‌کند [۵۵]. چراکه افراد با سرمایه روان‌شناختی بالا تمایل دارند روی جنبه‌های مثبت محیط متمرکز شوند و مشکلات را قابل حل در نظر بگیرند [۳۱] که این امر احتمال پناه بردن به رفتارهای پرخطر به‌عنوان راه‌حلی موقت برای فرار از مشکلات را کاهش می‌دهد. به این ترتیب این نتایج با پژوهش‌های [۵۳، ۵۱، ۳۳، ۵۴ و ۵۶] همسو است.

به طور کلی، امروزه رفتارهای پرخطر، یکی از مهم‌ترین مشکلات تهدیدکننده سلامت جسمانی، هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی برای فرد و جامعه به ویژه نوجوانان است، چون برخلاف دوره کودکی و بزرگسالی در دوره نوجوانی گرایش به رفتارهای پرخطر افزایش می‌یابد [۵۷]. مرحله نوجوانی به عنوان نقطه عطف مهم در شکل‌گیری هویت شخصی در نظر گرفته می‌شود. در این دوره فرد از احساسات، ارزش‌ها و اهداف خود آگاه است، به دنبال جایگاهی در جامعه است [۵۸] و ممکن است اغلب نوجوانان در این دوره با خانواده، جامعه و بستگان دچار چالش هستند و ممکن است فشار این مشکلات نوجوان را در مرحله تصمیم‌گیری به سمت رفتارهای پرخطر بکشاند [۵۹].

آنچه اکنون در شرایط فعلی، خانواده‌ها را نگران و گاهی مستأصل می‌کند، چگونگی مراقبت صحیح و اصولی از فرزندان است. خانواده‌ها در تلاشی مستمر و بی‌وقفه برای حفاظت از کودکان هستند تا به دور از آسیب‌ها، رشد یافته و گرفتار رفتارهای پرخطر نباشند؛ همان رفتارهایی که بین نوجوانان و جوانان در دهه‌های اخیر نمود نگران‌کننده‌تری یافته است. رفتار پرخطر رفتاری است با عوارض ناخواسته که با احتمال آسیب‌رسانی همراه می‌شود و عمده توافق بر آن است که این قبیل رفتارها به هر روی با تندرستی و رفاه عمومی، مرتبط است [۶۰]. مصرف موادمخدر و رفتارهای جنسی محافظت نشده از جمله رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی جوامع انسانی در عصر نوین است که علاوه بر مشکلات بهداشتی متعدد، بنیان‌های فرهنگی اجتماعی جوامع را نیز با خطر مواجه می‌سازند و متأسفانه جوانان به ویژه زنان جوان، جزء آسیب‌پذیرترین گروه‌ها برای گرایش به این رفتارها می‌باشند [۵۷].

درواقع، کودکان و نوجوانانی که از وجود خانواده به هر دلیلی محروم هستند و در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، با احساس ترس، اضطراب و عدم امنیت رشد می‌کنند. زیرا از امن‌ترین مکان، که کانون خانواده است محروم هستند [۶۱]. نوجوانان بی‌سرپرست به دلیل نبود حمایت خانوادگی، ممکن است بیشتر در معرض عوامل محیطی منفی و تأثیرات اجتماعی مخرب قرار گیرند که به نوبه خود می‌تواند بر ویژگی‌های شخصیتی آنان اثر بگذارد. این گروه از نوجوانان معمولاً به دلیل تجربیات استرس‌زا و دسترسی نداشتن به الگوهای خانوادگی و اجتماعی مثبت،

با احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی و انزوا مواجه می‌شوند که در بسیاری از موارد به رفتارهای پرخطر منجر می‌شود. به همین دلیل توجه به این قشر جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. درواقع، این افراد نیازمند یک سری آموزش‌های خاص در زمینه سازگاری بیشتر، آشنایی با انواع رفتارهای پرخطر و پیامدهای آن هستند. همچنین باید با شخصیت خود و انواع تیپ‌های شخصیتی آشنا شوند تا بتوانند توان مقابله با مشکلات و امید به زندگی را در خود تقویت کنند و سبک‌های مقابله‌ای مناسب‌تری را در برابر مشکلات و مصائب زندگی به کار بگیرند تا دید بهتر و مناسب‌تری را به زندگی آینده خود داشته باشند و افراد موفق‌تری برای جامعه خود باشند.

پس توجه به ویژگی‌های شخصیتی و تفاوت‌های فردی در دختران و پسران بی‌سرپرست و شناسایی و تقویت عوامل محافظتی روانی و اجتماعی، برای کاهش رفتارهای پرخطر در این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به چالش‌ها و مخاطراتی که این گروه از نوجوانان با آن‌ها مواجه‌اند، لازم است سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌های حمایتی بر پایه مداخلات چندجانبه‌ای باشد که نیازهای شخصیتی و روانی آنان را مد نظر قرار دهد تا بتواند دید بهتری نسبت به خود و توانمندی‌هایشان پیدا کنند. همچنین، این نوجوانان باید بتوانند میزان تاب‌آوری و تحمل در برابر مصائب و سختی‌ها را در زندگی بیاموزند و همواره با خوشبینی و امید به آینده خود بنگرند. پس در راستای ارتقای بهزیستی و سلامت روان این افراد، آموزش این نوع مهارت‌ها به تمامی متخصصان و مربیان در مراکز نگهداری از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست توصیه می‌شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان گفت به دلیل این که این پژوهش بر روی نوجوانان بی‌سرپرست انجام شده است و همچنین در جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های خودسنجی استفاده شده است؛ این احتمال می‌رود که به دلیل پایین بودن سواد و یا بی‌دقتی در این قشر از نوجوانان باعث شود که در تبیین و تعمیم یافته‌ها تاحدی محدودیت ایجاد شود. از همین رو پیشنهاد می‌شود، برای نتیجه‌گیری‌های بیشتر و دقیق‌تر از روش‌هایی مانند مصاحبه نیز استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1403.066 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد انجام شده است. برای اجرای این طرح مجوز قانونی از اداره کل بهزیستی خراسان رضوی در تاریخ ۱۴۰۳/۱/۲۵ کسب شده است. همچنین این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه یا سازمانی انجام شده است.

سپاسگزاری

نویسندگان این پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان در این طرح اعم از نوجوانان تحت پوشش مراکز نگهداری از نوجوانان بی‌سرپرست و مسئولین و مشاورین آن‌ها و همچنین از همکاری اداره بهزیستی مشهد قدردانی می‌نمایند.

منابع

- 4- Harris, K.M., C.T. Halpern, E.A. Whitsel, J.M. Hussey, L.A. Killea-Jones, J. Tabor, et al., Cohort profile: the national longitudinal study of adolescent to adult health (add health), Int. J. Epidemiol. 2019; 48 (5): 1415-k.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyz115>
- 5- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), 2008. The State of the World's Children 2008. Child survival 8.
<https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2008>
- 6- Pillay, J. Early Education of orphans and vulnerable children: A crucial aspect for social justice and African development. Koers: Bulletin for Christian Scholarship= Koers: Bulletin vir Christelike Wetenskap. 2018 Jun 6; 83(1): 1-2.
<https://hdl.handle.net/10520/EJC-ecadaed85>
- 7- Radmehr, F., Hosseinkhanzadeh, A. A. The Role of Problem Solving Skills and Self-efficiency in explaining the High Risk Behaviors of Students. J Child Ment Health 2018; 5 (3):157-169.
<http://childmentalhealth.ir/article-1-314-fa.html> [In Persian]
- 8- Vannucci, A., Simpson, E. G., Gagnon, S., McCauley Ohannessian, C. Social media use and risky behaviors in adolescents: A meta-analysis. Journal of Adolescence. 2020; 79: 258-74.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.01.014>
- 9- Russell, K., Davison, C., King, N., Pike, I., Pickett, W. Understanding clusters of risk factors across different environmental and social contexts for the prediction of injuries among Canadian youth. Injury. 2016 May 1; 47(5): 1143-50.
<https://doi.org/10.1016/j.injury.2015.11.030>
- 10- Smith, A. R., Chein, J., Steinberg, L. Peers increase adolescent risk taking even when the probabilities of negative outcomes are known. Developmental psychology. 2014 May; 50(5): 1564. <https://doi.org/10.1037/a0035696>
- 11-World Health Organization. Risk behavior and health: A global perspective. WHO Bulletin, 2020; 98(5): 345-356.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/33207/0/9789240005105-eng.pdf>
- 1- Vakili, M., Mirzadeh, M., Mirzaei, M., Modarresi, M., Raei, R., Karimi, R., Aghakoochak, A., & Imani, A. A. Sex differences in high-risk health behaviors among school-going adolescents in Yazd, Iran; a cross-sectional study. Heliyon. May, 2023 19; 9(6): e16404.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16404>
- 2- Mohammadi Hosseini Asl, F., Saken Azari, R., Abdoltajedini, P., & Aghdasi, A. N. The Role of Attachment Styles, Cognitive Emotion Regulation and Subjective Vitality in Predicting High-Risk Behaviors of Female Adolescents. J Child Ment Health 2022; 9 (3): 9.
<http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.9.3.11> [In Persian].
- 3- Mann, F. D., Engelhardt, L., Briley, D. A., Grotzinger, A. D., Patterson, M. W., Tackett, J. L., Slutske, W. Sensation seeking and impulsive traits as personality endophenotypes for antisocial behavior: Evidence from two independent samples. Personality and Individual Differences, 2017; 105: 30-39.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.018>

- 19-McCrae, R. R., Costa, P. T. The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 159–181). New York, US: Guilford Press, 2008.
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2752855>
- 20-Musavi, K., Vaez Mousavi, M., Nasiri, E., Bagherli, Z. Relationship between personality traits and psychological characteristic of achievement motivation in girl's students. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 2023; 9 (6): 43-52.
<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.9.6.43>
[In Persian].
- 21-Mammadov, S. Big Five personality traits and academic performance: A meta-analysis. *Journal of personality*. 2022 Apr; 90(2): 222-55.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12663>
- 22-Hossein Khanzadeh, A. A., Taher, M. An Analytical Study of Personality Characteristics of Delinquent Adolescents. *Criminal Law Research*, 2012; 5(1): 31-53.
https://jol.guilan.ac.ir/article_638.html?lang=fa
[In Persian]
- 23-Habibifar, N., Salmanzadeh, H., Malekzadeh, A., Faghihnia Torshizi, Y. Investigating the Relationship between Personality Dimensions and Driving Styles among Taxi Drivers in Tehran. *ioh* 2020; 17 (1): 382-398.
<http://ioh.iums.ac.ir/article-1-2840-fa.html>
[In Persian].
- 24-Vollrath, M., Torgersen, S. Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and individual differences*. 2002 May 1; 32(7): 1185-97. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00080-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00080-0)
- 25-Yıldırım, M., Çağış, Z. G., Williams, G. Fear of COVID-19, intolerance of uncertainty, psychological capital, and positive future expectations: Tests of mediating relationships with healthcare workers. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2023 Aug 1; 45: 158-63.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.06.016>
- 12-Zadeh Mohammadi, A., Ahmadabadi, Z., Heidari, M. Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2011; 17(3): 218-225.
<https://www.sid.ir/FileServer/JF/52813906603>
[In Persian]
- 13-Eisenberg, D., Golberstein, E., Whitlock, J. L. Peer effects on risky behaviors: New evidence from college roommate assignments. *Journal of health economics*. 2014 Jan 1; 33: 126-38.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.11.006>
- 14-Safa, A., Valiee, S., Fazel Darbandi, A., Aghajani, M. Risky behaviors and sensation-seeking in adolescence: a descriptive correlational study. *Comprehensive child and adolescent nursing*. 2020 Oct 1; 43(4): 260-73.
<https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1628115>
- 15-Yaghobzade, M., Jabalameli, S., Kazemi, H., Haghayegh, S-A. Structural Model of Basic Psychological Needs and Hexaco Personality Traits with High-Risk Behaviors with the Mediating Role of Emotional Creativity among Students of Azad Universities in Isfahan Province. *Community Health*. 2022 Jul. 5.
<https://doi.org/10.22037/ch.v9i2.31579>
[In Persian].
- 16-Opoku, O. G., Adamu, A., Daniel, O. Relation between students' personality traits and their preferred teaching methods: Students at the University of Ghana and the Huzhou Normal University. *Heliyon*. 2023 Jan 1; 9(1).
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13011>
- 17-Buecker, S., Maes, M., Denissen, J. J, Luhmann, M. Loneliness and the Big Five personality traits: A meta-analysis. *European Journal of Personality*. 2020 Jan; 34(1): 8-28.
<https://doi.org/10.1002/per.2229>
- 18-Crisp, C., Vaccaro, C., Fellner, A., Kleeman, S., Pauls, R. The influence of personality and coping on female sexual function: A population survey. *The journal of sexual medicine*. 2015 Jan; 12(1): 109-15. <https://doi.org/10.1111/jsm.12735>

- 33-Kargar, F. R., Ajilchi, B., Goreyshi, M. K., & Noohi, S. Associations between social networks and creative behavior during adolescence: the mediating effect of psychological capital. *Thinking Skills and Creativity*. 2023 Sep 1; 49: 101368 <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2023.101368>
- 34-Jia, X., Zhu, H., Sun, G., Meng, H., & Zhao, Y. Socioeconomic Status and Risk-Taking Behavior Among Chinese Adolescents: The Mediating Role of Psychological Capital and Self-Control. *Front Psychol*. 2021 Dec 6; 12: 760968. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.760968>
- 35-Rahmani, M., Ghasemi, V., Hashemianfar, A. Investigation of the Effect of Social Relations on High-Risk Behaviors of Adolescents of Bojnourd City, Iran. *Journal of Applied Sociology*, 2016; 27(1): 1-26. <https://doi.org/10.22108/jas.2016.20478> **[In Persian]**
- 36-Villaveces, A., DeRoo, L. A. Child delinquency and the prophylaxis of crime in early 20th-century Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008; 24: 449-54. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892008001200009>
- 37-Grossi-Farshi, M. T. A New Approach to Personality Assessment (Application of Factor Analysis in Personality Studies). First Edition. Tabriz: Danial and Jameeh Pajouh Publishing House. 2001. **[In Persian]**
- 38-Fatehi, A., Sheikholeslami, R. Parental Psychological Control and Flourishing: The Mediating Role of Psychological Capital. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)* 2022; 18(70): 37-50. <https://sid.ir/paper/1074034/en> **[In Persian]**
- 39-Ahmadi, M., Najafi, M., Hoseini, M. S, A., Ashori, A. The Comparison of Defense Mechanism Styles and Personality Characteristics in Addicts and Healthy Individuals. *etiadjpajohi* 2012; 6 (23) :39-51. <http://etiadjpajohi.ir/article-1-317-fa.html> **[In Persian]**
- 40-Barlett, C. P., Anderson, C. A. Direct and indirect relations between the Big 5 personality traits and aggressive and violent behavior. *Personality and individual differences*. 2012 Jun 1; 52(8): 870-5. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.029>
- 26-Luthans, K.W., Jensen, S. M. The linkage between psychological capital and commitment to organizational mission: A study of nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2005 Jun 1; 35(6): 304-10. https://journals.lww.com/jonajournal/abstract/2005/06000/the_linkage_between_psychological_capital_and.7.aspx
- 27-Peterson, S. J., Walumbwa, F. O., Byron, K., Myrowitz, J. CEO positive psychological traits, transformational leadership, and firm performance in high-technology start-up and established firms. *Journal of management*. 2009 Mar; 35(2): 348-68. <https://doi.org/10.1177/0149206307312512>
- 28-Sharifan, A., Bāgherzāde, A., Nāmjoomanesh, M., Bāzgir, Educational demotivation of the first-grade high school students in the rural areas: A grounded theory study. *Journal of Educational Innovations*, 2019; 18(3): 149-166. <https://doi.org/10.22034/JEI.2019.99323> **[In Persian]**
- 29-Mousavi, S. F., Nasiripour, S., Dabiri, S. The Prediction of Life Satisfaction in Adolescents based on Positive Youth Development and Psychological Capitals. *Rooyesh*. 2020; 9(4): 1-12. 20.1001.1.2383353.1399.9.4.19.8 **[In Persian]**
- 30-Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., Norman, S. M. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*. 2007 Sep; 60(3): 541-72. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x> **[In Persian]**
- 31-Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Li, W. The psychological capital of Chinese workers: Exploring the relationship with performance. *Management and organization review*. 2005 Jul; 1(2): 249-71. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8784.2005.00011.x>
- 32-Huang, Y. C., Chen, C. C., Lin, S. C., Tang, H. F., & Cheng, J. S. Psychological capital as a source of career adaptability, job satisfaction, and life satisfaction among tour operators and guides during a global crisis. *Tourism Management Perspectives*. 2023 Nov 1; 49: 101188. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2023.101188>

- 49-Barlas, J., Egan, V. Weapons carrying in British teenagers: The role of personality, delinquency, sensational interests, and mating effort. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2006 Mar 1; 17(1): 53-72.
<http://dx.doi.org/10.1080/14789940500407692>
- 50-Modaresifard. F/, Maredpour, A. On the Relationship of Personality Traits and Coping Strategies with Drug Abstinence Self-Efficacy in Addicted Youth. *etiadjohi* 2016; 10 (39) :213-230. <http://etiadjohi.ir/article-1-166-fa.html>
[In Persian]
- 51-Krasikova, D. V., Lester, P. B., Harms, P. D. Effects of psychological capital on mental health and substance abuse. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2015 Aug; 22(3): 280-91.
<https://doi.org/10.1177/1548051815585853>
- 52-khoshroo, T., qorbanpoorlafmejani, A., boland, H. The relationship between psychological capital and family empowerment: the mediating role of meaning in life and perceived social support. *The Women and Families Cultural-Educational*, 2023; 18(63): 181-212.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26454955.1402.18.63.7.3> **[In Persian]**
- 53-Mathew, J., Dunning, C., Coats, C., Whelan, T. The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*. 2014 Nov 1; 70: 66-71.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.008>
- 54-karbalaie, M., moradi, A., karimi, P. The Relationship between Family Functioning and High-Risk Sexual Behaviors and Substance Use in Women: Mediation of Psychological Capital. *Quarterly Journal of Woman and Society*, 2023; 13(52): 47-62.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1401.13.52.4.4> **[In Persian]**
- 55-Riulli, L., Savicki, V., Richards, J. Psychological capital as a buffer to student stress. *Psychology*. 2012 Dec 25; 3(12): 1202.
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.312A178>
- 41-Kang, W., Steffens, F., Pineda, S., Widuch, K., Malvaso, A. Personality traits and dimensions of mental health. *Scientific reports*. 2023 May 1; 13(1): 7091. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33996-1>
- 42-Bogg, T., Roberts, B. W. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological bulletin*. 2004 Nov; 130(6): 887.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.6.887>
- 43-Hong, R. Y., Paunonen, S. V. Personality traits and health-risk behaviours in university students. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*. 2009 Dec; 23(8): 675-96.
<https://doi.org/10.1002/per.736>
- 44-Moghaddami, B., Jahangiri, M. Predicting the Attitude to High Risk Behaviors Based on Brain Behavioral System and Personality Traits with Mediating Role of Parenting in Secondary school students of Qom Province. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2022, Issue 3 Vol. 23.
<https://doi.org/10.30486/jsrp.2021.1911385.2665>
[In Persian]
- 45-Ghoreishi Rad, F. S., Pour JabbarAkhouni, F. Investigating the Relationship of Social Health and Personality Traits with High-Risk Behaviors of Tabriz University of Medical Sciences Students in 2017: A Descriptive Study. *JRUMS* 2019; 18 (2): 107-120.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17353165.1398.18.2.1.9> **[In Persian]**
- 46-Kazemeini, T., Modarres Gharavi, M. The Relationship between Personality Characteristics and Risky Behaviors among College Students of Mashhad University of Medical Sciences. *JRUMS* 2013; 12(1): 15-26.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17353165.1392.12.1.2.6> **[In Persian]**
- 47-Tao, D., Zhang, R., Qu, X. The role of personality traits and driving experience in self-reported risky driving behaviors and accident risk among Chinese drivers. *Accident Analysis & Prevention*. 2017 Feb 1; 99: 228-35.
<https://doi.org/10.1016/j.aap.2016.12.009>
- 48-Shuper, P. A., Joharchi, N., Rehm, J. Personality as a predictor of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: a systematic review. *AIDS and Behavior*. 2014 Feb; 18: 398-410.
<https://doi.org/10.1007/s10461-013-0554-5>

- 59-Banstola, R. S., Ogino, T., Inoue, S. Self-esteem, perceived social support, social capital, and risk-behavior among urban high school adolescents in Nepal. SSM-population health. 2020 Aug 1; 11: 100570.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100570>
- 60-Atefifar, H., Agajani Marsa, H., Mohseni Tabrizi, A. Analysis of Patterns of Interventions to Prevent High-risk Behaviors in Families. refahj. 2022; 22(85): 181-220.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17358191.1401.22.8.5.5.3> **[In Persian]**
- 61-Fakhar, M. supporting abused and abandoned children with the legal system of adoption in Iran. First edition, Tehran: Jangal Publications. 2021. **[In Persian]**
- 56-Barahoyi, S., Najafi, M., Tale'pasand, S. Predicting High-Risk Behaviors based on Positive Youth Development and Positive Psychological Capital in Adolescents. etiadpajohi 2023; 17 (69): 245-270.
<http://dx.doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.69.245>
[In Persian]
- 57-Henderson, E., Aaron, S., Blackhurst, Z., Maddock, M., Fincham, F., Braithwaite. S. R. Is pornography consumption related to risky behaviors during friends with benefits relationships? The Journal of Sexual Medicine. 2020 Dec; 17(12): 2446-55.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.017>
- 58-Kargar, F. R., Ajilchi, B., Goreyshi, M. K., Noohi, S. Effect of creative and critical thinking skills teaching on identity styles and general health in adolescents. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013 Jul 9; 84: 464-9.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.585>

تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان دیابتی نوع ۱

نویسندگان

زهره قادری^۱، محبوبه طاهر^{۲*}، شهناز نوحی^۳، جواد اسماعیلی^۴

۱. گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

nooshin.ghaderi1705@gmail.com

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

۳. گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. psynut.sh@gmail.com

۴. گروه ریاضی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. Jesmaeilbastam@gmail.com

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن و متابولیک است که می‌تواند عوامل روان شناختی نوجوانان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان دیابتی نوع ۱ بود.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دیابتی ۱۴ - ۱۸ ساله مبتلا به دیابت نوع ۱ و والدین آنان در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به صورت داوطلبانه و تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای فرایدنبرگ و لوئیس (۱۹۹۳م) و پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰م) بود که در مرحله پیش‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. سپس مداخله خانواده‌درمانی روی گروه آزمایش اجرا شد و پس از اتمام جلسات، هر دو گروه مجدداً پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که در خرده‌مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای شامل ارجاع به دیگران ($P=0/012$) و مسئله‌محور ($P<0/001$) بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین، در خرده‌مقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی شامل جایگزین‌ها ($P=0/002$)، کنترل ($P<0/001$) و جایگزین‌ها برای رفتار انسانی ($P<0/001$) بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: براساس نتایج می‌وان نتیجه گرفت که خانواده‌درمانی سیستمی - رفتاری در بهبود و اصلاح عوامل روان‌شناختی نوجوانان دیابتی نوع ۱ مؤثر است و می‌تواند به عنوان یک مداخله کارآمد مورد استفاده متخصصان قرار گیرد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۰۵/۱۸



کلیدواژه‌ها

خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری، سبک‌های مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری شناختی، نوجوان، دیابت نوع ۱.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Mahboobe.Taher@iaui.ac.ir

مقدمه

دیابت^۱ یک سندرم متابولیک مزمن و شایع‌ترین اختلال آندوکراین است که علاوه بر مشکلات جسمانی بر عوامل روان‌شناختی افراد تأثیر به‌سزایی دارد و با افزایش قند خون^۲ ناشی از کمبود ترشح انسولین، مشخص می‌شود [۱]، ۱۲. در حال حاضر حدود ۳۴۷ میلیون نفر در سرتاسر دنیا به آن مبتلا هستند. براساس برآوردهای فدراسیون بین‌المللی دیابت [۳] تا سال ۲۰۳۰ م این رقم به بیش از ۵۵۲ میلیون نفر خواهد رسید. مطابق گزارش انجمن دیابت ایران، در کشور ما نیز حدود ۵ میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند [۴]. دیابت انواع مختلفی دارد از جمله: دیابت نوع ۱ و ۲ [۵]. دیابت نوع یک، یک بیماری خودایمنی است که می‌تواند در هر سنی بروز یابد، اما بیشترین شیوع آن در کودکان و نوجوانان مشاهده می‌شود. همچنین، در دوران بلوغ کاهش حساسیت نسبت به انسولین گزارش شده است که براساس نتایج برخی تحقیقات بین ۳۰ الی ۵۰ درصد برآورد می‌شود. علاوه بر تغییرات هورمونی و متابولیکی، نوجوانی با تغییرات آشکار رفتاری مانند استقلال‌طلبی، سرکشی، حفظ حریم خصوصی، حساسیت به ظاهر، نیاز به تأیید همسالان و حتی بروز اختلال خوردن خصوصاً در دختران همراه است که می‌تواند بر کنترل دیابت اثر بگذارد. نوجوانان دیابتی بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب و کاهش اعتماد به نفس هستند. همچنین، سبک زندگی، رژیم غذایی و عادات ورزشی نیز در دوران بلوغ تغییر می‌کند؛ بنابراین بسیار مهم است که به ابعاد روانی این دوران توجه خاص شود [۶]. درمان دیابت شامل تزریق انسولین، رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی منظم، آموزش و روان‌درمانی است. اما نوجوانانی که در دوره بلوغ به سر می‌برند لازم است که تحت نظر پزشک متخصص سطح انسولین خون را کنترل کنند. همچنین مراقبت‌های خاص برای کنترل سطح قند خون و جلوگیری از عوارض جانبی دیابت باید رعایت شود [۷]. بنابراین، رعایت اصول درمان دیابت به طور منظم می‌تواند به جلوگیری از این عوارض کمک کند [۸]. عواملی که باعث بی‌تبعیتی بیشتر نوجوانان به کنترل قند خون می‌شود. احساس ناکارآمدی، ناامیدی به

آینده و نپذیرفتن دیابت ذکر شده است [۴]. بنابراین، سبک مقابله نوجوان در برابر دیابت و چالش‌های مربوط به آن می‌تواند در پایداری بیشتر نسبت به کنترل قند خون و بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی وی مؤثر واقع شود. نتایج تحقیقات مختلف ثابت کرده است که سبک‌های مقابله‌ای^۳، با کنترل قند خون و رعایت اصول تغذیه و رژیم درمانی رابطه دارد و در افراد دیابتی باعث ایجاد انواع رفتارهای مراقبت از خود در برابر کنترل قند خون می‌شود [۹]. انواع مختلفی از راهبردهای مقابله‌ای عبارتند از: راهبردهای مسئله‌محور^۴ که فرد سعی می‌کند به شناسایی راهکارها و حل مشکل بپردازد. در راهبردهای هیجان‌محور^۵ فرد سعی می‌کند به کنترل هیجانات خود پرداخته و به دنبال راه حل مناسب برای کنترل هیجانات باشد. در راهبردهای اجتنابی^۶ فرد سعی می‌کند از مواجهه با مشکلات و استرس‌ها فرار کند. در راهبردهای شناختی^۷ فرد سعی می‌کند با تغییر نگرش و دیدگاه خود، به کاهش استرس و حل مسائل کمک کند [۱۰].

انعطاف‌پذیری^۸ نیز یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی است و به اعتقاد پژوهشگران، این عامل بر توان افراد در مقابله با استرس‌های محیطی افزوده و در بهبود روابط خانوادگی و بین فردی آن‌ها تأثیر مثبت دارد [۱۱]. همچنین تعریف هایز^۹ از انعطاف‌پذیری این است که انسان بتواند با حفظ ارزش‌های شخصی، با لحظه اکنون ارتباط برقرار کند و باعث تغییرات مثبت در رفتارهایش شود [۱۲]. انعطاف‌پذیری به عنوان یک مهارت روان‌شناختی مثبت است و به معنای میزان قبول تجربه‌های زندگی فرد نسبت به محیط بیرونی خود است. انعطاف‌پذیری شناختی^{۱۰} با معیارهای مثبت سلامت روان ارتباط مثبت دارد [۱۲، ۱۳].

نقش والدین به عنوان منبع حمایتی با کنترل مناسب قند خون در دوران نوجوانی ارتباط نزدیک دارد. در دوران بلوغ باید انتقال مسئولیت کنترل دیابت از والدین به نوجوان

3. Coping Styles.

4. Problem-Oriented Strategies.

5. Emotion-Oriented Strategies.

6. Avoidance strategies.

7. Cognitive Strategies.

8. Flexibility.

9. Hayes.

10. Cognitive Flexibility.

1. Diabetes.

2. Hyperglycemia.

به صورت پذیرش خود مراقبتی دیابت، به درستی و با کمک متخصصین مراقبت‌های بهداشتی و به تدریج انجام شود. خانواده می‌تواند در مدیریت نوجوانان دیابتی نقش بسیار مهمی ایفا کند. همچنین، حمایت خانواده از فرزندشان می‌تواند به افزایش اعتماد به نفس و بهبود انگیزه آن‌ها در کنترل قند خون مؤثر باشد [۱۴، ۱۵]. بنابراین، اهمیت و کسترش مداخلات رفتاری و روان‌شناختی که باعث بهبود ارتباطات خانوادگی، حل مسئله و حل تعارض می‌شود ضروری است و می‌تواند مدیریت دیابت را در بین نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها ارتقاء بخشد [۱۵]. یکی از این مداخلات رفتاری و روان‌شناختی، خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری^۱ است که شامل چهار مؤلفه است: آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ارتباطی، بازسازی شناختی و درمان ساختاری عملکردی خانواده. در خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری، هدف اصلی این است که الگوهای ناسالم رفتاری و ارتباطی در خانواده شناسایی و تغییر داده شود. این روش با تمرکز بر راهبردهای مثبت و تغییرات کوچک در رفتارهای خانوادگی، باعث بهبود در روابط و تعاملات خانوادگی می‌شود. [۱۶] خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری شامل جلسات گروهی یا فردی است که تحت نظارت یک متخصص خانواده قرار می‌گیرد. در این جلسات، اعضا به طور فعال در تغییر الگوهای رفتاری خود و بهبود ارتباطات خانوادگی شرکت می‌کنند [۱۷]. از مزایای خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری می‌توان به بهبود فراگیر رفتارها، کاهش تنش‌ها و تقویت نقاط قوت اعضای خانواده اشاره کرد. [۱۵]

بنابراین، شناسایی عواملی که باعث به وجود آمدن مشکلات بین فردی در نوجوانان دیابتی و خانواده آن‌ها می‌شود و با توجه به اهمیت تعاملات خانواده در شکل‌گیری و دوام این مشکلات و پرداختن به روش‌های درمانی مؤثر و مقرون به صرفه در مورد نوجوانان دیابتی به نظر می‌رسد بسیار ضروری و مهم باشد [۱۸]. بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان دیابتی نوع ۱ بود. شاکریان و امینی [۱۹] در مطالعه خود با عنوان تأثیر

آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو نشان دادند میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در ابعاد کنترل قند، کنترل رژیم غذایی و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری داشت. همچنین نتایج پژوهشی که توسط محمدزاده و رجب [۲۰] با عنوان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی و کنترل قند خون کودکان مبتلا به دیابت ملیتوس نوع یک انجام شد، نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش معنادار مشکلات روان‌شناختی و بهبود کنترل قند خون در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. از طرفی دیگر تغییر نگرش و آموزش شناختی که در پژوهش موسویان، کراسکیان با عنوان اثربخشی شناخت درمانی بر کاهش هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد، نشان داد که آموزش شناخت درمانی می‌تواند در کنترل قند خون افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر باشد [۲۱]. سرگزی و ساروی نشان دادند که پس از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، میانگین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در ۱.۵ ماه و ۳ ماه پس از مداخله افزایش یافته است. مارتین نمت و همکاران [۲۲] نیز در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش ترس از هایپرگلیسمی در نوجوانان دیابتی نشان دادند درمان شناختی رفتاری موجب بهبود رفتار خودمدیریتی و بهبود کنترل قند خون در آن‌ها می‌شود.

روش

این تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی بود و با طرح پیش-آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل انجام گرفت. تمامی نوجوانان دیابتی نوع یک مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران شهر تهران و والدین آن‌ها (پدر و مادر) در سال ۱۳۹۹ به عنوان جامعه آماری تعیین شدند که با گروه سنی ۱۴-۱۸ ساله، مدت ابتلا به بیماری از یک تا ۱۰ سال، تنها با برنامه انسولین درمانی تحت نظارت پزشک متخصص بدون مصرف داروی دیگر، و سن والدین از ۳۵ الی ۶۰ سال و تعداد فرزندان خانواده بین یک تا سه فرزند در نظر گرفته شدند. افراد نمونه در این پژوهش شامل ۳۰ نفر

فرایندبرگ و لوئیس همبستگی ۰/۴۴ تا ۰/۸۴ را پس از دو هفته باز آزمایی در هجده زیر مقیاس این آزمون گزارش نمودند. این بررسی بین راهبرد حل مسئله و افسردگی و بین راهبرد کنار آمدن با مشکل و اضطراب رابطه منفی و معنی‌دار نشان داد. این امر گویای روایی پیش بین این آزمون است. فرایندبرگ و لوئیس نیز به این نتیجه رسیدند که بین مقابله کار آمد و عزت نفس و موفقیت رابطه وجود دارد. این آزمون توسط داعی‌پور ترجمه و هنجاریابی شده است. در این بررسی پایایی این پرسش‌نامه بر روی ۱۲۶ دانش‌آموز پسر و دختر راهنمایی و دبیرستانی مناطق سه و هفت آموزش و پرورش تهران ارزیابی شد و ضریب‌های همبستگی برای راهبردهای هیجده‌گانه از ۰/۲۹ تا ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی^۲

پرسش‌نامه دنیس و وندروال [۲۴] یک ابزار خود گزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر به کار می‌رود. همچنین برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. دنیس و وندروال روایی همزمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی مارتین ۰/۷۵ به دست آوردند. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کنترل، جایگزینی و جایگزینی برای رفتار انسانی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۷، و ۰/۷۵ به دست آوردند. در ایران، سلطانی، شاره [۲۵] به طور همزمان روایی این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک برابر ۰/۵۱- گزارش کرده‌اند.

خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری (این فرایند درمانی با اقتباس از مدل خانواده‌درمانی سیستمی کیر [۲۶] در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تهیه شده است. همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری روان‌شناسی و داشتن حداقل ده سال سابقه کار بالینی به تأیید رسید و سپس در این پژوهش استفاده شد.

از نوجوانان دیابتی نوع ۱ بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و فهرست بیمارانی که به انجمن دیابت ایران مراجعه کردند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۱۵ نفر به صورت پسر و ۷ دختر) قرار گرفتند. سپس قبل از شروع برنامه درمانی پرسش‌نامه‌های سبک‌های مقابله‌ای فرایندبرگ و لوئیس [۲۳] و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال به هر دو گروه ارائه شد. پس از آن خانواده درمانی بر روی گروه آزمایش (به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی) اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. همچنین پس از پایان پژوهش جهت حفظ موازن اخلاقی، برنامه‌های درمانی اجرا شده در این مطالعه بر روی گروه گواه نیز اجرا شد.

ملاک‌های ورود افراد به طرح پژوهش داشتن دیابت نوع ۱، نوجوانان دیابتی دختر و پسر ۱۴ تا ۱۸ ساله، مبتلا نبودن والدین به دیابت، نداشتن مشکلات روان‌شناختی مانند جدایی والدین، اعتیاد و ...، مدت ابتلا به دیابت از ۱ تا ۱۰ سال، متعهد به شرکت در جلسات، و عدم شرکت همزمان در مداخلات درمانی دیگر بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی و عدم رعایت قوانین گروه‌درمانی بود. از ابزارهای زیر در این پژوهش استفاده شد.

مقیاس مقابله ای نوجوانان^۱

این پرسش‌نامه توسط فرایندبرگ و جهت اندازه‌گیری شیوه مقابله‌ای در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله و بر پایه نظریه لازاروس ساخته شده است. برتری این آزمون نسبت به سایر آزمون‌ها، اندازه‌گیری گسترده‌تر راهبردهای مقابله‌ای است. فرم این آزمون دارای ۱۸ خرده‌مقیاس است و هر مقیاس یک شیوه متفاوت مقابله‌ای را ارزیابی می‌کند. در این پرسش‌نامه هجده راهبرد مقابله‌ای در سه سبک کلی مقابله‌ای (ارجاع به دیگران، مسئله محور و غیر مولد) طبقه‌بندی شده‌اند که کارآمدی یا ناکارآمدی مقابله‌ای را نشان می‌دهند. آزمودنی نظر خود را در مورد عبارت‌های پرسش‌نامه با پاسخ‌های پنج گزینه‌ای (۱. این عمل را انجام نمی‌دهم تا ۵- همیشه این عمل را انجام می‌دهم) نشان می‌دهد.

جدول ۱. بسته خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری

جلسه	سر فصل جلسات	هدف جلسات	محتوای جلسات	تکلیف
جلسه مقدماتی	برقراری ارتباط درمانی	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر	معارفه اولیه و تعامل اعضا با یکدیگر، تنظیم قرارداد درمانی و اجرای پیش‌آزمون	تنظیم دفترچه یادداشت برای خانواده با تقویم، جزوه، خودکار، مداد و ...
جلسه اول	ارزیابی	دریافت اطلاعات	ارزیابی اولیه، دریافت اطلاعات بیشتر درباره مسائل مرتبط با دیابت؛ تشخیص موانع و مشکلات خانوادگی	اختصاص دادن تکالیف برای نوجوانان در طول جلسات درمان
جلسه دوم	باورها و انتظارات در تربیت کودک و نوجوان	بحث درباره اعتقادات نوجوان یا والدین در کنترل دیابت	بیان باورها و انتظارات والدین در تربیت کودک و نوجوان	تهیه لیستی از موارد قابل مذاکره و غیر قابل مذاکره در کنترل دیابت
جلسه سوم	آموزش حل مسئله	آموزش اهداف حول حل مسئله	حل مساله پیشرفته، موفقیت در اجرای راه حل ها، برنامه‌ریزی و اجرای راه حل پیشنهادی	اجرای راه حل انتخاب شده و ارزیابی عملکرد آن
جلسه چهارم	آموزش حل مسئله پیشرفته	گذران خانواده با نوجوان هفته‌ای یک بار با برنامه "زمان خاص"	بیان و بررسی مجدد اختلاف در کنترل قند خون، بررسی مسائل درمانی	توافق درمانگر و نوجوان درباره کنترل یک یا چند جنبه از برنامه درمان.
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های ارتباطی	تمرین مهارت (با استفاده از پرسش و پاسخ) بازی ارتباطی	آموزش مهارت‌های ارتباطی پیشرفته؛ تسهیل تمرین در مهارت‌های پیشرفته ارتباطی	ذکر مشکلی که خانواده می‌خواهد برای تمرین مهارت‌های ارتباطی انجام دهد.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های ارتباطی پیشرفته	آموزش مهارت‌های ارتباطی پیشرفته و مرور خطاهای رایج	آموزش «تکنیک‌های ارتباطی پیشرفته»	بیان حل مشکلی در خانه، یادداشت گزارش‌های ارتباطی
جلسه هفتم	سرمایه‌گذاری	بررسی و بازبینی دقیق مسائل	ارزیابی مسائل مرتبط یا غیر مرتبط با دیابت؛ بررسی مجدد باورهای غیرمنطقی	درخواست از خانواده جهت کار بر روی مسائلی که باعث تداوم مشکلات شده‌اند.
جلسه هشتم	مسائل مربوط به افشای مشکلات باقیمانده اجتماعی و حل مسئله		توافق در افشای اجتماعی دیابت نوجوان؛ جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	امتحان راه حل‌های آزمایشی برای مشکلات باقیمانده

در این تحقیق موازین اخلاقی^۱ شامل رعایت حریم خصوصی، گرفتن رضایت آگاهانه و رازداری رعایت شد. همچنین، درمورد زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از تحقیق در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. همچنین به آن‌ها دربارهٔ محرمانه بودن اطلاعات، اطمینان داده شد. تفسیر و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار

استنباطی انجام شد. در آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. نهایت از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰۰۰۵ در نظر گرفته شد.

۱. کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1400.044

نتایج

۱۵ نفر گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه آزمایش $15/5 \pm 4/2$ و میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه گواه $16/4 \pm 3/8$ بود.

ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در تحقیق نشان داد، در مجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ارجاع به دیگران	پیش آزمون	۳۷/۲	۴/۹	۴۰	۴/۷
	پس آزمون	۴۵/۱	۶/۵	۳۹/۷	۵/۲
مسئله محور	پیش آزمون	۶۱/۳	۵/۸	۵۹/۵	۴/۷
	پس آزمون	۶۷/۵	۶/۶	۵۸/۳	۵/۱
غیرمولد	پیش آزمون	۱۰۹/۶	۶/۵	۱۰۷/۷	۹/۹
	پس آزمون	۱۰۹/۵	۸/۵	۱۰۸/۹	۱۰/۲
جایگزین‌ها	پیش آزمون	۳۷	۶/۹	۳۵/۸	۳/۷
	پس آزمون	۴۰/۹	۵/۲	۳۵/۷	۴/۵
کنترل	پیش آزمون	۳۱/۲	۶/۱	۳۳/۶	۸/۳
	پس آزمون	۳۲/۲	۴/۹	۳۳/۴	۸/۱
جایگزین‌هایی برای رفتار	پیش آزمون	۸/۳	۳/۱	۸/۸	۲/۳
	پس آزمون	۱۰	۱/۲	۸/۹	۶/۲
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش آزمون	۸۰/۳	۷/۷	۸۳/۲	۹/۱
	پس آزمون	۸۷/۱	۷/۱	۸۲/۲	۹

در جدول (۲)، میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری ارائه شده است. طبق جدول، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در هر دو متغیر سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی افزایش یافته است. اما در گروه گواه تغییر قابل ملاحظه‌ای مشاهده نمی‌شود.

قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، به‌منظور بررسی رعایت فرض‌های لازم از آزمون‌های کولموگوروف اسمیرنوف و لون استفاده شد. آزمون کولموگوروف اسمیرنوف برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نشد ($p > 0/05$). و نتایج آزمون لون نیز مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p > 0/05$).

همگنی شیب‌های خط رگرسیون برای متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی معنادار نشد ($p > 0/05$)؛ لذا فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای پژوهش تحقق یافته است. با توجه به یافته‌های فوق، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن قابل مشاهده است.

برای بررسی فرضیه خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و تعدیل کننده، از نمودار توزیع متغیر همپراش در مقابل متغیر وابسته برای هر یک از گروه‌های کنترل و آزمایشی استفاده شد. با توجه به این که رابطه بین متغیرهای تعدیل کننده و وابسته برای هر کدام از گروه‌های کنترل و آزمایشی خطی بود، بنابراین می‌توان گفت مفروضه رابطه خطی بودن برقرار است.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی

خرده مقیاس	F	مقدار احتمال	مجذور اِتا
ارجاع به دیگران	۱۴۶/۷	۰/۰۱۲	۰/۲۰
مسئله محور	۶۰۷/۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
غیرمولد	۵۹/۹	۰/۱۷	۰/۰۸
جایگزین‌ها	۲۴۶/۳	۰/۰۰۲	۰/۲۸
کنترل	۲۸۶/۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
جایگزین‌هایی برای رفتار انسانی	۴۳۰/۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۴

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای هر یک از متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی نشان داد که در خرده‌مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای شامل ارجاع به دیگران ($P=۰/۰۱۲$) و مسئله محور ($P<۰/۰۰۱$) بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین در خرده‌مقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی شامل جایگزین‌ها ($P=۰/۰۰۲$)، کنترل ($P<۰/۰۰۱$) و جایگزین‌ها برای رفتار انسانی ($P<۰/۰۰۱$) بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان دیابتی نوع ۱ انجام شد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری موجب بهبود سبک‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان دیابتی نوع ۱ شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های شاکریان و امینی [۱۹] که در پژوهش خود نشان دادند میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله‌های خانواده‌محور با هدف افزایش توانایی‌ها و قابلیت‌ها در ابعاد کنترل قند، کنترل رژیم غذایی و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری داشت همسو است. همچنین با نتایج پژوهش سرگزی شاد و همکاران [۲۷] که در پژوهش خود نشان دادند که پس از اجرای روش توانمندسازی خانواده محور، میانگین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در ۱۵ ماه و ۳ ماه پس از مداخله در گروه آزمایش افزایش یافته است نیز همسو است و با کاهش عوارض

احتمالی بیماری دیابت کمک کند نیز همسو است. در بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای نوجوانان دیابتی نوع ۱ می‌توان نتیجه گرفت افرادی که از تعارض‌ها اجتناب می‌کنند، معمولاً با تفاوت‌های فردی خود در برخورد با مسائل بیرونی، به صورت پنهان و غیر مستقیم رفتار می‌کنند. آن‌ها عواطف منفی خود را سرکوب کرده و با این شیوه تعارض موجود را به حداقل می‌رسانند [۲۸]. این نوع درمان با تقویت حمایت و همکاری خانواده، نوجوانان دیابتی را در مدیریت بیماری و مقابله با استرس و اضطراب کمک می‌کند. حضور حامیان قوی در خانواده، احساس امنیت و اعتماد به نفس نوجوان را افزایش می‌دهد و سبک‌های مقابله سالم‌تر را ترویج می‌کند. همچنین خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری به اعضای خانواده، مهارت‌های مقابله با استرس و مشکلات را آموزش می‌دهد. این شامل مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، تصمیم‌گیری و تنظیم هیجانات است که به نوجوانان کمک می‌کند به طور سالم با فشارها و چالش‌های دیابت نوع ۱ روبرو شوند. خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری به خانواده کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری ناسالم یا غیرمؤثر را شناسایی و تغییر دهند. با تغییر الگوهای خانوادگی منفی، سبک‌های مقابله نوجوانان نیز بهبود می‌یابد [۱۲]. کرسین سن [۲۹] نیز بر این باور است که این افراد معمولاً افکار و عواطف خود را سرکوب می‌کنند، چون آن‌ها را منصفانه نمی‌دانند و می‌ترسند بحث‌شان به یک مشاجره غیر قابل کنترل با خانواده تبدیل شود. این پژوهش نشان داد که اجرای الگوی خانواده درمانی در کاهش استفاده از سبک هیجانی مؤثر است. ویژگی برجسته این رویکرد، توجه به مسئله پیش رو و شناخت مسئله و سپس پیدا کردن راه حل های مختلف در ارتباطات بین فردی است؛ بنابراین با اجرای الگوی خانواده درمانی سیستمی رفتاری نوجوانان مبتلا به دیابت، نحوه روبرو شدن با مسائل و در میان گذاشتن آن با خانواده را فرا می‌گیرند و به جای یاری جستن از سبک حل مسئله هیجان مدار به دنبال راه حل برای مسئله خود می‌گردند و در این میان نیز از نقش والدین در کمک به پیدا کردن راه حل‌های جایگزین غافل نشوند [۱۶، ۳۰].

همچنین در تبیین اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دیابتی نوع ۱ می‌توان گفت، در این رویکرد بر جنبه‌های عملی مانند

نگرش‌های منفی مقابله کنند. در جلسات، نوجوانان با گروه همسالان خود که دارای دیابت هستند، تعامل داشتند. این تعاملات توانست فضایی برای به اشتراک گذاری تجربیات و راهکارهای مؤثر در مدیریت دیابت فراهم کند [۱۸].

پیشنهادهای محدودیت‌های پژوهش

برای دستیابی به درک شفاف‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر، لازم است به برخی از محدودیت‌های آن اشاره شود. این تحقیق، تنها بر نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران در شهر تهران و والدین آن‌ها متمرکز بود. بنابراین، تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها به سادگی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، فقدان دوره پیگیری پس از اتمام جلسات درمانی بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، دوره‌های پیگیری در باره میزان اثربخشی روش درمانی بر نوجوانان دیابتی و سطح کنترل قند خون آنان در نظر گرفته شود تا مشخص گردد این مداخله تا چه اندازه در تحقق اهداف درمانی، کنترل قند خون و سازگاری با شرایط استرس‌زا موفق‌تر بوده است. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها بر اساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ دادن به پرسش‌ها و شیوه‌های معرفی شخصی احتمال تحریف وجود دارد. همچنین با توجه به شیوع دیابت و عوارض ناشی از آن، به متخصصان تغذیه و درمانگران پیشنهاد می‌شود تا در کنار رژیم‌های غذایی، از درمان‌های روان‌شناختی مانند تغییر سبک زندگی، کاهش وزن مبتنی بر روش‌های خانواده محور، درمان‌های معنوی مبتنی بر الگوی کاهش وزن نیز استفاده کنند.

تعارض منافع

پژوهش حاضر هیچگونه تعارض منافی برای نویسندگان نداشته است.

سپاسگزاری

از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش که در مطالعه حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

ملاحظات اخلاقی:

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از

تقسیم وظایف بین اعضا، گفت‌وگوی دوجانبه، برقراری ارتباط شفاف و قابلیت پیش‌برد و هدایت رابطه تأکید می‌شود. افزایش رفتارهای مثبت، بهبود ارتباط، ایجاد مهارت حل مسئله و کوشش برای تغییر الگوهای رفتاری که منجر به مشکلات خانوادگی می‌شوند، اصلاح باورها و انتظارات غیر منطقی و اسنادهای اشتباه، تنها بخشی از مداخلات این رویکرد است. با توجه به اینکه در این درمان، خطاهای شناختی کاهش پیدا می‌کند و در ادامه رفتارها و هیجانات نیز اصلاح می‌شود و در تعامل دوطرفه این اتفاق می‌افتد، این مداخله سبب افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار نوجوانان از دیگر اعضای خانواده و کاهش سوءبرداشت‌ها و دلخوری‌های بی‌مورد می‌شود [۳۱]. همچنین یکی از مهم‌ترین عوامل در زندگی نوجوانان دیابتی، این است که بتوانند کنترل نظام روان‌شناختی خود را از افکار خودکار منفی خارج کرده و به صورت فعال به ساخت نظام خلقی و رفتاری متعادل از طریق کنترل مستقیم سیستم شناختی بپردازند. بنابراین، با پذیرش این فرض، روشن و قابل انتظار خواهد بود که شناسایی و تضعیف شناخت‌های ناکارآمد و یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مسائل و مشکلات و نیز جایگزین ساختن شناخت‌های کارآمدتر بتواند به بالا بردن سطح کلی سلامت روانی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی بیانجامد [۱۴، ۳۲].

از سوی دیگر در این جلسات، اطلاعات مربوط به دیابت و راهکارهای مدیریت آن به خانواده‌ها ارائه شد. این آموزش‌ها شامل تغذیه سالم، تمرین بدنی، تزریق انسولین و کنترل قند خون بود. این آموزش‌ها به نوجوانان کمک کرد تا علمی و آگاهانه با دیابت خود روبرو شوند و برای مدیریت بهتر آن آماده شوند. همچنین در این جلسات، خانواده آموزش‌ها و تمریناتی را دریافت کردند که بهبود ارتباطات خانوادگی را هدف قرار دادند. این شامل مهارت‌های گفتگو، گوش دادن فعال، ابراز عاطفه سالم و حل مسئله بود. با افزایش کیفیت ارتباطات خانوادگی، نوجوانان بهتر توانستند نگرش‌های منفی را کنترل کنند و با مشکلات خود مقابله کنند. در این جلسات، خانواده به راهبردهای مؤثر برای مقابله با استرس و فشار زندگی آموزش داده شد. این تمرینات شامل تنفس عمیق، روش‌های آرامش، تمرینات تفکر مثبت و تغییر الگوهای منفی بود. با استفاده از این راهبردها، نوجوانان توانستند بهتر با فشارهای روزمره و

- 7- Kim, A., Knudsen, J. G., Madara, J. C., Benrick, A., Hill, T., Abdul Kadir, L., et al. AVP-induced counter-regulatory glucagon is diminished in type 1 diabetes. *bioRxiv*. 2020:2020.01. 30.927426. <https://doi.org/10.1101/2020.01.30.927426>.
- 8- Rabbone, I., Schiaffini, R., Cherubini, V., Maffei, C., Scaramuzza, A. Has COVID-19 delayed the diagnosis and worsened the presentation of type 1 diabetes in children? *Diabetes Care*. 2020; 43(11): 2870-2. <https://doi.org/10.2337/dc20-1321>.
- 9- Leslie, R. D., Evans-Molina, C., Freund-Brown, J., Buzzetti, R., Dabelea, D., Gillespie, K. M., et al. Adult-onset type 1 diabetes: current understanding and challenges. *Diabetes Care*. 2021; 44(11): 2449-56. <https://doi.org/10.2337/dc21-0770>.
- 10-Hamadzadeh, S., Ezati, ZH., Abedsaeidi, ZH., Nasiri, N. Coping Styles and Self-Care Behaviors among Diabetic Patients. *Iranian Nursing Journal (IJN)*. 2013; 25(80): 24-33. <https://sid.ir/paper/114283/en> [In Persian]
- 11-Lee, J. K., Orsillo, S. M. Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2014; 45(1): 208-16. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.008>.
- 12-Hayes, S. C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004; 35(4): 639-65. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3).
- 13-Hu, T., Zhang, D., Wang, J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual differences*. 2015; 76: 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>.
- 14-Feldman, M. A., Anderson, L. M., Shapiro, J. B., Jedraszko, A. M., Evans, M., Weil, L. E., et al. Family-based interventions targeting improvements in health and family outcomes of children and adolescents with type 1 diabetes: a systematic review. *Current Diabetes Reports*. 2018; 18: 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-0981-9>.
- 15-Hilliard, M.E., Holmes, C. S., Chen, R., Maher, K., Robinson, E., Streisand, R. Disentangling the roles of parental monitoring and family conflict in adolescents' management of type 1 diabetes. *Health Psychology*. 2013; 32(4): 388. <https://doi.org/10.1037/a0027811>.

رساله دکتری تخصصی است. و دارای کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1400.044 است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

تقدیر و تشکر

از نوجوانان و خانواده‌هایی که در این پژوهش پیگیرانه و با عشق من را همراهی کردند و از انجمن دیابت ایران و انجمن حمایت از کودکان دیابتی یار شیرین نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

منابع

- 1- Hoseini Tavan, H., Nouhi Rajab, A. Comparing the effectiveness of positive psychology training and motivational interviewing on lifestyle and psychological capital in people with type 2 diabetes. *Clinical psychology and personality. Clinical psychology and personality*. 2023. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16683.1271> [In Persian]
- 2- Pop-Busui, R., Januzzi, J. L., Bruemmer, D., Butalia, S., Green, J. B., Horton, W. B., et al. Heart failure: an underappreciated complication of diabetes. A consensus report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2022. <https://doi.org/10.2337/dci22-0014>.
- 3- Diabetes atlas [Internet]. 2014. <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
- 4- Karam Ghadiri, N., Hasan Abadi, H., Mojtabai, R., Nikoo Sokhan, A. Expert patient: a new approach in self-management of type 2 diabetes based on diabetes knowledge education and somatogeny knowledge. *Clinical psychology and personality*. 2020; 17(2): 47-61. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2907> [In Persian]
- 5- Bahjati, F. The Effectiveness of The Intervention Based on Informational-Motivational and Behavioral Skills (IMB) Self-Care Model on Quality of Life in Students with Diabetes. *Quarterly journal of research in psychological health*. 2019; 13(2): 45-63. <http://dx.doi.org/10.52547/rph.13.2.45> [In Persian].
- 6- Peltonen, E. J., Veijola, R., Ilonen, J., Knip, M., Niinikoski, H., Toppari, J., et al. What is the role of puberty in the development of islet autoimmunity and progression to type 1 diabetes? *European Journal of Epidemiology*. 2023; 38(6): 689-97. <https://doi.org/10.1007/s10654-023-01002-7>.

- 25-Share, H., Robati, Z. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive flexibility, suicidal thoughts, depression and hopelessness in soldiers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2021; 27(4): 412-27. <http://ijpcp.iiums.ac.ir/article-1-3095-fa.html> **[In Persian]**
- 26-Carr, A. Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*. 2019; 41(2): 153-213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>.
- 27-Sargazishad, T., Kerman saravi, F., Navidiyan., A. The effect of the family-centered empowerment model on the quality of life and self-efficacy of adolescents with type 1 diabetes. *Iranian Journal of Endocrine and Metabolism, bimonthly research journal of Endocrine and Metabolism Research Center*. 2016; 19(5): 330-9U. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-2276-fa.html> **[In Persian]**
- 28-Knowles, S. R., Apputhurai, P., O'Brien, CL., Ski, CF., Thompson, D. R., Castle, D. J. Exploring the relationships between illness perceptions, self-efficacy, coping strategies, psychological distress and quality of life in a cohort of adults with diabetes mellitus. *Psychology, health & medicine*. 2020; 25(2): 214-28. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1695865>.
- 29-Christiansen, A. T., Thomas, V., Kafescioglu, N., Karakurt, G., Lowe, W., Smith, W., et al. Multicultural supervision: Lessons learned about an ongoing struggle. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2011; 37(1): 109-19. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00138.x>.
- 30-Yeh, SCJ., Huang, CH., Chou, HC. Relationships among coping, comorbidity and stress in patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 63(2): 166-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04659.x>.
- 31-Santos, F. R., Sigulem, D., Areco, K. C., Gabbay, M. A., Dib, S. A., Bernardo, V. Hope matters to the glycemic control of adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Journal of Health Psychology*. 2015; 20(5): 681-9. <https://doi.org/10.1177/1359105315573429>.
- 32-Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A., et al. Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence, and metabolic control. *Journal of pediatric psychology*. 2006; 31(9): 928-38. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj098>.
- 16-zamanifar, M., Keshavarzi Asadi, F., Hassani, F., Emamipour, S. Effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on Sexual satisfaction and Self Differentiation in Each Couple with Marital Conflict Health promotion management. 2022; 11(2): 45-58. <http://jhpm.ir/article-1-1337-fa.html> **[In Persian]**
- 17-Reibstein, J., Singh, R. The Intercultural Exeter Couples Model: Making Connections for a Divided World Through Systemic-Behavioral Therapy: John Wiley & Sons; 2020. 186-7. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12368>
- 18-Carr, A. Evidence for the efficacy and effectiveness of systemic family therapy. *The handbook of systemic family therapy*. 2020; 1:119-46. <https://doi.org/10.1002/9781119438519.ch6>.
- 19-Shakerian, S., Amini, H. The Effect of Education Based on the Family-oriented Empowerment Model on Self-care Behaviors of Patients with Type 2 Diabetes Referred to Rural Health Centers in Neka. *Journal of Health Research in Society*. 2019; 5(2): 11-8. <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-403-fa.html> **[In Persian]**
- 20-MohammadZadehFarhani, A., Naderi, F., Rajab, A., Ahadi, H., Kraskian, A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological problems and blood sugar control in children with type 1 diabetes mellitus. *Journal of pediatric and infant nursing*. 2018; 4(3): 56-63. <http://jpen.ir/article-1-272-fa.html> **[In Persian]**
- 21-Mousaviyan, N., Kraskian-Mujembari, A., Aghayousfi, A. The Effectiveness of Cognitive Therapy on the Reduction of Glycated Hemoglobin in Patients with Diabetic Type 2. *Journal of Behavioral Science Research*. 2017; 15(3): 285-90. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-543-fa.html> **[In Persian]**
- 22-Martyn-Nemeth, P., Duffecy, J., Quinn, L., Park, C., Mihailescu, D., Penckofer, S. A cognitive behavioral therapy intervention to reduce fear of hypoglycemia in young adults with type 1 diabetes (FREE): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019; 20:1-9. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3876-4>.
- 23-Shariatmadar, A., Naimi, M. Predicting the motivation of academic progress through the coping styles of teenagers Research in educational systems. 2016;9(31): 191-210. https://www.jiera.ir/article_49450_721db4e78e64539d62e9f712ebcb78e9.pdf **[In Persian]**
- 24-Dennis, J. P., Vander Wal, J. S. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010; 34: 241-53. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>.

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی بر تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه (امنیت دلبستگی) زوجین دارای روابط فرازناشویی

نویسندگان

فهیمة غفوریان محبی^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۲*}، رویا رسولی^۳، محمد آرش رضانی^۴

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

fahime.ghafourianmohebi@iau.ac.ir

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

r.rasouli@alzahra.ac.ir

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

m_ramezani@sbu.ac.ir

چکیده

مقدمه: عوامل گوناگونی در سطوح شخصیتی و روانی، همچون سبک‌های دلبستگی - چه به صورت مستقل و چه در تعامل با یکدیگر - بر رابطه زوجین اثر گذاشته و منجر به افزایش گرایش آن‌ها به روابط فرازناشویی می‌شوند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی بر تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه (امنیت دلبستگی) در زوجین دارای روابط فرازناشویی بود.

روش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با مرحله پیگیری ۲ ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زوجین دارای روابط فرازناشویی شهر کرج در پاییز سال ۱۴۰۳ بود. در مرحله نخست، تعداد ۶۰ زوج انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ زوج) و ۲ گروه کنترل (هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین شدند. زوجین گروه‌های آزمایش تحت درمان هیجان‌مدار برگرفته از گرینبرگ و گلدمن (۲۰۰۸م) به دو شیوه زوجی و فردی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در فهرست لیست انتظار باقی ماند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه (ECR-RS) فریلی و همکاران (۲۰۱۱م) استفاده شد. با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ و از طریق تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر تحلیل گردید.

نتایج: نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی تأثیر معناداری بر امنیت دلبستگی داشته است ($P < 0/05$). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بیانگر آن بود که درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی اثربخشی بیشتری نسبت به شیوه فردی بر تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه (امنیت دلبستگی) دارد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار، چه به شیوه زوجی و چه به شیوه فردی، می‌تواند به عنوان رویکردی درمانی مؤثر برای بهبود امنیت دلبستگی در زوجین دارای روابط فرازناشویی در مراکز مشاوره خانواده به کار گرفته شود؛ با این حال، اولویت استفاده با درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی است.

کلیدواژه‌ها

درمان هیجان‌مدار، امنیت دلبستگی، روابط فرازناشویی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

dr.vafa@iau.ac.ir

مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

خانواده، یکی از مهم‌ترین نظام‌های اجتماعی و دارای کارکردهای اساسی در جامعه است و ازدواج مقدمه تشکیل خانواده به شمار می‌آید [۱ و ۲]. ازدواج به عنوان مهم‌ترین و عالی‌ترین رسم اجتماعی [۳] برای تأمین نیازهای عاطفی و امنیتی افراد همواره تأکید بوده است و تداوم و بقای آن به استمرار پیوند زناشویی وابسته است [۴]. به بیان دیگر، ازدواج یکی از مهمترین رویداد زندگی هر فرد و بنیادی‌ترین ارتباط بشری محسوب می‌شود؛ زیرا زمینه‌ساز ایجاد خانواده و تربیت نسل آینده است [۵]. یکی از تهدیدهای جدی برای پیمان زناشویی که گاه به طلاق و جدایی منجر می‌شود، خیانت زناشویی یا روابط فرازناشویی است [۶]. این پدیده به برقراری روابط صمیمانه، عاطفی، مجازی یا جنسی با فردی غیر از همسر اطلاق می‌شود [۷ و ۸] و در برخی کشورها از نظر قانونی با مجازات کیفری همراه است [۹]. از سوی دیگر، باور بر این است که گرایش به روابط فرازناشویی می‌تواند تحت‌تأثیر کیفیت دلبستگی قرار گیرد؛ کیفیتی که در زندگی مشترک با عنوان امنیت دلبستگی توصیف می‌شود [۱۰] و به عنوان گرایش‌های دلبستگی نیز مطرح است [۱۱]. کیفیت دلبستگی با دو بعد دلبستگی اضطرابی و اجتنابی مشخص می‌شود [۱۲]. افرادی که در مؤلفه اضطرابی و اجتنابی، نمره بیشتری می‌گیرند، سخت‌تر می‌توانند به نگرانه‌های دلبستگی اعتماد کنند [۱۳]؛ در حقیقت، می‌توان گفت ابعاد اضطرابی و اجتنابی دلبستگی در افراد به صورت ترس از کنار گذاشته شدن و طرد شدگی تعریف می‌شود؛ بعد اضطرابی دلبستگی به اضطراب ناشی از طرد شدگی، احساس دوست داشتنی نبودن و عدم پذیرش و بعد اجتنابی دلبستگی به اجتناب از صمیمیت و احساس ناراحتی وابستگی اشاره دارد [۱۴]. از سوی دیگر، می‌توان گفت افرادی که به طور مضطرب وابسته هستند، نسبت به شریک زندگی خود بی‌اعتماد هستند و به روابط فرازناشویی مشکوک هستند، بیشتر از خشونت در زندگی زناشویی استفاده می‌کنند [۱۵]. لذا، زوجینی که اضطراب و اجتناب دلبستگی بیشتری نسبت به سایر زوجین دارند، در واقع زندگی جنسی و زناشویی غیرعاشقانه‌تری دارند و این آنان را نسبت به روابط فرازناشویی آسیب‌پذیر می‌سازد [۱۶]. به منظور بهبود مشکلات زوجینی که درگیر روابط فرازناشویی هستند، مریک‌دهای داخله‌ای مطرح شده است. در این

میان، زوج درمانی یکی از مهم‌ترین شیوه‌هایی است که می‌تواند به بازسازی تعاملات و ارتقای کیفیت روابط زناشویی کمک کند [۱۷].

از میان انواع این مداخلات، زوج‌درمانی هیجان‌مدار نقش مهمی در کاهش مشکلات زناشویی زوجین دارد [۱۸]. زوج‌درمانی هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال بازگشت در آن کمتر است [۱۹]. بر اساس نظریه دلبستگی، به افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن آموزش داده می‌شود تا چرخه‌های تعاملی منفی که بازتابی از این ناایمنی هستند و هیجان‌های همراه با آن‌ها را شناسایی کنند و سپس این چرخه‌ها را بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی باز تنظیم کنند [۱۸]. بر اساس این مدل درمانی، هیجانات به‌خودی خود، ظرفیت ذاتی سازگاران‌های دارند که اگر فعال شوند، به فرد کمک می‌کنند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند [۱۹]. در تأیید اثربخشی این مداخله درمانی، تحقیقات نشان داده است که زوج درمانی هیجان‌مدار بر سازش یافتگی زناشویی [۲۰]، پرخاشگری ارتباطی پنهان [۲۱ و ۲۲]، کیفیت زندگی زناشویی [۲۳] و سبک‌های دلبستگی تأثیر دارد [۲۴ و ۲۵]. با این حال، آنچه کمتر مورد توجه قرار گرفته، مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی در کاهش مشکلات زناشویی زوجین دارای روابط فرازناشویی، به ویژه در زمینه کیفیت دلبستگی است؛ خلای که پژوهشی به آن پرداخته است. هرچند اثربخشی مداخلات هیجان‌مدار در حوزه‌های مختلف پشتوانه‌ای پژوهش دارد، اما همچنان مناقشه قابل توجهی در خصوص میزان اثربخشی این مداخلات در قالب‌های فردی و زوجی وجود دارد [۲۶ و ۲۷].

در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که روابط فرازناشویی یکی از عوامل تهدیدکننده ساختار خانواده و از دست دادن اعتماد یا احساس تعلق به شریک زندگی است. همچنین، ترس از طردشدن را در بین زوجین را افزایش می‌دهد. روابط فرازناشویی به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده بر عملکرد، ثبات و استقامت زندگی مشترک و یکی از دلایل اصلی طلاق و فروپاشی زناشویی محسوب می‌شود. توجیهات افراد برای نگرش به اینگونه روابط، ترکیبی از نیازهای عاطفی و جنسی نامناسب، فرصت‌طلبی،

بی‌مسئولیتی و فریب عمدی است که پذیرش آن‌ها توسط افرادی که به نوعی درگیر این موضوع هستند چندان ساده نیست [۲۸]. علیرغم قوت هنجارهای اجتماعی و آگاهی افراد از پیامدهای منفی بی‌شمار این پدیده، گرایش به روابط خارج از خانواده در میان مردان و زنان رایج و در حال افزایش است. گزارش شده است که ۲۰ تا ۷۰ درصد از روابط زناشویی شامل خیانت می‌گردد [۲۹] و برخی افراد بیشتر از دیگران تمایل به خیانت دارند [۳۰]. در ایران، هیچ آمار رسمی در مورد نرخ روابط فرازناشویی گزارش نشده و این گونه موارد جزو تابوهای اجتماعی و واقعیت‌های نادیده انگاشته قرار می‌گیرد و به دلیل محدودیت‌های فرهنگی، میزان شیوع این آسیب کارکردی به صورت کمی برآورده نشده است [۳۱]؛ لذا مداخله‌ای که بتواند به کاهش مشکلات این زوجین کمک کند، از اهمیت بالایی برخوردار است و می‌تواند پیامدهای کاربردی ارزشمندی برای مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران به همراه داشته باشد.

پرسش پژوهش

بنابراین، بر اساس آنچه گفته شد پرسش پژوهش حاضر آن است آیا بین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی بر امنیت دلبستگی زوجین دارای روابط فرازناشویی مؤثر است؟

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل نابرابر بود. در این پژوهش، جامعه آماری کلیه زوجین دارای روابط فرازناشویی شهر کرج در پاییز سال ۱۴۰۳ بود. بر اساس نظر متخصصان روش‌شناسی، برای تحقیقات نیمه آزمایشی، تعداد ۱۵ شرکت کننده در هر گروه قابل قبول است [۳۲]. بر این اساس، در این پژوهش، تعداد ۶۰ زوج (۱۵ زوج در گروه آزمایش زوجی، ۱۵ زوج در گروه آزمایش فردی، ۱۵ زوج در گروه کنترل زوجی و ۱۵ زوج در گروه کنترل) انتخاب شد.

روش نمونه‌گیری بر اساس روش غیرتصادفی هدفمند با جایگزینی تصادفی بود. خیانت حداقل یکی از زوجین به همسر، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تجربه بیش

از ۶ ماه رابطه فرازناشویی، داشتن سلامت روان‌شناختی (استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی)، سن بالای ۱۸ سال برای زوج، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و داشتن سابقه ازدواج یک سال و بالاتر از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی و فردی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش و بی‌تمایلی به ادامه دادن به پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که هر گروه شامل ۱۵ زوج بودند. یعنی در گروه‌های زوج درمانی زن و شوهر همزمان باهم در جلسات زوج درمانی شرکت می‌کنند. اما در گروه‌های درمان هیجان‌مدار فردی، زن و شوهر به طور مجزا تحت درمان قرار می‌گرفتند. این زوجین هر دو دارای روابط فرازناشویی بودند و بر اساس گزارش خود آن‌ها روابط فرازناشویی‌شان مشخص شده بودند.

توضیح اهداف پژوهش برای زوجین، آگاهی از بدون ضرر بودن شرکت در جلسات، امکان خروج آزادانه از پژوهش، پاسخ به پرسش‌ها و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل و ارائه جلسات مداخلات درمانی به صورت فشرده به افراد گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۲ به کد اخلاق شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.292 می‌باشد. شیوه تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) بوده است. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ انجام پذیرفت.

ابزار

پرسش‌نامه تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه (ECR-RS)

این پرسش‌نامه ۳۶ پرسش دارد که در این پژوهش از دو بُعد اجتناب دلبستگی به شریک عاشقانه با پرسش‌های ۱، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۲۴؛ اضطراب دلبستگی به شریک عاشقانه با پرسش‌های ۲۵، ۲۶ و ۲۷ استفاده شده است [۳۳]. هر حوزه رابطه در طیف لیکرت ۷ امتیازی از کاملاً مخالفم ۱ نمره، کمی مخالفم ۲ نمره، مخالفم ۳ نمره،

همبستگی با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس [۳۵] در دامنه ۰/۱۲۶ تا ۰/۲۶۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند [۳۶]. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ مرحله پیش‌آزمون ۰/۸۱، مرحله پس‌آزمون ۰/۸۳ و مرحله پیگیری ۰/۸۶ محاسبه شد.

جلسات درمانی

مداخله درمانی در این پژوهش شامل ۱۲ جلسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار بود که با اقتباس از کتاب درمان هیجان‌مدار [۳۷] اجرا شد. روایی این پروتکل در پژوهش‌های قبلی تأیید شده است [۳۸].

نظری ندارم ۴ نمره، موافقم ۵ نمره، کمی موافقم ۶ نمره و کاملاً موافقم ۷ نمره تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده مقدار بیشتری از دل‌بستگی ناایمن در هر حوزه رابطه است. بر اساس گزارش تدوین کنندگان پرسش‌نامه، ضرایب پایایی به شیوه آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آن در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است و همچنین روایی ملاکی آن را نیز با سیاهه تجدید نظر شده پنج عامل شخصیت [۳۴] محاسبه و ضرایب همبستگی آن با روان‌رنجورخویی در دامنه ۰/۱۲ تا ۰/۲۸ و معنادار در سطح ۰/۰۰۱ گزارش شده است [۳۳]. این پرسش‌نامه در ایران هنجاریابی شده است و پایایی بعد اجتنابی ۰/۹۲ و بعد اضطرابی ۰/۸۳ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی آن را نیز بررسی و ضریب

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار [۳۷]

جلسات	گام	اصول	دست‌والعمل اجرایی هر جلسه
اول	اول و دوم	مرحله نخست (اعتباربخشی و تشکیل اتحاد درمانی): توضیح رویکرد هیجان‌مدار برای زوجین، تعریف هیجان، توضیح روند جلسات درمانی.	دعوت از تمامی زوجین متقاضی شرکت در پژوهش، گرفتن رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، پرکردن پرسش‌نامه‌ها توسط زوجین.
دوم	سوم	مرحله دوم (تشنج‌زدایی از چرخه منفی): تعریف هیجان‌ها از نظر شناخت نشانه‌های بدنی، ماشه چکان‌ها، تمایل به عمل، تعیین چرخه تعاملی منفی میان زوجین و جایگاه هر یک در این چرخه، بیرونی کردن مشکل و نسبت دادن آن به چرخه تعاملی منفی	مرور جلسه گذشته، تعیین چرخه تعاملی زوجین در جلسه درمان، تکلیف خانگی ۱. نوشتن حالت و محرک‌های هیجانی در دفترچه روزانه، تکلیف ۲. تمرین شناخت هیجان‌ها از نظر نوع و عملکرد، تکلیف ۳: نوشتن چرخه‌ی تعاملی طی هفته گذشته
سوم	چهارم	مرحله دوم (تشنج‌زدایی از چرخه منفی): تعیین هیجان‌ها بنیادین هر زوج، توضیح نقش هریک از هیجان‌ها در نقش تعاملات	مصاحبه با زوجین و تعیین هیجان‌ها بنیادین، تکلیف خانگی ۱. نوشتن شرح حالی از تاریخچه زندگی
چهارم	پنجم	مرحله دوم (تشنج‌زدایی از چرخه منفی): مشخص کردن حساسیت‌ها و آسیب‌پذیری‌های هر یک از زوجین و ریشه‌های تاریخی برای بسط درک زوج از چرخه تعاملی منفی	ارزیابی تکالیف و وضعیت هفته گذشته، تأکید بر محرمانه بودن آسیب‌پذیری‌های هریک از زوجین، تأکید بر کارکرد هیجان‌ها در الگوهای تعاملی منفی با توضیح کاربرگ چرخه تعاملی منفی، تکلیف خانگی ۱. ارائه کاربرگ اختصاصی نقش هریک از زوجین در چرخه
پنجم	ششم و هفتم	مرحله سوم (دستیابی به احساسات زیربنایی): تأکید بر تجربه عملی و آشکار سازی هیجان‌ها نهفته: تأکید بر نقش‌ها، جایگاه‌ها و کارکرد هیجان‌ها پیدا کردن نیازها و احساسات تأیید نشده‌ای که پایه و اساس وضعیت‌های تعاملی زوج هستند.	ارزیابی کاربرگ کارکرد هیجان‌ها و نقش هر یک از زوجین در چرخه تعاملی، تأکید بر نقش‌ها، جایگاه‌ها و کارکرد هیجان‌ها، تعیین نیازهای هریک از زوجین بر اساس هیجان‌ها بنیادین در چرخه تعاملی، بیان نیازها، استخراج نیازها، تکلیف خانگی ۱. نوشتن نیازهای دل‌بسته‌مدار
ششم	هشتم	مرحله سوم (دستیابی به احساسات زیربنایی): تعیین موانع درون روانی که سد راه دستیابی و آشکار سازی هیجان‌ها	ارزیابی کاربرگ و وقایع هفته گذشته، فرصت دادن به بیان نیازها، بررسی موانع درون روانی در صورت عدم دستیابی به نیازها، تکلیف خانگی ۱. ارائه کاربرگ اختصاصی از جمله: کاربرگ لیست و جدولی از نیازها

ادامه جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار [۳۷]

جلسات	گام	اصول	دست‌والعمل اجرایی هر جلسه
هفتم	نهم	مرحله سوم (دستیابی به احساسات زیربنایی): ترغیب کردن زوجین به شناسایی آن دسته از نیازها و جوانب فردی که از آن خود نشده‌اند و پیوند زدن آن‌ها با تعاملات ارتباطی	ارزیابی تکالیف و روند اتفاقات هفته گذشته (جدول نیازها)، ترغیب زوجین به پاسخگویی در جلسه برای نیازها با مرور کاربرگ جدول نیازها و هیجان‌ها، تکنیک هماهنگی همدلانه برای ترمیم آسیب‌پذیری زوجین
هشتم	دهم	مرحله چهارم (بازسازی تعامل منفی اقدام بر اساس شیوه‌های جدید تعامل زناشویی): ترغیب زوجین برای پذیرش تجربه هیجانی همسر و تصویری که از خود دارند	ارزیابی تکالیف و رویدادهای هفته گذشته، تمرکز بر مطالبات دلبسته و هویت‌محور بر اساس نوع چرخه تعاملی، تکلیف خانگی ۱. ثبت نیازها
نهم	یازدهم و دوازدهم	مرحله چهارم (بازسازی تعامل منفی اقدام بر اساس شیوه‌های جدید تعامل زناشویی): تسهیل کردن ابراز احساسات، نیازها و خواسته‌ها برای ایجاد یک پیوند عاطفی واقعی و بازسازی تعامل، ترغیب کردن به خودترمیمی و تغییر الگوهای هیجانی ناهنجار در هریک از زوجین به منظور تسهیل تغییرات فردی و زوجی پایدارتر	ارزیابی تکالیف گذشته کاربرگ نیازها، گفتگوی دونفره، تکلیف خانگی ۱. بیان نیازها و احساسات مبهم به همسر، تکلیف خانگی ۲. برآورده کردن یکی از نیازها
دهم	سیزدهم	مرحله پنجم (استحکام و یکپارچگی مرحله پایانی پرداختن به تقویت تغییرات تعاملی و روایت‌های جدید زوجین از خود و دیگری): ارائه کاردرمانی متمرکز رفتاری و روایتی تسهیل ایجاد و ظهور تعاملات و اهل‌های جدید برای تعاملات و موضوعات مشکل‌آفرین	ارزیابی تکالیف و گفتگوهای هفته گذشته، آموزش تکنیک‌های بهبود روابط عاشقانه، تکلیف خانگی ۱. هدف‌گذاری‌های جدید برای آینده زندگی مشترک
یازدهم	سیزدهم	مرحله پنجم (استحکام و یکپارچگی مرحله پایانی): پرداختن به تقویت تغییرات تعاملی و روایت‌های جدید زوجین از خود و دیگری، ارائه کاردرمانی متمرکز رفتاری و روایتی، تسهیل ایجاد و ظهور تعاملات و راه‌حل‌های جدید برای تعاملات و موضوعات مشکل‌آفرین، جایگاه‌ها و روایت‌های (هویتی) جدید را مستحکم کنید.	بخشش و خشم محافظت‌کننده، تکلیف خانگی ۱. یادداشت‌کردن
دوازدهم	-	پایان مرحله پنجم (استحکام و یکپارچگی): جایگاه‌ها و روایت‌های (هویتی) جدید را مستحکم کنید.	ارزیابی پایانی، برنامه‌ریزی برای آینده با ارائه دورنمایی از آینده، پرکردن پرسش‌نامه‌ها برای سنجش پایانی، پیگیری و ارزیابی مجدد پس از گذشت ۲ ماه.

نتایج

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش زوجی ۳۴/۰۷ و ۳/۱۲؛ گروه آزمایش فردی ۳۳/۱۷ و ۳/۸۹؛ گروه کنترل زوجی ۳۱/۳۷ و ۷/۰۲؛ گروه کنترل فردی ۳۳/۴۷ و ۴/۰۸؛ بود، که برای همگن‌سازی سن ۴ گروه از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد که میزان آماره F به‌دست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های

۴ گروه در متغیر سن برابر با $F=1/78$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($\text{sig}=0/154$) و بیانگر همگن بودن ۴ گروه از نظر سن است. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش زوجی ۴ نفر (۱۳/۳۳ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۲۰ درصد) فوق دیپلم، ۱۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) لیسانس و ۱۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) فوق لیسانس و بالاتر؛ در گروه آزمایش فردی ۳ نفر (۱۰ درصد) دیپلم، ۵ نفر (۱۶/۶۷ درصد) فوق

حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۴ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\chi^2=2/18$ است و این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($\text{sig}=0/988$) که همتا بودن ۴ گروه از نظر متغیر تحصیلات را نشان می‌دهد. جدول ۲، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار امنیت دل‌بستگی در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری از تحلیل واریانس مکرر استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

دیپلم، ۱۱ نفر (۳۶/۶۷ درصد) لیسانس و ۱۱ نفر (۳۶/۶۷ درصد) فوق لیسانس و بالاتر؛ در گروه کنترل زوجی ۴ نفر (۱۳/۳۳ درصد) دیپلم، ۵ نفر (۱۶/۶۷ درصد) فوق دیپلم، ۱۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) لیسانس و ۱۱ نفر (۳۶/۶۷ درصد) فوق لیسانس و بالاتر؛ در گروه کنترل فردی ۵ نفر (۱۶/۶۷ درصد) دیپلم، ۷ نفر (۲۳/۳۳ درصد) فوق دیپلم، ۱۱ نفر (۳۶/۶۷ درصد) لیسانس و ۷ نفر (۲۳/۳۳ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بود که میزان آماره تحلیل خی دو آمده

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار امنیت دل‌بستگی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	گروه‌های آزمایش				گروه‌های کنترل			
		زوجی		فردی		زوجی		فردی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اجتناب دل‌بستگی به همسر	پیش‌آزمون	۲۵/۰۳	۲/۱۱	۲۴/۹۰	۲/۰۷	۲۵/۰۰	۲/۱۸	۲۵/۷۳	۲/۳۶
	پس‌آزمون	۲۰/۵۷	۱/۹۱	۲۱/۴۰	۱/۷۷	۲۴/۸۰	۲/۲۹	۲۵/۵۳	۲/۴۶
	پیگیری	۲۰/۶۳	۱/۹۶	۲۱/۴۷	۱/۷۲	۲۴/۸۷	۲/۳۱	۲۵/۵۳	۲/۳۹
اضطراب دل‌بستگی به همسر	پیش‌آزمون	۱۱/۰۰	۰/۸۷	۱۰/۹۷	۰/۸۹	۱۱/۰۰	۰/۸۷	۱۰/۹۳	۰/۸۷
	پس‌آزمون	۸/۰۷	۰/۷۴	۹/۷۰	۱/۰۲	۱۰/۹۳	۰/۸۳	۱۰/۸۷	۰/۸۷
	پیگیری	۸/۱۳	۰/۷۸	۹/۷۰	۱/۱۲	۱۰/۹۰	۰/۸۸	۱۰/۸۷	۰/۹۰

جدول ۳. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای امنیت دل‌بستگی

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی	کای دو	Df	sig	اپسیلون	
					تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	تصحیح هیون-فلدت
اجتناب دل‌بستگی به همسر	۰/۰۹	۲۷۱/۵۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۵۰
اضطراب دل‌بستگی به همسر	۰/۳۵	۱۱۶/۹۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۶۵

گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر وابسته امنیت دل‌بستگی گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳، آماره کرویت موچلی برای امنیت دل‌بستگی در سطح $0/001$ معنادار است؛ لذا در این مواقع از اپسیلون گرین‌هاوس - گیسر استفاده می‌شود [۳۹]. بنابراین، با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس -

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) امنیت دلبستگی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اجتناب از دلبستگی به همسر	زمان	۲۳۳/۷۰	۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶۶/۸۱	۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
	زمان×جنسیت	۴/۴۰	۱/۰۴	۰/۰۳۶	۰/۰۴	۰/۵۶
	زمان×گروه×جنسیت	۱/۵۴	۳/۱۴	۰/۲۰۷	۰/۰۴	۰/۴۱
	گروه	۲۲/۶۶	۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰
	جنسیت	۰/۴۶	۱	۰/۵۰۰	۰/۰۱	۰/۱۰
	گروه×جنسیت	۲/۸۴	۳	۰/۰۴۱	۰/۰۷	۰/۶۷
اضطراب دلبستگی به همسر	زمان	۲۴۹/۲۵	۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۹۵/۷۹	۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	زمان×جنسیت	۰/۰۴	۱/۲۱	۰/۸۷۶	۰/۰۱	۰/۰۵
	زمان×گروه×جنسیت	۱/۳۵	۳/۶۳	۰/۲۵۶	۰/۰۱	۰/۳۹
	گروه	۳۳/۸۸	۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
	جنسیت	۰/۴۴	۱	۰/۵۰۸	۰/۰۱	۰/۱۰
	گروه×جنسیت	۰/۵۲	۳	۰/۶۷۲	۰/۰۲	۰/۱۵

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی امنیت دلبستگی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
اجتناب دلبستگی به همسر	پیش آزمون	۲۵/۱۷	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۰۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۳/۰۷	پیش آزمون-پیگیری	۲/۰۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۳/۱۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۱۰۸
اضطراب دلبستگی به همسر	پیش آزمون	۱۰/۹۷	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۸۹	پیش آزمون-پیگیری	۱/۰۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹/۹۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۱	۰/۹۹۹

پیگیری) بر متغیر وابسته امنیت دلبستگی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۵ آمده است. بر اساس نتایج جدول ۵، درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی بر امنیت دلبستگی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای بررسی درمان اثربخش‌تر (زوجی و فردی) آمده است.

نتایج جدول ۴، نشان داد که درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی بر امنیت دلبستگی اثربخشی معناداری دارد. همچنین عامل جنسیت معنادار نمی‌باشد. این نتیجه نشان‌دهنده اثربخش بودن درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی به یک اندازه بر امنیت دلبستگی زنان و مردان است، به این معنا که هر دو جنس به یک میزان از درمان هیجان‌مدار تأثیر پذیرفته‌اند. مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی امنیت دلبستگی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
اجتناب از دلبستگی به همسر	گروه آزمایش-زوجی	۲۲/۰۸	آزمایش زوجی - کنترل زوجی	-۲/۸۱	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش-فردی	۲۲/۵۹	آزمایش زوجی - کنترل فردی	-۳/۵۲	۰/۰۰۱
	گروه کنترل-زوجی	۲۴/۸۹	آزمایش فردی - کنترل زوجی	-۲/۳۰	۰/۰۰۱
	گروه کنترل-فردی	۲۵/۶۰	آزمایش فردی - کنترل فردی	-۳/۰۱	۰/۰۰۱
اضطراب دلبستگی به همسر	گروه آزمایش-زوجی	۹/۰۷	آزمایش زوجی - کنترل زوجی	-۱/۸۸	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش-فردی	۱۰/۱۲	آزمایش زوجی - کنترل فردی	-۱/۸۲	۰/۰۰۱
	گروه کنترل-زوجی	۱۰/۹۴	آزمایش فردی - کنترل زوجی	-۰/۸۲	۰/۰۰۱
	گروه کنترل-فردی	۱۰/۸۹	آزمایش فردی - کنترل فردی	-۰/۷۷	۰/۰۰۳

دیگر، این رویکرد توانسته است با تعدیل سبک‌های دلبستگی ناایمن، امنیت دلبستگی زوجین را ارتقا دهد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات قبلی همسویی دارد [۱۸ و ۲۹].

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که اهداف اصلی زوج‌درمانی هیجان‌مدار دسترسی به تجارب هیجانی، پردازش مجدد آن‌ها و بازسازی الگوهای تعاملی است. نتیجه این رویکرد کمک به زوجین برای یادگیری جنبه‌های تازه‌ای از خود و ایجاد یک الگوی کاربردی‌تر از تعامل با همسر خود است و متناسب با نیازهای دلبستگی آنان است [۴۰]. درمانگر در این رویکرد با پرداختن به دیدگاه درون روانی (تجارب مرتبط با دلبستگی) و دیدگاه بین‌فردی در مورد الگوهای تعامل ناکارآمد زوجین مضطرب، پیوند دلبستگی

با توجه به جدول ۶، نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی با گروه کنترل معادل آن بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار فردی با گروه کنترل معادل آن است و این نشان‌دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار به شیوه فردی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار به دو شیوه زوجی و فردی بر تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه (امنیت دلبستگی) زوجین دارای روابط فرازنشویی بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار در هر دو شیوه تأثیر معناداری بر کاهش اجتناب از دلبستگی و اضطراب از دلبستگی را داشته است. به بیان

بگذارند، تعارضات ارتباطی شروع شده و شدت می‌گیرد [۴۳]. تأکید این رویکرد بر روش ارتباط سازگاران، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و طرف مقابل است. این رویکرد با استفاده از فنونی مثل بررسی روابط بین فردی، تمرکز بر هیجانات، تکنیک‌های صندلی خالی و ردگیری هیجانات شناخته شده می‌تواند بر مشکلات ارتباطی تأثیر مثبت گذاشته و در نتیجه سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی را در افراد دارای روابط فرا زناشویی کاهش دهد و به تعدیل سبک‌های دلبستگی ناایمن آنان کمک کنند تا آنان دلبستگی ایمن‌تری را تجربه کنند [۲۴]؛ بنابراین منطقی است نتیجه‌گیری شود که درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی می‌تواند امنیت دلبستگی در زوجین دارای روابط فرا زناشویی را ارتقا بخشد.

نتایج پژوهش‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار فردی تأثیر مثبتی بر امنیت دلبستگی دارد و می‌تواند در کاهش اجتناب و اضطراب دلبستگی در روابط فرا زناشویی مؤثر باشد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات پیشین همسو است [۱۸ و ۲۸]. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، درمان هیجان‌مدار زوجی به زوجین کمک می‌کند تجربه‌های هیجانی کنونی خود را کشف کنند [۴۱] و در برابر همسرشان شنونده‌ای فعال و پاسخگو باشند [۴۴]. به بیان دیگر، این رویکرد با تقویت آگاهی هیجانی و سازگاری با احساسات، زمینه ساز روابطی صمیمانه‌تر و میان زوجین می‌شود.

به طور کلی، درمان هیجان‌مدار زوجی بر مشارکت هیجانات در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین دارای مشکلات زناشویی تأکید و تمرکز دارد. تلاش این رویکرد آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر هریک از زوجین و تسهیل توانایی بیان این هیجانات در فضایی ایمن و محبت‌آمیز است. پردازش هیجانات در چنین بستری می‌تواند به شکل‌گیری الگوهای تعاملی سالم‌تر و منجر شود و پیامدهایی همچون کاهش آشفتگی، افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر را به دنبال داشته باشد.

نظریه پردازان این رویکرد معتقدند که درمان هیجان‌مدار زوجی یکی از معتبرترین شیوه‌های تجربی در حوزه زوج درمانی است. بررسی دستاوردهای مطالعاتی نیز شواهد تجربی قدرتمندی را در سودمندی درمان هیجان‌محور بر

بین زوجین را تقویت می‌کند. زوج‌درمانی هیجان‌مدار، این الگوها را نتیجه یک پیوند دلبستگی ناایمن می‌داند که در آن هر دو نفر (زن و مرد) به گونه‌ای علائم ناراحتی دلبستگی را نشان می‌دهند که به طور ناخواسته شریک زندگی خود را از هم دور نگه می‌دارد [۴۱]. همچنین، افزایش آگاهی در شناسایی، پذیرش و ابراز - هیجانات به ویژه هیجانات مثبت - در موقعیت‌های زندگی، می‌تواند به کاهش هیجانات منفی و بهبود پیوند دلبستگی منجر شود. بنابراین زوجین با شرکت در جلسات زوج‌درمان هیجان‌مدار سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی خود را به سمت ایمن بودن تغییر داده و یک پیوند دلبستگی ایمن بین آن‌ها شکل می‌گیرد. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی بر امنیت دلبستگی زوجین دارای روابط فرا زناشویی مؤثر است.

درمان هیجان‌مدار به شیوه فردی نیز تأثیر مثبت بر امنیت دلبستگی دارد و می‌تواند در کاهش اجتناب و دلبستگی در زوجین دارای روابط فرا زناشویی مؤثر باشد این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پیشین همسویی است [۲۴]. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، درمان هیجان‌مدار با بهبود تعاملات ناکارآمد [۴۱] و ایجاد دلبستگی ایمن به زوجین کمک کرده تا راهکارهای جدیدی برای حل تعارضات بیاموزند [۴۲].

زوج درمانی هیجان‌مدار رویکردی تجربی است که هیجان را مبنای اصلی تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند. در این رویکرد، تغییر زمانی رخ می‌دهد که فرد در بستر رابطه درمانی بتواند هیجانات خود را بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی کند و در بافت ارتباط درمانی این فرآیند تغییر، تسهیل می‌گردد. همچنین مسئله اصلی زوج درمانی هیجان‌مدار این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازمان‌دهی خود است. اساسی‌ترین کارکرد هیجان به صورت یک شکل انطباقی و سازگاران از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و موجب کاهش اجتناب از دلبستگی در همسران می‌شود. همچنین می‌توان گفت که مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار با تأکید بر برقراری ارتباط هیجانی در روابط طرفین تمرکز دارد. مطابق با این رویکرد، اگر افراد قادر نباشند، نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضایتمندی و امنیت با یکدیگر در میان

و در اختیار هیچ کسی قرار نخواهد گرفت؛ توضیح کامل فرآیند مطالعه و اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، اطلاع‌رسانی از بی‌ضرر بودن و سودمندی مداخله، آگاه‌بخشی از تخصص و صلاحیت درمانگران، ارائه توضیحات در خصوص علمی بودن روش به زوجین؛ تأکید بر اختیاری بودن مشارکت و امکان خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه؛ معرفی دانشگاه به عنوان نهاد ناظر بر اجرای پژوهش؛ پاسخ‌گویی به پرسش‌های شرکت‌کنندگان؛ در اختیار گذاشتن نتایج در صورت تمایل آنان و نیز برگزاری جلسات درمانی فشرده برای گروه کنترل پس از پایان مرحله پیگیری. همچنین، این پژوهش با دریافت کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.292 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تأیید شده است.

حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی از سوی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

سپاسگزاری

از همه زوجینی که با پاسخ‌گویی به پرسش‌ها و همکاری در اجرای پژوهش حاضر مشارکت داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود. نویسندگان اظهار می‌دارند که این مقاله فاقد حامی مالی و تعارض منافع است.

منابع

- 1- Shakerinasab, M., Yousefi, S., Mohammadalizadeh, S., Khodashahi, F., Ghanbari, N. The effectiveness of Solution Focused Therapy on family functioning and resilience of mothers with slow-paced children. *Clinical Psychology and Personality*. 2025; 1(1): 1-10.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2025.19709.1627>
[In Persian]
- 2- Catino, M., Rocchi, S., Marzetti, G.V. The network of interfamily marriages in Ndrangheta. *Social Networks*. 2022; 68 (1): 318-329.
<https://doi.org/10.1016/j.socnet.2021.08.012>

کاهش و بهبود پاسخگویی، دسترس‌پذیری و همدردی طلبی زوجین نشان داده است؛ عواملی که می‌توانند در کاهش سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی مؤثر باشند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌دار زوج‌درمانی بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجین درگیر روابط فرازناشویی نقش به‌سزایی دارد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش آن بود که تنها به بررسی زوجین دارای روابط فرازناشویی شهر کرج پرداخته شد. همچنین، ابزار گردآوری برای سنجش امنیت دلبستگی صرفاً پرسش‌نامه خودگزارشی بود؛ که این می‌تواند منجر به ارائه پاسخ‌های جامعه‌پسند از سوی زوجین شود. برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود: ۱. پژوهش‌های مشابه در سایر شهرها انجام شود؛ ۲. علاوه بر پرسش‌نامه، از ابزارهای مکمل مانند مصاحبه نیز استفاده شود؛ ۳. در مطالعات آینده، مرحله پیگیری مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) در نظر گرفته شود تا میزان تداوم و ماندگاری درمان هیجان‌مدار با دقت بررسی گردد.

پیشنهادهای کاربردی

با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان پیشنهاد کرد، درمانگران و متخصصان روان‌شناسی خانواده از مداخلات مبتنی بر درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی برای بهبود مشکلات زوجین دارای روابط فرازناشویی بهره گیرند. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار به شیوه زوجی کارآمدی بیشتری نسبت به شیوه فردی دارد؛ از این رو به زوج درمانگران توصیه می‌شود که در مداخلات بالینی خود با این گروه از مراجعان، بیشتر از رویکرد زوج درمانی استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی رعایت شد. از جمله: کسب رضایت آگاهانه از زوجین دارای روابط فرازناشویی برای شرکت در مداخلات درمانی، اطمینان بخشی به آنان مبنی بر اینکه پاسخ‌نامه‌ها به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و اطلاعات آن‌ها به محرمانه خواهد ماند

- 9- Lee, J., Choi, Y. Decriminalization of adultery likely changed women's views on divorce following spousal infidelity in South Korea. *Demographic Research*. 2025; 52 (1): 111-124.
<https://doi.org/10.4054/DemRes.2025.52.4>
- 10-Swets, J. A., Cox, R. Insecure attachment and lower preference for romantic relationship nostalgia predict higher acceptance of infidelity. *Personality and Individual Differences*. 2023; 203 (1): 1-10.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2022.112006>
- 11-Widmer, A., Havewala, M., Bowker, J. C., Rubin, K. H. Secure attachment relationships with mothers, but not fathers, moderate the relation between attention-deficit hyperactivity symptoms and delinquency in adolescents. *Journal of attention disorders*. 2023; 27 (1): 46-56.
<https://doi.org/10.1177/10870547221120694>
- 12-Anderson. L. E., Connor, J. P., Voisey, J., Young, R. M., Gullo, M. J. The unique role of attachment dimensions and peer drinking in adolescent alcohol use. *Personality and individual differences*. 149 (1): 118-122.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.048>
- 13-Gillath, O., Karantzas, G. C., Romano, D., Karantzas, K. M. Attachment security priming: A meta-analysis. *Personality and social psychology review*. 2022; 26 (3): 183-241.
<https://doi.org/10.1177/10888683211054592>
- 14-Ko, A., Hewitt, P. L., Cox, D., Flett, G. L., Chen, C. Adverse parenting and perfectionism: A test of the mediating effects of attachment anxiety, attachment avoidance, and perceived defectiveness. *Personality and Individual Differences*. 2019; 150 (1): 1-10.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2019.06.017>
- 15-Toplu-Demirtaş, E., Akcabozan-Kayabol, N. B., Araci-Iyiaydin, A., Fincham, F.D. Unraveling the roles of distrust, suspicion of infidelity, and jealousy in cyber dating abuse perpetration: An attachment theory perspective. *Journal of interpersonal violence*. 2022; 37 (3-4): 1432-1462. <https://doi.org/10.1177/0886260520927505>
- 3- Alizadeh, M., Hossinzadeh, M., Khanmmohammadi Otaghsara, A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on dimensions of emotional reactivity and brain-behavioral systems in individuals prone to extramarital relationships. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2024; 11 (5): 132-146.
<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.11.5.132>
[In Persian]
- 4- Allen, S., Hawkins, A. J., Harris, S. M., Roberts, K., Hubbard, A., Doman, M. Day-to-day changes and longer-term adjustments to divorce ideation: Marital commitment uncertainty processes over time. *Family Relations*. 2022; 71 (2): 611-629.
<https://doi.org/10.1111/fare.12599>
- 5- Mehri Borujeni, M., Sajjadian, I., Golparvar, M. Comparison of the effectiveness of narrative-based acceptance and commitment therapy package and acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty and negative emotions of women on the verge of divorce. *Journal of Family Research*. 2024; 20 (2): 65-86.
<https://doi.org/10.48308/jfr.2024.235326.1747>
[In Persian]
- 6- Yousefi, S., Ahmadi, A., Joulaei, H., Bolhar, J., Mirzaee, M. Investigating the effect of counseling to promote spiritual health skills enhanced with cognitive-behavioral techniques on extramarital relationships in women: A randomized clinical trial. *The Family Journal*. 2025; 1 (2): 1-10.
<https://doi.org/10.1177/10664807241308911>
- 7- Martínez Preciado, J. M., Sandoval-Salinas, C., Corredor Ayala, H. Infidelity in men with erectile dysfunction and its association with the severity of the condition: A comparative analysis across six ibero-american countries. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2025; 1 (2): 1-8.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2025.2456317>
- 8- Zhong, L., Vangelisti, A. L. Conceptualizing injured partners' relational uncertainty following marital infidelity: A relational turbulence theory perspective. *Journal of Family Communication*. 2025; 25 (1): 57-75.
<https://doi.org/10.1080/15267431.2024.2433206>

- 23-Shabaninia, S., Golparvar, M., Aghaei, A. Effectiveness emotion focused therapy on tendency to marital infidelity and quality of marital life in women with low sexual desire. *The Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2022; 20 (3): 483-492.
<http://dx.doi.org/10.52547/rbs.20.3.483>
[In Persian]
- 24-Afsar, M., Hasani, F., Farzad, V. The effectiveness of emotion therapy on emotion regulation and attachment styles in women with borderline personality disorder. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*. 2022; 65 (2): 654-666.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2022.63257.3709>
[In Persian]
- 25-Nouri, N., Iranmanesh, I. The effectiveness of emotionally focused couple therapy using the "hold me tight" method on attachment styles, marital adjustment and sexual intimacy. *Journal of Applied Psychological Research*. 2022; 13 (1): 363-387.
<https://doi.org/10.22059/japr.2022.318332.64374>
9 **[In Persian]**
- 26-Javadi, N., Kooshki, S., Golshani, F., Baghdasarians, A. Comparison of the effect of individual and couple Emotion Focused Therapy on the severity of premenstrual symptoms on Women with premenstrual Disorders. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*. 2021; 64 (2): 2731-2742.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18504>
[In Persian]
- 27-Javadi, N., Kooshki, S., Gholshani, F., Baghsasariyans, A. Comparison of the effect of individual and couple emotion focoused therapy on coping with postmenstrual changes in women with premenstrual disorder. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023; 4 (4): 69-84.
<https://doi.org/10.22034/aftj.2022.303841.1192>
[In Persian]
- 28-Seltermann, D., Garcia, J. R., Tsapelas, I. Motivations for extra dyadic infidelity revisited. *The Journal of Sex Research*. 2019; 56 (3): 273-286.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393494>
- 16-McKeever, N., Brunning, L. Sexual jealousy and sexual infidelity. In the palgrave handbook of sexual ethics (pp. 93-110). Palgrave Macmillan, Cham. 2022.
<https://philarchive.org/rec/MCKSJA-3>
- 17-Gordon, K. C., Mitchell, E. A., Baucom, D. H., Snyder, D. K. Couple therapy for infidelity. In J. L. Lebow & D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (6th ed, pp. 413-433). The Guilford Press. 2023.
<https://psycnet.apa.org/record/2022-86108-019>
- 18-Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., Timulak, L. A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022; 29 (5): 1611-1625. <https://doi.org/10.1002/cpp.2745>
- 19-Johnson, S. M. The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. Routledge. 2012. <https://www.routledge.com>
- 20-Moayed, P., Naghavi, A., Fatehizade, M. effectiveness of emotion-focused couple therapy on cognitive emotion regulation and marital adjustment in couples with ADHD children. *Journal of Applied Psychological Research*. 2023; 14 (2): 1-18.
<https://doi.org/10.22059/japr.2023.333969.64408>
6 **[In Persian]**
- 21-Bashiri, S., Bagheri, N/, Taheri, A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and couple emotional focused therapy on covert relational aggression in couples with marital conflicts. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2025; 19 (76): 244-259.
https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18948.html?lang=en **[In Persian]**
- 22-Esmaeil, M., Maredpour, A. R., Zadeh Bagheri, G. The comparison of effectiveness of emotion-focused couple therapy and acceptance and commitment therapy on covert relational aggression among women with marital conflicts. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2024; 18 (72): 49-60.
<https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.17496>
[In Persian]

- 36-Poravari, M., Ghanbari, S., Zadeh Mohammadi, A., Panaghi, L. Validity, reliability and factor structure of the experiences of close relationships questionnaire - the relationship structure (ECR-RS). *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014; 9 (31): 47-56.
<https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118296/FullText> **[In Persian]**
- 37-Greenberg, L. S., Goldman, R. N. Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power. *American Psychological Association*. 2008.
<https://doi.org/10.1037/11750-000>
- 38-Shoushtari Akbar Khabaz, Z., Ramezani, M.A. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on emotion regulation and plasma levels of the hormone oxytocin in blood of couples'. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2022; 13 (50): 99-127.
<https://doi.org/10.22054/qccpc.2021.64921.2834> **[In Persian]**
- 39- Veisi, S., Kashefi, F. effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder, *New advances in behavioral sciences*. 2025; 10 (58): 340-353. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html> **[In Persian]**
- 40-Johnson, S. Attachment in action—changing the face of 21st century couple therapy. *Current opinion in psychology*. 2019; 25 (1): 101-104.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.007>
- 41-Greenman, P. S., Johnson, S. M., Wiebe, S. Emotionally focused therapy for couples: At the heart of science and practice. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (pp. 291–305). American Psychological Association. 2019.
<https://doi.org/10.1037/0000101-018>
- 42-Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., Randall, A.K. Cognitive-behavioral and emotion-focused couple therapy: Similarities and differences. *Clinical Psychology in Europe*. 2020; 2 (3): 1-15.
<https://doi.org/10.32872%2Fcp.e.v2i3.2741>
- 29-Birnbaum, G. E., Mizrahi, M., Kovler, L., Shutzman B, Aloni-Soroker A, Reis HT. Our fragile relationships: Relationship threat and its effect on the allure of alternative mates. *Archives of sexual behavior*. 2019; 48 (1): 703-713.
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1321-5>
- 30-Sevi, B., Urganci, B., Sakman, E. Who cheats? An examination of light and dark personality traits as predictors of infidelity. *Personality and Individual Differences*. 2020; 164 (1): 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110126>
- 31-Ojaghizadeh, H., Ghoreyshi Rad, F., Yousefi, R. Structural equation modeling of pathological dimensions of personality, emotional schemas, and cinderella syndrome with an attitude toward extramarital relationships. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2024; 19 (74): 255-266.
<https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.57309.5685> **[In Persian]**
- 32-Gall, M. D., Gall, J. P., Borg, W. R. Educational research: an introduction (8. utg.). AE Burvikovs, Red.) USA: Pearson. 2007.
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1035831>
- 33-Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., Brumbaugh, C. C. The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological assessment*. 2011; 23 (3): 615-625.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022898>
- 34-Costa, P. T., Jr., McCrae R. R. The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, Vol. 2. Personality measurement and testing (pp. 179–198). Sage Publications, Inc. 2008.
<https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>
- 35-Lovibond, SH, Lovibond, P. F. Manual for the depression anxiety stress scales. Psychology Foundation of Australia. 1996.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t01004-000>

- 44-Wiebe, S. A., Johnson, S. M. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*. 2016; 55 (3): 390-407. <https://doi.org/10.1111/famp.12229>
- 43-Wiebe, S. A., Elliott, C., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Dalglish, T. L., Lafontaine, M. F., Tasca, G. A. Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2019; 18 (1): 1-21. <https://doi.org/10.1080/15332691.2018.1481799>

اثر یک برنامه تمرینی آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی بر کاهش وزن و افزایش نشاط ذهنی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن

نویسندگان

سعیده اکبری^۱، ناهید طالبی^{۲*}

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد تربیت بدنی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه

شاهد، تهران، ایران. s.akbari7568@gmail.com

۲. دانشیار، گروه تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

(نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: شیوع اضافه وزن در میان کودکان و نوجوانان ایرانی به دلایل مختلف رو به افزایش است و کم تحرکی یکی از مهم‌ترین عوامل آن محسوب می‌شود. اخیراً سواد بدنی به عنوان یک مفهوم کلیدی برای ترویج رفتارهای فعال و افزایش انرژی بدنی و نشاط ذهنی نوجوانان مطرح شده است. هدف از این مطالعه، بررسی اثربخشی برنامه تمرینی آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی بر کاهش وزن و افزایش نشاط ذهنی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن بود.

روش: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. بدین منظور، ۳۲ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه (۱۲ تا ۱۷ سال) دارای اضافه وزن به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفره تجربی و کنترل جایگزین شدند. گروه تجربی به مدت ۸ هفته در برنامه تمرینات آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمادگی جسمانی و پرسش‌نامه نشاط ذهنی جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های T وابسته و تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره انجام گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که برنامه تمرین آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی منجر به افزایش مثبت و معنادار سطح آمادگی جسمانی و نشاط ذهنی، و همچنین کاهش معنادار وزن کل بدن و شاخص توده بدنی می‌شود ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، توجه بیشتر به اجرای فعالیت‌های ورزشی مبتنی بر سواد بدنی در مدارس، به منظور کنترل وزن و بهبود نشاط ذهنی، به ویژه برای دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن، ضروری به نظر می‌رسد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۱۲/۱۹

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۸/۱۹



کلیدواژه‌ها

ورزش، سواد بدنی، کاهش وزن، نشاط ذهنی، نوجوان.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

talebi@shahed.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

آمادگی جسمانی خوب در دوران کودکی و نوجوانی مبنای یک سبک زندگی سالم و یک شاخص مهم از وضعیت سلامت فعلی و آینده است، زیرا سطوح بالای آمادگی جسمانی در دوران کودکی و نوجوانی تأثیر مثبتی بر سلامتی در بزرگسالی دارد [۱]. در مقایسه با افراد بزرگسال، کودکان و نوجوانان دارای اضافه وزن یا چاقی بیشتر در معرض افزایش مقادیر متابولیکی لیپوپروتئین‌ها، گلوکز خون ناشتا، تری‌گلیسریدها، شاخص‌های التهابی و مسائل مربوط به سلامت روان مانند اختلالات افسردگی و اضطراب هستند [۲]. مطالعات انجام شده در ایران میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان دختر و پسر ۶ تا ۱۶ سال را به ترتیب ۴/۵ و ۸/۸ درصد اعلام می‌کنند. نوجوانی یکی از مهم‌ترین دوره‌های رشد انسان و مرحله‌ای حیاتی در تلاش برای شکل‌دادن به رفتارهای سلامتی پایدار است [۳، ۴]. رفتارهای فعالیت بدنی در نوجوانی، رفتارهای فعالیت بدنی آینده را در بزرگسالی تعیین می‌کند. علاوه بر این، فواید بسیاری را برای نوجوانان فراهم می‌کند از جمله، بهبود آمادگی قلبی تنفسی، شاخص‌های سلامت فیزیکی و ذهنی، بهبود عملکردهای شناختی و یادگیری، بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان.

باین حال، نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد سطوح فعالیت بدنی نگران‌کننده است. ۸۰٪ از جوانان زیر ۱۸ سال غیرفعال در نظر گرفته می‌شوند و دستورالعمل‌های فعالیت بدنی مربوط به ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی^۱ با شدت متوسط تا شدید در روز را رعایت نمی‌کنند، پیامدهای انجام ندادن فعالیت فیزیکی برای سلامت نوجوانان، به‌ویژه کسانی که دارای اضافه وزن و چاقی هستند بیشتر است. علت اصلی چاقی کودکان، نبود تعادل انرژی است که به دلیل استعداد ژنتیکی چاقی در خانواده به همراه عوامل مختلف محیطی نظیر کم‌ تحرکی، تغذیه ناسالم، اطلاع ناکافی از عوارض چاقی و اضافه وزن، کمبود فضا و امکانات ورزشی و... به وجود می‌آید. نوجوانان دارای اضافه وزن و چاقی به طور متوسط (۲۲/۴) دقیقه در روز کمتر از نوجوانان دارای وزن طبیعی در فعالیت‌های بدنی با شدت متوسط تا شدید شرکت می‌کنند [۵]. در کودکان و نوجوانان، اضافه وزن و

چاقی بر اساس صدک‌های شاخص توده بدنی انجام می‌گیرد و صدک ۸۵ تا ۹۵ محدوده اضافه وزن، ۹۵ و بالاتر به عنوان چاقی تعریف می‌شود [۶].

شیوع فزاینده اضافه وزن و چاقی و سندرم متابولیک به‌ویژه در دختران که به علت بلوغ به ظرفیت تولید مثل رسیده‌اند، بسیار نگران‌کننده است، زیرا چاقی درمان نشده از طریق انتقال مادر به جنین به ماندگاری آن در فرزندان آن‌ها منجر می‌شود. کاهش وزن در نوجوانان یک مشکل پیچیده و شامل عوامل فردی، محیطی، خانوادگی، جسمی، رفتاری و تعامل بین آن‌ها است و به لحاظ اهمیت آن از نظر وضعیت سلامتی و کاهش ارتباطات اجتماعی یک نگرانی مهم برای بسیاری از افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی محسوب می‌شود. تغییرات شدید جسمانی در شکل بدن و ساختار در زمان بلوغ و نارضایتی از وضعیت ظاهری موجب اختلالات مدیریت وزن می‌شود که تا اواخر نوجوانی ادامه می‌یابد. در دوره نوجوانی، از عوامل تأثیر گذار بر متغیرهای رفتاری کاهش وزن می‌توان به عوامل مرتبط با زمینه رشد همراه با سبک زندگی غیرفعال، پر خوری‌های افراطی، عزت نفس پایین و محیط خانواده و مدرسه اشاره کرد که بسیار پیچیده هستند. افزایش فعالیت‌های بدنی، سبک زندگی فعال و پیروی از رژیم غذایی سالم از عوامل ضروری کنترل اضافه وزن و چاقی و یک راهکار قوی غیر دارویی در برابر بیماری‌های جسمانی و روانی محسوب می‌شود [۷، ۸، ۹]. در رابطه با این موضوع، برنامه عملیاتی اقدام جهانی^۲ در زمینه فعالیت بدنی ۲۰۱۸-۲۰۳۰ م (GAPPA)^۳ است که تربیت بدنی با کیفیت، امکانات ورزشی و پشتوانه حمایتی در مدارس می‌تواند سواد بدنی^۴ و سلامتی نوجوانان را برای اصلاح سبک زندگی سالم و طولانی مدت فراهم کند. [۱۰]. سواد بدنی به معنای داشتن دانش، مهارت و نگرش لازم برای حفظ و ارتقا سلامت جسمانی در طول زندگی است. این مفهوم ریشه در علوم ورزشی دارد، یک فرد با سواد بدنی، فردی با انگیزه، شایسته و با اعتماد به نفس است که به طور خاص، حرکات بدنی را خیلی روان و ماهرانه، در یک توالی منظم و با استفاده از تجربیات و دانش خود در محیط‌های دیگر نشان می‌دهد. در رویکردهای سواد بدنی،

2 . World Health Organization (WHO)

3 . Global Action Plan for Physical Activity

4 . Physical Literacy (PL)

1 . Physical Activity (PA)

ابعاد فیزیکی و روان‌شناختی سلامت مطرح می‌شود، یک جنبه را می‌توان به مفهوم فیزیکی سلامت زیست پزشکی، مربوط به سلامت جسمانی و تناسب اندام نسبت داد [۱۱]. نتایج مطالعه نزوندت^۱ و همکاران (۲۰۲۳)، ارتباط مثبت و معنادار بین سواد بدنی، درصد توده چربی و عضلانی، آمادگی قلبی تنفسی و فعالیت بدنی متوسط تا شدید را نشان داد [۱۲].

یکی از روش‌های علمی معتبر برای تندرستی افراد جامعه در تمام سنین به‌ویژه نوجوانان، سنجش آمادگی جسمانی است. پنج شاخصی که در آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت درگیر می‌شوند عبارت‌اند از: آمادگی قلبی تنفسی، ترکیب بدنی، قدرت و استقامت عضلانی و انعطاف پذیری [۱۳]. آمادگی قلبی تنفسی و ترکیب بدنی دو جزء مهم آمادگی هستند. بالا بودن استقامت سیستم قلبی تنفسی و پایین بودن چربی بدن به معنی تأمین اکسیژن بیشتر به عضلات بوده و ابزاری ارزشمند برای تولید انرژی و مقاومت در برابر خستگی است.

ترکیب بدنی به معنای توزیع چربی و عضلات در بدن انسان است و نشان‌دهنده میزان و الگوی توزیع این بافت‌ها در بدن فرد بوده و می‌تواند بیانگر وضعیت سلامت فرد باشد. استقامت عضلانی، توانایی عضلات یا گروه‌های عضلانی در مقاومت در برابر انقباض‌های مکرر در یک بازه طولانی است. قدرت عضلانی به توانایی عضلات برای تولید بیشترین نیرو در برابر یک مقاومت اطلاق می‌شود و انعطاف‌پذیری، قابلیت کشیده شدن عضله در دامنه حرکتی طبیعی آن است [۱۵، ۱۴].

شواهد قابل‌توجهی وجود دارد مبنی بر اینکه افزایش سطح آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت در میان نوجوانان، دارای مزایای از نظر بهزیستی و تحصیلی است. به عنوان مثال، نوجوانانی که سطح بالای آمادگی جسمانی برخوردارند کمتر در معرض ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی در مراحل بعدی زندگی هستند. آمادگی قلبی - تنفسی از عوامل اصلی ارتقاء دهنده هیجان‌های مثبت، تمرکز یادگیری، عملکرد تحصیلی و سلامت ذهن دانش‌آموزان است. مطالعات نشان می‌دهند که آمادگی جسمانی، قدرت و استقامت عضلانی باعث می‌شود نوجوانان دارای چاقی کم خطر، در فعالیت‌های بدنی بیشتر فعال باشند [۱۳].

پژوهش‌ها نشان داده است که ارتباط قوی بین آمادگی جسمانی ضعیف و چاقی در دوران کودکی با عوامل خطرزای بیماری در دوران بزرگسالی وجود دارد [۱۶]. نتایج مطالعه ماویلیدی و همکاران (۲۰۲۱)، نشان داد که آمادگی جسمانی می‌تواند به طور قابل‌وجهی کنترل شناختی، حافظه فعال و سرزندگی و نشاط ذهنی کودکان و نوجوانان را در محیط مدرسه بهبود بخشد [۱۷].

دست‌یابی به موفقیت در محیط‌های آموزشی، احساس داشتن انرژی و سرزندگی در دانش‌آموزان را می‌طلبد. سرزندگی یکی از عوامل مهم و تأثیرگذاری است که می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد را تحت‌تأثیر قرار دهد.

بر اساس نظریه‌های لذت‌گرایی، افراد در پی تجربه‌های خوشایند هستند و از تجربه‌های ناخوشایند اجتناب می‌کنند. از این نظر، احتمال تکرار فعالیت بدنی در هنگام تجربه یک احساس مثبت در حین ورزش بیشتر است. شواهد نشان می‌دهند که پاسخ‌های عاطفی حین ورزش نقش مهمی در پایداری به ورزش در آینده ایفا می‌کنند؛ به طوری که افراد زمانی که احساس خوبی دارند و پرنرژی می‌شوند، از نظر فیزیکی فعال‌تر بوده و پایداری بیشتری به فعالیت بدنی نشان می‌دهند [۱۸].

نشاط ذهنی، هیجانی مثبت است که فراتر از برانگیختگی، فعال بودن و صرفاً داشتن انرژی بدنی قرار دارد و تجربه‌ای درونی و مثبت، سرشار از انرژی ذهنی و جسمانی و احساس سرزندگی است که از منبعی درونی نشأت می‌گیرد و تحت‌تأثیر عوامل جسمی و روان‌شناختی قرار دارد؛ از این رو، هنگامی که نشاط ذهنی افراد در سطح بالایی قرار دارد، خلق آن‌ها مناسب بوده و انرژی لازم برای انجام وظایف و فعالیت‌ها را در اختیار دارند. این افراد شاداب، سرشار از انرژی ذهنی مثبت، دارای هوشیاری بالا نسبت به محسوسات اطراف و مملو از حس زندگی هستند. در نتیجه، افرادی که سطوح بالایی از انرژی و سرزندگی را تجربه می‌کنند، می‌توانند این انرژی را برای پیگیری اهداف، مدیریت موانع یا مشارکت در فعالیت بدنی به کار گیرند؛ بنابراین افراد زمانی که از نظر جسمی و ذهنی سالم و از نظر بدنی فعال هستند، احساس نشاط و سرزندگی بیشتری را تجربه می‌کنند، در حالی که کمبود انرژی اغلب با خستگی همراه است [۱۹].

نتایج پژوهش بهزادینیا و همکاران (۱۴۰۲)، نشان داد

1. Nezondet &...

معیارهای ورود بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس بر اساس تمایل خود، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفره تجربی و کنترل جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی: این

پرسش‌نامه شامل اطلاعاتی در مورد سن، قد، وزن و شاخص توده بدنی است.

۲. ترازوی پزشکی مجهز به قدسنج

۴. جعبه انعطاف‌پذیری

۲. پرسش‌نامه نشاط ذهنی: جهت ارزیابی نشاط

ذهنی دانش‌آموزان، از مقیاس نشاط ذهنی تهیه شده توسط ریان و فردریک ۱۹۹۷م استفاده شد که میزان انرژی و نشاط ذهنی کنونی را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای هفت ماده است و به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) اندازه‌گیری می‌شود. آزمودنی عددی را که گویای میزان درستی عبارت مورد نظر است مشخص می‌کند. نمرات بیشتر نشان‌دهنده بالا بودن میزان نشاط ذهنی آزمودنی می‌باشد. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰.۸۰ درصد و برای مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰.۸۶، ۰.۸۰ و ۰.۶۱ می‌باشد. در مطالعه سدید (۱۳۹۲)، پایایی پرسش‌نامه ۰.۸۹ محاسبه شد و روایی صوری و محتوایی آن نیز توسط ۵ نفر از استادان روان‌شناسی بالینی در ایران تأیید و ضریب پایایی آن ۰.۸۵ به دست آمد [۲۲، ۲۳، ۲۴].

شیوه انجام پژوهش

پس از اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش شهرستان قرچک و هماهنگی با مدیران دبیرستان‌ها و توجیه دانش‌آموزان و والدین، رضایت‌نامه کتبی از دانش‌آموزان و والدین آن‌ها دریافت شد. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفره کنترل و تجربی قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت داوطلبانه، داشتن سلامت جسمانی، نداشتن بیماری خاص (مانند بیماری قلبی، تنفسی، عصبی)، نداشتن ناهنجاری‌های اسکلتی - عضلانی، داشتن سن بین ۱۲-۱۷ سال، دارای اضافه وزن و با شاخص توده بدنی صدک ۸۵ تا ۹۵ بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از سه جلسه پی در پی در جلسات تمرین و تمایل نداشتن به ادامه شرکت در پژوهش توسط

فعالیت بدنی در محیط سبز و در طبیعت باعث افزایش سرزندگی، نشاط ذهنی، میل به ادامه ورزش و انگیزش خودمختار در دانش‌آموزان می‌شود [۲۰]. کوزیکووا و شچرباک^۱ (۲۰۲۳)، در مطالعه‌ای با هدف بررسی عوامل روانی و فیزیولوژیکی و علل احتمالی کاهش و افزایش انرژی حیاتی افراد، ویژگی‌های روان‌شناختی سرزندگی و تأثیر انواع فعالیت‌های ورزشی مانند چتربازی و یوگا بر سطح نشاط ذهنی افراد، نشان دادند که نشاط ذهنی در گروهی که ورزش یوگا و چتربازی انجام می‌دادند در سطح بالایی قرار دارد [۲۱]. تمرینات آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی در واقع فعالیت حرکتی بر اساس مهارت‌های درک تلاش، انجام تمرینات بدنی و به کارگیری آموزش و دانش جهت افزایش رشد بدنی، شناختی، عملکردی، حسی - حرکتی، روانی اجتماعی جهت توسعه سلامتی، شایستگی‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای دانش‌آموزان مبتلا به اضافه وزن و چاقی است.

با توجه به اینکه گستره پژوهش‌ها در زمینه کاهش وزن نوجوانان و نقش سواد بدنی محدود است و نیز نظر به شیوع روزافزون اضافه وزن و چاقی در نوجوانان، به خصوص دختران، انجام مداخلات ترکیبی برای کنترل وزن این گروه سنی اهمیت دارد. بدین ترتیب پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر تمرینات آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی بر کاهش وزن و نشاط ذهنی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن انجام شد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی - نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود و با استفاده از گروه کنترل و پرسش‌نامه انجام شده است.

شرکت‌کنندگان

الف. جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش همه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان قرچک استان تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳؛ دارای اضافه وزن (با شاخص توده بدنی صدک ۸۵ تا ۹۵) بودند.

ب. نمونه پژوهش: در این پژوهش، ۳۲ دانش‌آموز دارای اضافه وزن در بازه سنی بین ۱۲-۱۷ سال که واجد

1. Kuzikova, S., & Shcherbak, T

بماند سپس با انقباض عضلات شکم و آوردن سر و آرنج ها به سمت بالا حرکت درازو نشست را اجرا می کرد.

د. آزمون خمش به جلو (بشین و برس) جهت ارزیابی انعطاف پذیری

در این آزمون دانش آموز بر روی تشک با پاهای صاف به صورت نشسته قرار می گرفت. پس از مطمئن شدن از صاف بودن پاها دست ها را به سمت بالا گرفته، سپس دست های خود را تا حد امکان به طرف انگشتان پا برده و خط کش را به سمت جلو حرکت می داد [۲۵،۲۶].

ه: ارزیابی میزان نشاط ذهنی

میزان نشاط ذهنی به صورت توزیع کاغذی توسط پرسش نامه مربوطه بررسی شد .

پروتکل تمرین آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی

پروتکل مداخله برای گروه تجربی شامل هشت هفته تمرین ۴۵ تا ۵۵ دقیقه ای بود که سه جلسه در هفته اجرا می شد. شدت تمرینات از قبل به وسیله پیش آزمون، درصد توانایی در شاخص های مختلف آمادگی جسمانی تعیین و با افزایش تدریجی بین ۳ تا ۵ درصد به بار تمرینی به صورت هفتگی اضافه می شد. موارد اجرای تمرینات هر جلسه شامل (۱۰ دقیقه گرم کردن، ۳۰ دقیقه تمرینات اصلی و ۵ دقیقه سرد کردن) بود. تمرینات اصلی شامل دویدن مسافت ۲۰ متر، تمرینات ایستگاهی، چابکی، انعطاف پذیری، هماهنگی و استقامت عضلانی بود [۲۷،۲۸]. در این مدت گروه کنترل فعالیتی نداشت.

برنامه آموزشی سواد بدنی

برنامه آموزشی سواد بدنی گروه تجربی قبل از تمرینات آمادگی جسمانی به مدت ۲۰ دقیقه، شامل معرفی مفهوم سواد بدنی و ضرورت آن به عنوان فرآیندی مادام العمر، تشریح رشد شایستگی در انواع مهارت ها و آمادگی جسمانی، سبک زندگی سالم و ارتباط آن با آمادگی جسمانی و سواد بدنی، مهارت های لازم برای دستیابی به سواد بدنی، کانون های ارتقا سواد بدنی، پیامدهای استفاده از سواد بدنی، مهارت های لازم برای دستیابی به سواد بدنی و حیطه های مختلف سواد بدنی انجام گرفت.

همچنین از پرسش نامه بسامد غذایی برای کنترل تغذیه آزمودنی ها در پیش و پس آزمون و یکسان کردن تغذیه در این دو مرحله استفاده شد.

دانش آموزان یا والدینشان بود.

برای انجام پژوهش ابتدا پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی و مقیاس اندازه گیری نشاط ذهنی توسط دانش آموزان تکمیل شد.

در مرحله بعد، قد و وزن دانش آموزان بدون کفش و به کمک ترازوی پزشکی مجهز به قدسنج اندازه گیری شد و ۴۸ ساعت پیش از شروع پروتکل تمرین اندازه گیری است و در فرمول شاخص توده بدنی (بر اساس نمودار رشدی CDC^۱ که نمودار مناسب تعیین شاخص توده بدنی کودکان و نوجوانان) قرار داده شد.

مرحله بعدی انجام پیش آزمون شایستگی جسمانی آزمودنی ها شامل:

الف. آزمون پلانک روی ساعد جهت بررسی قدرت و استقامت عضلات کل بدن

در این آزمون دانش آموز روی شکم دراز کشیده و آرنج و ساعد را کنار خود قرار می دهد سپس با فشار دادن به ساعد و انگشتان پا به آرامی تنه خود را از زمین جدا می کند و تا زمانی که می تواند فرم صحیح را حفظ کند این وضعیت را نگه می دارد.

ب. آزمون ۲۰ متر رفت و برگشت (شاتل ران) جهت ارزیابی استقامت قلبی تنفسی

در این آزمون دانش آموزان، مسافت ۲۰ متر را با شنیدن آهنگ های ضربه شمار که از یک دستگاه الکترونیکی پخش می شد به حالت دویدن، به نحوی طی می کرد که هم زمان با نواخته شدن هر آهنگ در انتهای مسیر ۲۰ متر باشد. اگر دو بار متوالی همزمان با نواخته شدن زنگ نمی توانست خود را به فاصله ۳ متری از خطوط انتهایی برساند، آزمون به پایان می رسید. این آزمون ظرفیت هوازی را از طریق تعداد دورهای تکمیل شده توسط آزمودنی برآورد می کند.

ج: آزمون دراز و نشست جهت بررسی قدرت و استقامت عضلات ناحیه شکمی

در این آزمون دانش آموز به پشت دراز می کشید و در حالی که کف پاهایش روی زمین قرار داشت و فاصله پاشنه پای او تا باسن بیشتر از ۳۰ سانتی متر نبود، زانوها را طوری خم می کرد که زاویه زانوها از ۹۰ درجه کمتر باشد؛ سپس دست ها را روی سینه گذاشته و پاهای فرد به وسیله یار کمکی نگه داشته می شد تا کف پاهای او روی زمین ثابت

شیوه تحلیل داده‌ها

برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو - ویلک، برای مقایسه بین گروهی از آزمون تحلیل کوواریانس و برای تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون از t وابسته در سطح معناداری ($P < 0/05$) و با نرم‌افزار SPSS27 استفاده شد.

نتایج

اطلاعات جمعیت شناختی دانش‌آموزان به تفکیک گروه تجربی و کنترل در مرحله پیش‌آزمون شامل سن، قد، وزن و شاخص توده بدنی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی در دو گروه مورد بررسی

متغیر	گروه کنترل	گروه تجربی	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت
سن (سال)	۱۴±۰/۸۱۶**	۱۳/۸۱۳±۰/۶۵۵	۰/۷۱۶	۳۰	۰/۴۷۹	غیر معنادار
قد (سانتی متر)	۱۶۲/۰۶۳±۶/۶۵۸	۱۶۱/۸۱۳±۴/۹۰۲	۰/۱۲۱	۳۰	۰/۹۰۵	غیر معنادار
وزن (کیلوگرم)	۷۳/۶۱۱±۸/۴۷۵	۷۴/۱۳۴±۵/۷۹۱	۰/۲۰۴	۳۰	۰/۸۴۰	غیر معنادار
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	۲۷/۹۸۲±۲/۲۷۸	۲۸/۳۲۷±۲/۰۶۷	-۰/۴۴۸	۳۰	۰/۶۵۷	غیر معنادار

** = داده‌ها به صورت انحراف معیار ± میانگین بیان شده‌اند.

جدول ۲. مقایسه تغییرات درون گروهی متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و تجربی

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میزان تغییر	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری
وزن (کیلوگرم)	کنترل	۷۳/۶۱۱±۸/۴۷۵	۷۴/۵۹۴±۸/۷۷۶	۰/۹۸۳	۲/۲۷۰	۱۵	۰/۰۳۸
	تجربی	۷۴/۱۳۴±۵/۷۹۱	۷۱/۵۳۱±۴/۶۶۱	-۲/۶۰۳	-۴/۱۶۶	۱۵	۰/۰۰۱
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	کنترل	۲۷/۹۸۲±۲/۲۷۸	۲۸/۳۴۶±۲/۶۸۶	۰/۳۶۳	۱/۹۷۶	۱۵	۰/۰۶۷
	تجربی	۲۸/۳۲۷±۲/۰۶۷	۲۷/۲۰۲±۱/۸۴۹	-۱/۱۲۵	-۳/۳۵۳	۱۵	۰/۰۰۴
حداکثر اکسیژن مصرفی (دقیقه / ثانیه)	کنترل	۲۸/۹۶۳±۴/۲۰۳	۲۶/۹±۴/۰۹۹	-۲/۰۶۳	-۳/۱۴۹	۱۵	۰/۰۰۷
	تجربی	۳۳/۲۷۵±۴/۰۸۰	۳۶/۶۵±۳/۷۱۵	۳/۳۷۵	۳/۹۲۲	۱۵	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری (سانتی متر)	کنترل	۲۷/۰۶۳±۱۱/۰۶۰	۲۶/۲۵±۱۰/۶۴۳	-۰/۸۱۳	-۲/۴۴۸	۱۵	۰/۰۲۷
	تجربی	۳۲±۶/۰۲۲	۳۴/۸۱۳±۶/۰۳۶	۲/۸۱۳	۴/۷۹۹	۱۵	۰/۰۰۰
دراز و نشست (تعداد)	کنترل	۲۱/۵±۴/۹۸۰	۱۸/۱۲۵±۶/۱۶۳	-۳/۳۷۵	-۳/۶۴۵	۱۵	۰/۰۰۲
	تجربی	۲۴/۸۷۵±۸/۲۸۶	۳۲/۴۳۸±۶/۳۹۸	۷/۵۶۳	۴/۵۸۱	۱۵	۰/۰۰۰
پلانک (ثانیه)	کنترل	۳۲/۵±۲۵/۰۳۱	۲۶/۸۷۵±۱۴/۳۰۱	-۵/۶۲۵	-۱/۷۴۲	۱۵	۰/۱۰۲
	تجربی	۳۶/۱۲۵±۱۹/۳۲۸	۶۷/۳۷۵±۲۶/۰۷۶	۳۱/۲۵۰	۴/۲۳۳	۱۵	۰/۰۰۱
نشاط ذهنی	کنترل	۳۴/۵۶۳±۸/۰۹۱	۳۳/۰۶۳±۸/۸۹۵	-۱/۵۰۰	-۲/۲۱۶	۱۵	۰/۰۴۳
	تجربی	۳۷/۱۲۵±۵/۸۵۲	۴۴/۹۳۸±۳/۶۶۰	۷/۸۱۳	۵/۷۱۵	۱۵	۰/۰۰۰

** = داده‌ها به صورت انحراف معیار ± میانگین بیان شده‌اند.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه تجربی و کنترل در متغیرهای پژوهش

متغیرها	منابع واریانس	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری p	اندازه اثر r
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	پیش‌آزمون	۱۲۴/۹۲۵	۱۰۴/۷۵۹	۰/۰۰۰	۰/۷۸۳
	گروه	۱۷/۱۰۳	۱۴/۳۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱
	خطا	۱/۱۹۲			
وزن (کیلوگرم)	پیش‌آزمون	۱۳۵۱/۳۰۷	۳۰۲/۰۷۵	۰/۰۰۰	۰/۹۱۲
	گروه	۱۰۰/۵۰۳	۲۲/۴۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۷
	خطا	۴/۴۷۳			
نشاط ذهنی	پیش‌آزمون	۹۰۳/۶۳۲	۵۴/۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۶۵۱
	گروه	۷۵۴/۹۱۲	۴۵/۲۱۰	۰/۰۰۰	۰/۶۰۹
	خطا	۱۶/۶۹۸			
حداکثر اکسیژن مصرفی (دقیقه/ ثانیه)	پیش‌آزمون	۲۳۱/۰۵	۲۹/۴۳۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳۱
	گروه	۲۷۹/۳۷۵	۳۵/۵۸۸	۰/۰۰۰	۰/۵۷۸
	خطا	۷/۸۵			
انعطاف‌پذیری (سانتی متر)	پیش‌آزمون	۵۰/۴۲۵	۲/۲۵۳	۰/۱۴۵	۰/۰۸۰
	گروه	۸۳/۸۹۵	۲۱/۵۷۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵۳
	خطا	۳/۸۸۹			
دراز و نشست (تعداد)	پیش‌آزمون	۴۷۵/۱۱۷	۲۱/۲۳۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵۰
	گروه	۷۱۵/۳۰۸	۳۱/۹۶۴	۰/۰۰۰	۰/۵۵۱
	خطا	۲۲/۳۷۹			
پلانک (ثانیه)	پیش‌آزمون	۱۵۸۶/۱۰۱	۴/۳۴	۰/۰۴۷	۰/۱۴۳
	گروه	۶۳۴۴/۰۴۷	۱۷/۳۶۱	۰/۰۰۰	۰/۴۰۰
	خطا	۳۶۵/۴۲۴			

پلانک ($P=0/000$ و $F=17/361$ ، $r=0/400$) با توجه به $p<0/05$ ، با اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری بین دو گروه کنترل و تجربی (با تعدیل اثر پیش‌آزمون) مشاهده می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت برنامه تمرینی آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی، بر متغیرهای پژوهش اثرگذار می‌باشد. همچنین با توجه به اندازه اثرهای به دست آمده و بر اساس ملاک کوهن اندازه اثر خیلی بزرگی می‌باشند

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۳، با منبع تغییرات گروه، متغیرهای شاخص توده بدنی ($r=0/331$ ، $F=14/342$ و $p=0/001$)، وزن ($r=0/437$ ، $F=22/467$ و $P=0/000$)، نشاط ذهنی ($r=0/609$ ، $F=45/210$ و $P=0/000$)، حداکثر اکسیژن مصرفی ($r=0/587$ ، $F=35/588$ و $P=0/000$)، انعطاف‌پذیری ($r=0/453$ ، $F=21/571$ و $P=0/000$)، درازنشست ($r=0/551$ ، $F=31/964$ و $P=0/000$)،

(کوهن ۱۹۸۸، اندازه اثر ۰/۰۱ را کوچک، ۰/۰۶ اثر متوسط و ۰/۱۴ را اثر بزرگ بیان کرده است). به عبارتی درصد تفاوت متغیرها بین دو گروه به دلیل برنامه تمرینی آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثر یک برنامه تمرینی آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی بر کاهش وزن و افزایش نشاط ذهنی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که برنامه تمرین آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی، اثر معناداری بر کاهش وزن و افزایش نشاط ذهنی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن داشته و همچنین، توانسته است سطح آمادگی جسمانی گروه تجربی را در تمامی اجزاء شامل (استقامت قلبی - تنفسی، ترکیب بدنی، استقامت و قدرت عضلانی و انعطاف پذیری) در مقایسه با گروه کنترل افزایش دهد. همسو با این نتایج، نزوندت و همکاران (۲۰۲۳)، [۱۲] و میرعالی و همکاران (۲۰۱۹)، نشان دادند که مداخلات مبتنی بر سواد بدنی در افزایش سطح فعالیت بدنی و بهبود شاخص‌های سلامتی دانش‌آموزان و نوجوانان دارای اضافه وزن مؤثر است [۲۹]. همچنین، ویسنسکی و همکاران (۲۰۱۹)، گزارش کردند که استقامت قلبی - تنفسی با افزایش فعالیت بدنی متوسط تا شدید به طور مداوم بهبود می‌یابد و این بهبود منجر به کاهش شاخص توده بدنی و وزن کل بدن در دختران نوجوان می‌شود [۳۰].

محققان دریافته‌اند که مشارکت در فعالیت‌های ورزشی برای رشد طبیعی افراد مفید است. چاقی به معنای تجمع بیش از حد چربی در بدن است و ورزش و فعالیت بدنی می‌تواند وزن را کنترل کرده و سیستم‌های مختلف بدن، از جمله سیستم عضلانی، حرکتی، تنفسی، عصبی، گردش خون و دستگاه گوارش را تقویت نماید [۳۱].

در تبیین اثر بخشی تمرینات ترکیبی آمادگی جسمانی و سواد بدنی می‌توان بیان کرد که سواد بدنی ظرفیت و توانایی دانش‌آموزان را در ابعاد چندگانه آن (جسمانی، روان شناختی، شناختی و رفتاری) و در قالب یک سبک زندگی سالم ارتقا داده و این بینش را ایجاد می‌کند که مشارکت در فعالیت‌های ورزشی، سلامت و بهزیستی مادام‌العمر را به همراه دارد. در همین راستا، نتایج پژوهش رجبیان و طالبی

(۲۰۲۱) نشان داد که فعالیت‌های ورزشی، تأثیر به سزایی در بهبود ترکیب بدن (کاهش وزن کل بدن، شاخص توده بدنی، درصد چربی بدن)، افزایش سواد بدنی و درصد توده عضلانی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضافه وزن و چاقی دارد [۳۲]. همچنین، نتایج مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان ۸ تا ۱۲ ساله نشان داد دانش‌آموزانی که در ورزش‌های سازمان‌یافته شرکت می‌کنند، در مقایسه با دانش‌آموزانی که ورزش نمی‌کنند، از سواد بدنی بهتر و کارآمدتری برخوردارند [۳۳]. مطالعه اخیر روی کودکان ۹ تا ۱۱ ساله کرواسی نیز از این ایده حمایت می‌کند که ورزش، عامل تعیین کننده مهمی در سواد بدنی است، زیرا سال‌ها تجربه تمرین ورزشی، به طور مثبت با سواد بدنی مرتبط است [۳۴].

همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه تمرین آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی، اثر معناداری بر افزایش نشاط ذهنی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن دارد. این نتایج همسو با بخشی از مطالعه یان وی^۱ و همکاران (۲۰۲۳)، [۱۸]؛ بهزادنی و همکاران (۱۴۰۲)، [۲۰]؛ دل تور و همکاران (۲۰۲۴)، [۳۵] است که نشان دادند فعالیت بدنی منظم، بهزیستی روانی افراد بهبود می‌بخشد و بین فعالیت بدنی، سرزندگی ذهنی و لذت مرتبط با فعالیت بدنی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سلامت بدن تحت تأثیر رفتارهای خاصی نظیر تمرینات ورزشی هوازی و مقاومتی، خواب و رژیم غذایی متعادل و نیز چهار عامل تعیین‌کننده روان‌شناختی شامل عواطف و ذهنیت مثبت، زندگی هدفمند و ارتباط اجتماعی شکل می‌گیرد. هر یک از این عوامل به طور معمول سبب ایجاد سرزندگی شده و می‌تواند به عنوان احساس خوشایند و انرژی تعریف شود. نشاط ذهنی بازتاب‌دهنده سلامت جسمانی و روان‌شناختی است و افراد دارای نشاط ذهنی بالا، هیجانات مثبت و ارزیابی مثبتی از رویدادها دارند. بر این اساس، مشارکت نوجوانان در فعالیت‌های ورزشی موجب افزایش نشاط ذهنی شده و احساس شایستگی، توانمندی و استقلال را در آنان تقویت می‌کند که در نهایت به شکل‌گیری خودپنداری مثبت منجر شده و از بروز مشکلاتی نظیر پرخوری‌های افراطی، کم‌حرکی و عدم اصلاح سبک زندگی مرتبط با تغذیه که از

1. Yan, W

نگارش این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- 1- Rajkovic Vuletic P, Gilic B, Zenic N, Pavlinovic V, Kesic MG, Idrizovic K, et al. Analyzing the Associations between Facets of Physical Literacy, Physical Fitness, and Physical Activity Levels: Gender- and Age-Specific Cross-Sectional Study in Preadolescent Children. *Education Sciences*. 2024; 14(4):391. doi:10.3390/educsci14040391
- 2- Alizadeh S, Borhaninejad V, Sadeghi R, Khanjani N, Saber M, Abolghaseminejad P. The Relationship between Healthy Lifestyle, Self-Esteem, and Subjective Vitality in the Older Adults of Sirjan, Perspectives in Psychiatric Care. 2023; 5(52): :664. doi:10.1155/2023/5522664
[In Persian]
- 3- Silva D, A.S, et.al. Effects of aerobic exercise on the body composition and lipid profile of overweight adolescents. *Revista Brasileira de ciencias do esporte*. 2014; 36(2): 295-309. doi:10.1590/S0101-32892014000200002
- 4- Mata C, Onofre M, Papaioannou AG, Martins J. Adolescents' self-perceived health, lifesatisfaction and subjective vitality during the COVID-19 pandemic: an analysis based on education level, gender and physical activity status. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2024; 6(57): 399-406. doi:10.21203/rs.3.rs-3660156/v2
- 5- Nezondet C, Gandrieau J, Bourrel J, Nguyen P, Zunquin G. The Effectiveness of a Physical Literacy-Based Intervention for Increasing Physical Activity Levels and Improving Health Indicators in Overweight and Obese Adolescents (CAPACITES 64). *Children*. 2023; 10(95): 8-9. doi:10.3390/children10060956
- 6- Kirschenbaum DS, Gieru t KJ. *Joc, psychology, c. Treatment of childhood and adolescent obesity: An integrative review of recent recommendations from five expert groups*. 2013; 81(2): 347-60. PMID: 23127288 doi:10.1037/a0030497
- 7- Farpour N, Nazem F. The role of aerobic interval training program on lung function profile of adolescent girls with different body composition. *Jundishapur Medical Journal*. 2022; 20(6): 566-575. doi:10.32598/JSMJ.20.6.2494 [In Persian]

عوامل مؤثر در اضافه وزن و چاقی نوجوانان هستند، پیشگیری می‌شود [۳۶،۳۷].

در مجموع، با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که تمرینات آمادگی جسمانی مبتنی بر سواد بدنی، در کاهش وزن و افزایش نشاط ذهنی دانش آموزان مؤثر است و می‌تواند سطح آمادگی جسمانی و به دنبال آن سلامت روان و سبک زندگی فعال و سالم دانش‌آموزان دارای اضافه وزن را ارتقا دهد. سواد بدنی می‌تواند سلامت و تندرستی را حفظ کرده و رشد عقلی، جسمی، روانی و اجتماعی نوجوانان را بهبود بخشد و آن‌ها را به عنوان افرادی مفید و خدمتگزار به جامعه پرورش دهد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود معلمان و مربیان ورزش جهت ارائه آموزش‌های ورزشی و افزایش سطح آمادگی جسمانی دانش‌آموزان در ساعات درس تربیت بدنی، تمریناتی مبتنی بر سواد بدنی طراحی و اجرا نمایند. همچنین، به مسئولان آموزش و پرورش توصیه می‌شود اهمیت و ضرورت آموزش و توسعه سواد بدنی را در مدارس اولویت قرار دهند. به پژوهشگران علاقمند به این موضوع نیز پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، تحقیقات تکمیل‌تر و گسترده‌تری انجام دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش بر اساس اصول اخلاقی توصیه‌شده و پذیرفته شده برای انجام تحقیقات علمی، در تمامی مراحل طراحی، اجرا، تحلیل و تدوین نتایج انجام شد و تمامی ملاحظات اخلاقی، از جمله مشارکت آگاهانه آزمودنی‌ها و آزادی آنان برای خروج از مطالعه در هر زمان، رعایت گردید. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه شاهد بررسی و با شناسه اخلاق IR.SHAHED.REC.1402 تصویب شد.

حامی مالی

این پژوهش کمک مالی خاصی از سازمان یا نهاد خاصی دریافت نکرده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام دانش‌آموزانی که به عنوان آزمودنی در این مطالعه شرکت کردند و نیز دوستانی که در فرایند پژوهش همکاری نمودند، قدردانی و تشکر می‌شود. در

- 15-Franklin B A, Wedig I J, SallisRE, Lavie CJ, Elmer S J. Physical activity and cardiorespiratory fitness as modulators of health outcomes: a compelling research-based case presented to the medical community. In Mayo Clinic Proceedings Elsevier. 2023; 98(2): 316-331.
doi:10.1016/j.mayocp.2022.09.011
- 16-Encarnação S, Rodrigues F, Monteiro AM, Gouili H, Hattabi S, Sortwell A, Forte P M. Obesity status and physical fitness levels in male and female Portuguese adolescents: A two-way multivariate analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023; 20(12): 6115. doi:10.3390/ijerph20126115
- 17-Mavilidi MF, Mason C, Leahy A. A, Kennedy SG, Eather N, Hillman CH, Lubans DR. Effect of a time-efficient physical activity intervention on senior school students' on-task behavior and subjective vitality: the 'Burn 2 Learn 'cluster randomized controlled trial. Educational psychology review, 2021; 3(3:) 299-323.
doi:10.1007/s10648-020-09537-x
- 18-Yan Wei, Zhongxin J. Peng Z, Guanmin L, Kaiping P. Mindfulness Practice versus Physical Exercise in Enhancing Vitality. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023; 20 (3): 2537.
doi:10.3390/ijerph20032537
- 19-Ryan RM, Deci EL. From ego-depletion to vitality: theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. Social and Personality Journal of Environmental Psychology. (2008); 2(2): 702-717.
doi:10.1111/j.1751-9004.2008. 00098.x
- 20-Behzadnia B, Yazdani SH, Sasati M, Fazeli Jesmani H. The effect of physical activity in a green environment on indicators of motivation, physical literacy, vitality, and desire to continue sports in high school students. Mind, Movement and Behavior. 2023; 1(2):173-189.
doi:10.22034/mmbj.2023.56559.1040
[In Persian]
- 21-Kuzikova S, Shcherbak, T. Analysis of the concept and factors supporting the subjective vitality of a person. Психологія і особистість. 2023; 7(1): 84-96.
doi:10.33989/22264078.2023.1.274728
- 8- Ramezani M, Mohammadkhani S, Hasani J, Akbari M, Hatami M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Weight Loss Motivation Questionnaire (WLM-Q) among Overweight and Obese Individuals. Journal of Research in Psychological Health. 2020; 14(2): 95-108. doi:10.52547/rph.14.2.95 **[In Persian]**
- 9- Hassani Nikdel, Taghvae-Nia. The mediating role of self-regulation in the relationship between sports self-efficacy and self-concept with weight loss-related behaviors of students. Social Psychology Research. 2023; 12(48): 55-74.
doi:10.22034/spr.2023.364655.1783 **[In Persian]**
- 10-Haible S, Volk C, Demetriou Y, Höner O, Thiel A, Sudeck, G. Physical activity-related health competence, physical activity, and physical fitness: analysis of control competence for the self-directed exercise of adolescents. International journal of environmental research and public health. 2020; 17(1): 39-45.
doi:10.3390/ijerph17010039
- 11-Choi SM, Sum RKW, Leung EFL, Ng RSK. Relationship between perceived physical literacy and physical activity levels among Hong Kong adolescents. PLoS ONE. 2018; 13(8).
doi:10.1371/journal.pone.0203105
- 12-Nezondet C, Gandrieau J, Nguyen P, Zunquin G. Perceived Physical Literacy Is Associated with Cardiorespiratory Fitness, Body Composition and Physical Activity Levels in Secondary School Students. Children. 2023; 10(4): 712.
doi:10.3390/children10040712
- 13-Shi C, Yan J, Wang L. Shen, H. Exploring the self-reported physical fitness and self-rated health, mental health disorders, and body satisfaction among Chinese adolescents: a cross-sectional study. Frontiers in psychology. 2022; 13: 1003231.
doi:10.3389/fpsyg.2022.1003231
- 14-Prince SA, Dempsey P.C, Reed JL, Rubin L, Saunders TJ, Ta J, Lang J. The effect of sedentary behavior on cardiorespiratory fitness: a systematic review and meta-analysis. Sports Medicine. 2024; 54(4): 997-1013.
doi:10.1007/s40279-023-01986-y

اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا بر سبک زندگی، شادکامی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

نویسندگان

یاسر مرادی^۱، سید حمید آتش‌پور^{۲*}، محمد فروهر^۳

۱. دانشجوی دکتری، روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، اصفهان، ایران.

Psy1879moradi@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

(نویسنده مسئول)

۳. مدرس مدعو دانشگاه گیلان، دانشکده علوم انسانی، گروه علوم تربیتی و مشاوره، گیلان، ایران.

dr.forouahr@yahoo.com

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا بر سبک زندگی، شادکامی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهرستان سمیرم در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بود.

روش: پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل همراه با دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهرستان سمیرم تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۴ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر (رشید، ۲۰۰۸م) دریافت کرد. پس از پایان مداخله، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و یک ماه بعد مرحله پیگیری انجام گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سبک زندگی لعلی (۱۳۹۱) (LSQ)، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد آرگیل و لو (۱۹۸۹م) (OHQ) و پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷م) (PCQ) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر تأثیر معناداری بر سبک زندگی ($p < 0/01$)، افزایش شادکامی ($p < 0/01$) و ارتقای سرمایه روان‌شناختی ($p < 0/01$)، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارد. این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا نقش مؤثری در بهبود سبک زندگی، افزایش شادکامی و ارتقای سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ایفا می‌کند؛ بنابراین به کارگیری این رویکرد می‌تواند مورد توجه مشاوران و متخصصان حوزه سلامت قرار گیرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۱/۲۹

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۷/۲۰



کلیدواژه‌ها

سبک زندگی، سرمایه روان‌شناختی، شادکامی، دیابت نوع دو روان‌شناسی مثبت‌گرا.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

hamidatashpour@gmail.com

مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن متابولیک به شمار می‌رود که با افزایش سطح گلوکز پلاسما ناشی از ترشح ناکافی انسولین و یا افزایش مقاومت به انسولین مشخص می‌شود [۱]. بر اساس گزارش فدراسیون بین‌المللی دیابت^۱ حدود ۴۶۳ میلیون نفر در رده سنی ۲۰ تا ۷۹ سال در سال ۲۰۱۹ م به دیابت مبتلا بودند و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۴۵ م به ۷۰۰ میلیون نفر افزایش یابد و به سه برابر میزان فعلی در سال ۲۰۶۰ م برسد [۲]. همچنین برآوردها در ایران حاکی از آن است که این بیماری در ایران نیز شیوع بالایی دارد و تخمین زده می‌شود که تعداد مبتلایان تا سال ۲۰۳۰ م از مرز ۹ میلیون نفر عبور کند [۳]. با توجه به شیوع فزاینده این بیماری، سازمان بهداشت جهانی آن را یک اپیدمی پنهان نامیده است [۴]. دیابت پنجمین علت اصلی مرگ و میر در جهان است و تخمین زده می‌شود که هر ۱۰ ثانیه یک نفر بر اثر دیابت یا عوارض آن جان خود را از دست می‌دهد [۵]. عوامل زیادی در دیابت نوع دو اثر گذار است. یکی از این عوامل سبک زندگی افراد است [۶]. سبک زندگی نقش مهمی در همه کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه در زمینه بیماری‌ها دارد، به طوری که یک بررسی در سال ۲۰۱۶ م نشان داد سبک زندگی ۷۱ درصد از بار بیماری‌های مختلف را به دوش می‌کشد [۷] و نقش سبک زندگی در زمینه دیابت نیز کاملاً محسوس است [۶]. تحقیقات نشان داده بسیاری از افراد در زمینه سبک زندگی اطلاعات کافی ندارند؛ برای مثال، یک پژوهش اخیر در ایران نشان داده است که تنها ۲ درصد از بیماران درباره سبک زندگی و دیابت آگاهی دارند. از طرفی حتی کسانی که احتمالاً دانش خوبی درباره دیابت دارند، ممکن است در عمل نتوانند سبک زندگی مناسبی را برای بهبود زندگی خود به کار بگیرند [۸]. علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که بیماران دیابتی به رژیم غذایی، فعالیت بدنی، دارو و درمان توصیه شده پایبند نیستند [۹]؛ بنابراین اصلاح سبک زندگی می‌تواند نقش مهمی در زندگی افراد دیابتی داشته باشد. از جمله عوامل روان‌شناختی دیگر که با دیابت در ارتباط است، شادکامی و سرمایه روان‌شناختی^۲

افراد مبتلا است.

سرمایه روان‌شناختی به عنوان یک ظرفیت مثبت روان‌شناختی متشکل از خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و انعطاف‌پذیری تعریف شده است که نقش مهمی در ارزیابی مثبت افراد از شرایط داشته و باعث پویایی و تسلط بیشتر آن‌ها در زندگی می‌شود، همچنین این افراد راه‌حل محور و آینده‌نگر هستند و در برابر سختی‌ها و مشکلات سرسختی بیشتری از خود بروز می‌دهند [۱۰]. پژوهش‌ها نشان داده بین افراد مبتلا به دیابت و افراد عادی از نظر سرمایه روان‌شناختی تفاوت‌هایی وجود دارد به طوری که سرمایه روان‌شناختی گروه سالم بالاتر از گروه مبتلا به دیابت و فشار خون است [۱۱]. بنابراین، با توجه به این شواهد و تأثیری که سرمایه روان‌شناختی به عنوان یک شایستگی روان‌شناختی بر جنبه‌های مختلف شناختی، هیجانی، عاطفی، انگیزشی و رفتاری افراد دارد [۱۲]، نیاز به ارتقای سرمایه روان‌شناختی بیماران دیابتی به عنوان یک فاکتور مهم و تأثیرگذار در سلامت روان و خود مراقبتی بهتر این بیماران احساس می‌شود. از طرفی مزیت مهم سرمایه روان‌شناختی در حوزه بهداشت و درمان این است که این سازه بر خلاف صفات شخصیتی و هوش پایدار نبوده و می‌توان با آموزش آن را ایجاد، اصلاح و افراد را به لحاظ روان‌شناختی برای مقابله سازگارانه با بیماری توانمند کرد [۱۳].

دیابت از جمله بیماری‌های روان‌تنی تعریف شده است و یک رابطه دو طرفه علت و معلولی بین مسائل سلامت روان و دیابت وجود دارد [۱۴]. بررسی‌های تجربی نیز نشان می‌دهد که نرخ مشکلات روان‌شناختی به دلیل ماهیت خود بیماری و مشکل در کنترل آن در بین افراد دیابتی بیش از جمعیت عادی است [۱۵]. و این بیماران در معرض طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب، استرس، افسردگی و همچنین تجارب و آسیب‌های عاطفی قرار دارند که در مجموع کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۶]. پژوهش‌ها نشان دادند که بین بیماری دیابت و شادکامی رابطه منفی برقرار است [۱۷]؛ از این رو، موضوع بهداشت روان این افراد از اهمیت بالایی برخوردار است به ویژه اینکه مشخص شده است وضعیت سلامت روان این بیماران روی خود مراقبتی و پیگیری درمان بیماری نیز تأثیر دارد [۱۸]. به طوری که مشخص شده است که افراد دیابتی به دلیل استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از

1 . International Diabetes Federation (IDF)
2 . Psychological Capital

برای خود مراقبتی آن‌ها مؤثر بوده است [۲۰]. به طور کلی، دیابت یکی از بیماری‌های شایع و پرمخاطره برای بیماران است که به لحاظ جسمانی، روان شناختی، هیجانی و عملکردی زندگی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و هم فشار مضاعفی را بر شبکه بهداشتی و درمانی ایجاد می‌کند و هم به لحاظ اقتصادی پرهزینه است و با کاهش بهره‌وری فردی به اقتصاد ملی نیز آسیب وارد می‌کند و از این‌رو موضوع حائز اهمیتی تلقی می‌گردد، بر همین اساس پژوهش حاضر برآن بوده است که تأثیر مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا را بر سبک زندگی، شادکامی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا دیابت نوع دو شهرستان سمیرم را مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، آزمایش و پیگیری بود. متغیر مستقل پژوهش، آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا و متغیرهای وابسته، سبک زندگی، شادکامی و سرمایه روان‌شناختی بودند. جامعه آماری پژوهش شامل ۲۱۲ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهدا سمیرم بود که با توجه به ملاک‌های ورود (سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن و دریافت نکردن مداخله‌ای هم‌زمان مشابه مداخله حاضر) و ملاک‌های خروج (غیبت بیش از ۲ جلسه)، تعداد ۳۰ نفر از آنان (مرد و زن) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش در ۱۴ جلسه آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرای گروهی (رشید، ۲۰۰۸م) شرکت کردند. شرح خلاصه این پروتکل در جدول زیر آمده است:

بیماری دچار مشکلاتی همچون از دست دادن انگیزه، فقدان لذت، کاهش انرژی، خستگی زودرس، اختلال در خواب، عدم تحمل شکست و ... می‌شوند که این قضیه یک روند منفی را ایجاد می‌کند که در نهایت به تشدید وضعیت بیمار منتج می‌شود [۱۹]؛ بنابراین مداخلات سلامت روان برای این دست از بیماران حائز اهمیت است و حتی می‌تواند به آن‌ها در به دست گرفتن کنترل بیماریشان کمک کند [۱۸]. یکی از مداخلاتی که نقش مهم و کاربردی در سلامت روان افراد دارد، مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا است. امروزه روان‌شناسی مثبت‌گرا و مداخلات مرتبط با آن به دلیل ارزانی، سادگی و در دسترس بودن مورد توجه بسیاری از پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است [۲۰]. هدف از این مداخلات بهبود رفتارها و افکار مثبت، بهروزی و شکوفایی انسانی است [۲۱]. تا بدین ترتیب بیماران دیابتی بتوانند با رفتارهای خود مراقبتی مثبت بیماریشان را بهتر تحت کنترل گرفته و به تبع بهروزی روان-شناختی بالاتری را تجربه کنند [۲۲]. پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که مثبت‌گرایی با خود مراقبتی و پرهیز از رفتارهای پر خطر و در نتیجه سبک سالم‌تر زندگی رابطه مثبتی دارد [۱۷]. مطالعات پژوهشی اثربخشی این قبیل مداخلات را در بهبود رفتار و تغییر سبک زندگی تأیید کرده‌اند [۱۵، ۲۳، ۲۴]. از سوی دیگر، مطالعات مربوط به مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا نتایج نوید بخشی را به همراه داشته است به طوری که شواهد نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌تواند در شادکامی بیماران نقش داشته باشد [۱۳، ۲۵، ۲۶]. این پژوهش‌ها خاطر نشان می‌سازند که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا علاوه بر کنترل شاخص گلیسمی بیماران، روی افزایش امید به زندگی، عاطفه مثبت، خودکارآمدی بیماران و انگیزه

جدول ۱. پروتکل آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرای گروهی (رشید، ۲۰۰۸م)

جلسه	محتوای جلسه	توصیف
۱	جهت‌گیری	فقدان منابع مثبت افسردگی را تداوم می‌بخشد: معارفه و آشناسازی مشارکت‌کنندگان با قواعد و مفروضه‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا و تشریح نقش تسهیل‌گر
	تکلیف منزل	هریک از مشارکت‌کنندگان یک صفحه مقدمه مثبت درباره یک داستان واقعی از توانمندی‌های منش خودشان می‌نویسند.

ادامه جدول ۱. پروتکل آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرای گروهی (رشید، ۲۰۰۸م)

جلسه	محتوای جلسه	توصیف
۲	تعهد	توانمندی شاخص را تعیین کنید: - شرکت‌کنندگان توانمندی‌های شاخص خودشان را از مقدمه مثبت‌شناسایی و در مورد موقعیت‌هایی که این توانمندی‌های شاخص در گذشته به آن‌ها کمک کرده است بحث می‌کنند؛ - بحث در مورد سه عامل مؤثر برشادکامی یعنی (لذت، تعهد و معنا)
	تکلیف منزل	تکمیل پرسش‌نامه VIA-IS توسط شرکت‌کنندگان
۳	تعهد/لذت	پرورش توانمندی شاخص و هیجان‌های مثبت: - بحث درباره تقویت توانمندی‌های شاخص و چگونگی استفاده و توسعه آن‌ها در زندگی روزمره؛ - بحث درباره نقش هیجان‌های مثبت در بهزیستی.
	تکلیف منزل	یادداشت سه چیز خوب (موهبت) که در خلال روز رخ داده است.
۴	لذت	خاطرات خوب در برابر خاطرات بد: - بحث درباره اهمیت خاطرات خوب و بد و نقش آن‌ها در علایم افسردگی؛ - ترغیب مشارکت‌کنندگان به بیان احساسات خود همراه با خشم و تلخی و بررسی تأثیر این حالت بر افسردگی و بهزیستی خود.
	تکلیف منزل	بحث درباره سه خاطره بد، و خشم مرتبط به آن‌ها و فشار ناشی از آن‌ها در حفظ افسردگی.
۵	لذت/تعهد	بخشش: معرفی بخشش به عنوان ابزاری قدرتمند برای فرونشانی خشم و تلخی و حتی در خصوص برخی افراد، تبدیل آن به هیجان‌های مثبت.
	تکلیف منزل	نوشتن نامه بخشش برای فرد خطاکار، بررسی احساسات و هیجان‌های خود زمان نوشتن این نامه است.
۶	لذت/تعهد	قدردانی: - بحث درباره قدردانی و شکرگزاری و تأثیرات هیجانی آن.
	تکلیف منزل	نوشتن یک نامه قدرشناسانه برای فردی که کار بزرگی در حق مشارکت‌کننده انجام داده است.
۷	لذت/تعهد	بررسی میان‌دورای درمان: - پیگیری تکالیف منزل بخشش و قدردانی؛ - بحث درباره اهمیت هیجان‌های مثبت؛ - تشویق مشارکت‌کنندگان به نوشتن روزانه سه موهبت در زندگی؛ - مرور اهداف مرتبط به توانمندی‌های شاخص؛ - ارائه بازخورد به مشارکت‌کنندگان درباره منافع درمان.
	معنا/تعهد	قناعت در برابر بیشینه‌سازی - قناعت (به اندازه کافی خوب) در برابر بیشینه‌سازی در بافت کار پرزحمت لذت بخش مورد بحث قرار می‌گیرد؛ - قناعت به واسطه تعهد در برابر بیشینه‌سازی تشویق می‌شود.
۹	تکلیف منزل	نوشتن راه‌های افزایش قناعت و نگارش یک برنامه عملیاتی برای قانع بودن
	لذت	خوش‌بینی و امید: - ترغیب مشارکت‌کنندگان به تامل درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند؛ - ترغیب از شرکت‌کنندگان به بررسی فرصت‌های دیگری که در پی شکست برای آن‌ها گشوده می‌شود.
	تکلیف منزل	شرکت‌کنندگان سه فرصتی را که از دست رفته و سه فرصت دیگری که ایجاد شده را بیان کنند.

ادامه جدول ۱. پروتکل آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرای گروهی (رشید، ۲۰۰۸م)

جلسه	محتوای جلسه	توصیف
۱۰	تعهد و معنا	عشق و دلبستگی: - پاسخ‌دهی فعال - سازنده بحث می‌شود؛ - شرکت‌کنندگان دعوت می‌شوند به شناسایی توانمندی‌های شاخص سایر افراد با معنا برای آنان.
	تکلیف منزل	- بازخورد فعال - سازنده؛ شرکت‌کنندگان آماده می‌شوند برای پاسخ‌دهی فعال و سازنده به رویدادهای مثبت که توسط دیگران گزارش می‌شوند؛ - مراجعان قراری را برای تجلیل از توانمندی‌های خاص خودشان و فرد مورد علاقه‌شان ترتیب می‌دهند.
۱۱	معنا	شجره‌نامه توانمندی‌ها: - بحث درباره اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده.
	تکلیف منزل	- از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که پرسش‌نامه VIA را بین اعضای خانواده پخش کرده و سپس یک درخت که شامل توانمندی‌های اعضای خانواده است، ترسیم کنند؛ - خانواده گردهم جمع شده و درباره توانمندی‌هایشان با یکدیگر گفت‌وگو می‌کنند.
۱۲	لذت	لذت همراه با تأنی: - معرفی لذت همراه با تأنی به عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن در گذشته؛ - کار پر زحمت لذت بخش به عنوان تهدید لذت همراه با تأنی و نحوه حفاظت در برابر آن تصریح شود.
	تکلیف منزل	شرکت‌کنندگان فعالیت‌های لذت‌بخش را طراحی و اجرا می‌کنند. فنون لذت همراه با تأنی فراهم می‌شود.
۱۳	معنا	موهبت زمان: - صرف نظر از اوضاع مالی، شرکت‌کنندگان قدرت اعطای یکی از بزرگ‌ترین موهبت‌ها از میان همه موهبت‌ها به دیگران را دارند، یعنی، موهبت زمان؛ - راه‌های استفاده از توانمندی‌های شاخص برای پیشنهاد موهبت زمان در خدمت به شخص دیگری خیلی بیشتر از خودش.
	تکلیف منزل	شرکت‌کنندگان موهبت زمان را از طریق انجام کاری که مستلزم لحظات زیبای زمان است، هدیه کرده و فراخوانی توانمندی‌های شاخص را خلق می‌کنند. از قبیل مربی‌گری کودک و انجام خدمات اجتماعی.
۱۴	انسجام	زندگی کامل: - بحث درباره مفهوم زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد؛ - بحث درباره پیشرفت مرور شده و منافع و ماندگاری توانمندی‌ها؛ - گرفتن پس‌آزمون

دارای ۷۰ پرسش بوده و در طیف لیکرت پنج درجه‌ای تدوین شده است و ابعاد مختلف سبک زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه،

در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:
پرسش‌نامه سبک زندگی (LSQ): این پرسش‌نامه

[۳۱]، پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس امید ۰/۷۸، تاب‌آوری ۰/۷۶، خودکارآمدی ۰/۸۲، و خوش بینی ۰/۷۹ گزارش کرد.

یافته‌ها

در این بخش به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا اطلاعات توصیفی ارائه شده است و سپس با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته اند. در جدول (۲) شاخص‌های توصیفی شامل سبک زندگی، شادکامی و سرمایه‌های روان‌شناختی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آورده شده است.

با توجه به جدول شماره (۲)، نمرات سبک زندگی در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش ۷۸/۸۰ می‌باشد که در پس آزمون به ۱۳۴/۲۰ و در مرحله پیگیری به ۱۳۴/۳۳ رسیده است که نشان از افزایش نمرات دارد. همچنین نمرات شادکامی در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش ۳۵/۲۰ است که در پس آزمون به ۴۱/۸۶ و در مرحله پیگیری به ۴۲/۲۶ رسیده است که نشان از افزایش نمرات دارد. در آخر نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش ۵۲/۰۶ بود که در پس آزمون به ۶۲/۴۰ و در مرحله پیگیری به ۶۲/۵۳ افزایش یافت. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شده است. قبل از اجرای آزمون، پیش فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای سبک زندگی، شادکامی و سرمایه‌های روان‌شناختی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون موچلی به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان داد که آماره موچلی (۰/۹۷)، با مجذور خی (۴/۱۲) در سطح ۰/۰۵ معناداری نیست، به انضمام اینکه پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. در جدول شماره (۳) نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی را اندازه‌گیری می‌کند. لعلی و همکاران [۲۷]، با استفاده از آزمون تحلیل عاملی روایی سازه پرسش‌نامه سبک زندگی را به منزله ابزاری چند بعدی برای ارزیابی و اندازه‌گیری سبک زندگی مورد تأیید قرار دادند. پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش گردید.

پرسش‌نامه شادکامی اکسفورد^۱ (OHQ): به منظور سنجش میزان شادکامی از پرسش‌نامه شادکامی اکسفورد هیلز و آرگیل [۲۸] استفاده شده است. این پرسش‌نامه در واقع فرم معکوس و تعدیل شده مقیاس افسردگی بک است. این پرسش‌نامه ۲۹ پرسش دارد و در طیف پنج درجه‌ای تدوین شده است. هیلز و آرگیل [۲۸] پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و در یک بررسی میان فرهنگی در چهار کشور مختلف ضرایب ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۹ به دست آورد. در ایران علی‌پور و نوربالا [۲۹] این پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه کرده و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کرد.

پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی^۲ (PCQ): پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی توسط لوتانز و همکاران [۳۰] ساخته شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۴ پرسش بوده و چهار مولفه خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری را در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً موافقم نمره ۶ تا کاملاً مخالفم نمره ۱) اندازه‌گیری می‌کند. خرده مقیاس خودکارآمدی از طریق پرسش‌های ۱-۶، خرده مقیاس امیدواری از طریق پرسش‌های ۷-۱۲، خرده مقیاس تاب‌آوری از طریق پرسش‌های ۱۳-۱۸، خرده مقیاس خوش‌بینی از طریق پرسش‌های ۱۹-۲۴ سنجیده می‌شود. نمره کل سرمایه روان‌شناختی از طریق نمرات مجموع خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. همچنین، لوتانز [۳۰] پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس امید ۰/۷۲، تاب‌آوری ۰/۷۱، خودکارآمدی ۰/۷۵، و خوش‌بینی ۰/۷۴ به دست آورد. در ایران محسن‌آبادی، فتحی آشتیانی و احمدی‌زاده

1. Oxford happiness Questionnaire (OHQ)
2. Psychological Capital Questionnaires (PCQ)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک زندگی	آزمایش	۷۸/۸۰	۳/۱۶	۱۳۴/۲۰	۵/۹۶	۱۳۴/۳۳	۶
	کنترل	۸۰/۷۳	۸/۲۷	۸۰/۶۰	۸/۶۰	۸۰/۳۳	۸/۴۹
شادکامی	آزمایش	۳۵/۲۰	۵/۵۹	۴۱/۸۶	۳/۲۰	۴۲/۲۶	۳/۰۸
	کنترل	۳۴/۴۶	۵/۹۲	۳۴/۴۰	۵/۹۳	۳۴/۶۰	۶/۰۵
سرمایه روان‌شناختی	آزمایش	۵۲/۰۶	۳/۰۳	۶۲/۴۰	۳/۲۰	۶۲/۵۳	۳/۱۸
	کنترل	۵۱/۳۳	۳/۵۷	۵۱/۰۶	۳/۵۷	۵۰/۷۳	۳/۷۳

جدول ۳. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر

مقیاس			مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آزمون
			زمان	۲	۷۶۱۷/۶۳	۱۵۳۲/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
سبک زندگی	درون گروهی	زمان + گروه	۱۵۵۳۱/۶۲	۲	۷۷۶۵/۸۱	۱۵۶۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
		خطا	۲۷۸/۴۴	۵۶	۴/۹۷	-	-	-	-
		گروه	۲۷۹۱۳/۶۱	۱	۲۷۹۱۳/۶۱	۲۰۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱
	بین گروهی	خطا	۳۸۷۱/۵۵	۲۸	۱۳۸/۲۷	-	-	-	-
		زمان	۲۳۹/۴۰	۲	۱۱۹/۷۰	۳۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
		زمان + گروه	۲۳۳/۶۲	۲	۱۱۶/۸۱	۳۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
شادکامی	درون گروهی	خطا	۱۸۳/۶۴	۵۶	۳/۲۷	-	-	-	-
		گروه	۶۲۹/۳۷	۱	۶۲۹/۳۷	۸/۶۸	۰/۰۰۶	۰/۲۳	۰/۸۱
		خطا	۲۰۳۰/۳۵	۲۸	۷۲/۵۱	-	-	-	-
	بین گروهی	زمان	۴۹۶/۸۲	۲	۲۴۸/۴۱	۸۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
		زمان + گروه	۵۸۷/۶۲	۲	۲۹۳/۸۱	۱۰۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
		خطا	۱۵۸/۸۸	۵۶	۲/۸۳	-	-	-	-
سرمایه روان‌شناختی	درون گروهی	گروه	۱۴۲۴/۰۴	۱	۱۴۲۴/۰۴	۴۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
		خطا	۸۰۸/۵۷	۲۸	۲۸/۸۷	-	-	-	-
		زمان	۴۹۶/۸۲	۲	۲۴۸/۴۱	۸۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
	بین گروهی	زمان + گروه	۵۸۷/۶۲	۲	۲۹۳/۸۱	۱۰۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
		خطا	۱۵۸/۸۸	۵۶	۲/۸۳	-	-	-	-
		گروه	۶۲۹/۳۷	۱	۶۲۹/۳۷	۸/۶۸	۰/۰۰۶	۰/۲۳	۰/۸۱

روان‌شناختی ($F(2, 56) = 103/55, P < 0/001$)، معنی‌دار است. علاوه بر این، همان‌طور که در جدول شماره (۳) ملاحظه می‌شود تأثیر گروه نیز در متغیر سبک زندگی ($F(1, 28) = 201/87, P < 0/001$)، شادکامی ($F(1, 28) = 8/68, P < 0/001$) و سرمایه‌های روان‌شناختی ($F(1, 28) = 49/31, P < 0/001$)، معنی‌دار است. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه معنادار بود. اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول شماره (۴) ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول (۳)، مشاهده می‌شود روان‌شناسی مثبت‌گرا بر سبک زندگی ($P < 0/001$)، شادکامی ($F(2, 56) = 36/50, P < 0/001$) و سرمایه‌های روان‌شناختی ($F(2, 56) = 87/55, P < 0/001$)، معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان بیان کرد، صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات سبک زندگی، شادکامی و سرمایه‌های روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، اثر تعامل بین زمان و گروه در هر سه متغیر سبک زندگی ($F(2, 56) = 1561/83, P < 0/001$)، شادکامی ($F(2, 56) = 35/62, P < 0/001$) و سرمایه‌های

جدول شماره ۴. آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه مقیاس‌ها به صورت زوجی در سری زمانی

سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین A-B	مرحله B	مرحله A	مقیاس
0/001	-27/63	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	سبک زندگی
0/001	-27/56	پیگیری		
NON	0/067	پیگیری	پس‌آزمون	
0/001	-3/30	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	شادکامی
0/001	-3/60	پیگیری		
NON	-0/30	پیگیری	پس‌آزمون	
0/001	-5/03	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	سرمایه روان‌شناختی
0/001	-4/93	پیگیری		
NON	0/10	پیگیری	پس‌آزمون	

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا بر سبک زندگی، شادکامی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهرستان سمیرم انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد روان‌شناسی مثبت‌گرا روی سبک زندگی بیماران دیابتی تأثیرگذار است. بدین‌صورت که روان‌شناسی مثبت‌گرا سبک زندگی افراد دیابتی را بهبود می‌بخشد. این یافته با نتایج پژوهش لینو و همکاران [۷]، شقاقی و همکاران [۲۴]، لیانو و همکاران [۲۳] همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این مداخلات با افزایش مثبت‌گرایی سبب می‌شود افراد سبک زندگی سالم‌تری را پیش بگیرند [۲۵]. توانمندی‌های شخصیتی که در

چنانچه در جدول شماره (۴) مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون بین گروه کنترل و گواه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ولی در مرحله پس‌آزمون نمرات متغیرهای سبک زندگی، شادکامی و سرمایه‌های روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته و در سطح 0/01 معنی‌دار است. همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار است ($p < 0/01$). نمرات متغیرها نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است که نشان‌دهنده اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌گرا بر بهبود سبک زندگی، شادکامی و سرمایه‌های روان‌شناختی شرکت‌کنندگان بود؛ اما تفاوتی بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و پیگیری وجود نداشت ($p > 0/01$).

مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا گنجانده شده است باعث افزایش احساس معناداری افراد، پیدا کردن انگیزه، همچنین تغییر در رفتارها (مثل خویشتن‌داری و کنترل رژیم غذایی) و باورهای افراد (مثل احساس کنترل و تسلط بیشتر نسبت به بیماری) می‌شود [۲۴]. درحالی‌که احساس ناامیدی و درماندگی با بروز رفتارهای پرخطر بیشتری همراه است. علاوه بر این مشخص شده است زمانی که افراد مثبت‌گرایی بیشتری را تجربه می‌کنند احساس کنترل بیشتری نسبت به بیماری پیدا کرده و دید واقع بینانه‌تری نسبت به بیماری پیدا می‌کنند و در نتیجه رفتارهای مرتبط با سلامت بیشتری را از خود نشان می‌دهند [۱۷]. همچنین، طبق نظریه گسترش و ایجاد، مثبت‌گرایی باعث افزایش خزانه فکری و رفتاری افراد می‌شود و در نتیجه افراد انتخاب‌ها و منابع بیشتری در اختیار خواهند داشت که می‌تواند از آن‌ها برای سبک زندگی سالم‌تر و بهره‌گیری به موقع از منابع حمایتی بهره ببرند [۷]. همچنین، یکی دیگر از مزایای مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا برای بیماران دیابتی در خصوص سبک زندگی این است که این قبیل مداخلات با افزایش هیجان‌های مثبت و کمک به دیدن نقاط قوت و مثبت زندگی ارتباط بهتری با خودشان و اطرافیان برقرار می‌کنند [۱۴].

در این پژوهش مشخص شد که مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا روی شادکامی بیماران دیابتی تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش کاظمی فخری و همکاران [۱۴]، عاشوری [۲۵]، عصارزادگان و رئیسی [۲۶]، یوسفیان، امین نسب و صحتی [۱۲] و ماسی و همکاران [۲۰]. همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا به جای اینکه افراد را محدود به مشکلات و آسیب‌ها و بیماری‌ها کند، آن‌ها را به چیزهایی که شدنی است و آنچه می‌توانند بر آن تأثیرگذار باشند درگیر می‌کند که این قضیه می‌تواند در افزایش شادکامی نقش مهمی داشته باشد. همچنین، روان‌شناسی مثبت‌گرا با تأکید بر تمرین‌های امیدبخشی و خوش‌بینی، نگرش مثبت‌تری به زندگی و بیماری در افراد دیابتی ایجاد می‌کند که این امر می‌تواند سطح استرس و نگرانی‌های مرتبط با بیماری را کاهش دهد. همچنین تکنیک‌هایی مانند سپاسگزاری، ذهن آگاهی و تمرین‌های مثبت‌اندیشی به بیماران کمک می‌کنند تا استرس ناشی از مدیریت بیماری

را کاهش داده و هیجانات منفی خود را کاهش دهند. علاوه بر این، پژوهش حاضر نشان داد مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا بر سرمایه روان‌شناختی بیماران دیابتی تأثیر دارد و سرمایه روان‌شناختی بیماران دیابتی را بهبود بخشید. این یافته با نتایج پژوهش شفاقی و همکاران [۲۴] و عصارزادگان و همکاران [۲۶] همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان داشت که سرمایه روان‌شناختی یک صفت یا ویژگی شخصیتی ثابت و غیرقابل تغییر نیست، بلکه این مفهوم به عنوان یک حالت مثبت روان‌شناختی مفهوم‌پردازی شده است و از قابلیت رشد و توسعه برخوردار است [۱۱]. همچنین، هیجان‌های مثبت نیز در توسعه سرمایه روان‌شناختی نقش مهمی ایفا می‌کنند براین اساس در این پژوهش نیز مشخص شد که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرای گروهی بر روی سرمایه روان‌شناختی بیماران دیابتی تأثیر مثبت و معناداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین استدلال کرد که طبق نظریه ایجاد و گسترش فردیسکون هیجان‌های مثبت منجر به گسترده شدن خزانه فکری و رفتاری افراد می‌شوند و در نتیجه می‌توانند با دیدبازتری به قضایا نگاه کنند، ارزیابی درست‌تری داشته باشند، تصمیم‌های بهتری بگیرند، فرصت‌ها را بهتر شناسایی کنند، در مقابل مشکلات و چالش‌ها بردبارتر باشند و به جای تکیه بر مشکلات و چالش‌ها بر آینده و تحقق خواسته‌هایشان متمرکز شوند [۱۳]. همچنین، در مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا بر توانمندی‌های بیماران تأکید شده است؛ بنابراین همین امر باعث شده که افراد دیابتی با وجود بیماری به نقاط قوت و مثبت خود بیشتر توجه داشته باشند، در نتیجه کنترل و تسلط بیشتری بر زندگی پیدا کنند که موجب افزایش خودکارآمدی آن‌ها می‌شود. همچنین، در مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا، انرژی حاصل از توجه به نقاط قوت و جنبه‌های مثبت، راهکارهایی و تمرکز بر اهداف مثبت، واقع‌بینانه و قابل دسترسی، منجر به بهبود سطح سرمایه روان‌شناختی بیماران دیابتی می‌گردد. هر پژوهشی معمولاً با یکسری محدودیت‌ها مواجهه می‌شود، مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر این بود که این پژوهش بر روی افراد دیابتی شهر سمیرم انجام شد و از این رو در تعمیم نتایج به سایر افراد و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا در سایر شهرها و

- 7- Lianov LS, et al. Positive psychology in lifestyle medicine and health care: strategies for implementation. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2019; 13(5): 480-486. doi:10.1177/1559827619838992
- 8- Peter PI, et al. Type 2 diabetes mellitus patients' knowledge, attitude and practice of lifestyle modifications. *Health SA Gesondheid*. 2022; 27: a1921. Available from: https://hdl.handle.net/10520/ejc-health_v27_i1_a1921
- 9- Huffman JC, et al. Positive psychological interventions for patients with type 2 diabetes: rationale, theoretical model, and intervention development. *Journal of Diabetes Research*. 2015; 2015: 428349. doi:10.1155/2015/428349
- 10-Baradi A, Kashir S, Amani K, Sanobor A. Comparison of psychological capitals (self-efficacy, hope, resilience and optimism) of elderly people with diabetes and hypertension with healthy elderly people. *Disability Studies*. 2019; 10(1): 1-6. Available from: <http://jdisabilstud.org/article-1-1538-en.html> [In Persian]
- 11-Seydi M, Dasanti M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological capital and mental health of mothers of mentally disabled children. *Clinical Psychology and Personality*. 2023; 21(2): 1-12. doi:10.22070/cpap.2023.17296.1319 [In Persian]
- 12-Motevalli-Alamuti F, Zarbakhsh-Bahri MR, Abolghasemi S. Structural model of the relationship between self-efficacy in diabetes management, lifestyle and disease perception by promoting self-care behavior among patients with diabetes mediated by psychological capital. *Salamat-i Ijtimai'i (Community Health)*. 2022; 9(3): 80-94. doi:10.22037/ch.v9i3.31484 [In Persian]
- 13-Yousefian Z, Amin Nasab A, Sehati M. The effectiveness of positive psychotherapy on resilience, mental happiness, and stress in mothers with type 2 diabetes. *Pathology, Counseling, and Family Enrichment*. 2019; 5(1): 1-16. Available from: <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24234869.1398.5.1.4.1> [In Persian]

روی افراد دیگری هم مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، به منظور بهبود سبک زندگی و در نتیجه خود مراقبتی بیماران دیابتی و همچنین ارتقای سلامت روان آن‌ها و در نهایت تقویت سرمایه روان‌شناختی به عنوان یک منبع و ظرفیت مثبت روان‌شناختی که در جنبه‌های مختلف زندگی بیماران دیابتی نقش دارد، در کنار درمان‌های دارویی روی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا نیز تأکید شود.

سیاسگزاری

از تمامی آزمودنی‌ها که ما را در انجام پژوهش حاضر یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Sharma K, et al. Metabolic syndrome and lifestyle factors among diabetes patients attending in a teaching hospital, Chitwan. *PLoS One*. 2023; 18(5): e0286139. doi:10.1371/journal.pone.0286139
- 2- Jyotsna F, et al. Exploring the complex connection between diabetes and cardiovascular disease: analyzing approaches to mitigate cardiovascular risk in patients with diabetes. *Cureus*. 2023; 15(8): e43882. doi:10.7759/cureus.43882
- 3- Mirzaei M, et al. Epidemiology of diabetes mellitus, pre-diabetes, undiagnosed and uncontrolled diabetes in Central Iran: results from Yazd Health Study. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 166. doi:10.1186/s12889-020-8267-y
- 4- Pouwer F, et al. Psychosocial care for people with diabetic neuropathy: time for action. *Diabetes Care*. 2024; 47(1): 17-25. doi:10.2337/dci23-0033
- 5- Anjana RM, et al. Causes and predictors of mortality in Asian Indians with and without diabetes—10 year follow-up of the Chennai Urban Rural Epidemiology Study (CURES-150). *PLoS One*. 2018; 13(7): e0197376. doi:10.1371/journal.pone.0197376
- 6- Galaviz KI, et al. Lifestyle and the prevention of type 2 diabetes: a status report. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2018; 12(1): 4-20. doi:10.1177/1559827615619159

- 22-ElSayed NA, et al. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024; 47(Suppl 1): S68-S96. doi:10.2337/dc24-S005
- 23-Lianov L. The role of positive psychology in lifestyle medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2024; 18(5): 666-670. doi:10.1177/15598276231184157
- 24-Shaghghi F, et al. Effect of positive psychology interventions on psychological well-being of midwives: a randomized clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019; 8(1): 160. doi:10.4103/jehp.jehp_17_19
- 25-Ashouri J. The effect of cognitive behavioral therapy on happiness and mental health of patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychiatry and Nursing*. 2015; 3(4): 71-79. Available from: <http://ijpn.ir/article-1-688-en.html> **[In Persian]**
- 26-Assarzagdegan M, Raisi Z. The effectiveness of positive psychology-based training on psychological well-being and its dimensions in patients with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Diabetes Nursing*. 2019; 7(2): 793-808. Available from: <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-351-en.html> **[In Persian]**
- 27-Lali M, Abedi A, Kajbaf MB. Construction and validation of the Lifestyle Questionnaire (LSQ). *Psychological Research*. 2012; 15(1): 64-80. Available from: <https://sid.ir/paper/66306/en> **[In Persian]**
- 28-Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*. 2002; 33(7): 1073-1082. doi:10.1016/S0191-8869(01)00213-6
- 29-Alipour A, Agah Heris M. Reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among Iranians. 2007. Available from: https://www.researchgate.net/publication/307960636_Reliability_and_validity_of_the_Oxford_Happiness_Inventory_among_Iranians **[In Persian]**
- 14-Fakhri M, Bahar A, Amini F. The effectiveness of mindfulness on happiness and blood sugar reduction in diabetic patients. *Mazandaran Journal of Medical Sciences*. 2017; 27(151): 94-104. Available from: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-7846-en.html> **[In Persian]**
- 15-Pan L, Yeung NC. Positive psychology interventions for improving self-management behaviors in patients with type 1 and type 2 diabetes: a narrative review of current evidence. *Current Diabetes Reports*. 2023; 23(11): 329-345. doi:10.1007/s11892-024-01544-4
- 16-Mersha BD, et al. Assessing the effect of sustainable land management on improving water security in the Blue Nile Highlands: a paired catchment approach. *Environmental Monitoring and Assessment*. 2022; 194(3): 197. doi:10.1007/s10661-022-09888-7
- 17-Liu SY, et al. Diabetes distress, happiness, and its associated factors among type 2 diabetes mellitus patients with different therapies. *Medicine*. 2020; 99(11): e18831. doi:10.1097/MD.00000000000018831
- 18-Oguz N. Anxiety and depression in diabetic patients. *Eurasian Journal of Medicine Investigation*. 2018; 2(4): 174-177. doi:10.14744/ejmi.2018.46220
- 19-Mohammadi S, Fathi A, Sharifi Rahn timer S, Pahang A. The effectiveness of positive psychological skills training on the quality of life of patients with diabetes. *Journal of Health and Care*. 2022; 24(2): 145-155. Available from: <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1375-en.html> **[In Persian]**
- 20-Massey CN, et al. Well-being interventions for individuals with diabetes: a systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2019; 147: 118-133. doi:10.1016/j.diabres.2018.11.014
- 21-Silva DG, Giacomoni CH. Positive psychology intervention for families of hospitalized children. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2020; 30: e3036. doi:10.1590/1982-4327e3036

31-Mohsenabadi H, Fathi Ashtiani A, Ahmadizadeh M. Investigating the psychometric properties of the Persian version of the Psychological Capital Questionnaire-24 (PCQ-24) in a military unit. *Military Medicine*. 2020; 23(9): 738-749.

[In Persian]

30-Luthans F, et al. Positive psychological capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*. 2007; 60(3): 541-572.
doi:10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x

ارزیابی مدل معادلات ساختاری ولع مصرف مواد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و چشم‌انداز زمان در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

نویسندگان

شیوا رحیمی‌پور^۱، زهرا زنجانی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران. Rahimipourshiva08@gmail.com

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: ولع مصرف یکی از متغیرهای مهم در حوزه سوء مصرف مواد است که توجه بسیاری از پژوهشگرانی را که به بررسی عوامل مرتبط با این پدیده را می‌پردازند، به خود جلب کرده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل معادلات ساختاری ولع مصرف در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون، بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و چشم‌انداز زمان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی - مقطعی از نوع همبستگی با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر تهران بود که از میان آنان ۲۷۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های ولع مصرف، پنج عاملی شخصیت و چشم‌انداز زمان استفاده شد و داده‌ها به بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و AMOS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج به طور کلی نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین، اثر مستقیم ویژگی‌های شخصیتی بر ولع مصرف مواد و چشم‌انداز زمان معنادار بود. علاوه بر این، ویژگی‌های شخصیتی از طریق چشم‌انداز زمان توانستند ولع مصرف مواد را در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون پیش‌بینی کنند. نتایج برازش مدل نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجورخویی و وجدان‌گرایی به صورت غیرمستقیم از طریق چشم‌انداز زمان بر ولع مصرف اثر می‌گذارند.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که چشم‌انداز زمان نقش محافظتی مهمی در برابر عود ایفا می‌کند و توجه به آن در درمان ولع مصرف مواد می‌تواند از اهمیت بالایی برخوردار باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از این متغیر در راستای ارتقای سلامت روان‌شناختی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون استفاده شود.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۰۱/۲۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۰۸/۱۹



کلیدواژه‌ها

ولع مصرف، ویژگی‌های شخصیتی، چشم‌انداز زمان.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

z_zanjani2005@yahoo.com

مقدمه

اختلالات مصرف مواد از شایع‌ترین و کشنده‌ترین اشکال آسیب‌شناسی روانی به شمار می‌روند. به طور خاص، شیوع طول عمر این اختلالات ۳۵٪ برآورد شده است و سالانه منجر به مرگ ۱۱۰۸ میلیون نفر می‌شوند؛ به عبارت دیگر، تقریباً یک مورد مرگ از هر پنج مورد مرگ‌ومیر به این اختلالات نسبت داده می‌شود [۲، ۱]. علاوه بر شیوع بالای سوءمصرف مواد، در طول چهار دهه اخیر مصرف مواد مخدر روند صعودی نگران‌کننده‌ای داشته است [۳]. با توجه به آمارهای فوق، برنامه‌های پیشگیری و بازتوانی متعددی برای مقابله با اعتیاد طراحی و اجرا شده‌اند. با این حال، شیوع اعتیاد، به ویژه در میان افرادی که سابقه ترک داشته‌اند، همچنان بالا گزارش می‌شود [۴]؛ به گونه‌ای که در یک تحقیق میزان عود در افرادی که در حال بهبودی از اختلال مصرف مواد هستند، در عرض یک سال بیش از ۶۰ درصد برآورد شده است [۵]. این آمار نشان‌دهنده پیش‌آگهی نامطلوب این اختلالات بوده و می‌تواند بار مالی چشمگیری بر خانواده‌ها و جامعه تحمیل نماید و نظام‌های بهداشتی و حمایتی را با چالش‌های جدی مواجه می‌سازد. با توجه به پیامدها و هزینه‌های مرتبط با سوءمصرف مواد، اتخاذ رویکردهای درمانی مقرون به صرفه امری حیاتی است [۶]. یکی از درمان‌های نسبتاً اقتصادی، درمان نگهدارنده با متادون^۱ است که با هدف پیشگیری از عود یا حفظ بیماران در وضعیت پایدار و بهبودی تدریجی طراحی شده است [۸]. علی‌رغم شواهدی که اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون را در کاهش تمایل به مصرف مواد مخدر تأیید می‌کنند، بسیاری از بیماران به طور همزمان به مصرف مواد مخدر و داروی نگهدارنده روی می‌آورند؛ مسئله‌ای که نه تنها سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد، بلکه نشان‌دهنده احتمال شکست در روند درمان است [۹]. تمرکز صرف بر دارو درمانی موجب می‌شود که حدود ۸۰ درصد افراد، طی کمتر از ۶ ماه، به مصرف مواد بازگردند [۱۰]. زیرا ولع مصرف، حتی در حضور داروهای نگهدارنده مانند متادون، همچنان متغیری کلیدی در احتمال بازگشت به مصرف باقی می‌ماند. شواهد نشان می‌دهند که بخشی از تأثیر این درمان‌ها از طریق کاهش ولع اعمال می‌شود [۱۱]. از آنجا که بازگشت

به مصرف مواد، یکی از چالش‌های اصلی در فرایند ترک اعتیاد محسوب می‌شود [۱۲] و ولع مصرف^۲ متغیری کلیدی در این زمینه است [۱۳]. شناسایی آن می‌تواند به بهبود راهبردهای درمانی و افزایش موفقیت در درمان کمک شایانی نماید. در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا ولع مصرف به معیارهای تشخیصی اختلالات مصرف مواد، از جمله مواد افیونی، افزوده شده و به صورت میل شدید به مصرف یک ماده خاص تعریف شده است [۱۴]. با این حال، همانند بسیاری از مفاهیم مرتبط با اعتیاد، ولع مصرف فاقد یک تعریف بلامنازع است [۱۵]. به عنوان یک تعریف محدود می‌توان آن را به عنوان میل ذهنی به مصرف مواد که ممکن است منجر به مصرف واقعی مواد شود توصیف کرد؛ در حالی که در تعاریف گسترده‌تر، به عنوان یک مفهوم چند بعدی در نظر گرفته می‌شود که شامل اجزای ذهنی، رفتاری، فیزیولوژیکی و عصبی شیمیایی است [۱۶]. ولع مصرف و تغییرات شناختی ناشی از آن، تقریباً در تمام نظریه‌های اعتیاد، به عنوان خصیصه اصلی وابستگی به مواد و عامل مهمی در پیش‌بینی، درمان و پیشگیری از عود تلقی می‌شود [۱۷]؛ بنابراین شناسایی این پدیده، عوامل مرتبط با آن و راهبردهای کنترل و تعدیل آن از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. یکی از متغیرهایی که در تجربه ولع مصرف نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند، ویژگی‌های شخصیتی است. در این پژوهش، منظور از ویژگی‌های شخصیتی، پنج ویژگی بزرگ شخصیت^۳ شامل روان‌رنجورخویی، وجدانی بودن، برون‌گرایی، توافق و گشودگی به تجربه است [۱۸]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند برخی از ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند بر تجربه ولع مصرف مواد تأثیر بگذارند [۱۹] و به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، معمولاً ویژگی‌های شخصیتی مشترکی از قبیل سطح بالای روان‌رنجورخویی و سطوح پایین وجدانی بودن و توافق‌پذیری دارند [۲۰]. به عنوان مثال روان‌رنجورخویی بالا با کاهش کنترل‌تکنانه، افکار غیرمنطقی و مدیریت استرس ضعیف مرتبط است [۱۸]؛ همچنین، روان‌رنجورخویی و تکانشگری با ولع مصرف در افراد وابسته به تریاک و نیکوتین رابطه دارند [۲۱]. توافق‌پذیری نیز با ویژگی‌های مثبت بین‌فردی

2 . Craving

3 . Big Five Personality Trait

1 . Methadone Maintenance Treatment

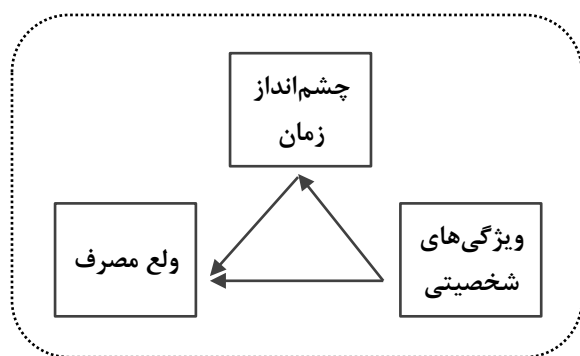
مرتبط است، که این ویژگی‌ها غالباً در سبک زندگی افراد مصرف‌کننده دیده نمی‌شود [۲۲] و در میان آن‌ها سطح پابینی از این عامل مشاهده می‌شود [۲۳]. ویژگی‌های شخصیتی به عنوان تعیین‌کننده‌های دور رفتارهای مختلف در نظر گرفته می‌شوند [۲۴] عوامل تعیین‌کننده دور به طور غیر مستقیم و از طریق عوامل نزدیک‌تر بر رفتار اثر می‌گذارند [۲۵]. یک توافق عمومی وجود دارد مبنی بر اینکه روابط بین ویژگی‌های شخصیتی و رفتار توسط عوامل نزدیک میانجی‌گری می‌شوند؛ به این معنا که سایر متغیرهای مداخله‌گر، رابطه بین این ویژگی‌ها و رفتار را واسطه‌گری می‌کنند [۲۴]. پژوهش‌های متعددی به بررسی متغیرهای میانجی در ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و رفتارهای مختلف از جمله اعتیاد پرداخته‌اند. در پژوهش حاضر، استدلال می‌شود که یکی از متغیرهای میانجی چشم‌انداز زمان^۱ است. چشم‌انداز زمان به بازنمایی و ارزیابی ذهنی فرد از گذشته، حال و آینده اطلاق می‌شود و تأثیر مستقیمی بر تصمیم‌گیری، پیگیری اهداف و رفتارهای فرد دارد [۲۶] این سازه شامل ۵ فاکتور اصلی است که عبارتند از: چشم‌انداز گذشته منفی^۲، گذشته مثبت^۳، حال لذت طلب^۴، حال تقدیر نگر^۵ و چشم‌انداز آینده^۶ [۲۷]. مطالعات نشان داده‌اند که ابعاد مختلف مقیاس چشم‌انداز زمان با ویژگی‌های شخصیتی نئو فرم کوتاه رابطه معناداری دارند [۲۸]. اگرچه برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که چشم‌انداز زمانی با ویژگی‌های شخصیتی مرتبط است، اما نمی‌توان آن را صرفاً به ویژگی‌ها تقلیل داد [۲۹]. ویژگی‌های شخصیتی عمدتاً تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی قرار دارند، در حالی که چشم‌انداز زمان بیشتر از عوامل محیطی، از جمله فرهنگ، آموزش، تربیت، مذهب و شرایط اجتماعی-اقتصادی تأثیر می‌پذیرد [۲۷، ۳۰] و می‌تواند به عنوان چارچوبی برای مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گیرد [۳۱، ۳۰] حدود ۱۰ مطالعه به بررسی ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و چشم‌انداز زمان پرداخته‌اند. به عنوان مثال، چشم‌انداز آینده به طور معناداری با وجدان رابطه دارد [۲۴] و وجدان نیز با

افزایش چشم‌انداز گذشته مثبت و کاهش حال لذت طلب، حال تقدیرنگر و گذشته منفی مرتبط است [۳۲]. برون‌گرایی با افزایش چشم‌اندازهای حال لذت طلب و گذشته مثبت و کاهش چشم‌اندازهای گذشته منفی و حال تقدیرنگر در رابطه است [۳۳]. توافق با افزایش چشم‌اندازهای آینده و گذشته مثبت و کاهش چشم‌انداز گذشته منفی همراه است، گشودگی به تجربه با افزایش حال لذت طلب و کاهش حال تقدیرنگر رابطه دارد [۳۲] و روان رنجورخویی با کاهش گذشته مثبت و افزایش گذشته منفی مرتبط است [۳۲، ۲۷]. زیمباردو و بوید^۷، نظریه‌پردازان برجسته این دیدگاه، زمان را عنصری بنیادی در ساختار تفکر انسان می‌دانند و با تأکید بر اهمیت مفهوم زمان در تفکر انسان، استدلال می‌کنند که افراد در چارچوب‌های زمانی مختلف، اعم از گذشته، حال و آینده فکر می‌کنند و این جنبه‌های زمانی بر درک و پردازش اطلاعات در ذهن اثر گذار بوده و نحوه پردازش تجارب و تصمیم‌گیری‌ها در زندگی روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۲۷]. توانایی محدود انسان در پردازش منجر به ناتوانی در تمرکز بر هر سه دوره زمانی به طور همزمان می‌شود و این سه زمان را در حال رقابت دائم برای قرار گرفتن در پردازش هشیار قرار می‌دهد. با توجه به اینکه کدام یک از این سه زمان بیشترین بافت تفکر فرد را تشکیل می‌دهد؛ فرد گذشته، حال یا آینده محور خواهد بود. در واقع، همه جهت‌گیری‌های زمانی بسته به عادت‌ها و خواسته‌های موقعیت مورد استفاده قرار می‌گیرند [۳۴]. اما از به کارگیری مداوم یک چشم‌انداز زمانی خاص بدون توجه به تناسب آن با خواسته‌های موقعیتی یک سوگیری زمانی ایجاد می‌شود که به عنوان یک سبک منشی غالباً در تعامل با دنیا و دیگران مورد استفاده قرار گرفته باشد و الگوهای پاسخ عاداتی سفت و سخت که به طور طبیعی باعث اختلال می‌شوند را به وجود می‌آورد. در مقابل، تغییر انعطاف‌پذیر در بین جهت‌گیری‌های زمانی مختلف نشانه‌ای از یک چشم‌انداز زمانی متعادل است [۳۵]. بیش از ۶ دهه پژوهش، تأثیر قابل توجه و فراگیر چشم‌انداز زمانی بر رفتارهای مختلف، به ویژه رفتارهای مرتبط با سلامت را نشان داده‌اند [۳۶]. در افراد با اختلالات مصرف مواد، تغییر در ادراک زمان می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتارهای اعتیادی، از جمله

- 1 . Time Perspective
- 2 . Past Negative
- 3 . Past Positive
- 4 . Present Hedonistic
- 5 . Present Fatalistic
- 6 . Future

7 . Zimbardo & Boyd

یک پژوهش نسبتاً مشابه یافت شد که نشان‌دهنده خلأ جدی در این حوزه است. از این رو، مطالعه حاضر با هدف پر کردن این خلأ علمی و ارائه مدل نظری برای درک بهتر عوامل مؤثر بر ولع مصرف مواد، طراحی و اجرا شده است. در همین راستا، در صورت تأیید این مدل پیشنهادی، می‌توان چنین استدلال کرد که برای مداخله در ولع مصرف مواد، تمرکز بر چشم‌انداز زمان به عنوان سازه‌ای انعطاف‌پذیرتر و نزدیک‌تر به رفتار، نسبت به ویژگی‌های شخصیتی که پایداری بیشتری دارند، موثرتر خواهد بود؛ بنابراین این پژوهش در تلاش است با ارائه شواهد علمی، زمینه ساز مداخلات روان‌شناختی موثرتر برای مقابله با یکی از معضلات مهم جامعه، یعنی مصرف مواد، باشد. بر این اساس پرسش اصلی پژوهش آن است که: آیا چشم‌انداز زمان می‌تواند در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان با متادون نقش میانجی داشته باشد؟



شکل ۱-۱ مدل مفهومی پژوهش

روش

نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر از لحاظ هدف بنیادی و از لحاظ نحوه جمع‌آوری اطلاعات پیمایشی از نوع همبستگی با روش مدل معادلات ساختاری است.

آزمودنی

الف. جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه بیماران تحت درمان با متادون در سال ۱۴۰۲ است که در مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر تهران تحت درمان هستند.

ب. نمونه پژوهش: نمونه‌گیری با روش غیر تصادفی در دسترس انجام شد و در خصوص حجم نمونه مناسب برای

تصمیم‌گیری برای مصرف یا پرهیز ایفا کند [۳۷]. از این رو، بررسی چشم‌انداز زمانی در مطالعه آشفتگی‌های روان‌شناختی در مواجهه با موقعیت‌های نامطلوب حائز اهمیت است [۳۸]. تحقیقات پیامدهای رفتاری و ارتباط دو متغیره آن‌ها را با چشم‌انداز زمانی از جمله رفتارهای پرخطر [۳۹،۴۰] و مصرف مواد [۴۱،۴۰] را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که احساسات منفی نسبت به زمان، به ویژه گذشته و نیز گرایش به لذت جویی در لحظه، با مصرف بیشتر مواد مرتبط هستند [۴۰]. جهت‌گیری منفی نسبت به گذشته و جهت‌گیری حال‌لذت طلب پیش‌بینی کننده معنادار پیامدهای منفی مصرف مواد و الکل هستند [۴۲]. همچنین، چشم‌انداز زمان حال لذت طلب و آینده هر دو با مصرف مواد رابطه دارند [۴۳]. به گونه‌ای که چشم‌انداز آینده رابطه منفی و چشم‌انداز حال لذت طلب رابطه مثبت با سوءمصرف مواد دارد [۲۹]. افراد مبتلا به اختلالات سوءمصرف مواد، به‌ویژه اختلال مصرف مواد افیونی، اغلب درک ناکارآمدی از زمان آینده دارند. شواهد نشان می‌دهد که چشم‌انداز زمانی آینده می‌تواند نقش محافظتی در برابر عود ایفا کند و فقدان این جهت‌گیری با نرخ بالاتر بازگشت به مصرف همراه است. افراد مبتلا به اختلالات سوءمصرف مواد و برخی اختلالات شخصیتی اغلب درک ناکارآمدی از زمان آینده دارند؛ به طوری که توجه کمتری به پیامدهای آتی تصمیمات خود نشان می‌دهند و این امر، موجب کاهش توانایی آن‌ها در به تعویق انداختن لذت فوری می‌شود [۴۴]. شواهد نشان می‌دهد که چشم‌انداز زمانی می‌تواند به عنوان سازه‌ای معنادار در طراحی مداخلات درمانی به کار رود [۴۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که هم ویژگی‌های شخصیتی و هم چشم‌انداز زمان با ولع مصرف مواد رابطه دارند، اما اغلب مطالعات، این متغیرها را به‌صورت مجزا و بدون در نظر گرفتن روابط ساختاری میان آن‌ها بررسی کرده‌اند. در این میان، چشم‌انداز زمان به‌عنوان سازه‌ای انعطاف‌پذیرتر نسبت به ویژگی‌های شخصیتی، می‌تواند هدف مناسبی برای مداخلات روان‌شناختی مؤثر باشد. با این حال، در ادبیات پژوهشی داخلی، مطالعه‌ای که رابطه ساختاری بین ویژگی‌های شخصیتی، چشم‌انداز زمان و ولع مصرف مواد را در قالب یک مدل معادلات ساختاری بررسی کرده باشد، گزارش نشده است. حتی در مطالعات بین‌المللی نیز تنها

پس از ترک بالا است. برای سنجش روایی از پرسش‌نامه‌های اطمینان موقعیتی، ($r=0/53, p=0/001$) هوس روانی ($r=0/48, p=0/001$) و عواطف مثبت ($r=0/32, p=0/001$) منفی ($r=0/55, p=0/001$) استفاده شده است که جهت و اندازه همبستگی‌ها تأیید کننده روایی آن است و پایایی بر حسب آلفای کرونباخ 0.94 به دست آمده است (0.48). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ 0.94 به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه شخصیتی نئو^۲: یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که توسط مک‌کری و کاستا در سال ۱۹۸۵ م طراحی شده است. ۶۰ گویه را در بر دارد که به وسیله آن‌ها پنج ویژگی بزرگ شخصیت سنجیده می‌شود. این پنج ویژگی شخصیت عبارتند از: ویژگی‌های برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی، توافق، روان‌رنجورخویی و گشودگی به تجربه. ۱۲ پرسش برای سنجش هریک از این ویژگی‌ها اختصاص داده شده است و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) پاسخ داده می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در تمام موارد یکسان نیست به این معنی که در پرسش‌نامه برخی گویه‌های نمره‌گذاری معکوس دارند. در هنجاریابی آزمون نئو که روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های دو شهر تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت گرفته است، ضریب همبستگی پنج بعد اصلی را بین ۵۶۰۰ تا ۸۷۰۰ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وجدانی بودن به ترتیب ۰.۷۳۰، ۰.۵۶۰، ۰.۶۸۰ و ۰.۸۷۰ به دست آمد [۴۹]. در پژوهش دیگری که در ایران انجام شده است، آلفای کرونباخ عوامل روان‌رنجورخویی و وجدانی بودن در سطح قابل قبول و بزرگ‌تر از ۰.۷۰۰ و سایر عوامل را بالاتر از ۰.۵۰۰ نشان داد که این میزان برای مقایسه‌های گروهی کفایت دارد هرچند برای تحلیل‌های فردی ممکن است محدودیت‌هایی ایجاد کند [۵۰]. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ به ترتیب ۰.۷۵۰، ۰.۷۴۰، ۰.۵۵۰ و ۰.۹۰۰ اگرچه ضریب آلفای کرونباخ برای عامل گشودگی به تجربه در پژوهش حاضر برابر با ۰.۵۵٪ به دست آمد که پایین‌تر از سطح مطلوب برای تحلیل‌های فردی است، اما با توجه به

انجام تحلیل معادلات ساختاری دیدگاه‌ها و روش‌های متفاوتی ارائه گردیده است. حجم نمونه طبق فرمول $5Q < n < 15Q$ با استفاده از قاعده نسبت نمونه به پارامترها ($N:q$) که به ازای هر شاخص مشاهده‌شده بین ۵ تا ۱۵ آزمودنی پیشنهاد می‌شود [۴۵]. با توجه به $Q = 11$ شاخص مشاهده‌شده در مدل، حداقل حجم نمونه لازم ۵۵ تا ۱۶۵ نفر برآورد شد. با این حال بر اساس پیشنهاد کلاین، حداقل حجم نمونه برای مدل‌های با پیچیدگی متوسط در روش تحلیل کوواریانس محور (CB-SEM) بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ نفر در نظر گرفته می‌شود [۴۶]. همچنین هیر، بلک، بابین و همکاران [۴۷] تأکید کرده‌اند که برای مدل‌هایی با چند متغیر پنهان و متغیرهای مشاهده‌شده متعدد، حجم نمونه‌ای در حدود ۲۵۰ تا ۴۰۰ نفر می‌تواند کفایت داشته باشد؛ بنابراین در پژوهش حاضر، برای تحلیل مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار ایموس و با توجه به امکان ریزش نمونه‌ها حجم نمونه‌ای برابر با ۳۲۰ نفر در نظر گرفته شد. تا اطمینان لازم را در مورد توان آماری مطلوب و کفایت نمونه‌برداری فراهم کند. پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و توجیه طرح، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت و در نهایت بعد از کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های ناقص و مشکل‌دار ۲۷۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند؛ بنابراین حجم نمونه انتخاب‌شده در این پژوهش با استناد به منابع معتبر و در محدوده پیشنهادی مطالعات پیشین بوده و از کفایت آماری لازم برای تحلیل برخوردار است.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسش‌نامه ولع مصرف مواد^۱: یک پرسش‌نامه ۲۰ سوالی خودگزارشی است که توسط فدردی، برعرفان، و ضیایی در سال ۲۰۰۸ م به منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف طراحی شده است و در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) پاسخ داده می‌شود. برای به دست آوردن نمره کل پرسش‌نامه، امتیاز همه پرسش‌ها را با همدیگر جمع می‌نماییم. پایین‌ترین امتیاز ۲۰ و بیشترین امتیاز ۱۰۰ خواهد بود. در نمره بین ۲۰ تا ۴۰ وسوسه مصرف مواد پس از ترک پایین است؛ در نمره بین ۴۰ تا ۶۰ وسوسه مصرف مواد پس از ترک متوسط است و نمره بالاتر از ۶۰ وسوسه مصرف مواد

ضریب آلفا ۰.۷۷۰ است.

شیوه انجام پژوهش

در نخستین مرحله پس از انجام هماهنگی با چهار مرکز درمان سوء مصرف مواد در تهران نمونه پژوهش انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: شامل قرار گرفتن تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، دریافت نکردن درمان روان‌شناختی همزمان با مداخله پژوهش و شرکت داوطلبانه در پژوهش بود. ملاک خروج از پژوهش تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود. در مرحله بعد، پس از انتخاب نمونه با تأکید بر محرمانه بودن تمامی اطلاعات حاصل از پاسخ‌های پرسش‌نامه و حفظ حریم خصوصی آزمودنی‌ها، رضایت آگاهانه آنان جلب و طرح پژوهش برای ایشان تشریح شد. سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. امکان انصراف از ادامه همکاری در تمام مراحل پژوهش برای شرکت‌کنندگان وجود داشت. در ابتدای پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی مورد پرسش قرار گرفت.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و...) و همچنین برای پاسخ دادن به آزمون فرضیه پژوهش از مدل معادلات ساختاری به روش بوتسترپ^۲ استفاده شد. برای برآورد مدل از نرم‌افزار ایموس نسخه ۲۱ استفاده شده است.

نتایج

یافته‌ها حاکی از آن بود که از تعداد ۲۷۰ نمونه آماری از نظر وضعیت سنی ۴۵ نفر از شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۲۹ سال (۱۶/۷ درصد)، ۹۲ نفر بین ۳۰ تا ۳۹ سال (۳۴/۱ درصد)، ۸۵ نفر بین ۴۰ تا ۴۹ سال (۳۱/۵ درصد) و ۴۸ نفر بین ۵۰ تا ۵۹ سال (۱۷/۸ درصد) بودند. به لحاظ تحصیلات ۹۳ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم (۳۴/۵ درصد)، ۹۶ نفر دیپلم (۳۵/۶ درصد)، ۲۳ نفر فوق‌دیپلم (۸/۵ درصد) و ۵۸ نفر کارشناسی (۲۱/۵ درصد) بودند و از نظر مدت زمان مصرف متادون ۵۱ نفر حداکثر ۱ سال (۱۸/۹ درصد)، ۸۱ نفر حداکثر ۲ سال (۳۰ درصد)، ۳۷ نفر حداکثر ۳ سال (۱۳/۷ درصد) و

اینکه هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی روابط ساختاری میان متغیرها در قالب مدل معادلات ساختاری بوده و نه تفسیر نمرات فردی، این سطح از پایایی طبق منابع روش‌شناختی برای تحلیل‌های مبتنی بر ساختار کلی مدل، قابل قبول در نظر گرفته می‌شود (۵۱).

۳. پرسش‌نامه چشم انداز زمانی زیمباردو^۱: این

پرسش‌نامه توسط زیمباردو و بوید در سال ۱۹۹۹ م ساخته شد. یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که شامل ۵۶ گویه است و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (مخالفت کامل) تا ۵ (موافقت کامل) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس جهت‌گیری زمان آزمودنی‌ها را با نمرات پنج عامل گذشته مثبت، گذشته منفی، حال لذت‌طلب، حال تقدیرنگر و آینده اندازه‌گیری می‌کند. که گذشته منفی از طریق ۱۰ گویه، گذشته مثبت ۹ گویه، حال لذت‌طلب با ۱۵ گویه، حال تقدیرنگر (معتقد به سرنوشت) ۹ گویه و چشم انداز آینده از طریق ۱۵ گویه سنجیده می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در تمام موارد یکسان نیست به این معنی که در پرسش‌نامه برخی گویه‌های نمره‌گذاری معکوس دارند. سازندگان ضریب پایایی آزمون - بازآزمون مقیاس را بین ۷۰۰ تا ۸۰۰ به دست آورده و ضریب آلفای کرونباخ را نیز برای بعد گذشته منفی ۰.۸۲، گذشته مثبت ۰.۸۰، حال لذت‌گرا ۰.۷۹۰، حال معتقد به سرنوشت ۰.۷۰۰ و آینده ۰.۷۷۰ گزارش کردند و در ایران نخستین بار توسط تاج، مکرری و فتوحی در سال ۱۳۸۴ ترجمه و اعتباریابی شده است و محاسبه پایایی آن با روش بازآزمایی بر روی ۲۰ نفر از دانشجویان پزشکی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی زیر را به دست آورد؛ چشم انداز آینده ۰.۷۵۰، گذشته مثبت ۰.۷۹۰، گذشته منفی ۰.۸۰۰، حال تقدیرنگر ۰.۶۶۰ و حال لذت‌طلب ۰.۸۶۰ [۵۲]. در پژوهش دیگری نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها گذشته منفی، گذشته مثبت، حال لذت‌طلب، حال تقدیرنگر و آینده را به ترتیب ۰.۷۴۰، ۰.۷۲۰، ۰.۷۰۰ و ۰.۶۹۰ و ۰.۷۰۰ را گزارش کرده‌اند همچنین، روایی سازه‌ی این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شده و نتایج حاکی از برازش مطلوب مدل و تأیید ساختار عاملی مقیاس بوده است [۵۳] و در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ به ترتیب ۰.۸۷۰، ۰.۷۷۰، ۰.۷۶۰، ۰.۷۸۰ و ۰.۷۰۰ به صورت کلی

2. Bootstrap with Bias-Corrected Confidence Intervals

1. Zimbardo Time Perspective Inventory

۹۴ نفر حداکثر ۴ سال (۳۴/۸ درصد) قرار داشتند. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون مدل معادلات ساختاری استفاده شد و قبل از بررسی فرضیات و محاسبه همبستگی از ضرایب چولگی و کشیدگی برای بررسی نرمال بودن متغیرها استفاده شد. مقدار آماره چولگی و کشیدگی در بازه ۲ و ۲- قرار داشت و این نشان از قابل قبول بودن این مقادیر برای نرمال بودن داده‌های این متغیرها است. آزمون‌های آماری کولموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک نیز انجام شد. نتایج این آزمون‌ها نشان داد که سطح

معناداری تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ ($p > 0.05$) بوده و بدین ترتیب توزیع داده‌ها از نظر نرمال بودن مشکلی ندارد؛ بنابراین پیش فرض نرمال بودن داده‌ها برای تحلیل‌های آماری بعدی برقرار است. همچنین، هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین بررسی و تأیید شد که پیش‌فرض هم‌خطی نیز برقرار است. بدین ترتیب، تمامی پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای مدل معادلات ساختاری رعایت گردیده است. جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و جدول ۲ ماتریس همبستگی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
ولع مصرف مواد	نمره کل	۳۸/۷۵	۵/۲۷	۰/۲۶۶	۱/۲۱۳-
ویژگی‌های شخصیتی	روان رنجورخویی	۲۶/۰۴	۸/۳۷	۰/۲۵۹	۰/۱۵۹-
	برون‌گرایی	۲۵/۴۸	۶/۷۸	-۰/۲۱۳	۰/۲۴۱-
	گشودگی به تجربه	۲۵/۹۴	۵/۲۵	-۰/۳۱۵	۰/۹۳۰
	توافق‌پذیری	۲۵/۶۸	۷/۴۷	-۰/۳۲۲	۰/۳۰۸-
	وجدانی بودن	۲۸/۱۰	۹/۷۳	-۰/۲۷۸	۰/۷۴۵-
	گذشته منفی	۳۵/۱۰	۸/۱۲	-۰/۳۹۵	-۰/۸۵۴
چشم‌انداز زمان	گذشته مثبت	۲۸/۲۹	۶/۴۱	-۰/۰۷۴	۰/۷۹۳-
	حال - لذت طلب	۴۹/۹۰	۹/۷۲	۰/۰۵۲	۰/۸۷۱-
	حال تقدنگر (معتقد به سرنوشت)	۲۷/۸۵	۶/۷۳	-۰/۱۵۶	۰/۸۲۶-
	آینده	۴۳/۴۱	۱۰/۲۸	۰/۱۲۲	۰/۵۶۴
	نمره کل	۱۸۴/۷۵	۱۷/۶۱	۰/۵۳۸	۰/۸۸۵

جدول شماره ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

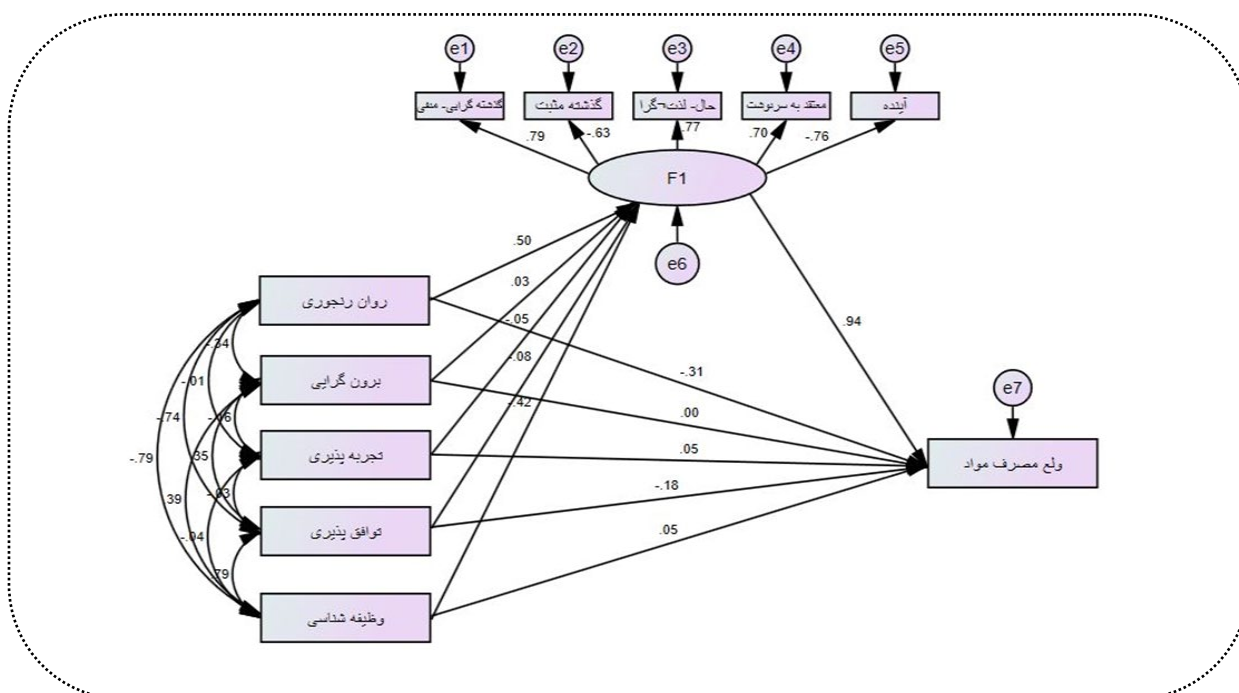
متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. روان رنجورخویی	-۰/۸۲						
۲. برون‌گرایی	۰/۳۷	-۰/۳۴					
۳. گشودگی به تجربه	۰/۰۴۸	-۰/۰۱۱	-۰/۱۵۸				
۴. توافق‌پذیری	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۳۴	۰/۰۳۰			
۵. وجدانی بودن	۰/۸۱	-۰/۷۹	۰/۳۸	-۰/۰۴	۰/۷۹		
۶. چشم‌انداز زمان	-۰/۲۷	۰/۳۵	-۰/۰۸	۰/۰۳	-۰/۲۲	-۰/۲۱	
۷. ولع مصرف	-۰/۷۰	۰/۶۱	-۰/۲۵	۰/۰۲	-۰/۶۳	-۰/۶۶	۰/۲۷

نتایج جدول شماره ۲، مشاهده می‌شود بین ویژگی شخصیتی

با توجه به نتایج جدول شماره ۲، مشاهده می‌شود بین ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی و ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون همبستگی مثبت ($p < 0.01$ ، 0.61) وجود دارد. از سویی دیگر بین ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، توافق‌پذیری، و وظیفه‌شناسی با ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون همبستگی منفی (به ترتیب -0.25 ، -0.63 ، -0.66 و $p < 0.01$) وجود دارد و بین ویژگی شخصیتی تجربه‌پذیری با ولع مصرف در این پژوهش رابطه معناداری (0.02)، وجود نداشت. بین گذشته مثبت و آینده با ولع

مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون همبستگی منفی (به ترتیب -0.49 ، -0.58 و $p < 0.01$) وجود دارد. از سویی دیگر، بین گذشته منفی، حال لذت‌طلب و حال تقدیرنگر با ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون همبستگی مثبت (به ترتیب 0.60 ، 0.59 و 0.50) وجود دارد. در ادامه جهت بررسی نقش میانجی چشم‌انداز زمان در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با ولع مصرف مواد از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، پیش‌فرض‌های آماری بررسی شدند.

در شکل شماره ۲، ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.



شکل شماره ۲. مدل اولیه رابطه ویژگی‌های شخصیتی با ولع مصرف مواد با میانجی‌گری چشم‌انداز زمان (F1: چشم‌انداز زمان)

جدول شماره ۳. ضرایب مسیر مستقیم مدل تحلیل مسیر مدل اولیه رابطه ویژگی‌های شخصیتی با ولع مصرف مواد با میانجی‌گری چشم‌انداز زمان

مسیرهای مستقیم	Estimate	S.E.	C.R.	P
روان‌رنجورخویی < چشم‌انداز زمان	۰/۳۸۶	۰/۰۴۹	۷/۸۴۲	۰/۰۰۱
برون‌گرایی < چشم‌انداز زمان	۰/۰۲۵	۰/۰۳۵	۰/۷۰۱	۰/۴۸۳
گشودگی به تجربه < چشم‌انداز زمان	-۰/۰۵۵	۰/۰۴۲	-۱/۳۲۵	۰/۱۸۵
توافق‌پذیری < چشم‌انداز زمان	-۰/۰۶۵	۰/۰۵۰	-۱/۳۰۹	۰/۱۹۱

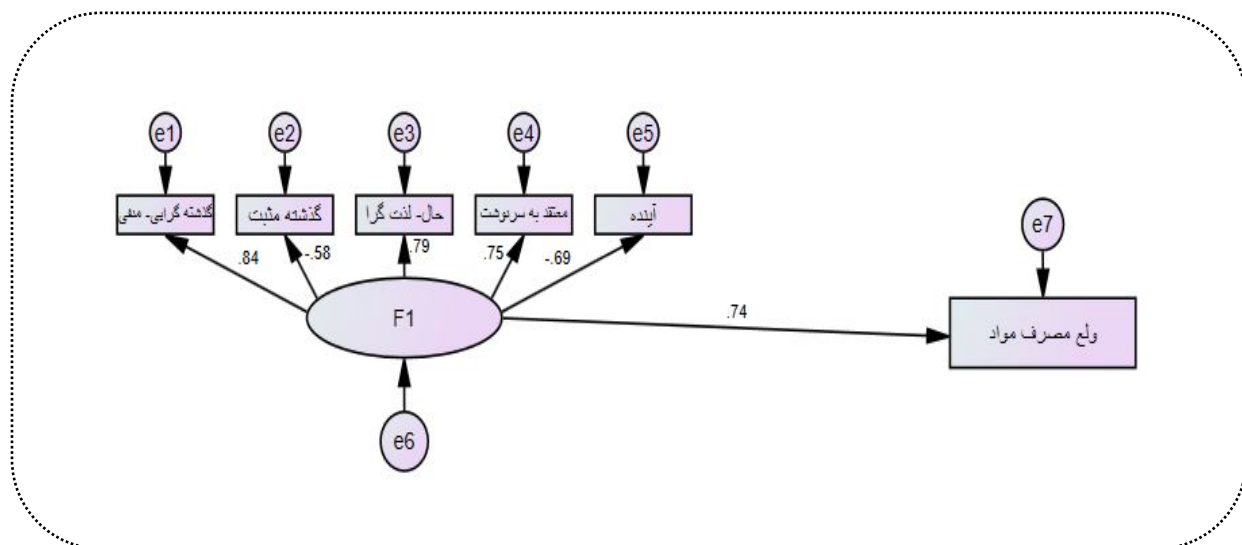
ادامه جدول شماره ۳. ضرایب مسیر مستقیم مدل تحلیل مسیر مدل اولیه رابطه ویژگی‌های شخصیتی با ولع مصرف مواد با میانجی‌گری چشم انداز زمان

P	.C.R	S.E.	Estimate	مسیرهای مستقیم
۰/۰۰۱	-۶/۳۷۴	۰/۰۴۴	-۰/۲۷۸	وظیفه‌شناسی-<چشم‌انداز زمان
			۱/۰۰۰	چشم‌انداز زمان-< گذشته‌گرایی منفی
۰/۰۰۱	-۱۰/۶۴۵	۰/۰۵۹	-۰/۶۳۳	چشم‌انداز زمان-< گذشته مثبت
۰/۰۰۱	۱۳/۸۳۸	۰/۰۸۹	۱/۲۳۸	چشم‌انداز زمان-< حال لذت‌گرا
۰/۰۰۱	۱۲/۴۸۱	۰/۰۵۹	۰/۷۴۰	چشم‌انداز زمان-< معتقد به سرنوشت
۰/۰۰۱	-۱۲/۹۱۰	۰/۰۹۸	-۱/۲۶۷	چشم‌انداز زمان-< آینده
۰/۶۷۷	۰/۴۱۷	۰/۳۷۹	۰/۱۵۸	وجدانی بودن-< ولع مصرف مواد
۰/۰۲۶	-۲/۲۲۳	۰/۳۰۵	-۰/۶۷۷	توافق‌پذیری-< ولع مصرف مواد
۰/۲۹۵	۱/۰۴۸	۰/۲۵۶	۰/۲۶۸	گشودگی به تجربه-< ولع مصرف مواد
۰/۹۷۹	-۰/۰۲۶	۰/۲۱۴	۰/۰۰۶	برون‌گرایی-< ولع مصرف مواد
۰/۰۱۷	-۲/۳۸۴	۰/۴۴۶	-۱/۰۶۳	روان‌رنجورخویی-< ولع مصرف مواد
۰/۰۰۱	۴/۲۵۹	۰/۹۸۷	۴/۲۰۵	چشم‌انداز زمان-< ولع مصرف مواد

ذکر شده‌اند.

همانطور که در شکل شماره ۳ و جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، مسیر مستقیم چشم‌انداز زمان با ولع مصرف مواد نشان داده شده است و در شکل شماره ۴ مدل اصلاح شده رسم شده است و شاخص‌های برازندگی در جدول ۵ ذکر شده است.

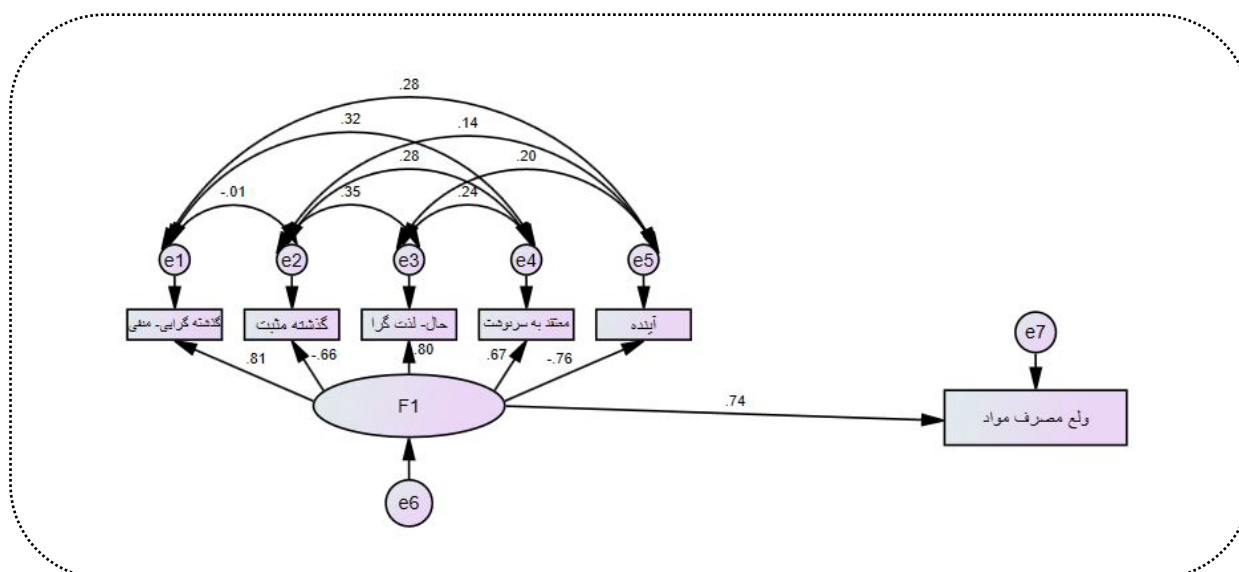
همانطور که در شکل شماره ۲ و جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، برخی مسیرها غیر معنادار است؛ بنابراین این مسیرها جهت اصلاح مدل حذف شد و مدل اصلاح شده در شکل ۵ و شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۶ ارائه شده است.. در جدول شماره ۴ مسیرهای مستقیم مدل پژوهش



شکل ۳. مدل اولیه رابطه چشم انداز زمان با ولع مصرف مواد

جدول شماره ۴. ضرایب مسیر مستقیم مدل تحلیل مسیر رابطه چشم‌انداز زمان با ولع مصرف مواد

مسیرهای مستقیم		Estimate	S.E.	C.R.	P
گذشته‌گرایی منفی	<---	۱/۰۰۰			۰/۰۰۱
گذشته مثبت	<---	-۰/۵۴۵	۰/۰۵۶	-۹/۷۶۳	۰/۰۰۱
حال- لذت گرا	<---	۱/۱۸۷	۰/۰۸۲	۱۴/۴۰۵	۰/۰۰۱
معتقد به سرنوشت	<---	۰/۷۴۵	۰/۰۵۳	۱۳/۹۳۰	۰/۰۰۱
آینده	<---	-۱/۰۷۶	۰/۰۹۲	-۱۱/۶۴۰	۰/۰۰۱
ولع مصرف مواد	<---	۳/۰۹۷	۰/۲۳۸	۱۳/۰۰۷	۰/۰۰۱



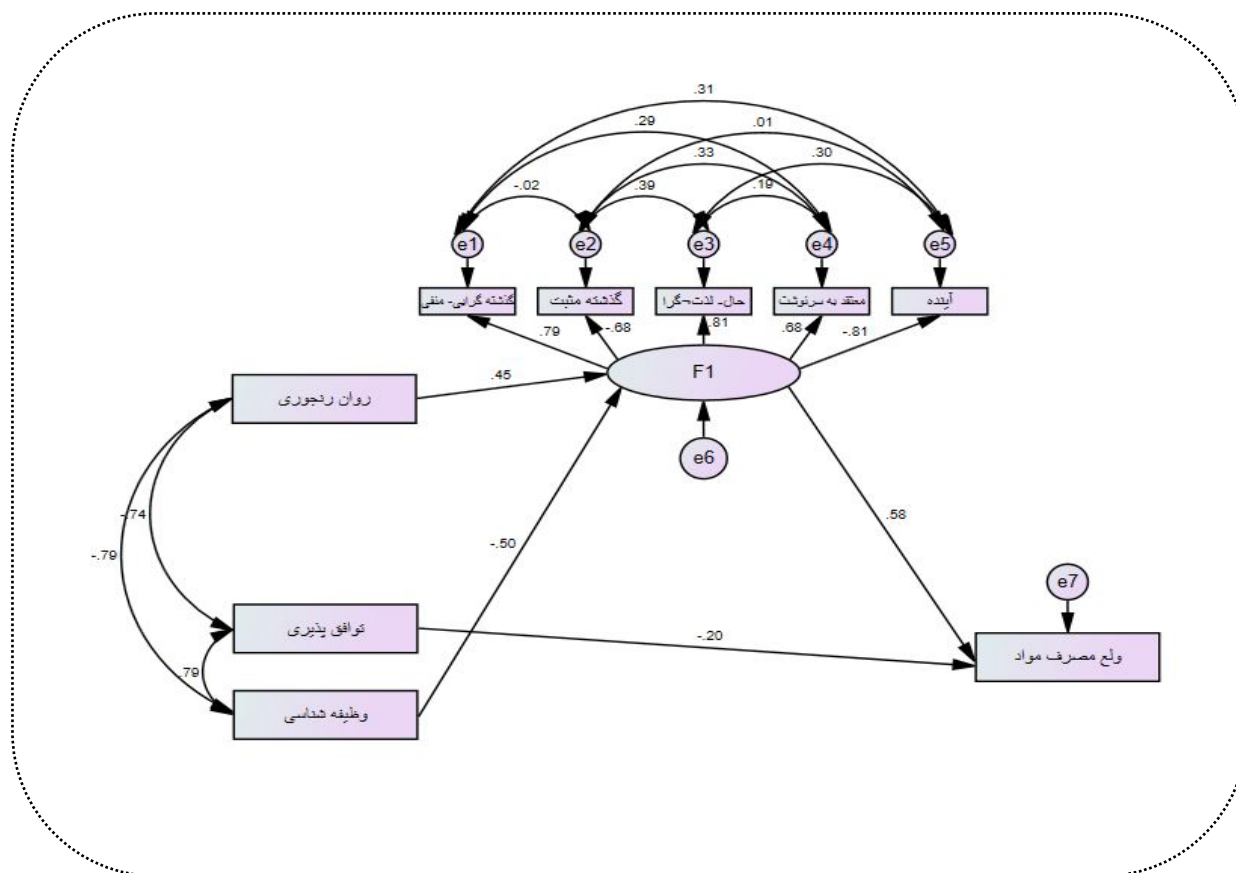
شکل شماره ۴. مدل اصلاح شده رابطه چشم‌انداز زمان با ولع مصرف مواد

جدول شماره ۵. شاخص‌های برازش مدل رابطه چشم‌انداز زمان با ولع مصرف مواد

شاخص‌های برازش			نام شاخص
حد مجاز	مدل نهایی	مدل اولیه	
کمتر از ۵	۰/۸۰۰	۱۰/۷۸۴	χ^2/df
کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۱۹۱	RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۹	۰/۸۸	GFI (شاخص نیکویی برازش)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۹	۰/۸۷	AGFI (شاخص نیکویی برازش اصلاح شده)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۹	۰/۸۹	CFI (شاخص برازش تطبیقی)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۹	۰/۸۸	NFI (شاخص برازش نرم شده)

در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند.

با توجه به جدول شماره ۵ مشخص شد که چشم‌انداز زمان به صورت مستقیم قادر به پیش‌بینی ولع مصرف مواد



شکل شماره ۵. مدل اصلاح شده رابطه ویژگی‌های شخصیتی با ولع مصرف مواد با میانجی‌گری چشم انداز زمان

جدول شماره ۶. شاخص‌های برازش مدل رابطه ویژگی‌های شخصیتی با ولع مصرف مواد با میانجی‌گری چشم‌انداز زمان

شاخص‌های برازش			نام شاخص
حد مجاز	مدل نهایی	مدل اولیه	
کمتر از ۵	۳/۰۲۸	۶/۸۹۲	$\frac{\chi^2}{df}$
کمتر ۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۱۴۸	RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۷	۰/۹۲	GFI (شاخص نیکویی برازش)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۸	۰/۹۱	AGFI (شاخص نیکویی برازش اصلاح شده)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۸	۰/۹۰	CFI (شاخص برازش تطبیقی)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۷	۰/۹۰	NFI (شاخص برازش نرم شده)

با توجه به جدول شماره ۷ مشخص شد که ویژگی‌های شخصیتی از طریق چشم انداز زمان قادر به پیش‌بینی ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند.

شاخص‌های برازش در جدول ۶ نشان دهنده برازش عالی داده‌ها با مدل اصلاح شده است. حال به بررسی مسیر غیر مستقیم یا همان میانجی با استفاده از آزمون بوت استراپ می‌پردازیم.

جدول شماره ۷. ضرایب مسیر غیر مستقیم اثرات رابطه ویژگی‌های شخصیتی با ولع مصرف مواد با میانجی‌گری چشم‌انداز زمان و معنی‌داری پارامترهای برآورد شده با بوت استرپ

مسیر	Bootstrap	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
روان‌رنجوری ← چشم‌انداز زمان ← ولع مصرف	۰/۱۰۱	۰/۵۹۲	۰/۱۰۱	۰/۰۰۱
وجدانی بودن ← چشم‌انداز زمان ← ولع مصرف	۰/۱۵۷	۰/۳۵۱	۰/۰۹۸	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل معادلات ساختاری ولع مصرف مواد، بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و چشم‌انداز زمان در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها، برازندگی مدل پیشنهادی را تایید کرده و نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی رابطه مستقیم معنی‌داری با ولع مصرف مواد دارند به طور مشخص، بین روان رنجورخویی و ولع مصرف مواد، رابطه مثبت معنادار مشاهده شد، در حالی که بین برون‌گرایی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی با ولع مصرف مواد، رابطه منفی معناداری وجود داشت. از سوی دیگر، گشودگی به تجربه در این پژوهش با ولع مصرف مواد رابطه معناداری نداشت. نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات مباشر، عید، سلیمان و همکاران [۲۰]، لوس، دوپونت، اسیر و همکاران [۲۴] و باباپور، پورشریفی، حشمتی و همکاران [۵۴] نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی مانند، روان‌رنجورخویی بالا و برون‌گرایی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی پایین ممکن است با ولع مصرف مواد مخدر مرتبط باشند. این ویژگی‌ها می‌توانند به عنوان عوامل موثر در افزایش خطرات و مشکلات مرتبط با مصرف مواد مخدر در نظر گرفته شوند. بر اساس شواهد تجربی موجود یکی از ارجح‌ترین مسیرهای مفروض توضیح دهنده رابطه مثبت بین ویژگی روان‌رنجورخویی و ولع مصرف مواد و رابطه منفی بین ویژگی‌های برون‌گرایی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی با ولع مصرف مواد ممکن است این باشد که افراد با ویژگی روان‌رنجورخویی بالا، اغلب با چالش‌های متعددی در زندگی روزمره خود مواجه هستند. زیرا روان‌رنجورخویی با کاهش توانایی کنترل تکانه‌ها و تصمیم‌گیری منطقی همراه است. بنابراین، احتمال دارد افراد در مواجهه با موقعیت‌های دشوار و استرس‌زا، احساس ناتوانی کرده و قادر به مدیریت استرس نباشند. این ناتوانی در کنترل تکانه و افکار منفی، با

تجربه‌های دردناکی از جمله ناامیدی، غم، احساس گناه و بی‌ارزشی مرتبط است. و به نظر می‌رسد چنین احساسات شدیدی افراد را به سمت رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد سوق دهد تا از این طریق به دنبال رهایی از رنج درونی خود باشند. همچنین، در فرایند درمان اعتیاد، این افراد ممکن است به دلیل ناتوانی در کنترل تکانه و تحمل ناکامی با مشکلاتی در کنترل ولع مصرف مواجه شوند [۲۱]. با این حال، با توجه به مقطعی بودن مطالعه، یافته‌ها تنها به ارتباطها اشاره دارند و نباید به صورت علیتی تفسیر شوند. برون‌گرایان، به دلیل طبیعت اجتماعی خود، معمولاً از طیف وسیعی از پاداش‌ها در زندگی بهره‌مند می‌شوند و در موقعیت‌های اجتماعی احساس رضایت می‌کنند، مانند موفقیت‌های شغلی یا پیروزی در رقابت‌ها. این تجارب مثبت به نظر می‌رسد میل به جستجوی لذت از راه‌های دیگر، مانند مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد. در مقابل، افراد درون‌گرا به دلیل کمبود احساسات مثبت در تعاملات روزمره، کمتر به این نوع پاداش‌ها علاقه نشان می‌دهند و احتمال دارد این امر آنها را به سمت کسب لذت‌های فوری و قوی‌تر ناشی از مواد مخدر سوق دهد. بنابراین، تفاوت در سطح برون‌گرایی ممکن است بر نحوه درک و جستجوی پاداش‌ها در زندگی نقش داشته باشد. برون‌گرایی اثر منفی و معناداری بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و اثر مثبت و معناداری بر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان دارد [۵۵]. بنابراین افراد با برون‌گرایی پایین در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا یا چالش‌برانگیز، به دلیل عدم توانایی در ابراز احساسات و مدیریت هیجانات، ممکن است با دشواری‌هایی مواجه شوند. این ویژگی شخصیتی با توانایی فرد در ابراز و کنترل احساسات خود در شرایط دشوار ارتباط دارد و فرد ممکن است نتواند به درستی با استرس‌ها و تهدیدات روبرو شود. در نتیجه، ممکن است در چنین شرایطی احساسات خود را سرکوب کند و در

ابراز و مدیریت آن‌ها دچار مشکل شود [۵۶] و عدم مدیریت موثر هیجان زمانی که ولع مصرف فرد را تحت فشار قرار می‌دهد به نظر می‌رسد خطر سوءمصرف را در فرد افزایش می‌دهد [۵۷]. درون‌گرایان احتمال دارد به مصرف مواد مخدر روی بیاورند تا به آنها در ارتباط برقرار کردن با دیگران و اجتماعی‌تر شدن کمک کند. این افراد می‌توانند با مصرف مواد، مهارت‌های اجتماعی خود را بهبود بخشند و در تعاملات اجتماعی راحت‌تر عمل کنند. اما این مسئله ممکن است به یک چرخه معیوب تبدیل شود، زیرا درون‌گرایان اغلب مشکلات خود را پنهان می‌کنند و دوستانشان متوجه نیاز آنها به کمک نمی‌شوند. چنین پنهان‌کاری‌ای احتمالاً می‌تواند غرق شدن بیشتر در اعتیاد را افزایش دهد، زیرا آنها به دلیل ترس از قضاوت دیگران، ممکن است از کمک گرفتن برای ترک اعتیاد خودداری کنند. ویژگی‌های مثبت بین‌فردی، مانند توافق‌پذیری، معمولاً در افرادی که با اعتیاد به مواد مخدر دست و پنجه نرم می‌کنند، کمتر دیده می‌شود. این افراد اغلب با چالش‌های سختی در زندگی مواجه هستند که احتمال دارد بر روابط و تعاملات اجتماعی‌شان تأثیر بگذارد [۲۲]. افراد با توافق‌پذیری پایین، به روش‌های مختلف از جمله دستکاری، فریب و حتی پرخاشگری، به اهداف خود دست می‌یابند. آنها جهت‌دستیابی به منافع شخصی خود، ممکن است از طریق فریب دیگران به نیازهای خود برسند. این افراد اغلب خودمحور و بی‌توجه به دیگران هستند و تنها به منافع و خواسته‌های خود اهمیت می‌دهند [۲۳].

پایین بودن وظیفه‌شناسی یا وجدان، نشان‌دهنده عدم آمادگی و سازماندهی افراد در مواجهه با چالش‌ها و مسائل است. این افراد بدون برنامه‌ریزی قبلی و بدون در نظر گرفتن نتایج و پیامدهای احتمالی، به صورت تکانشی و بدون انگیزه عمل می‌کنند. آن‌ها ممکن است به توانایی‌ها و استعدادهای خود اعتماد کمتری داشته باشند و در برخورد با موانع و مشکلات احتمال دارد دچار سردرگمی و بی‌انگیزگی می‌شوند. این ویژگی‌ها به نظر می‌رسد بر عملکرد و موفقیت در زمینه‌های مختلف زندگی مرتبط باشند [۱۸]. و این مسئله با دشواری در کنترل ولع مصرف همبستگی دارد بنابراین، می‌توان گفت که این ویژگی‌های شخصیتی ممکن است تأثیرات مختلفی بر ولع مصرف مواد مخدر داشته باشند.

در پژوهش حاضر، برخلاف انتظار اولیه، ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه نه با مؤلفه‌های چشم‌انداز زمان و نه با ولع مصرف مواد رابطه معناداری نشان داد. این یافته در نگاه نخست ممکن است غیرمنتظره به نظر برسد، اما با توجه به ماهیت این ویژگی شخصیتی قابل تبیین است. گشودگی به تجربه بیشتر بازتابی از کنجکاوی ذهنی، تخیل و پذیرش تجربه‌های نو است و معمولاً در سطح شناختی و زیبایی‌شناختی نمود می‌یابد [۵۸]. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که این ویژگی احتمال دارد بیشتر در مراحل ابتدایی مصرف مواد، به‌ویژه مصرف ناشی از کنجکاوی یا هیجان‌خواهی نقش داشته باشد، نه در مرحله درمان و ولع مصرف [۵۹]. در مقابل، ویژگی‌هایی مانند روان‌رنجورخویی یا وظیفه‌شناسی، که مستقیماً به کنترل هیجانات، تحمل پریشانی و برنامه‌ریزی رفتاری مربوط هستند، به نظر می‌رسد در مرحله درمان و بازگشت به مصرف در ولع مصرف نقش پررنگ‌تری ایفا می‌کنند [۵۷]. علاوه بر این، چشم‌انداز زمان نیز سازه‌ای است که احتمال دارد بیشتر با تنظیم هیجان، جهت‌گیری رفتاری و خودنظم‌بخشی در ارتباط باشد تا با ویژگی‌هایی مانند کنجکاوی یا خلاقیت. بنابراین، می‌توان گفت که رد شدن فرضیه مربوط به گشودگی به تجربه، بیش از آن که به ضعف مدل یا خطای آماری مربوط باشد، احتمال دارد ناشی از ماهیت متفاوت این ویژگی با فرآیندهای زیربنایی ولع مصرف مواد است.

همچنین، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که چشم‌انداز زمان به صورت مستقیم قادر به پیش‌بینی ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون است. نتایج آزمون پیرسون نشان داد بین گذشته مثبت و آینده و ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه منفی معناداری وجود دارد. از سوی دیگر بین گذشته منفی، حال لذت‌طلب، حال تقدیر نگر و نمره کل چشم‌انداز زمان با ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته همسو با نتایج مطالعات لوس، دپونت، ایسر و همکاران [۲۴]، اسیلخان، مون، تی و همکاران [۴۱] و باقریان، مظفری، محمدزاده و همکاران [۶۰] است. در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد چشم‌انداز حال لذت طلب افراد ممکن است آنها را به سمت رفتارهایی

است هم در پیشگیری از اعتیاد و هم در جریان ترک اعتیاد موثر باشد. بنابراین به نظر می‌رسد دو چشم انداز گذشته مثبت و آینده را می‌توان به عنوان عوامل محافظت کننده در برابر اعتیاد و ولع مصرف در نظر گرفت.

یافته نهایی پژوهش حاضر نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی از طریق چشم انداز زمان قادر به پیش‌بینی ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند. نتایج آزمون پیرسون نشان داد بین روان‌رنجورخویی با چشم‌انداز گذشته منفی، حال لذت‌طلب، حال تقدیرنگر و نمره کل چشم انداز زمان، رابطه مثبت معنادار و با گذشته مثبت و آینده رابطه منفی معنادار وجود دارد. بین برون گرایی با چشم‌انداز گذشته منفی، حال لذت‌طلب رابطه منفی معنادار و با گذشته مثبت، حال تقدیرنگر و آینده رابطه مثبت معنادار وجود داشت. بین گشودگی به تجربه با هیچ کدام از مولفه‌ها و نمره کل چشم انداز زمانی رابطه معناداری وجود نداشت. بین توافق پذیری با چشم‌انداز گذشته منفی، حال لذت طلب، حال تقدیرنگر و نمره کل چشم انداز زمان رابطه منفی معنادار و با گذشته مثبت و آینده رابطه مثبت معنادار وجود داشت. بین وظیفه شناسی با چشم‌انداز گذشته منفی، حال لذت‌طلب، حال تقدیرنگر و نمره کل چشم انداز زمان رابطه منفی معنادار و با گذشته مثبت و آینده رابطه مثبت معنادار وجود داشت. این یافته همسو با یافته‌های پیشین اصیلخان، مون، تی و همکاران [۴۱] و لوس، دوپونت، اسیر و همکاران [۲۴] است. و نتایج برازش مدل نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجورخویی و وجدان به طور غیرمستقیم از طریق چشم‌انداز زمان با ولع مصرف ارتباط دارند. و توافق‌پذیری به طور مستقیم با ولع مصرف مرتبط است. علیرغم اینکه برون‌گرایی در آزمون پیرسون رابطه مستقیم معناداری داشت اما در مدل با وجود نقش میانجی دیده شد که این رابطه معنادار نیست. بنابراین در تبیین این یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد روان‌رنجورخویی با کاهش چشم‌انداز گذشته مثبت و آینده و افزایش استفاده افراطی از چشم‌اندازهای حال لذت طلب، حال تقدیرنگر و گذشته منفی ممکن است ولع مصرف را تحت تأثیر قرار دهد [۳۲]. افراد با ویژگی روان‌رنجورخویی، در مواجهه با استرس‌های روزمره، دچار چالش‌هایی می‌شوند که بر توانایی‌شان در سازگاری با محیط تأثیر می‌گذارد. این شرایط، منجر به

سوق دهد که با خطرات و پیامدهای ناخواسته همراه است و در برخی موارد با از دست دادن کنترل و ثبات درونی همبسته است. افراد ممکن است بدون در نظر گرفتن عواقب، بر اساس تمایلات و هوس‌های فوری عمل کنند و در مدیریت امیال و خواسته‌های خود ناتوان باشند و به دنبال لذت‌های زودگذر، بدون توجه به نتایج بلندمدت، گام بردارند [۲۷] بنابراین از این طریق می‌تواند در مصرف مواد مخدر و ولع مصرف نقش داشته باشد. در چشم انداز حال تقدیرنگر احتمال دارد افراد باور داشته باشند که زندگی از قبل مقدر شده است و کنترل زندگی در دست آنها نیست و ممکن است تصور کنند تصمیمات و انتخاب‌هایشان تأثیری بر سرنوشت و دستاوردهایشان ندارد و مسئولیت انتخاب‌هایشان را به یک قدرت برتر و فراتر از خود، مانند خداوند یا طبیعت، واگذار کنند و به همین دلیل، ممکن است نگرانی کمتری نسبت به نتایج و پیامدهای آینده داشته باشند و تلاش چندانی برای ایجاد تغییرات مثبت در زندگی خود، مانند توقف رفتارهای اعتیادی یا کنترل ولع مصرف، انجام ندهند.

چشم‌انداز گذشته منفی بازتابی از نگرش منفی نسبت به رویدادهای گذشته و حوادث ناخوشایند است و با داشتن دیدگاهی بدبینانه و منفی نسبت به گذشته ارتباط دارد. احتمال دارد برخی افراد برای فرار از این چشم انداز زمانی به سمت مصرف مواد بروند و یا در نتیجه تجربیات منفی گذشته و عزت نفس ضعیف حاصل از آن نتوانند در فرآیند درمان و کنترل ولع مصرف موفق باشند. از طرف دیگر، افرادی که به مواد مخدر اعتیاد دارند چشم‌انداز زمان آینده ضعیف‌تری دارند که این مسئله توانایی افراد در درک آینده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این ضعف در چشم‌انداز آینده با کاهش توجه به پیامدهای بلندمدت تصمیمات و رفتارها ارتباط دارد. به همین دلیل، ارزش به تأخیر انداختن لذت‌های فوری کاهش می‌یابد و در نتیجه ممکن است احتمال گرایش افراد به سمت رفتارهای پرخطر و اعتیادآور افزایش یابد و کنترل ولع مصرف مواد نیز دشوارتر شود. در مقابل، تجارب مثبت در گذشته قادرند تأثیر چشمگیری بر ذهنیت افراد بگذارند. اندیشیدن به این تجارب، عزت‌نفس و احساس ارزشمندی را تقویت کرده و نگرش مثبت حاصل از آن می‌تواند توان فرد را برای یافتن راه‌حل‌های سازگارانه در مواجهه با چالش‌ها افزایش دهد [۶۱]. که این امر ممکن

احساس ناامیدی و پریشانی در آنها می‌شود و کنترل رفتارشان را دشوار می‌کند. در نتیجه، ممکن است به دیگران تکیه کنند تا از پس شرایط دشوار برآیند. همچنین، تحمل ناکامی در این افراد پایین است و در برابر وسوسه‌ها و اغواگری‌ها، مقاومت کمی نشان می‌دهند [۶۲]. افراد روان‌رنجورخو، در مواجهه با عواطف منفی مانند ناامیدی، غم، تنهایی و احساس گناه و بی‌ارزشی ممکن است به سمت استفاده افراطی از هر یک از چشم‌اندازهای حال لذت طلب، حال تقدیرنگر و گذشته منفی گرایش پیدا کنند. این احساسات با استفاده بیش از حد از لذت‌های آنی و یا غرق شدن در افکار منفی گذشته ارتباط دارند. در نتیجه، چشم‌انداز آینده و امید به بهبود تضعیف می‌گردد و فرد در کنترل ولع مصرف خود ناتوان می‌شود. برخی افراد با تمرکز بر چشم‌انداز آینده و در نظر گرفتن پیامدهای بلندمدت، تمایل به تصمیم‌گیری‌های محتاطانه‌تر دارند. به نظر می‌رسد این رویکرد آینده‌نگر به آن‌ها کمک می‌کند تا پیامدهای احتمالی را در نظر بگیرند و در نتیجه، انتخاب‌های کم‌خطرتر و در عین حال سودمندتری داشته باشند. این افراد می‌توانند با کنترل بهتر تمایلات خود، از رفتارهای پرخطر، ولع مصرف و عودهای مکرر جلوگیری کنند. در حالی که افرادی به طور افراطی از چشم‌انداز حال لذت یا حال تقدیرنگر استفاده می‌کنند مسئولیت‌پذیر نیستند و تکانشی عمل می‌کنند، که این وضعیت با ناتوانی در کنترل ولع مصرف همبسته است. افراد با سطح پایین وجدان، اغلب از خودانضباطی و تلاش کافی برای موفقیت برخوردار نیستند. این موضوع می‌تواند منجر به گرایش شدید به لذت‌جویی در لحظه حال و نادیده گرفتن چشم‌انداز آینده شود. این نوع نگرش، که به چشم‌انداز زمان حال و گذشته منفی تأکید دارد، ممکن است بر مصرف مواد مخدر تأثیر بگذارد. در مقابل، وجدانی بودن بالا با توجه به پیامدهای آینده مرتبط است و به عنوان عاملی مرتبط با کاهش ولع مصرف مطرح شده است. همچنین، وجدانی بودن بالا با چشم‌انداز آینده رابطه مثبت دارد، در حالی که با گرایش به هیجان‌خواهی و تازگی‌خواهی ارتباط منفی نشان می‌دهد. وجدانی بودن به طور غیرمستقیم نیز از طریق چشم‌انداز زمان با ولع مصرف ارتباط دارد. افرادی که در ویژگی وجدانی بودن پایین هستند اغلب از خودانضباطی و تلاش کافی برای موفقیت برخوردار نیستند. این موضوع می‌تواند

منجر به گرایش شدید به لذت‌جویی در لحظه حال و نادیده گرفتن چشم‌انداز آینده شود. این نوع نگرش، که به چشم‌انداز زمان حال لذت طلب و گذشته منفی تأکید دارد، ممکن است بر مصرف مواد مخدر تأثیر بگذارد. در مقابل به نظر می‌رسد چشم‌انداز آینده با هیجان‌خواهی و تازگی‌خواهی همبستگی منفی و با توجه به پیامدهای آینده همبستگی مثبت دارد [۶۰]. بنابراین این امر با دشواری در کنترل ولع مصرف همراه است و ممکن است افراد با احتمال بیشتری به مصرف مواد ادامه داده و یا در فرآیند درمان عودهای بیشتری داشته باشند.

افراد با سطح توافق‌پذیری پایین، معمولاً خودمحور و بی‌توجه به دیگران هستند. آنها بیشتر به فکر منافع و نیازهای خود بوده و ممکن است برای رسیدن به اهدافشان، از فریب دیگران استفاده کنند. این ویژگی شخصیتی، نشان‌دهنده تأثیر مستقیم توافق‌پذیری بر رفتار و تعاملات اجتماعی افراد است [۶۳]. که سطح پایین توافق در میان مصرف‌کنندگان مواد به وضوح دیده می‌شود [۲۳]. رابطه‌ی مستقیم و معنادار بین برون‌گرایی و ولع مصرف مواد، در مدل معادلات ساختاری رد شد. این در حالی است که در تحلیل همبستگی ساده پیرسون، بین این دو متغیر، رابطه‌ی منفی و معناداری مشاهده شده بود. به نظر می‌رسد علت این تفاوت را باید در ورود متغیر میانجی چشم‌انداز زمان به مدل و نقش ساختاری آن جست‌وجو کرد. برون‌گرایی، به‌عنوان یکی از ابعاد پنج‌گانه شخصیت، بیشتر منعکس‌کننده‌ی سطح تعامل اجتماعی، انرژی هیجانی، و گرایش به تجربیات مثبت است. مطالعات گذشته نشان داده‌اند که افراد برون‌گرا ممکن است به دلیل دسترسی بیشتر به حمایت اجتماعی و مهارت‌های تنظیم هیجان، در برابر تجربه ولع مصرف، مقاوم‌تر باشند [۶۴]. اما این اثر الزاماً مستقیم نیست. در پژوهش حاضر، با وارد شدن چشم‌انداز زمان به مدل، روشن شد که اثر بازدارنده برون‌گرایی بر ولع مصرف، نه به‌طور مستقیم، بلکه از طریق تنظیم چشم‌انداز زمانی افراد اعمال می‌شود. به عبارت دیگر، ممکن است افراد برون‌گرا چشم‌انداز زمانی مثبت‌تری مانند آینده‌نگری و ارزیابی مثبت گذشته، داشته باشند و این نگرش‌ها نقش محافظتی در برابر ولع ایفا می‌کنند. همین سازوکار موجب شد که با کنترل متغیر میانجی، اثر مستقیم برون‌گرایی بی‌معنا شود که نشانه‌ی میانجی‌گری کامل است. و نشان

باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی (مانند تصادفی ساده یا خوشه‌ای) استفاده شود تا قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. از دیگر محدودیت‌ها، استفاده از ابزارهای صرفاً خودگزارشی است. این ابزارها مستعد سوگیری ابزار بوده و ممکن است تحت تأثیر عواملی همچون تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی، خطاهای ناشی از حافظه، یا درک شخصی پاسخ‌دهندگان قرار گیرند. موضوعی که می‌تواند بر دقت و روایی داده‌های گردآوری شده اثرگذار باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی تعامل بین صفات شخصیتی است. مطالعه صرفاً بر جداسازی اثرات مستقل این ویژگی‌ها متمرکز بود و وارد کردن تعاملات باعث پیچیدگی مدل و نیاز به حجم نمونه بزرگ‌تر می‌شد. همچنین، عدم بررسی روابط معکوس بین متغیرها، مانند تأثیر ولع مصرف بر چشم‌انداز زمان یا هیجان‌پذیری، که جزو اهداف و فرضیات مطالعه نبوده است می‌تواند از محدودیت‌های پژوهش باشد

پیشنهادهای:

یافته‌های این پژوهش می‌توانند در جهت ارتقاء سلامت روان‌شناختی بیماران تحت درمان با متادون مورد استفاده قرار گیرند. از آنجا که چشم‌انداز زمانی یک سازه قابل تغییر است و می‌تواند از طریق مداخلات روان‌شناختی و تلاش‌های فردی بهبود یابد، پیشنهاد می‌شود از آن به‌عنوان چارچوبی نظری برای طراحی برنامه‌های درمانی استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طراحی‌های طولی، ارزیابی‌های کیفی و ابزارهای چند منبعی (نظیر گزارش درمانگر یا مشاهده مستقیم) استفاده شود تا اعتبار نتایج افزایش یابد. همچنین، پژوهش‌های آینده می‌توانند به بررسی تعامل بین صفات شخصیتی توجه کنند تا دید جامع‌تری از سازوکار ولع مصرف مواد و نقش ویژگی‌های شخصیتی ارائه شود. پیشنهاد دیگر پژوهش، بررسی روابط معکوس بین متغیرها برای شناخت بهتر تأثیرات متقابل بین ویژگی‌های شخصیتی، چشم‌انداز زمان و ولع مصرف است. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش‌های طولی و پیشرفته مانند مدل‌های کراس-لاگ پنل استفاده شود تا امکان بررسی اثرات علیتی و روابط زمانی بین ویژگی‌های شخصیتی، چشم‌انداز زمان و ولع

می‌دهد صرفاً داشتن ویژگی‌های برون‌گرایانه، بدون تعدیل دیدگاه زمانی، نمی‌تواند به‌طور مستقل ولع مصرف را کاهش دهد. بنابراین، این یافته حاکی از آن است که مداخلات بالینی در حوزه درمان اعتیاد باید به بهبود چشم‌انداز زمان بیماران توجه ویژه داشته باشند با این حال، باید توجه داشت که مطالعه‌ی حاضر از نوع مقطعی است و بنابراین یافته‌ها صرفاً همبستگی را نشان می‌دهند و نمی‌توان روابط علیتی قطعی از آن‌ها استنباط کرد. به‌طور کلی از نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و چشم‌انداز با ولع مصرف ارتباط دارند و از سویی چشم‌انداز زمان می‌تواند واسطه رابطه بین آنها باشد بنابر این به نظر می‌رسد توجه به این متغیرها می‌تواند نگرشی مهم و جدید را در خصوص پیشگیری از ولع مصرف مواد مخدر در اختیار متخصصان قرار دهد تا هر چه بهتر بتوانند از افزایش ولع مصرف مواد مخدر جلوگیری نمایند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

محدودیت‌ها:

پژوهش حاضر یک پژوهش مقطعی و توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی است که به روش مدل معادلات ساختاری تحلیل شده است. بنابراین، امکان استنتاج روابط علی میان متغیرها وجود ندارد و نتایج تنها بیانگر همبستگی‌ها هستند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های طولی یا تجربی برای بررسی دقیق‌تر روابط علی استفاده شود. علاوه بر این، تحلیل داده‌ها به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شده، که نیازمند نمونه نسبتاً بزرگ است و ممکن است نتایج برای نمونه‌های کوچک‌تر تعمیم‌پذیر نباشد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، دامنه‌ی نسبتاً گسترده‌ی سنی شرکت‌کنندگان (۲۰ تا ۵۹ سال) و تفاوت در سطح تحصیلات و مدت زمان مصرف متادون است. با وجود اینکه کلیه‌ی آزمودنی‌ها از جامعه نسبتاً همگن درمان‌جویان تحت درمان نگهدارنده با متادون انتخاب شده بودند، اما این متغیرها می‌توانند به‌عنوان عوامل مداخله‌گر بر متغیرهای اصلی پژوهش اثرگذار باشند. از این‌رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، به این متغیرها و اثرات آنها توجه گردد. محدودیت دیگر، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس است؛ بدین معنا که نمونه‌ی پژوهش الزاماً نماینده‌ی کامل جامعه‌ی هدف نیست و بنابراین تعمیم نتایج به کل جامعه

- 5- Mao S, Chou T, D'Orsogna MR. A probabilistic model of relapses in drug addiction. *Mathematical Biosciences*. 2024; 372: 109184. Available from: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2404.04755>
- 6- Cole J, Logan TK, Walker R. Social exclusion, personal control, self-regulation, and stress among substance abuse treatment clients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;113(1):13-20. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.018
- 7- Volkow ND, Frieden TR, Hyde PS, Cha SS. Medication-assisted therapies—tackling the opioid-overdose epidemic. *The New England Journal of Medicine*. 2014; 370(22): 2063-2066. doi:10.1056/NEJMp1402780
- 8- Keane R, Reaper-Reynolds SH, Williams J, Wolfe E. Understanding substances and substance use. Ireland: Southwestern Area Health Board; 2016. Available from: <https://www.drugsandalcohol.ie/6003/1/2802-3498.pdf>
- 9- MacNeill L, Brunelle C, Skelding B, DiTommaso E. Experiences of clients in three types of methadone maintenance therapy in an Atlantic Canadian city: a qualitative study. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2021;53(3): 211-221. doi:10.1177/0844562120924516
- 10-Friedmann PD, Saitz R, Samet JH. Management of adults recovering from alcohol or other drug problems: relapse prevention in primary care. *JAMA*. 1998; 279(15): 1227-1231. doi:10.1001/jama.279.15.1227
- 11-McAnulty C, Bastien G, Ledjari O, et al. Mediating effect of craving on the impact of buprenorphine/naloxone and methadone treatment on opioid use: results from a randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*. 2024; 154: 108023. doi: 10.1016/j.addbeh.2024.108023
- 12-Naghizadeh Eisa, HASANI JAFAR, MOHAMMADKHANI SHAHRAM. The Relationship between Brain-Behavioral Systems in Relapse to Substance Use with Mediating Role of Emotion Dysregulation. *Research on addiction*. 2020;14(56):339-365. Available from: <https://sid.ir/paper/964383/en> [In Persian]
- 13-Skinner MD, Aubin HJ. Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2010; 34(4): 606-623. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.11.024

مصرف فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، امکان انجام آزمون مقایسه‌ای مدل‌ها با و بدون ابعاد در نظر گرفته شود تا اعتبار و پایداری مدل بهتر بررسی گردد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مقاله حاضر بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد. در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش مورد نظر قرار گرفت و تمامی شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه را قبل از مطالعه تکمیل نمودند.

حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مراکز درمان نگهدارنده با متادون در شهر تهران و شرکت کنندگان در این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- 1- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014; 43(2): 476-493. doi:10.1093/ije/dyu038
- 2- Vafaie N, Kober H. Association of drug cues and craving drug use and relapse: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022; 79(7): 641-650. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.1240
- 3- Vassileva J, Georgiev S, Martin E, Gonzalez R, Segala L. Psychopathic heroin addicts are not uniformly impaired across neurocognitive domains of impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;114(2-3):194-200. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.09.021
- 4- Nielsen DA, Ho A, Bahl A, Varma P, Kellogg S, Borg L, Kreek MJ. Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 124(1-2): 113-120. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.022

- 23-Ball SA. Big Five, alternative Five, and seven personality dimensions: validity in substance dependent patients. In: Costa PT Jr, Widiger TA, editors. *Personality disorders and the five-factor model of personality*. 2nd ed. Washington (DC): American Psychological Association; 2002. p. 177-201. doi:10.1037/10423-011
- 24-Loose T, Robiou Du Pont L, Acier D, El-Baalbaki G. Time perspectives mediate the relationship between personality traits and alcohol consumption. *Time and Society*. 2018; 28(3): 1148-1166. doi:10.1177/0961463X18758515
- 25-Arah OA, Westert GP, Delnoij DM, et al. Health system outcomes and determinants amenable to public health in industrialized countries: a pooled, cross-sectional time series analysis. *BMC Public Health*. 2005; 5: 81. doi:10.1186/1471-2458-5-81
- 26-Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*. 1999; 54(3): 165-181. doi:10.1037/0003-066X.54.3.165
- 27-Zimbardo PG, Boyd JN. Putting time in perspective: a valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 77(6): 1271-1288. doi:10.1037/0022-3514.77.6.1271
- 28-Alizadeh Fard, S., Mohtashami, T., Haghighatgoo, M., Zimbardo, P. G. Investigation of Psychometric Characteristics of Time Perspective Inventory (Short Form) in Adult Population of Tehran. *Clinical Psychology and Personality*, 2020; 14(2): 157-169. doi: 10.22070/14.2.157 [In Persian]
- 29-Keough KA, Zimbardo PG, Boyd JN. Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*. 1999;21(2):149-164. doi:10.1207/15324839951036498
- 30-Sobol-Kwapińska M. Calm down—it's only neuroticism. Time perspectives as moderators and mediators of the relationship between neuroticism and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2016; 94: 98-103. doi:10.1016/j.paid.2016.01.004
- 14-American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- 15-Sayette MA. The role of craving in substance use disorders: theoretical and methodological issues. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016; 12: 407-433. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093351
- 16-Mezinskas JP, Honos-Webb L, Kropp F, Somoza E. The measurement of craving. *Journal of Addictive Diseases*. 2001; 20(3): 67-85. doi:10.1300/J069v20n03_07
- 17-Gauld C, Baillet E, Micoulaud-Franchi JA, Kervran C, Serre F, Auriacombe M. The centrality of craving in network analysis of five substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023; 245: 109828. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2023.109828
- 18-Costa PT, McCrae RR. The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 1992; 6(4): 343-359. doi:10.1521/pedi.1992.6.4.343
- 19-Thennakoon JC, Adithiya DD, Jayamaha AR. The association between personality traits and substance use among advanced level students in Western province, Sri Lanka: a cross-sectional study. *Addiction and Health*. 2024; 16(2): 100-106. doi:10.34172/ahj.2024.1520
- 20-Mobasher MW, Eid HF, Soliman AM, Hanafi HM, Adel SH, Mahfouz NA, Makawi SHM. Personality traits and its relation to craving and serum oxytocin among male patients with opioid dependence. *Egyptian Journal of Psychiatry*. 2021; 42: 59-68. doi: 10.4103/ejpsy.ejpsy_44_20
- 21-Powell J, Bradley B, Gray J. Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: an investigation of their relative contributions. *British Journal of Addiction*. 1992; 87: 1133-1144. doi:10.1111/j.1360-0443.1992.tb02000.x
- 22-Dubey C, Arora M, Gupta S, et al. Five factors correlate: a comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2010; 36: 107-114. Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:234702210>

- 40-Apostolidis T, Fieulaine N, Soule F. Future time perspective as predictor of cannabis use: exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(12): 2339-2343.
doi: 10.1016/j.addbeh.2006.03.008
- 41-Assylkhan K, Moon J, Tate CC, Howell RT, Mello ZR. Time beyond traits: time perspective dimensions, personality traits, and substance use in adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2021; 179: 110926.
doi: 10.1016/j.paid.2021.110926
- 42-Chavarria J, Allan NP, Moltisanti A, Taylor J. The effects of present hedonistic time perspective and past negative time perspective on substance use consequences. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015; 152: 39-46.
doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.04.027
- 43-Fieulaine N, Martinez F. Time under control: time perspective and desire for control in substance use. *Addictive Behaviors*. 2010; 35(8): 799-802. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.03.022
- 44-Petry NM, Bickel WK, Arnett M. Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction*. 1998; 93: 729-738.
doi:10.1046/j.1360-0443.1998.9357298.x
- 45-Hooman HA. Structural equation modeling using LISREL software. Tehran: SAMT Publications; 2014. **[In Persian]**
- 46-Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: Guilford Press; 2015. Available from:
<https://psycnet.apa.org/record/2015-56948-000>
- 47-Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Harlow: Pearson Education; 2014.
- 48-Salehi Fadardi J, Barerfan Z. The effect of drug-attention control training program on drug-related attention bias and improving other indices of recovery. *Studies in Education & Psychology*. 2011;11(2):29-56. Available from:
<https://sid.ir/paper/99347/en> **[In Persian]**
- 49-Gorushi Farshi MT. A new approach in personality assessment (application of factor analysis in personality studies). 1st ed. Tabriz: Danial va Jame'e Pazhooh Publications; 2001. **[In Persian]**
- 31-Sword RM, Sword RKM, Brunskill SR. Time perspective therapy: transforming Zimbardo's temporal theory into clinical practice. In: Stolarski M, Fieulaine N, van Beek W, editors. *Time perspective theory: review, research and application: essays in honor of Philip G. Zimbardo*. Cham: Springer International Publishing; 2015. 481-498.
doi:10.1007/978-3-319-07368-2_31
- 32-Zhang JW, Howell RT, Bowerman T. Validating a brief measure of the Zimbardo Time Perspective Inventory. *Time and Society*. 2013;22(3):391-409.
doi:10.1177/0961463X12441174
- 33-van Beek W, Berghuis H, Kerkhof A, et al. Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time and Society*. 2011; 20(3): 364-374. doi:10.1177/0961463X10373960
- 34-Akirmak U, Tuncer N, Akdogan M, Erkat O. The associations of basic psychological needs and autonomous-related self with time perspective: the cultural and familial antecedents of balanced time perspective. *Personality and Individual Differences*. 2018; 139: 90-95.
doi: 10.1016/j.paid.2018.11.008
- 35-Boniwell I, Zimbardo P. Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In: Linley PA, Joseph S, editors. *Positive psychology in practice*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004. p. 165-178.
doi:10.1002/9780470939338.ch10
- 36-Daugherty JR, Brase GL. Taking time to be healthy: predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences*. 2010; 48(2): 202-207.
doi: 10.1016/j.paid.2009.10.007
- 37-Paasche S, et al. Exploring the interplay between addiction and time perception. *Addictive Behaviors Reports*. 2024.
doi: 10.1016/j.pnpbp.2024.111104
- 38-Dany L, Roussel P, Laguet V, Lagouanelle-Simeoni MC, Apostolidis T. Time perspective, socioeconomic status, and psychological distress in chronic pain patients. *Psychology, Health and Medicine*. 2016; 21(3): 295-308.
doi:10.1080/13548506.2015.1062900
- 39-Worrell FC, Mello ZR, Laghi F, Baiocco R, Lonigro A. Time perspective constructs in Albanian and Italian adolescents: exploratory analyses. *Psychological Reports*. 2021; 124(2): 693-719. doi:10.1177/0033294120913493

- 57-Wong CF, Silva K, Kecojevic A, Schrager SM, Bloom JJ, Iverson E, et al. Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013; 132(1-2): 165-171.
doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024
- 58-Kopstein AN, Crum RM, Celentano DD, Martin SS. Sensation seeking needs among 8th and 11th graders: characteristics associated with cigarette and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*. 2001; 62(3): 195-203.
doi:10.1016/S0376-8716(00)00176-9
- 59-Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2012; 36(10): 2242-2255.
doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.07.010
- 60-Bagherian F, Mozafari N, Zadeh Mohammadi A, Heidari M. Predicting high-risk behaviors based on time perspective in Iranian adolescents by emphasizing the mediating role of decision making and inhibitory response: path analysis. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2022; 11(1): e114519.
doi:10.5812/ijhrba.114519
- 61-Stolarski M, Matthews G, Postek S, Zimbardo PG, Bitner J. How we feel is a matter of time: relationships between time perspectives and mood. *Journal of Happiness Studies*. 2014; 15: 809-827. doi:10.1007/s10902-013-9450-y
- 62-Fathi Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests (personality and mental health assessment). Tehran: Besat Publishing; 2017. **[In Persian]**
- 63-Groth-Marnat G, Wright AJ. Guide to psychological assessment. Pashasharifi H, translator. Tehran: Sokhan Publishing; 2016. **[In Persian]**
- 64-Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2010; 136(5): 768-821. doi:10.1037/a0020327
- 50-Roshan Chesli R, Shaeiri MR, Atrifard M, Nikkhah A, Ghaem Maghami B, Rahimi Rad A. Psychometric properties of the NEO Five-Factor Personality Inventory (NEO-FFI). *Journal of Clinical Psychology and Personality*. 2006; 4(1): 27-36. Available from: https://cpap.shahed.ac.ir/?_action=xml&article=2553 **[In Persian]**
- 51-Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach’s alpha. *International Journal of Medical Education*. 2011; 2: 53-55.
doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- 52-Taj M, Mokri A, Fotouhi A. Delay discounting correlation with time perspective in medical interns. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andisheh va Raftar)*. 2005;11(3, Serial No. 42): 327-334. Available from: <https://sid.ir/paper/16589/fa> **[In Persian]**
- 53-Taghili S, Latifi H. The mediating role of hopefulness in the relationship between time perspective and psychological distress. *Andisheh va Raftar in Clinical Psychology*. 2016; 10(39): 67-76. Available from: <https://sid.ir/paper/172273/fa> **[In Persian]**
- 54-Babapour Kheiruddin J, Poursharifi H, Hashemati R, Naseri Anbardaran H. The role of temperament and character traits of personality, basic psychological needs, and early maladaptive schemas in predicting vulnerability to addiction. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2018; 16(2): 143-150. doi:10.52547/rbs.16.2.143 **[In Persian]**
- 55-Mohseni Sh, Barzegar M, Rezaei A, Bagholi H. The mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between early maladaptive schemas and personality traits with aggression. *Clinical Psychology and Personality*. 2024; 22(2).
doi:10.22070/cpap.2024.16250.1229 **[In Persian]**
- 56-Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30: 1311-1327.
doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6

معرفی و استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک در درمان اختلال افسردگی اساسی: یک مطالعه موردی کیفی

نویسندگان

محسن امیری^۱، جهانگیر کرمی^{۲*}

۱. پژوهشگر پسا دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

mohsen.amiri@razi.ac.ir

۲. دانشیار دانشگاه، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

(نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به طور جدی تحت تأثیر قرار دهد و در موارد شدید به بروز افکار خودکشی یا اقدام به آن منجر شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر معرفی تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک و بررسی تأثیر آن‌ها بر اختلال افسردگی اساسی بود.

روش: پژوهش کیفی نوع مطالعه موردی بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش به صورت هدفمند انتخاب شد و یک آزمودنی با استفاده از مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5 وارد مطالعه گردید. شرکت کننده به مدت ۱۰ هفته تحت مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی ممیک قرار گرفت.

نتایج: ارزیابی با استفاده از مصاحبه تشخیصی DSM-5، پرسش‌نامه افسردگی بک-۲، مشاهدات پژوهشگر و خودگزارش‌دهی بیمار نشان داد که تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک از جمله خودنگاشت ممیک، نقشه مم‌ها و ساختار شکنی ممپلکسی در کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌شناسی ممیک، به عنوان یکی از زیرشاخه‌های تکامل فرهنگی، ظرفیت مناسبی برای تبیین شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی دارد. لذا با توجه به تأثیر مثبت تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک در پژوهش حاضر، این پژوهش توانست مبنایی برای تدوین پروتکل‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک در آینده ایجاد کند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۱۰/۰۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۵/۰۶



کلیدواژه‌ها

تکامل فرهنگی، روان‌شناسی ممیک، خودنگاشت ممیک، نقشه مم‌ها، ساختار شکنی ممپلکسی، اختلال افسردگی اساسی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

j.karami@razi.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله پسا دکتری نویسنده اول در دانشگاه رازی است.

مقدمه

افسردگی یک چالش بزرگ بهداشت روان جهانی است [۱]. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱، اختلال افسردگی اساسی^۲ بیش از ۲۴۴ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار داده است و علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان است [۲]. به طور گسترده مستند شده است که اختلال افسردگی اساسی بسیار شایع است و نیز با هزینه‌های اقتصادی قابل توجهی همراه است [۳، ۴، ۵، ۶]. علائم افسردگی شامل غم و اندوه، از دست دادن علاقه، احساس گناه، مشکلات خواب، خستگی، عدم تمرکز و از دست دادن علاقه به فعالیت‌های روزانه است [۷]. افسردگی یک اختلال مزمن است که بر کیفیت زندگی فرد [۸] و عملکرد اجتماعی و عاطفی [۹] او تأثیر می‌گذارد. به دلیل مسائل مطرح شده، اختلال کارکردی در افراد دارای اختلال افسردگی اساسی بسیار شایع است به طوری که بیش از ۹۰ درصد از این بیماران در طول یک دوره افسردگی اساسی اختلال در کارکرد را حداقل در یک بخش گزارش می‌کنند و این اختلال می‌تواند حتی پس از بهبود علائم نیز ادامه یابد. بهبود کارکردی ناقص با افزایش خطر بازگشت افسردگی در ارتباط است [۱۰] و موارد شدیدتر افسردگی می‌تواند منجر به خودکشی شود [۷] به طوری که بیش از ۶۰ درصد از افرادی که در سطح جهانی اقدام به خودکشی می‌کنند با اختلال افسردگی اساسی درگیر هستند [۱۱]. در جستجوی عوامل دخیل در اختلالات روانی، یکی از مسائلی که نمی‌توان نقش آن را نادیده گرفت، فرهنگ به معنای عام آن است [۱۲].

فرهنگی بودن انسان به معنای عام، فصل ممیز انسان از سایر موجودات است. این ویژگی در عین حال که مشخصه اصلی انسان است، امکان ارتباط میان افراد و جوامع را برقرار کرده و انتقال میراث فرهنگی را از فردی به فردی و از نسلی به نسلی ممکن می‌کند. از نیمه دوم سده نوزدهم به این سو مطالعه درباره مبانی تکاملی فرهنگ و جامعه و لوازم انتقال فرهنگی به صورت مختلف جاری بوده است و تلاش‌هایی برای تبیین تکامل و انتقال میراث فرهنگی در نسل‌های بشر و جوامع و گروه‌های اجتماعی با رهیافتی طبیعی و روشی

تجربی شده است [۱۳] و اخیراً شاهد این درک رو به رشد هستیم که تکامل سیستم‌های بیولوژیکی و اجتماعی، فرهنگ و فناوری مبتنی بر اصول مشترک است [۱۴]؛ در این رابطه، نظریه وراثت دوگانه فرض می‌کند که تحت شرایط خاص، گونه‌ها بر یادگیری اجتماعی، بیش از یادگیری فردی متکی هستند و یادگیری اجتماعی می‌تواند اطلاعات فرهنگی را منتقل کند. بر اساس این نظریه، انسان‌ها دارای دو خط وراثت هستند: یک خط ژنتیکی و یک خط فرهنگی با وراثت از طریق جامعه که شامل مجموعه‌ای از دانش، فن و فوته‌ها، فناوری، باورها و رفتارها است [۱۵]. یکی از نظریه‌های تکامل فرهنگی که در این رابطه، قدرت تبیین مناسبی دارد نظریه ممیتیک^۳ است [۱۶]. ایده تکامل فرهنگی ممیتیک عمدتاً با قیاس با ایده تکامل بیولوژیکی، بر اساس اصول مبارزه برای هستی، انتخاب طبیعی و مکانیسم‌های ژنتیکی وراثت توسعه یافته است [۱۷]. در نظریه ممیتیک این گونه پنداشته می‌شود که پدیده‌های فرهنگی بر پایه سیستم اولیه مبتنی بر ژنتیک بنا شده‌اند و این می‌تواند شکل دومی از تکامل را ایجاد کند [۱۸]. در واقع، ممیتیک یک نظریه تکامل فرهنگی است که بر این ایده استوار است که رفتار، مهارت، عادات، داستان‌ها و فناوری‌هایی که از فرد به فرد در فرهنگ کپی می‌شوند، به عنوان یک تکثیر شونده عمل می‌کنند [۱۹]. در این راستا، داوکینز مفهوم مم^۴ را به عنوان واحد انتقال فرهنگی به ادبیات تکاملی وارد کرد [۱۶] و آن را به عنوان واحد اطلاعات در مغز تعریف کرد [۱۶] و معتقد است که مم‌ها می‌توانند خود را از مغز به مغز، از مغز به کتاب، از کتاب به مغز، از مغز به رایانه و در نهایت از رایانه به رایانه گسترش دهند [۱۶]؛ طبق این تعریف هر چیزی که ما به آن فرهنگ می‌گوییم از مم‌هایی تشکیل شده است که با هم در حال رقابت هستند؛ این مم‌ها با انتقال از ذهن به ذهن به همان روشی که ژن‌ها از طریق اسپرم و تخمک پخش می‌شوند، منتشر می‌شوند [۲۰] و می‌توانند در اختلالات روانی نقش داشته باشند [۲۱].

مم‌ها توسط ژن‌ها ایجاد شدند تا در خدمت بقا و تکثیر بهتر ارگانیسم باشند [۲۱]. مغز انسان به صورتی تکامل یافته است تا توجه بیشتری به اطلاعات مربوط به خطر، غذا و

3. Memetic.

4. Meme.

1. World Health Organization (WHO).

2. Major Depressive Disorder (MDD).

مم‌های با درون‌مایه مشابه که پشتیبان یکدیگرند، با هم ارتباط برقرار کرده و یک ممپلکس را می‌سازند [۲۲].

طبق تعریف، ممپلکس عبارت است از گروهی از مم‌ها که به دلیل مزیت متقابل، گرد هم می‌آیند [۲۲]. به طور مثال شخص مؤنثی در دوران کودکی، به طور جداگانه و با فواصل زمانی، از طریق تأثیر مستقیم فرهنگ غالب جامعه (مم‌های فرهنگی) و از طریق تأثیر غیر مستقیم فرهنگ جامعه (مم‌های فرهنگی با نقش میانجی مراقبت‌کنندگان اولیه) در معرض مم‌های خاصی قرار می‌گیرد. مم‌های تزریق شده می‌توانند مم‌های «دختران در انجام کارها نسبت به پسران شایستگی کمتری دارند»، «تو شایسته نیستی»، «تو نمی‌توانی کارها را به خوبی انجام دهی»، «تو لایق زندگی خوبی نیستی» باشند. این مم‌ها تا حدود زیادی درون‌مایه‌های مشابه دارند و با تزریق مکرر می‌توانند به زودی با هم ارتباطات معناداری برقرار کنند. پس از برقراری ارتباط و تحکیم ارتباط، تحریک هر کدام از این مم‌ها می‌تواند موجب تحریک و ماندگاری و در نهایت حمایت سایر مم‌های مرتبط شود و در مجموع یک ممپلکس با هسته مرکزی «من موجود ارزشمندی نیستم»، ایجاد می‌شود. تعداد ممپلکس‌ها می‌تواند متعدد باشد و بلکمر مجموع این ممپلکس‌ها را سلفپلکس^۵ نامیده است؛ سلفپلکس مجموع تمام ممپلکس‌هایی است که «خود» فرد را تشکیل می‌دهند [۲۲]. در مجموع با توجه به اهمیت مم‌ها در ایجاد اختلالات روانی باید مدلهایی از سلامت روان که نشان دهنده چگونگی برخورد با مم‌های آسیب‌زاست، ایجاد و در دسترس قرار بگیرد [۲۱]. در این راستا هدف پژوهش حاضر استخراج و معرفی چند تکنیک درمانی از ادبیات پژوهشی روان‌شناسی ممیک جهت بررسی تأثیر آن‌ها بر افسردگی بود. یکی از این تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک، تمرین خودنگاشت ممیک است [۲۴، ۲۵، ۲۶].

خودنگاشت ممیک^۶ می‌تواند به عنوان راهی برای درک درک بصری جهان‌بینی مراجع و دسترسی به مم‌های او به کار برده شود [۲۵]. برای این کار باید «خود» به عنوان یک سازه فرهنگی در نظر گرفته شود [۲۴] که می‌تواند به عنوان چیزی متشکل از واحدهای فرهنگ (مم‌ها) درک شود [۲۲].

ارتباط جنسی^۱ کند [۲۰]، پس هنگامی که با ایجاد توانایی تقلید توسط مغز [۲۱]، تکامل مم شروع شد، مم‌هایی مربوط به خطر، غذا و ارتباط جنسی موفق‌ترین مم‌ها بودند [۲۰]؛ اما مسئله آن جاست که مم‌ها مانند ژن‌ها، خودخواه هستند به این معنا که فقط به دنبال تکثیر و انتشار خود هستند و در نهایت موفقیت مم‌ها به مزایای آن‌ها برای خود بستگی دارد. در مبارزه برای جلب توجه مغزها، مم‌ها باید به نحوی بهتر از رقبای خود باشند و این ارتباطی با تأثیر آن‌ها بر موفقیت ژنتیکی میزبان ندارد [۲۳]؛ بنابراین به زودی به غیر از مم‌هایی که در خدمت ژن‌ها و بقای آن‌ها بودند انواع دیگری از مم‌ها گسترش یافتند که تأثیر خاصی در بقای انسان نداشته، اما شایسته گسترش بودند. این مم‌ها شامل مواردی مانند سنت^۲ (ادامه آنچه در گذشته انجام شده یا باورهایی که وجود داشته)، اشاعه باورهای مذهبی^۳ و شک‌گرایی^۴ بودند [۲۰]. در نهایت زمانی که مم‌ها به قابلیت تکثیر و انتقال گسترده دست یافتند برخی از آن‌ها در مسیری انحرافی تکامل یافتند تا با بقا و منافع رفاهی ارگانیسم در تضاد باشند؛ این‌گونه مم‌ها، مم‌های غیرمنطقی و خود ویرانگر هستند [۲۱] چنانچه داوکینز با افزایش احتمال ویروس‌های فرهنگی اظهار می‌دارد که مغز ما با گشودگی طبیعی خود به مم‌ها، محیطی را فراهم می‌کند که برای بهره‌برداری انگلی مناسب است [۲۳].

مم‌های مرضی ممکن است در ابتدا خوش‌خیم و یا حتی سودمند باشند و تکثیر گسترده‌ای از این مم‌ها در بیماری‌های روانی وجود دارد؛ مم‌های مرضی ممکن است در شرایط عادی در حالت کمون باشند و فقط تحت شرایط خاص، تکثیر گسترده‌ای از آن‌ها به شکل ایده‌ها (مانند پارانو یا وسواس)، هیجانان (افسردگی و شیدایی)، نگرانی و امیال و رفتارها شکل بگیرد [۲۱]. به عنوان نمونه‌ای از مم‌های افسردگی‌زا، می‌توان به مم‌هایی مانند - من بی ارزشم، «من آدم بدی هستم» و «هیچ کس من را دوست ندارد» اشاره کرد. چنین مم‌های آسیب‌زایی در دوران کودکی توسط بزرگسالان و همسالان و با قرار گرفتن در معرض افراد تحقیرگر به فرد معرفی می‌شوند [۲۱]. در مرحله بعد،

1 . Sex.

2 . Tradition.

3 . Evangelism.

4 . Skepticism.

5 .Selfplex.

6 . Mapping the self.

دریافت، نمایش و به اشتراک گذاشتن اطلاعات ممیک و به تصویر کشیدن زمان و مکان رخداد‌های مهم در زندگی فرد است. در واقع نقشه ممیک به عنوان یک ابزار عملی برای نمایش دوران جنینی، تولد و تکامل م‌ها ارائه شده است. اجرای این تکنیک به این صورت است که زندگی و فعالیت م‌ها به عنوان عنصر انتقال فرهنگی به صورت بصری نمایش داده شود. رویدادهای م‌م در منطقه جنینی م‌م ممکن است رویدادهای معنادار، بدوی و پیشرو مربوط به م‌م باشند. این رویدادها، رویدادهایی هستند که می‌توانند ایجاد کننده، تسهیل‌کننده یا پیش‌بینی‌کننده تولد یک م‌م در آینده باشند. می‌توان انتظار داشت که رویداد تولد م‌م، کلید خواندن و درک جریان م‌م، نقطه ثقل در زمان و مکان برای م‌م و نقطه مرجع برای همه رویدادهای دیگر م‌م باشد. از طرفی رویدادهای م‌م در منطقه رشد و گسترش اغلب شامل نقاط عطف در زندگی م‌م از جمله وقایع ابتدایی، رویدادهای متقدم و رویدادهای گسترش دهنده م‌م هستند [۲۷]. به نظر می‌رسد با ترسیم نقشه م‌ها بتوان رویدادهای جنینی و رویدادهای رشد و توسعه م‌ها، که در واقع همان رویدادهای آسیب‌زای فراموش شده‌اند را به سطح هشیاری رساند و به تبع آن، احساسات پنهان ناشی از این رویدادها و م‌های ناخودآگاه را در جلسه درمان به سطح خودآگاه رساند تا بیمار به جای اجتناب، آن‌ها را به طور کامل تجربه و حل و فصل کند [۲۸]. بعد از دستیابی به نقشه ممیک بیمار و زندگی‌نامه م‌ها می‌توان از تکنیک ساختارشکنی م‌ها^۲ به منظور تکمیل درمان استفاده کرد [۲۱].

ساختارشکنی م‌ها، تکنیکی است که در آن نخست یک ممپلکس به اجزای تشکیل دهنده آن تجزیه می‌شود. در مرحله بعد هر یک اجزا یک ممپلکس مورد بازبینی قرار می‌گیرند تا از معنای مرضی فعلی خود فاصله بگیرند. در این تکنیک درمانگر با کمک بیمار به ممپلکس نفوذ کرده و به اصطلاح موجبات فروپاشی آن را فراهم می‌کند. به طور مثال ممپلکسی که شامل اجزای «من بی ارزش هستم»، است، به تک تک م‌های آن تجزیه شده و هر کدام از اجزای آن شامل «من»، «بی»، «ارزش» و «هستم» مورد کنکاش دقیق قرار می‌گیرند تا معانی دیگری برای آن‌ها پیدا شود. در واقع با این کار ممپلکس دچار فروپاشی شده و

در روش خودنگاشت ممیک، مراجع با کمک درمانگر شروع به توصیف «خود» کرده و به مرور م‌ها و ممپلکس‌های تشکیل دهنده هویت خود را به تصویر می‌کشد [۲۵]. خودنگاشت ممیک که تمرین نقشه‌برداری از «خود» نیز نامیده می‌شود، می‌تواند به عنوان راهی برای توانمندسازی مراجع در جهت ایجاد تغییرات آگاهانه به کار برده شود. در واقع ترسیم خودنگاشت ممیک به مراجع و درمانگر این امکان را می‌دهد تا «خود» مراجع را تجسم کنند، در مورد اهداف تغییر توافقی کنند و تغییرات تدریجی را در سطح م‌م که منجر به تحقق آن اهداف می‌شود، برنامه‌ریزی کنند [۲۵]. در ادامه جهت فهم بیشتر تکنیک خودنگاشت ممیک از یک مثال ساده فرضی استفاده می‌شود.

پس از آن که درمانگر از بیمار می‌خواهد تا خود را با سلسله‌ای از واژه‌ها توصیف کند [۲۵]، بیمار شروع به توصیف خود با واژه‌ها یا م‌های مهربان، احساساتی، منفعل، ضعیف، فراری از جدال، بخشنده، خزیده در خود، کناره‌گیر از اجتماع، ناتوان در تصمیم‌گیری، ناتوان در انجام کارها، ضعیف، بی‌اراده و ناتوان در انتخاب، می‌کند. پس از کنکاش و پرسیدن معنای هر کدام از این م‌ها مشخص می‌شود که ارتباطاتی بین این م‌ها وجود دارد که آن‌ها را وابسته به هم می‌نمایند. می‌توان بین دو دسته از م‌های مرتبط با هم تمایز قائل شد. دسته نخست شامل م‌های مهربان، منفعل، ضعیف، فراری از جدال، بخشنده، خزیده در خود، کناره‌گیر از اجتماع که یک ممپلکس با هسته مرکزی «بی‌ارزشی» را تشکیل می‌دهند و دسته دوم شامل م‌های ناتوان در تصمیم‌گیری، ناتوان در انجام کارها، ضعیف، بی‌اراده و ناتوان در انتخاب که یک ممپلکس با هسته مرکزی «درماندگی» را تشکیل می‌دهند. در کنکاش بیشتر مشخص می‌شود که ممپلکس «درماندگی» با ممپلکس «بی‌ارزشی» ارتباط دارد؛ به این صورت که ممپلکس «درماندگی» به نوبه خود می‌تواند موجب تحریک ممپلکس «بی‌ارزشی» شده و آن را تقویت کند. در این مطالعه پس از به دست آمدن م‌ها و ممپلکس‌ها در خودنگاشت ممیک، از تکنیک دیگری به نام نقشه‌های م‌م^۱ در جهت به تصویر کشیدن تاریخچه تحولی یا همان زندگی‌نامه م‌ها استفاده شد [۲۷].

نقشه‌های م‌م ابزار قدرتمند و انعطاف‌پذیری برای

را بررسی و در نتیجه خود را بهبود بخشیم [۲۴]. همچنین پژوهشی دیگر نشان داد که فرآیند خودنگاشت ممیتیک منجر به ارتباط و تأمل مراجع در خود می‌شود چنانچه این تمرین، انتخاب‌های قبلی را به شرکت‌کنندگان یادآوری می‌کرد و آن‌ها متوجه می‌شدند که می‌توانند انتخاب‌های دیگری داشته باشند و در نهایت نشان داد که تصاویر گرافیکی ممیتیک می‌تواند برای مشاوران و مراجعان در برنامه‌ریزی و اجرای تغییرات متحول‌کننده سودمند باشد [۲۶].

با توجه به تأثیرات مخربی که افسردگی بر میلیون‌ها انسان بر جای گذاشته است [۲] و با مسائل متعددی از جمله مشکلات مرتبط با کیفیت زندگی [۸]، عملکرد اجتماعی و عاطفی [۹] و خودکشی [۷] ارتباط دارد، هرگونه تلاشی در جهت ارتقا کیفیت انواع روان‌درمانی می‌تواند مفید باشد. در این راستا برخی پژوهشگران در راستای افزایش اندازه اثر مداخله‌ها حتی دست به ترکیب رویکردهای مختلف شناخته شده زده‌اند [۲۹، ۳۰]، اما در این پژوهش سعی شده است تا با زاویه‌ای متفاوت به افسردگی نگاه شود؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر عبارت از معرفی و استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک در درمان اختلال افسردگی اساسی در قالب یک مطالعه کیفی موردی بود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی موردی بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی ساکن در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. هدف اصلی پژوهش حاضر، استخراج و معرفی برخی تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک و در مجموع توسعه روان‌شناسی ممیتیک به حیطة درمان بود؛ بنابراین سعی در این بود تا یک مورد به طور عمیق مورد مطالعه قرار بگیرد. در این راستا برای انتخاب نمونه پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد که برای افزایش فهم عمیق از افراد و یا برای توسعه نظریه‌ها و مفاهیم ایجاد شده است [۳۱]. با توجه به هدف پژوهش و همچنین با توجه به تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های معتبر مشابه [۲۵ و ۲۶] تعداد یک نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد تا مورد بررسی عمیق قرار بگیرد. از معیارهای

تعدیل می‌شود [۲۱]. شاید بتوان این تکنیک را نوعی معنادهی مجدد به مِم‌ها و ارائه دیدگاهی جدید نسبت به مِم‌ها دانست و ممکن است شباهتی با برخی تکنیک‌های شناختی داشته باشد، اما زیربنای نظری آن متفاوت است. تشخیص این نکته مهم است که بعید است مِم به عنوان حافظه، به طور کامل ریشه‌کن شود؛ بنابراین هدف این تکنیک جلوگیری از تکرار بی‌رویه مِم‌های مرضی است [۲۱]. به طور مثال ممکن است این مِم که «من بی ارزش هستم»، دائم در ذهن مراجع تکرار و تکثیر شود؛ با تکنیک فوق می‌توان به کمک بیمار اجزای این مِم را به طور جداگانه مورد بررسی قرار داد و پس از کشف و تزریق معانی متفاوت و غیر مرضی، یک مِم جدید به ذهن بیمار تزریق کرد. به طور مثال مِم «ارزش» را جدا کرده و از بیمار خواسته می‌شود تا مشخص کند منظور او از «ارزش» چیست. در این فرایند بیمار ممکن است پی ببرد که او تماماً بر اساس نگاه انتقادی مراقبت‌کنندگان اولیه، خود را ارزش‌گذاری کرده است؛ بنابراین می‌تواند از این پس سیستم ارزش‌گذاری خود را بر اساس مسائل گسترده‌تری از جمله موفقیت‌ها، روابط اجتماعی و ... تعیین کند؛ در نهایت به نظر می‌رسد با این تکنیک بتوان از سرعت تکثیر مِم‌های مرضی کاست.

پس از بررسی گسترده ادبیات پژوهشی مشخص شد که پژوهشی با عنوان «نقشه‌های مِم: ابزاری برای پیکربندی مِم‌ها در زمان و مکان»، راهی برای ردیابی مِم‌ها در مراحل مختلف رشد ارائه کرده است [۲۷]. پژوهشی دیگر با عنوان «نقشه برداری از خود در درمان افکار خودکشی» که در آن از تکنیک نقشه برداری ممیتیک و تحلیل آن استفاده شده بود، توانست نشان دهد که طرح درمانی به دنبال تمرین نقشه برداری ممیتیک موفق بوده است و توانسته افکار خودکشی مراجع را کاهش دهد [۲۵]. پژوهش دیگری با عنوان «نقشه برداری از خود با واحدهای فرهنگ» که بر ۱۱ داوطلب در یک دوره ۹ ماهه انجام گرفت؛ نشان داد که ساختارهای خاصی برای خود وجود دارد که بین فرهنگی هستند و اگر ما «خود» را به عنوان مجموعه‌ای از مِم‌ها بدانیم آنگاه می‌توانیم در «خود» تجدید نظر کنیم به این- صورت که در واقع اراده به ما این امکان را می‌دهد که خود

خود را جهت شرکت در جلسات درمانی مبتنی بر روانشناسی ممیک اعلام کرد.

طبق اصل رازداری در مشاوره و پژوهش، هویت فرد شرکت‌کننده و تمامی اطلاعات به دست آمده از ایشان در طی این پژوهش کاملاً محرمانه بود و انتشار علمی نتایج پژوهش با رعایت کامل این اصول انجام گرفت. شرکت‌کننده در این پژوهش، جهت شرکت در پژوهش و جلسات درمانی کاملاً مختار بود و به او اعلام شد که هر زمان که تمایل خود را جهت شرکت در پژوهش و ادامه درمان از دست دهد، می‌تواند بدون هیچ قید و شرطی انصراف خود را به پژوهشگران اطلاع داده و از روند پژوهش خارج شود. پژوهشگران تعهد دادند که در صورت انصراف شرکت‌کننده، ایشان از هرگونه سوء رفتار کاملاً مصون باشند و جهت ادامه درمان به یک درمانگر دیگر ارجاع شود.

ابزارها

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته^۲: این ابزار امکان تشخیص افسردگی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی اختلالات روانی را فراهم می‌آورد. نیمه ساختار یافته بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌هاست و به همین دلیل مصاحبه‌گر در آسیب‌شناسی باید دانش و تجربه کافی داشته باشد. از این ابزار پیش از هر مصاحبه دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می‌شود، زیرا مطالعات حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است [۳۲]. در ایران پژوهشی نشان داد که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶)؛ توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود؛ اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را مطلوب گزارش کردند [۳۳]. از این ابزار هم جهت تشخیص اختلال افسردگی اساسی و هم به منظور قضاوت عینی بعد از اتمام مداخلات استفاده شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک^{۳-۲}: این پرسش‌نامه برای ارزیابی شدت افسردگی با تأکید بر ابعاد شناختی و رفتاری

ورود به این پژوهش می‌توان به تشخیص اختلال افسردگی اساسی به وسیله مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 و اجرای پرسش‌نامه افسردگی بک^{۱-۲}، اشاره کرد. مصرف داروهای روان‌پزشکی در هنگام انتخاب شدن به عنوان نمونه پژوهش، یکی از معیارهای خروج از پژوهش بود؛ لازم به توضیح است که کنترل متغیر مصرف دارو به خاطر اطمینان از تخصیص نتایج به درمان مبتنی بر روان‌شناسی ممیک انجام گرفت. یکی دیگر از ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در طول جلسات درمانی بود چراکه این امر می‌توانست تأثیرات درمانی را کاهش و نتایج را مخدوش نماید.

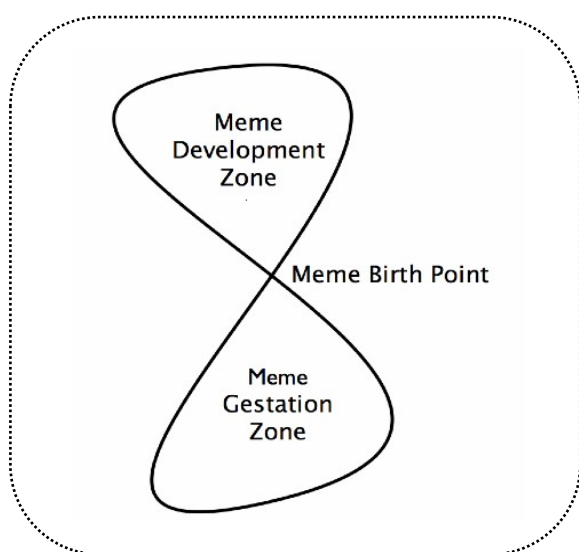
مراجع خانمی ۲۴ ساله و کارشناسی با اسم مستعار آیدا بود که با شکایت خلق پایین، لذت نبردن از فعالیت‌ها، مشکلات ارتباطی با خانواده، کناره‌گیری و ترس از اجتماع، ترس از شنا کردن، احساس پوچی در زندگی و این فکر که نمی‌تواند در زندگی خود از توانایی‌های خود استفاده کند، مراجعه کرده بود. پس از مصاحبه تشخیصی، در او اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شد. مراجع از لحاظ تشخیص‌های همبود بررسی شد و در زمان سنجش، هرگونه تشخیص به غیر از افسردگی اساسی منتفی بود. او در حدود ۲ سال پیش به خاطر همین مشکلات به روانپزشک مراجعه کرده بود و بدون اطلاع از تشخیص خود، داروهای روانپزشکی را با دستور پزشک مصرف کرده بود اما بعد از چهار ماه به خاطر بی‌تأثیر بودن داروها در بهبود حال او و همچنین عوارض آن‌ها، تصمیم به قطع دارو گرفته بود. مراجع، بعد از آن به یک دکتر روان‌شناس دارای پروانه اشتغال از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره که در حدود ۸ سال سابقه روان‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری را داشت، مراجعه کرده بود و تحت درمان قرار گرفته بود اما بعد از حدود ۱۰ جلسه، بدون اینکه پیشرفت زیادی صورت بگیرد، جلسات درمان را قطع کرده بود. طبق اظهار نظرهای شخصی مراجع، درمان شناختی-رفتاری برای درمان او مناسب نبوده است چراکه او در بین جلسات درمان، توانایی انجام برخی از تکالیف از جمله تکمیل فرم‌های مربوط به ثبت وقایع و هیجانات و افکار را نداشته و این‌گونه کارها را حوصله سر بر و ملال‌آور می‌دانسته است. بعد از توضیحات پژوهشگر در رابطه با پژوهش و اهداف آن، مراجع موافقت

2 . SCID.

3 . Beck Depression Inventory(BDI).

1 . Beck Depression Inventory(BDI).

حلقه پایین نشان‌دهنده منطقه جنینی میم^۱ و حلقه بالا نشان‌دهنده منطقه توسعه و گسترش میم^۲ و نقطه تقاطع نشان دهنده نقطه تولد میم^۳ است (شکل ۱). مراحل ایجاد نقشه میم به این صورت است که در گام نخست باید رویدادهای جنینی میم، تولد میم و رشد میم شناسایی شوند. در گام دوم باید نمودار شکل هشت انگلیسی (۸) به عنوان چارچوب ترسیم شود. در گام سوم باید رویداد تولد میم در نقطه انسداد قرار گیرد و در گام آخر باید منطقه جنینی و منطقه رشد با رویدادهای میم پر شود. از طریق نقشه ممبیک می‌توان به طور اختصاصی به زندگینامه هر میم مرضی ورود کرد تا رویدادهایی که منجر به ایجاد و رشد یک میم شده‌اند، کشف شوند. با این کار می‌توان رویدادهای آسیب‌زای فراموش شده و میم‌های ناخودآگاه متناظر با آن‌ها را به سطح هشیار رساند و به تبع آن، احساسات پنهان ناشی از این رویدادها و میم‌های ناخودآگاه را در جلسه درمان به سطح خودآگاه رساند تا به جای اجتناب، بیمار آن‌ها را به طور کامل تجربه و حل و فصل کند [۲۸].



شکل ۱: چارچوب یک نقشه میم با منطقه توسعه میم، تولد میم و جنینی میم (اقتباس از [۲۷])

ساختار شکنی ممپلکسی [۲۱]: ساختار شکنی ممپلکس تکنیکی است که در طی آن نخست یک ممپلکس به اجزای تشکیل دهنده آن تجزیه می‌شود. در مرحله بعد

افسردگی در اوایل دهه ۱۹۶۰ م گسترش یافت. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ پرسش خودسنجی است و هر کدام از آن‌ها دارای ۴ گزاره است که میزان رو به افزایش شدت را توصیف می‌کنند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار برد. نمره ۰ تا ۱۳ به معنای هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۴ تا ۱۹ به معنای افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ به معنای افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ به معنای افسردگی شدید است. پایایی این ابزار بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۳۴]. در ایران پژوهشی ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۹۳ را به فاصله یک هفته به دست آورد [۳۵]. از این ابزار هم جهت تشخیص اختلال افسردگی اساسی در کنار مصاحبه تشخیصی و هم به منظور قضاوت عینی بعد از اتمام مداخلات استفاده شد.

خودنگاشت ممبیک [۲۴، ۲۵، ۲۶]: برای ترسیم خودنگاشت ممبیک مراجع، از او خواسته می‌شود تا خود را به وسیله کلماتی که هویت او را تشکیل می‌دهند، توصیف کند. در مرحله بعد از او خواسته می‌شود تا چیزهایی را که در مورد خودش دوست دارد، چیزهایی را که می‌خواهد در مورد خودش تغییر دهد و چیزهایی که به باور او صحیح هستند را گزارش کند. مواردی که ویژگی‌های معنایی، عاطفی و رفتاری را نشان دادند به عنوان میم در نظر گرفته می‌شوند. بعد از به دست آمدن میم‌ها، میم‌هایی که با هم ارتباط دارند یا می‌توانند یک رابطه علت و معلولی داشته باشند، به هم متصل می‌شوند تا ممپلکس‌ها را تشکیل دهند. در مرحله بعد از شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا از بین میم‌ها و ممپلکس‌هایی که به دست آمده است، آن ممپلکسی که بیشترین همخوانی با هویت او دارد و خود را با آن می‌شناسد (هسته سلفپلکس)، مشخص کند [۲۵]. همچنین از او خواسته می‌شود تا ممپلکس‌هایی که با هم در تضاد و کشمکش هستند را مشخص کند (تعارض ممبیک) [۲۱].

نقشه ممبیک [۲۷]: نقشه میم بر چارچوبی از نمودار شکل هشت انگلیسی (۸) یا علامت بی نهایت متکی است. یک نقشه میم از دو حلقه به هم پیوسته تشکیل شده است.

1 . Meme Gestation Zone(MGZ).
2 . Meme Development Zone(MDZ).
3 . Meme Birth Point(MBP).

در این مورد، درمان ممکن است شامل بازخورد م‌های
ذیل برای هر جزء مم‌تیک باشد که در ادامه شرح داده
می‌شود.

«من»: من آقای ایکس هستم. یک کارمند هستم، من
یک همسر با دو فرزند خوب هستم، من یک پدر خوب
هستم.

«هستم»: من وجود دارم، زنده هستم، به عنوان یک
همسر و پدر به من نیاز هست.

«ارزش»: من کارمند خوبی هستم، می‌توانم همسر
خوبی باشم، می‌توانم پدر خوبی باشم و در واقع پدر خوبی
هستم.

«بی»: «ارزش»: شاید نه کاملاً ثروتمند، شاید آنقدرها
خوب نیستم چون افسرده هستم، می‌توانم وقتی بهتر شوم
خوب باشم، می‌توانم عالی باشم [۲۱].

هر یک اجزا یک مم‌پلکس مورد بازبینی قرار می‌گیرند تا از
معنای مرضی فعلی خود فاصله بگیرند. در این تکنیک
درمانگر با کمک بیمار به مم‌پلکس نفوذ کرده و به اصطلاح
موجبات فروپاشی آن را فراهم می‌کند [۲۱]. به طور مثال
مم‌پلکس «من بی‌ارزش هستم» شامل چه اجزایی است؟
این مم‌پلکس شامل اجزای «من» + «بی» + «ارزش» +
«هستم» می‌شود.

«من» چیست؟ من آقای ایکس هستم، من یک کارمند
هستم، من یک همسر هستم.

«هستم» چیست؟ وجود داشتن، هویت یافتن با، زنده
بودن.

«ارزش» چیست؟ خوب بودن، ثروت، سلامتی، قابل
تکیه بودن، انجام کارها.

«بی»: «ارزش» چیست؟ خوب نبودن، عدم رعایت
معیارها، بی‌کفایت.

جدول ۱. پروتکل درمانی برگرفته از روان‌شناسی مم‌تیک

شماره جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول: ۹۰ دقیقه	اهداف *بررسی وضعیت مم‌تیک بیمار *فرمول‌بندی مبتنی بر روان‌شناسی مم‌تیک روش ارزیابی مم‌تیک شامل: ۱. بررسی مموداینامیک بیمار جهت کشف م‌ها و مم‌پلکس‌های ناسازگار و تعارضات مم‌پلکسی که فرد را به سمت اختلال افسردگی اساسی سوق داده است ۲. فرمول‌بندی مم‌تیک مشکلات بیمار و توافق در مورد اهداف و تغییرات تدریجی در سطح م‌م
جلسه دوم: ۶۰ دقیقه	اهداف *درمان میم‌گرا با طیف وسیع *مشارکت جهت یافتن م‌های جایگزین روش - بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به م‌مو داینامیک بیمار - درمان میم‌گرا با طیف وسیع برای کنترل وضعیت و جلوگیری از تشدید تکثیر مم‌تیک شامل توصیه به مصرف اسید چرب امگا ۳، قرار گرفتن در معرض نور روشن، بهداشت خواب و تمرینات هوازی و ورزش، ریلکسیشن و آموزش و توافق بر سر چگونگی انجام این تکالیف در طول جلسات
جلسه سوم ۶۰ دقیقه	اهداف *تسهیل رابطه درمانی درمانگر با بیمار و روابط خارج از درمان بیمار روش - بررسی م‌های مخالف با صمیمیت که توسط روابط اولیه با والدین و همچنین فرهنگ ساخته شده‌اند و مشارکت جهت یافتن م‌های جایگزین مناسب - بحث در مورد م‌های مخالف پذیرش حمایت اجتماعی و مشارکت جهت یافتن م‌های جایگزین مناسب با هدف جلب و دریافت حمایت اجتماعی توسط بیمار

ادامه جدول ۱. پروتکل درمانی برگرفته از روان‌شناسی ممیتیک

شماره جلسه	محتوای جلسات
جلسه چهارم ۶۰ دقیقه	اهداف ※ افزایش بینش بیمار نسبت به وضعیت ممیتیک خود با استفاده از ترسیم خودنگاشت ممیتیک روش - بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار - ترسیم خودنگاشت ممیتیک اولیه جهت عینی‌سازی مم‌ها، ممپلکس‌ها، ممپلکس‌ها و همچنین جهت کشف سلفپلکس بیمار و تعارضات ممپلکسی اطراف سلفپلکس که موجب تحکیم و پشتیبانی از سلفپلکس مرضی بیمار شده‌اند - برقراری ارتباط بین ممپلکس‌ها با سلفپلکس مراجع که موجب نشانه‌های کنونی بیمار شده است جهت ایجاد بینش و تقویت اراده بیمار برای تعدیل ممپلکس‌های مرضی و در نهایت سلفپلکس
جلسه پنجم ۶۰ دقیقه	اهداف ※ ادامه افزایش بینش بیمار نسبت به وضعیت ممیتیک خود با استفاده از ترسیم خودنگاشت ممیتیک روش - ادامه ترسیم خودنگاشت ممیتیک و کنکاش در آن
جلسه ششم ۶۰ دقیقه	اهداف ※ ترسیم نقشه مم‌ها ※ پردازش هیجانات سرکوب شده مرتبط با ممپلکس‌های مرضی ※ پردازش هیجانات سرکوب شده مرتبط با منابع تزریق مم‌ها روش - بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار - کشف ریشه مم‌ها با استفاده از ترسیم نقشه مم‌ها: با این تکنیک می‌توان بینش عمیقی درباره دوران جنینی، تولد و گسترش مم‌های مرضی به دست آورد. در این تکنیک باید به طور اختصاصی پیشینه هر مم مرضی پر اهمیت در تداوم نشانه‌های افسردگی اساسی را مورد بررسی و کنکاش قرار داد. هدف از این کار ایجاد بینش در مراجع نسبت به چگونگی شکل‌گیری مم‌های مرضی، تأثیرات این مم‌های ناخودآگاه و کنکاش احساسات ناشی از این مم‌هاست. پردازش هیجانات مرتبط می‌تواند به روش دوانلو (۱۴۰۳)، چنانچه در درمان پویشی فشرده و متمرکز^۱ مطرح شده است، انجام پذیرد - جداسازی منابع تزریق مم‌ها از سلفپلکس بیمار و پردازش هیجانات مربوط به آن‌ها: در واقع این منابع مراقبت‌کنندگان اصلی و افراد مهم زندگی بیمار هستند که در سلفپلکس بیمار ادغام شده‌اند و بیمار نسبت به آن‌ها به خاطر تزریق مم‌ها، خشم و دیگر هیجانات سرکوب شده دارد
جلسه هفتم ۶۰ دقیقه	اهداف ※ ادامه ترسیم نقشه مم‌ها ※ پردازش هیجانات سرکوب شده مرتبط با ممپلکس‌های مرضی ※ پردازش هیجانات سرکوب شده مرتبط با منابع تزریق مم‌ها روش مانند جلسه ششم
جلسه هشتم ۶۰ دقیقه	اهداف ※ استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی روش - بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار - ساختارشکنی ممپلکس‌های مرضی با استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی ※ در واقع این کار بعد از پردازش هیجانات مرتبط با ممپلکس‌ها صورت می‌گیرد تا نفوذ به ممپلکس امکان‌پذیر شود

ادامه جدول ۱. پروتکل درمانی برگرفته از روان‌شناسی ممیتیک

شماره جلسه	محتوای جلسات
جلسه نهم ۶۰ دقیقه	اهداف *ادامه استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی روش - مانند جلسه هشتم
جلسه دهم ۶۰ دقیقه	اهداف *آموزش مهارت تفکر انتقادی به عنوان ابزاری برای فیلترینگ مم *تحکیم و پیشگیری از عود روش - بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به ممو داینامیک بیمار - آموزش تفکر انتقادی جهت بازتعریف فیلترینگ مغز برای جلوگیری از ورود مم‌های مرضی در آینده و کاهش احتمال عود - ترسیم و مرور خودنگاشت ممیتیک جدید جهت عینی سازی دستاوردهای درمانی و ایجاد انگیزه و امید در مراجع - پیش‌بینی مشکلات احتمالی در آینده و تحکیم درمان

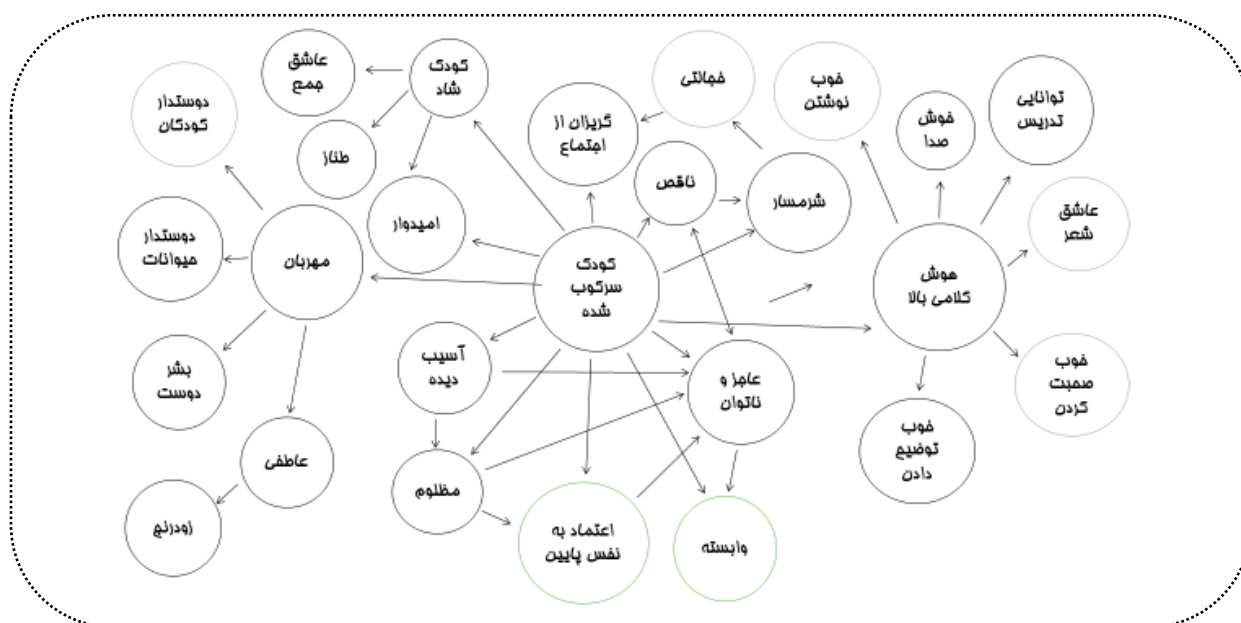
روند اجرای پژوهش

پس از ارائه توضیحاتی در مورد شیوه جلسات درمانی و اهداف پژوهش، مراجع رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش به صورت کتبی اعلام کرد. سپس مراجع هر هفته و به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در جلسات درمانی شرکت کرد. در طول جلسات درمانی، خودنگاشت ممیتیک و نقشه مم‌های مراجع با کمک او ترسیم شد و به وسیله تحلیل و تفسیر آن‌ها و همچنین تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی، روان‌درمانی ادامه یافت. پس از ۴ ماه از آخرین جلسه

مداخله، به عنوان آزمون پیگیری، مجدداً از شرکت کننده دعوت شد تا در یک جلسه، مجدداً نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5 و همچنین بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ در ایشان بررسی شود.

نتایج

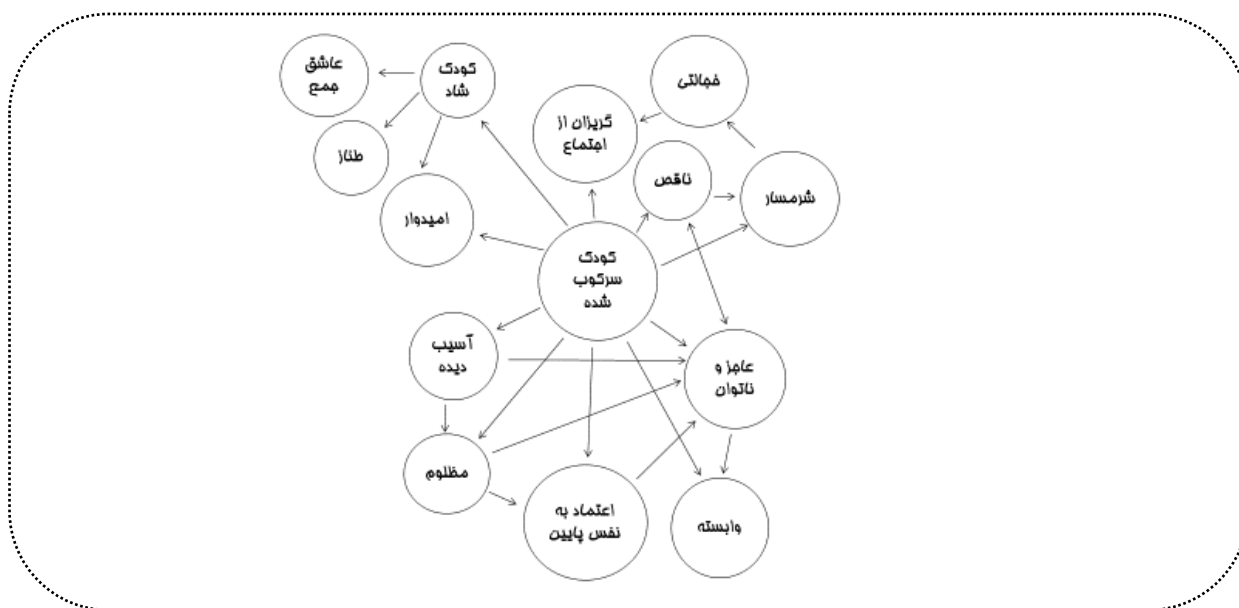
ترسیم خودنگاشت ممیتیک ۲۷ مم جداگانه را نشان داد. در شکل شماره ۱ می‌توان شمایی از خودنگاشت ممیتیک آیدا را مشاهده کرد.



شکل ۲. خودنگاشت ممیتیک مراجع (سلفپلکس)

ارتباط بود. از این جهت مراجع خود را از کودکی دارای استعداد در طنازی می‌دانست و به گفته خود گهگاهی این رفتار در او بروز می‌کند. مراجع همچنین به خاطر آورد که در عین حال که سال‌ها با احساسات بد دست و پنجه نرم می‌کرده است، همیشه تا حدودی به زندگی بهتر امیدوار بوده است و یکی از دلایلی که او را چندین بار به سمت درمان کشانده است همین مم امیدواری بوده است. این سومین ممپیکسی بود که با کودک سرکوب شده ارتباط داشت. در واقع مم‌های طنازی و امیدواری به عنوان مم‌های محافظ و سالم عمل می‌کردند، اما با توجه به اینکه ممپیکس‌های ناتوانی و شرمساری غالب بودند، توانسته بودند ممپیکس کودک شاد طناز را به حاشیه برانند. در ادامه به طور جداگانه هر یک از ممپیکس‌های دیده شده در سلفپیکس شرکت‌کننده نمایش داده می‌شوند.

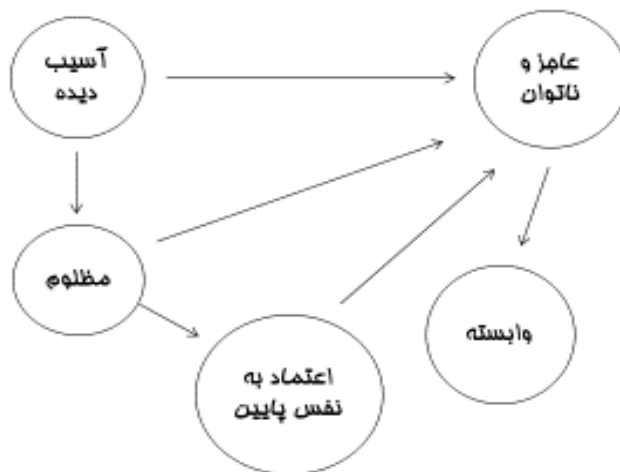
ترسیم خودنگاشت ممپیکس آیدا، یک مم قدرتمند با نام کودک سرکوب شده را نشان داد که با مم‌های بسیاری از جمله مم خجالتی، عاجز و ناتوان، مم اعتماد به نفس کم، مم مظلوم، مم آسیب‌دیده، مم شرمسار و مم وابسته احاطه شده بود. تمام مم‌های اخیر با مم کودک سرکوب شده ارتباط داشته و از آن حمایت می‌کردند. در داخل این ممپیکس بزرگ سه ممپیکس دیگر مشاهده شد. مراجع مم کودک وابسته را به دو مم عاجز و ناتوان و مم اعتماد به نفس کم، وصل کرد. همچنین مراجع مم شرمسار را به مم خجالتی وصل کرد. در واقع در این قسمت، دو دسته از ممپیکس‌ها که حاوی مم‌های ناتوانی و شرمساری بودند خود را نشان دادند که همگی با مم غالب کودک سرکوب شده ارتباط داشتند. در ادامه به طور متناقضی، مم کودک سرکوب شده با مم‌های کودک شاد طناز و امیدوار هم در



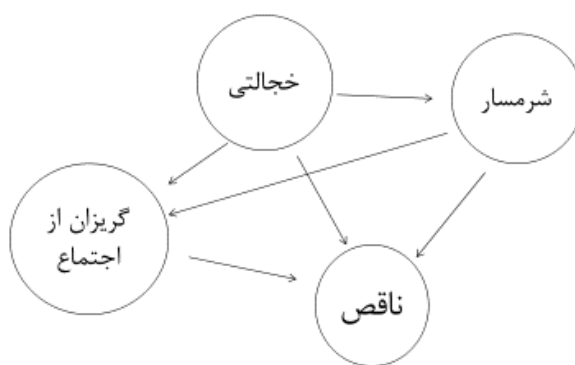
شکل ۳. ممپیکس کودک سرکوب شده

مراجع اشغال کند، تصویر یک کودک تنها در یک قفس تاریک بود که به نظر مم تصویری متناظر با مم کلامی کودک سرکوب شده بود. این مم تصویری چنان قدرتمند بود که هسته سلفپیکس آیدا را تشکیل می‌داد چنانچه وقتی از او سوال شد که خود را بیشتر از هر چیزی با چه توصیف می‌کند، پاسخ او یک کودک تنها در یک قفس تاریک بود. در ادامه، در شکل ۴ ممپیکس عاجز و ناتوان همراه با اجزای آن نمایش داده شده است.

از آنجایی که ممپیکس کودک شاد سرکوب شده ارتباطات گسترده‌ای با سایر ممپیکس‌ها داشت می‌توان آن را یک ممپیکس کلیدی نامید که در واقع هسته مرکزی سلفپیکس شرکت‌کننده را تشکیل داده بود. در شکل ۳ ممپیکس کودک سرکوب شده و ارتباطات آن با سایر ممپیکس‌ها مشاهده می‌شود. یک مم قدرتمند دیگر که به صورت یک تصویر توانسته بود جای زیادی را در ذهن



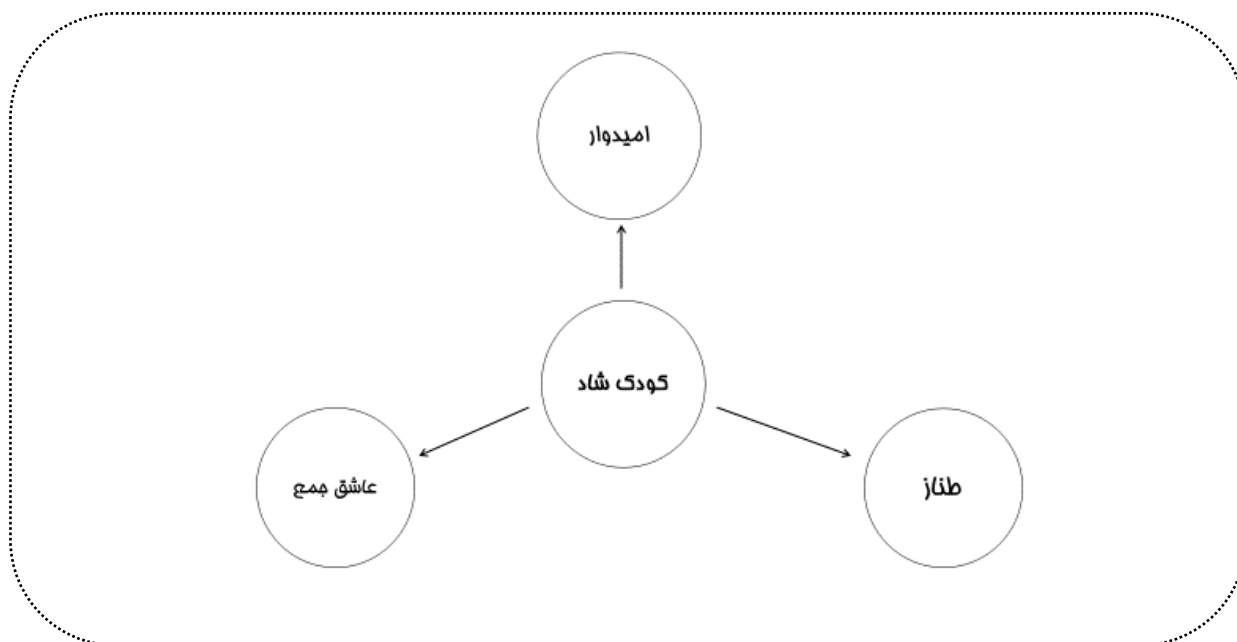
شکل ۴. ممپلکس عاجز و ناتوان



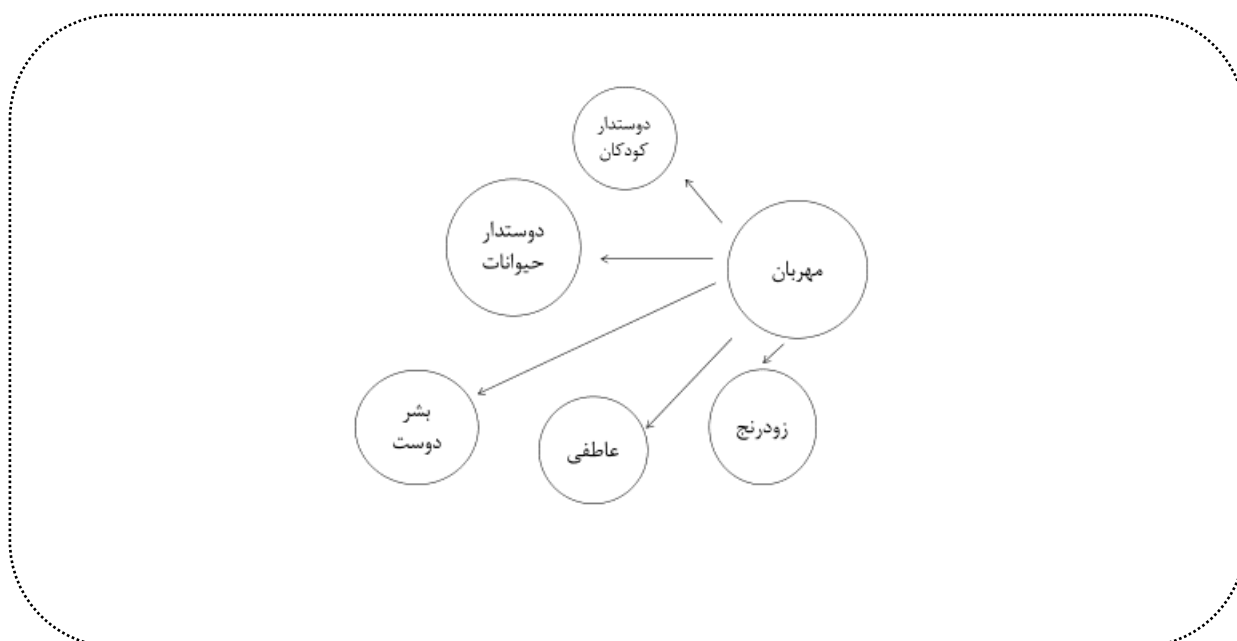
شکل ۵. ممپلکس نقص - شرم

همانطور که شکل ۵، نشان می‌دهد چهار مم شرمسار، گریزان از اجتماع، خجالتی و ناقص توانسته‌اند با هم ممپلکس ناقص را تشکیل دهند. در ادامه، در شکل ۶ ممپلکس کودک شاد را مشاهده می‌کنید.

همانطور که شکل ۴ نشان می‌دهد، پنج مم اعتماد به نفس پایین، وابسته، آسیب دیده و مظلوم با یک مم مرکزی عاجز و ناتوان ارتباط دارند و مجموعاً توانسته‌اند ممپلکس عاجز و ناتوان را تشکیل دهند. در ادامه در شکل ۵ ممپلکس ناقص نمایش داده شده است.



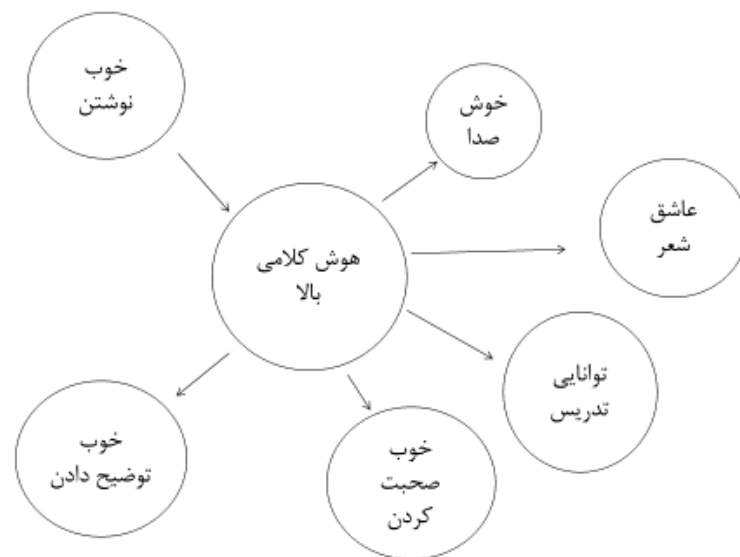
شکل ۶. ممپیکس کودک شاد



شکل ۷. ممپیکس مهربان

مهربان توانسته‌اند مجموعاً ممپیکس مهربان را تشکیل دهند. در شکل ۸ ممپیکس هوش کلامی بالا را مشاهده می‌کنید. همانطور که شکل ۸ نشان می‌دهد، مم‌های عاشق شعر، خوب صحبت کردن، خوب توضیح دادن، توانایی تدریس، خوش صدا، خوب نوشتن، و هوش کلانی بالا توانسته‌اند مجموعاً ممپیکس هوش کلامی بالا را بسازند.

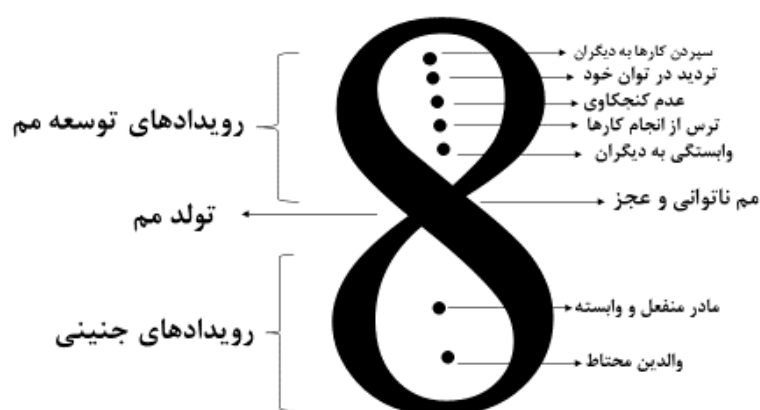
همانطور که شکل ۶ نشان می‌دهد چهار مم طناز، امیدوار، عاشق جمع و کودک شاد توانسته‌اند ممپیکس کودک شاد را تشکیل دهند. در ادامه، در شکل ۷ ممپیکس مهربان که یک ممپیکس محافظ است را مشاهده می‌کنید. همانطور که شکل ۷ نشان می‌دهد، مم‌های دوستدار حیوانات، دوستدار کودکان، بشردوست، زودرنج، عاطفی و



شکل ۸. ممپلکس هوش کلامی بالا

نقشه ممپیک آیدا برای ممپلکس‌های مهم و مرضی به اشکال ذیل نمایش داده شده است.

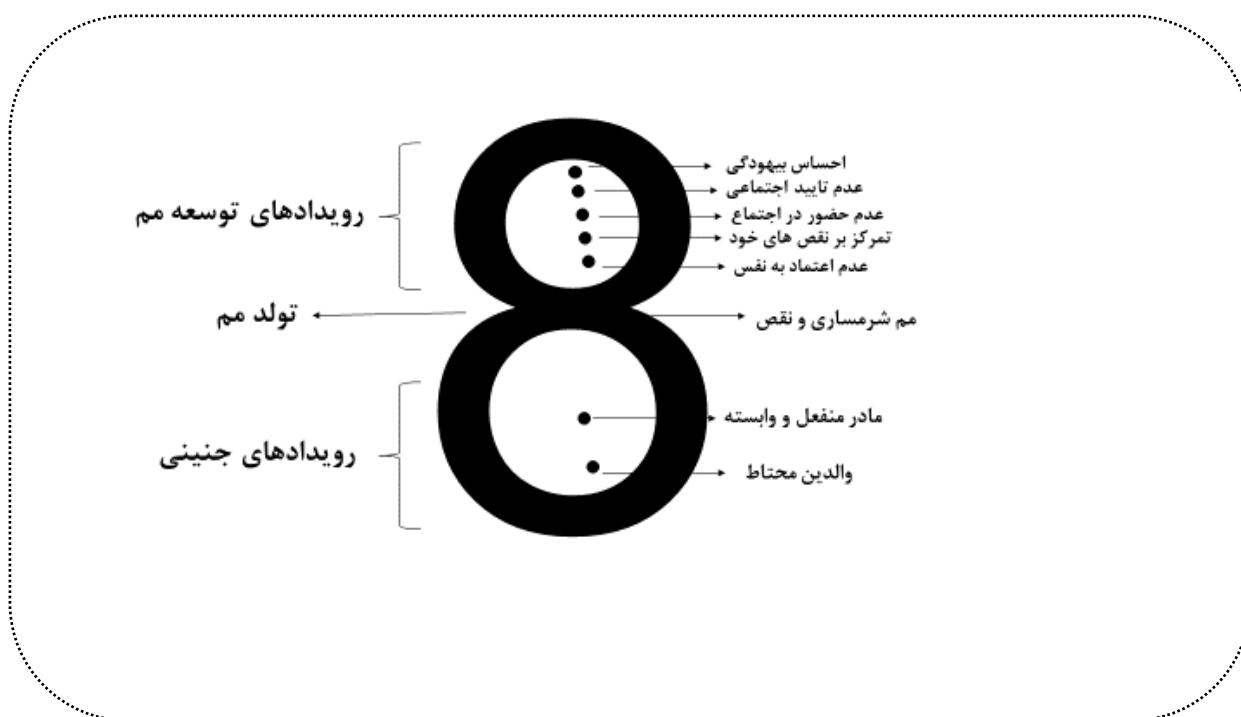
بعد از به دست آمدن مم‌ها و ممپلکس‌ها سعی شد تا به وسیله ترسیم نقشه ممپیک، دوران جنینی، زمان تقریبی تولد و زمان رشد و زمان تکثیر مم‌ها شناسایی شود [۲۷].



شکل ۹. نقشه ممپیک مم ناتوانی و عجز

نقشه مم‌تیک مراجع نشان داد که رویدادهای جنینی مم شرمساری و نقص عبارت از والدین محتاط، مادر منفعل و وابسته بودند. رویدادهای رشد و توسعه این مم عبارت از نداشتن اعتماد به نفس، تمرکز بر نقص‌های خود، حضور نداشتن در اجتماع، عدم تأیید اجتماعی و در نهایت احساس بیهودگی بود که در شکل شماره ۱۰ نشان داده شده است.

نقشه مم‌تیک مراجع نشان می‌دهد که رویدادهای جنینی مم ناتوانی و عجز عبارت از والدین محتاط و مادر منفعل و وابسته بودند. همچنین رویدادهای رشد و توسعه این مم عبارت از وابستگی به دیگران، ترس از انجام کارها، نداشتن کنجکاوی، تردید در توان خود و در نهایت سپردن کارها به دیگران بودند که در شکل شماره ۹ نشان داده شده است.



شکل ۱۰. نقشه مم‌تیک مم شرمساری و نقص

سرکوب شده بیش از هر چیزی با دو مم‌پلکس ناتوانی - عجز و نقص - شرمساری ارتباط دارد و در واقع برآیندی از آن دو مم‌پلکس است. از طرف دیگر، استفاده از تکنیک نقشه مم‌ها تا حدود زیادی توانست پیکربندی یا همان تاریخچه تحول مم‌پلکس‌های به دست آمده از تکنیک خودنگاشت مم‌تیک را به دست بدهد.

رویدادهای جنینی مم‌پلکس ناتوانی و عجز عبارت از والدین محتاط و مادر منفعل و وابسته بودند. همچنین رویدادهای رشد و توسعه این مم عبارت از وابستگی به دیگران، ترس از انجام کارها، نبودکنجکاوی، تردید در توان خود و در نهایت سپردن کارها به دیگران بودند. همچنین، باز هم رویدادهای جنینی مم شرمساری و نقص عبارت از والدین محتاط، مادر منفعل و وابسته بودند. رویدادهای رشد

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر معرفی و استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی مم‌تیک در درمان اختلال افسردگی اساسی در قالب یک مطالعه کیفی موردی بود. نتایج استفاده از تکنیک خودنگاشت مم‌تیک نشان داد که حداقل ۲۶ مم قابل توجه «خود» مراجع را تشکیل دادند و هسته مرکزی تمام مم‌ها را «مم کودک سرکوب شده» تشکیل داده بود. کودک سرکوب شده چیزی بود که مراجع ارتباط نزدیکی با آن داشت و بیش از هر چیزی خود را با آن توصیف می‌کرد پس به طور ضمنی به عنوان سلف‌پلکس بیمار در نظر گرفته شد. در اطراف سلف‌پلکس، مم‌پلکس‌های مهربان و همچنین هوش کلامی، ناتوانی - عجز و نقص - شرمساری وجود داشتند و کنکاش بیشتر نشان داد که سلف‌پلکس کودک

و توسعه این ممپلکس عبارت از نداشتن اعتماد به نفس، تمرکز بر نقص‌های خود، حضور نداشتن در اجتماع، عدم تابید اجتماعی و در نهایت احساس بیهودگی و بی‌کفایتی بود.

زمانی که در جلسات بعدی از مراجع سوال شد که چرا در خود یک کودک ناتوان و بدون اعتماد به نفس می‌بیند، همراه با بروز هیجانات شدید شروع به تعریف خاطراتی از دوران کودکی خود کرد که در آن‌ها والدین به خاطر محتاط بودن بیش از حد، اجازه کنجکاو و امتحان کردن محیط و انجام تکالیف متناسب با سن را نداده بودند؛ در واقع، والدین با م‌های بی‌اعتمادی و به دنبال آن م‌های احتیاط بیش از حد، کودک خود را محدود کرده بودند؛ بنابراین او از طرف والدین از انجام بسیاری از کارهای چالش برانگیز و حتی غیر چالشی منع شده بود. نتیجه این کناره‌گیری و امتناع از انجام کارها، وابستگی شدید بیمار به والدین خود بوده است. اعمال محدودیت از جانب والدین موجب شده بود تا بیمار به مرور از اجتماع فاصله بگیرد، در حالی که همیشه تمایل داشته که در جمع همسالان حضور یابد تا بتواند توانایی‌های خود را نشان دهد. جالب این‌که با وجود فراهم شدن محیط برای القای م‌های مرضی بی‌اعتمادی و احتیاط بیش از حد به مراجع، این م‌ها نتوانسته بودند در ذهن او کاشته شوند اما به طور غیر مستقیم موجب تولد م‌های مرضی دیگری شده بودند؛ به طور مثال، وابستگی مراجع موجب شده بود تا او نتواند گام‌هایی را برای انجام کارها در جهت به دست آوردن اعتماد به نفس بردارد و به همین خاطر همیشه فکر می‌کرده است که نسبت به همسالان ضعیف‌تر و ناتوان‌تر است و در نتیجه، نقص‌هایی دارد. این فکر داشتن نقص به مرور خود را گسترانیده و مراجع در بسیاری از زمینه‌ها از جمله در هنگام ورود به اجتماع، احساس شرمساری و خجالت داشته است به طوری که اذعان داشته که فوبی اجتماعی دارد و با این‌که عاشق ورود به اجتماع است به خاطر نداشتن اعتماد به نفس و فکر داشتن نقص، تا جای ممکن به اجتماع ورود نکرده است.

می‌توان استدلال کرد موقعیت‌هایی که در حال حاضر شبیه به موقعیت‌های حساس دوران کودکی هستند می‌توانند ممپلکس‌های مربوطه را فعال کرده و همان احساسات ناخوشایند دوران کودکی را مجدداً در بیمار فعال کنند؛ بنابراین او دوباره به خاطر نداشتن اعتماد به نفس و

شرمساری از جمع فاصله می‌گیرد. بررسی‌های بیشتر نشان داد مراجع به شدت از م‌های موجود در ذهن والدین خود، که خود را به صورت رفتار محتاطانه با او نشان داده بودند، خشمگین است. در واقع رفتار محتاطانه والدین با آیدا همان فنوتیپ م‌بی‌اعتمادی به محیط است که این‌گونه در دنیای بیرون از ذهن مشغول تأثیرگذاری است. ترسیم نقشه م‌ها توانست به او نشان دهد که «والدین محتاط» عامل زمینه‌ساز تولد ممپلکس‌های مرضی و فلج کننده او هستند؛ بنابراین او توانست متوجه خشم پنهان خود از والدین خود شود چراکه این رفتار والدین او، فرصت داشتن تجربیات جدید و استقلال را از او گرفته بود و در نهایت زمینه کاشت م‌های ناتوانی و نداشتن اعتماد به نفس و احساس نقص را در او فراهم کرده بود.

همچنین پس از ترسیم نقشه م‌ها، مراجع بینش یافت که نسبت به مادر خود از جهت دیگری نیز خشمگین است چرا که او با انفعال خود نتوانسته بود به میزان مناسبی در دوران کودکی از او در برابر ناملازمات زندگی محافظت کند. او این خشم را همواره از کودکی با خود داشته است و در حال حاضر به طور افراطی آن را به طور مستقیم به مادر خود ابراز می‌کرد چنانچه بعد از این رفتار، م‌های فرهنگی - قومی در مورد قداست مادر از جمله م‌ مادر مقدس به شدت فعال و موجب پشیمانی و احساس گناه در او می‌شدند. در طی جلسات، هنگام مرور و بررسی م‌ها از طریق خودنگاشت ممپیک و ترسیم نقشه م‌ها، بیمار وقایع ایجاد کننده م‌ها را مرور می‌کرد و به تبع آن، هیجانات گرم متناظر با موقعیت‌ها و م‌های مرضی از جمله خشم، احساس گناه و شرم آشکار می‌شدند؛ در این هنگام درمانگر سعی در تسهیل تجربه کامل هیجان مربوطه به وسیله بیمار می‌کرد. این کار به این صورت انجام می‌شد که درمانگر پس از مشاهده هیجان خاصی در بیمار، از بیمار در مورد احساسش در زمان حال سوال می‌کرد یا در مورد هیجانی که در بیمار در حال رخ دادن بود بازخورد می‌داد تا او در تماس مستقیم با هیجانش قرار بگیرد تا بتواند هیجان خود را به طور کامل تجربه کرده و آن را حل و فصل نماید. از طرفی زمانی که به مراجع کمک شد تا م‌های مادر خود را حدس بزند و به این درک برسد که مادر او نیز شاید قربانی م‌های خود بوده است، متوجه شد که خشم افراطی او به مادر نامتناسب است. ابراز نامتناسب خشم به مادر نیز با

«م‌های مادر مقدس» در او در تعارض بود و موجبات احساس گناه را در او فراهم می‌کرد. مراجع بینش یافت که ابراز نامتناسب و شدید خشم، به او و رابطه او با مادرش آسیب بسیاری زده است؛ بنابراین تصمیم گرفت تا در رفتار خود تجدید نظر کند.

در ادامه، مراجع در قبال این موضوع دوباره موضع گرفت و اذعان داشت که با چنین وضعیتی والدین او نباید تصمیم به داشتن بچه می‌گرفتند. بررسی بیشتر نشان داد که این میل به نیستی، ادامه خشم سرکوب شده‌ای بود که او نسبت به پدر خود داشت که به خاطر وجود م‌های فرهنگی از جمله م‌ احترام به والدین و همچنین ترس از پدر، آن را سرکوب و به سمت خود سرازیر کرده بود تا به این وسیله در خیالات و فانتزی، با تصور مرگ خود، به طور غیر مستقیم و به دور از احساس گناه، از پدر انتقام بگیرد. در واقع ترکیب م‌ فرهنگی احترام به والدین و ترس از پدر موجب سرکوب خشم‌های بیمار نسبت به پدر شده بود. بعد از روشن شدن معنای این فرایند، مراجع توانست متوجه نیت خود از برگرداندن خشم از پدر به سمت خود شود و بنابراین، به طور آگاهانه تصمیم گرفت تا از این نوع فانتزی‌ها که در دراز مدت پیامدی جز افسردگی بیشتر ندارند، دست بردارد. در جلسات، از طریق بحث و گفتگو این م‌ به مراجع تزریق شد که هرکسی حق دارد که نسبت به والدین خود خشمگین باشد و حتی می‌تواند به طرق صحیح آن را ابراز نماید. تزریق این م‌ تا حدودی توانست خشم فروخورده مراجع را نسبت به پدرش در جلسه ظاهر کند. به نظر میزان خشم فروخورده نسبت به پدر با ابراز خشم افراطی نسبت به مادر ارتباط داشت چراکه با تخلیه خشم فروخورده به پدر طی جلسات، میزان ابراز خشم به مادر در فضای واقعی نیز کاهش یافت و موجبات اصلاح رابطه با مادر را فراهم کرد. در عین حال زمانی که خشم مراجع نسبت به پدرش در جلسات ابراز شد، نشانه‌هایی از بهبود رابطه با پدر نیز آشکار شد.

در ادامه، بینش عمیقی در مورد چگونگی تولد ممپلکس‌ها از طریق ترسیم نقشه م‌ها در مراجع ایجاد شد که ممپلکس‌های مرضی که در دوران خردسالی در ذهن او کاشته شده‌اند، توانسته‌اند ناتوانی و وابستگی و نقص و شرمساری را در او ایجاد کنند و در نهایت نشانه‌های فعلی افسردگی را در او ایجاد کنند. با این بینش مراجع توانست

م‌های مرضی را از م‌های غیر مرضی در خود تمیز دهد و به صورت عمیق و تجربی بپذیرد که می‌تواند م‌های مرضی را در سلفپلکس خود تعدیل کرده یا م‌های سالم جدید را جایگزین آن‌ها کند. انجام این تکنیک تا حدود زیادی توانست سلفپلکس کودک سرکوب شده را در مراجع هدف قرار دهد و موجبات تعدیل آن را فراهم کند. مراجع پس از بینش در مورد م‌های مرضی خود و ارتباطات آن‌ها با یکدیگر و چگونگی تولد و توسعه آن‌ها، شروع به انجام رفتارهای جدید کرد تا بتواند ممپلکس‌های مرضی تشکیل دهنده سلفپلکس کودک سرکوب شده را در هم بشکند. مراجع شروع به رفتارهایی از قبیل یادگیری مهارت‌های اجتماعی و برداشتن گام‌های کوچک در جهت تشکیل احساس توانمندی و استقلال کرد. رفتارهای جدید توانست پیوندهای اجزای دو ممپلکس ناتوانی - عجز و ناقص - شرمسار، را از هم گسسته و یک سلفپلکس تعدیل شده را ایجاد کند. بعد از این اتفاق، مراجع توانست برای نخستین بار تصور کند که کودک سرکوب شده او از قفس خارج شده است و آزادانه می‌تواند به سمت خواسته‌های خود حرکت کند؛ این به معنای تولد یک م‌ سالم در بیمار بود.

در جهت فعال کردن ممپلکس‌های محافظ و سالم «هوش کلامی بالا» و «مهربان»، مراجع تشویق به تقویت م‌های محافظ «هوش کلامی بالا» و «مهربان» شروع شد. در این راستا مراجع شروع به شرکت در جلسات شعرخوانی کرد. همچنین شروع به شرکت در یک دوره صدآپیشگی کرد. این رفتارهای جدید می‌توانستند علیه ممپلکس نقص - شرمساری و عجز - ناتوانی عمل و آن‌ها را تعدیل کنند. از طرفی در راستای تقویت ممپلکس مهربان، مراجع تشویق شد تا ویژگی مهربانی خود را با بازداری کمتری نسبت به افراد نزدیک خود بروز دهد و روابط عاطفی خود را غنی‌تر سازد.

از سوی دیگر، استفاده از تکنیک ساختارشنکی ممپلکسی نیز توانست نتایج مثبتی به همراه داشته باشد. در این راستا تکنیک ساختارشنکی ممپلکسی به شرح ذیل در جلسات متعدد بر روی دو ممپلکس مرضی ناتوانی، و نقص و شرمساری اجرا شد. ممپلکس اول شامل اجزای «من» + «ناتوان» + «هستم»، بود. انجام این تکنیک به صورتی که در ادامه تشریح می‌شود ادامه یافت:

در ابتدا از بیمار خواسته شد تا کلمه «من» را بسط دهد.

درمانگر: آیدا به من بگو «من» چیست؟

بیمار: من آیدا هستم، من یک لیسانسه هستم، من یک دختر هستم.

سپس از بیمار خواسته شد تا کلمه «هستم» را بسط دهد.

درمانگر: آیدا به من بگو «هستم» چیست؟

بیمار: وجود داشتن، هویت یافتن با، زنده بودن.

سپس از بیمار خواسته شد تا کلمه «توان» را بسط دهد.

درمانگر: آیدا به من بگو «توان» چیست؟

بیمار: استقلال مالی، توان انجام کارها، توان حرکت به سمت اهداف.

سپس از بیمار خواسته شد تا کلمه «نا توان» را بسط دهد.

درمانگر: آیدا به من بگو «ناتوان» چیست؟

بیمار: وابسته بودن، عدم استقلال مالی، ناتوانی در انجام کارها.

در ادامه درمان شامل بازخورد و پیشنهاد مهم‌های ذیل برای هر جزء ممیک از ممپلکس فوق بود که در ادامه شرح داده می‌شود:

«من»: آیدا هستم، من یک دختر فوق العاده برای خانواده‌ام هستم.

«هستم»: من این شانس را داشته‌ام که وجود داشته باشم، و بودن من می‌تواند بر دنیا موثر باشد.

«توان»: من توانسته‌ام با موفقیت فارغ‌التحصیل شوم، من تا به حال به بعضی از اهدافم رسیده‌ام مثلاً کلاس زبان را دنبال می‌کنم. دوستان من گاهی به من تکیه می‌کنند و از من مشورت می‌گیرند.

«نا (توان)»: نه کاملاً مستقل اما تا حدودی مستقل مثلاً یک درآمد جزیی دارم، نه خیلی ثروتمند اما وضعیت مالی من متوسط است. به تمام اهدافم نرسیده‌ام اما به بعضی از آن‌ها رسیده‌ام.

ممپلکس دوم شامل اجزای «من» + «ناقص» و «شرمسار» + «هستم» بود.

درمانگر: «من» چیست؟

بیمار: من آیدا هستم، من یک لیسانسه هستم، من یک دختر هستم. «هستم» چیست؟ وجود داشتن، هویت یافتن با، زنده بودن.

درمانگر: «ناقص» چیست؟

بیمار: کامل نبودن، نقص داشتن، کفایت نداشتن، بی عرضه بودن.

درمانگر: «شرمسار» چیست؟

بیمار: خجالت زده، ترس از قضاوت شدن به خاطر نقص‌ها. درمان شامل بازخورد مهم‌های ذیل برای هر جزء ممیک

از ممپلکس فوق بود که در ادامه شرح داده می‌شود:

«من»: آیدا هستم، من یک دختر فوق العاده برای خانواده‌ام هستم.

«هستم»: من این شانس را داشته‌ام که وجود داشته باشم، و بودن من می‌تواند بر دنیا تأثیر مثبت داشته باشد.

«ناقص»: نه خیلی کامل اما همین هم کافیه. نه خیلی ناقص چون خیلی کارها را هم خوب انجام می‌دهم و در بعضی کارها مثل رانندگی کردن و دیکلمه کردن عالی هستم.

«شرمسار»: فقط گاهی شرمسار و نه همیشه چون داشتن بعضی نقص‌ها طبیعی است.

بعد از اجرای تکنیک ساختار شکنی ممپلکسی بر دو ممپلکس مرضی «ناتوانی-عجز» و «نقص-شرمساری»، اجزای این ممپلکس‌ها به طور عینی مورد بازبینی قرار گرفتند تا معنای آن‌ها در ساختار سلفپلکس مراجع تعدیل شود. در نتیجه این تعدیل ممپلکسی، مراجع توانست بعد از مدت‌ها از تفکر دو قطبی در مورد ناتوانی و نقص خود رها شود. در واقع این تکنیک توانست به عنوان مکمل در کنار دو تکنیک دیگر تأثیر مثبتی بر تعدیل سلفپلکس مراجع بگذارد به طوری که توانست ناتوانایی‌ها و نقص‌های خود را به عنوان یک انسان بپذیرد و اهدافی قابل دسترسی را برای خود تنظیم نماید تا بتواند به سمت آن‌ها حرکت کند.

در آخرین جلسه درمانی، به منظور تحکیم درمان و جلوگیری از عود، آموزش مهارت تفکر انتقادی به روش ممیک به عنوان وسیله‌ای جهت فیلترینگ ممیک در دستور کار قرار گرفت. در ابتدا در این جلسه، تمام مواردی که بیمار در طی جلسات قبل آموخته بود با کمک و همراهی او مرور شد. در این جلسه، در مورد چگونگی ورود نخستین مهم‌ها به ذهن بیمار صحبت شد. ضمن آن، این واقعیت که ذهن یک کودک می‌تواند بدون هیچ فیلتری پذیرای اولین مهم‌ها باشد مورد تأکید قرار گرفت. اولین مهم‌هایی که به ذهن یک کودک تزریق می‌شوند می‌توانند تبدیل به فیلترینگ ذهن در برابر سایر مهم‌های بعدی شوند چنانچه داو کینز با افزایش احتمال ویروس‌های فرهنگی اظهار می‌دارد که مغز ما با گشودگی طبیعی خود به مهم‌ها،

محیطی را فراهم می‌کند که برای بهره‌برداری انگلی مناسب است [۲۳]؛ بنابراین اگر اولین م‌ها، آسیب‌رسان و مرضی باشند می‌توانند محیطی را جهت ورود سایر م‌های مرضی فراهم نمایند. با این پیش زمینه، بیمار تشویق می‌شود تا م‌های اولیه خود را به صورت مفاهیمی مطلق و غیر قابل تغییر نبیند بلکه آن‌ها را به صورت مفاهیمی انعطاف‌پذیر و قابل تغییر درک کند. او تشویق می‌شود تا بعد از این، م‌ها و ممپلکس‌های مرضی خود را با دیدی انتقادی بنگرد که توانسته‌اند خود را در ذهن او تکثیر کنند و موجب ورود سایر م‌های مرضی و جلوگیری از ورود بسیاری از م‌های محافظ شوند بنابراین این اراده در او تقویت می‌شود تا بعد از این اجازه ورود م‌های متضاد با م‌های ساکن در ذهن خود را صادر کرده و با انعطاف بیشتری در مورد آن‌ها فکر و احساس کند.

در این جلسه در مورد احساس رضایت خاطر درونی حاصل از م‌ها صحبت می‌شود تا از نتایج آن به عنوان معیاری برای پذیرش و رد م‌ها استفاده شود. گاهی اوقات اثر یک م‌ رضایت خاطر نیست، اما فقط به خاطر همسویی با م‌های مرضی قبلی، رضایت خاطر کاذبی را ایجاد می‌کند که در درازمدت موجب ایجاد نشانه‌های بیماری‌های روانی در فرد می‌شود؛ در مقابل برخی م‌های در تعارض با م‌های مرضی ساکن در ذهن در ابتدا می‌توانند به علت ناهم‌سویی با م‌های مرضی ساکن موجب احساس نارضایتی کاذب شوند، اما اگر اجازه ماندگاری به آن‌ها داده شود می‌توانند در دراز مدت اثرات درمانی و رضایت درونی به همراه داشته باشند. در ادامه به بیمار آموزش داده شد تا بعد از این هر چند ماه یک‌بار، خودنگاشت ممیتیک خود را ترسیم کند تا م‌های مرضی تازه وارد احتمالی را یافته و آن‌ها را مورد بازبینی و شک قرار دهد و م‌های محافظ را مورد تقویت قرار دهد.

در هفته بعد از آخرین جلسه مداخله، تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منتفی بود. همچنین نتیجه اجرای مجدد پرسش‌نامه افسردگی بک -۲ در این جلسه نشان داد که نمره مراجع ۱۰، به معنای هیچ یا کمترین افسردگی بود. این نمره در مقایسه با نمره مراجع در پیش از جلسات مداخله که ۳۹ بود (به معنای افسردگی شدید) نشان از تأثیر مثبت مداخله می‌داد. در این راستا، مراجع گزارش داد

که بعد از مداخلات و آگاهی از م‌های مرضی خود توسط خودنگاشت ممیتیک و شناخت منشأ م‌های مرضی خود از طریق نقشه م‌ها و همچنین بازبینی و معنادهی مجدد ممپلکس‌های مرضی خود از طریق ساختارشکنی ممپلکسی توانسته است تا حد زیادی از قید و بند آن‌ها رهایی یافته و رضایت از زندگی و شادمانی بیشتری را تجربه کند. طبق مشاهدات پژوهشگر و گزارشات مراجع، مراجع توانسته بود تا حدود زیادی از قید ناتوانی و وابستگی و همچنین احساس نقص حاصل از این وابستگی رهایی یابد و این موجب تمرکز بیشتر او بر اهدافش و توان بیشتر او برای حرکت به سمت آن‌ها شده بود. پس از گذشت چهار ماه از آخرین جلسه مداخلات ممیتیک، مجدداً از مراجع دعوت شد که در یک جلسه پیگیری شرکت کند تا پایایی نتایج در طول زمان مورد بررسی قرار گیرد. در این جلسه بر اساس معیارهای DSM-5 نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی در ایشان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که تشخیص اختلال افسردگی اساسی در ایشان منتفی است. همچنین در این جلسه، مراجع مجدداً پرسش‌نامه افسردگی بک -۲ را تکمیل نمود و نتایج نشان داد که نمره او ۱۲ به معنای هیچ یا کمترین افسردگی است. مشاهدات و گزارشات مراجع نیز حاکی از پایداری تأثیر مداخلات می‌داد. به طور خلاصه بعد از گذشت ۴ ماه از آخرین جلسه مداخلات، نتایج هنوز پایداری خود را حفظ کرده بودند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نحوه ترسیم خودنگاشت ممیتیک به خاطر پرسیدن پرسش‌های متعدد و درخواست خودافشایی هرچه بیشتر از شرکت‌کننده، خواه ناخواه به میزانی دستوری و محدود کننده بود و این احتمال وجود دارد که شرکت‌کننده تا حدودی دست به سانسور خود زده باشد. از جهتی میزان خودآگاهی افراد متفاوت است و ممکن است شرکت‌کننده حاضر در پژوهش برخی از جنبه‌های مهم خود را در نظر نگرفته باشد. در هر صورت سانسور یا ناآگاهی می‌تواند موجب از دست رفتن برخی اطلاعات مهم و نقص خودنگاشت ممیتیک شود. محدودیت دیگری که می‌توان به آن پرداخت این است که نقش فعال درمانگر در ترسیم خودنگاشت ممیتیک ممکن است موجب انحراف مراجع از صحبت در مورد برخی م‌های خود و تمایل به گزارش برخی دیگر از م‌ها در ایشان شود. در مجموع این پژوهش

موازين اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و اصل رازداری رعایت شد. مقاله فوق برگرفته از رساله پسا دکتری نویسنده اول است. این پژوهش دارای کد اخلاق با شماره IR.RAZI.REC.1403.020 از دانشگاه رازی است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.
تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

- 1- Herrman, H., Kieling, C., McGorry, P., Horton, R., Sargent J, Patel V. Reducing the global burden of depression: a lancet – world psychiatric association commission. The Lancet. 2019 Jun 15. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32408-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32408-5)
- 2- World Health Organization. Depression (Fact Sheet). WHO: Geneva, Switzerland. 2020; Available online: (accessed on 1 December 2022).
- 3- Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P., et al. Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. The Lancet. 2022 Mar 5; 399(10328): 957-1022. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02141-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02141-3/abstract)
- 4- Goldberg, J. F., Nasrallah, H. A. Major depression is a serious and potentially fatal brain syndrome requiring pharmacotherapy or neuromodulation, and psychotherapy. Psychological Medicine. 2022 Jun; 52(8):1423-5. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001179>
- 5- Reynolds 3rd, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S., Blazer, D.G. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. World Psychiatry. 2022 Oct; 21(3): 336-63. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- 6- Pérez-Sola, V., Roca, M., Alonso, J., Gabilondo, A., Hernando, T., Sicras-Mainar, A., et al. Economic impact of treatment-resistant depression: a retrospective observational study. Journal of Affective Disorders. 2021 Dec 1; 295: 578-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.036>

نشان داد که استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک می‌تواند تا حدودی موجب تعدیل مِم‌های روان‌شناختی مرضی در شرکت‌کننده حاضر در این پژوهش شود با وجود این نمی‌توان با قطعیت در مورد تأثیر مداخلات فوق بر افراد دیگر با جنسیت مشابه یا جنسیت مخالف و همچنین سایر گروه‌های قومی و فرهنگی صحبت کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی در مورد اثربخشی این تکنیک‌ها در جمعیت‌های متنوع صورت بگیرد.

با توجه به این که ادبیات پژوهشی در حوزه روان‌شناسی ممیتیک نسبتاً محدود و هدف عمده پژوهش حاضر معرفی تکنیک‌های مستخرج از روان‌شناسی ممیتیک بود، این مطالعه به صورت کیفی موردی و با یک شرکت‌کننده انجام گرفت تا بتواند به طور عمیق یک مورد را مطالعه کند؛ با توجه به این، تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش به شدت با محدودیت همراه است و نمی‌توان با قطعیت در مورد تأثیر مداخلات فوق بر افراد دیگر با جنسیت مشابه یا جنسیت مخالف و همچنین سایر گروه‌های قومی و فرهنگی صحبت کرد. شرکت‌کننده این پژوهش قبلاً توسط یک روان‌پزشک به مدت چهار ماه تحت درمان دارویی قرار گرفته بود، اما به دلیل تداوم علائم، از درمان خارج شده بود؛ همچنین بعد از آن به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفته بود و اذعان داشت که باز هم بهبودی در حال خود مشاهده نکرده است. با توجه به نتایج دو درمان قبلی شرکت‌کننده در مقایسه با نتایج درمان ممیتیک، می‌توان به طور ضمنی به مقایسه بین این سه رویکرد پرداخت و درمان ممیتیک را نسبت به آن دو رویکرد موفق‌تر دانست، اما در هر صورت طرح این پژوهش کیفی بود و فقط با یک شرکت‌کننده و بدون گروه کنترل انجام گرفت و این موجب می‌شود تا نتوان به طور عینی نتایج درمان مبتنی بر ممیتیک را با نتایج سایر رویکردها مقایسه کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با طرح‌های آزمایشی و گروه نمونه بزرگتر و با گروه کنترل در مورد اثربخشی این تکنیک‌ها در جمعیت‌های متنوع صورت بگیرد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود تا در قالب طرح‌های کمی آزمایشی نتایج درمان مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک با سایر رویکردها مقایسه شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در این پژوهش

- 15-Russell, C. J., Muthukrishna, M. Dual inheritance theory. In Encyclopedia of evolutionary psychological science 2021 Apr 22 (pp. 2140-2146). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3_1381
- 16-Dawkins, R. The selfish gene. Oxford university press; 2016.
- 17-Beattie, P., Beattie, P. Information: Evolution, psychology, and politics. Social Evolution, Political Psychology, and the Media in Democracy: The Invisible Hand in the US Marketplace of Ideas. 2019: 17-61. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-02801-5>
- 18-Whiten, A., Ayala, F. J., Feldman, M. W., Laland, K.N. The extension of biology through culture. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2017 Jul 25; 114(30): 7775-81. <https://doi.org/10.1073/pnas.1707630114>
- 19-Blackmore, S. Memetics does provide a useful way of understanding cultural evolution. Contemporary debates in philosophy of biology. 2010: 255-72. <https://doi.org/10.1002/9781444314922.ch>
- 20-Brodie, R. Virus of the mind: The new science of the meme. Hay House, Inc; 2009 May 15. https://www.google.com/books/edition/Virus_of_the_Mind/ioBbmPrmujsC?hl=en&gbpv=1&dq=20-Brodie+R.+Virus+of+the+mind:+The+new+science+of+the+meme.+Hay+House,+Inc%3B+2009+May+15.&pg=PR13&printsec=frontcover
- 21-Leigh, H. Genes, memes, culture, and mental illness: Toward an integrative model. Springer Science & Business Media; 2010 Jun 14. https://escholarship.org/content/qt5gj3v3rn/qt5gj3v3rn_noSplash_1776ae2e60474219353dbb93b417be9c.pdf
- 22-Blackmore, S. J. The meme machine. Oxford Paperbacks; 2000 Mar 16. https://www.google.com/books/edition/The_Meme_Machine/YKtjZm4MhiwC?hl=en&gbpv=1
- 23-Distin, K. The selfish meme: A critical reassessment. Cambridge University Press; 2005. https://www.google.com/books/edition/The_Selfish_Meme/NKvz4r5sIDAC?hl=en&gbpv=1&dq=23-Distin+K.+The+selfish+meme:+A+critical+reassessment.+Cambridge+University+Press%3B+2005.&pg=PA1&printsec=frontcover
- 7- Lin, C., Huang, C. M., Karim, H. T., Liu, H. L., Lee, T. M., Wu, C. W., et al. Greater white matter hyperintensities and the association with executive function in suicide attempters with late-life depression. Neurobiology of aging. 2021 Jul 1; 103:60-7. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2020.12.016>
- 8- Mayor, S. Persistent depression doubles stroke risk despite treatment, study finds. BMJ. 2015 May 15;350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2611>
- 9- Huang, C. M., Fan, Y. T., Lee, SH, Liu, H. L., Chen, Y. L., Lin, C., et al. Cognitive reserve-mediated neural modulation of emotional control and regulation in people with late-life depression. Social cognitive and affective neuroscience. 2019 Aug;14(8):849-60. <https://doi.org/10.1093/scan/nsz054>
- 10-Park, E. H., Jung, M. H. The impact of major depressive disorder on adaptive function: A retrospective observational study. Medicine. 2019 Dec 1; 98(52): e18515 <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018515>
- 11-Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS medicine. 2009 Aug 11; 6(8): e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- 12- Chiao, J. Y., Blizinsky, K. D. Culture-gene coevolution of individualism-collectivism and the serotonin transporter gene. Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences. 2010 Feb 22; 277(1681): 529-37. <https://doi.org/10.1098/rspb.2009.1650>
- 13-Khatami, M. Introduction to Memetic Philosophy. Scientific Civilization Publications. Tehran, Iran; 2018. **[In Persian]**
- 14-Safron, A. Multilevel evolutionary developmental optimization (MEDO): A theoretical framework for understanding preferences and selection dynamics. arXiv preprint arXiv: 1910.13443. 2019 Oct 27. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1910.13443>

- 30-Melyani, M., Alahyari, A. A., Azadfallah, P., Fathi Ashtiani, A., Tavoli, A. Mindfulness based Cognitive therapy versus Cognitive Behavioral therapy on predictors of relapse in recurrent Depression, Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology & Personality. 2014; 12(1): 75-86. magiran.com/p2127873 [In Persian]
- 31-Devers, K. J., Frankel, R. M. Study design in qualitative research—2: Sampling and data collection strategies. Education for health. 2000 May 1; 13(2): 263-71. file:///C:/Users/User-01/Downloads/study_design_in_qualitative_research_2_sampling.15.pdf
- 32-Martin, C. S., Pollock, N. K., Bukstein, O. G., Lynch, K. G. Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. Drug and alcohol dependence. 2000 May 1; 59(2): 173-6. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00119-2)
- 33-Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi. M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the Scientific Diagnostic Interview for SCID). Quarterly Journal of Cognitive Sciences. 2004; 6(1): 10. magiran.com/p320768 [In Persian]
- 34-Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. Beck depression inventory—II. Psychological assessment. 1996 Jan 1. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- 34-Dabson, K, S., Mohammad khani, P. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder, Archives of Rehabilitation. 2007; 8(1): 82. magiran.com/p459529 [In Persian]
- 24-Robertson, L. H. Mapping the self with units of culture. Psychology. 2010 Aug 25; 1(03): 185. <https://doi.org/10.4236/psych.2010.13025>
- 25-Robertson, L. H. Self-mapping in treating suicide ideation: A case study. Death Studies. 2011 Mar 9; 35(3): 267-80. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496687>
- 26-Robertson, L. H. Self-mapping in counselling: Using memetic maps to enhance client reflectivity and therapeutic efficacy. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. 2016 Jul 18; 50(3). <https://cjcc-ucc.ualgary.ca/article/view/61110>
- 27-Paull, J. Meme maps: A tool for configuring memes in time and space. European Journal of Scientific Research. 2009; 31(1): 11-8. <https://orgprints.org/id/eprint/15752/>
- 28-Dovanloo, H. Short-term dynamic psychotherapy. Creative translation by Sigarudi, Enayat. Arjomand Publications. Tehran. Iran; (2024). [In Persian]
- 29-Mohamadpour, S., Tajikzadeh, F., Mohamadi, N. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on Depression, Rumination and Dysfunctional Attitude in Pregnant women with depression, Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology & Personality. 2018; 16(1): 187-198. magiran.com/p1894852 [In Persian]

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس

نویسندگان

ناهید شعبان^۱، مرجان علیزاده^{۲*}، مژگان سپاه منصور^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران. nahid.shaban@iau.ac.ir

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی و تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران. drsepahmansour@iau.ac.ir

چکیده

مقدمه: پسوریازیس یک بیماری التهابی مزمن پوستی است که با سطوح بالای استرس و تاثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی و تحمل پرشانی بیماران همراه است. هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌های درماتولوژی شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. سپس تعداد ۴۵ زن بیمار تشخیص داده شده بر اساس پزشک متخصص به صورت تصادفی ساده در دو گروه شامل گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری (۱۵ زن)، گروه درمان مبتنی بر شفقت (۱۵ زن) و یک گروه کنترل (۱۵ زن) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. از پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماری‌های پوستی (DLQI) فینلای و خان (۱۹۹۴) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از به دست آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بود.

نتایج: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر کیفیت زندگی داشته است ($P < 0/05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی دارد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسوریازیس با درمان مبتنی بر شفقت است.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۰۳/۱۶

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۰۹/۱۵



کلیدواژه‌ها

پسوریازیس، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت، کیفیت زندگی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

M.alizadeh@iau.ac.ir

مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

پسوریازیس^۱ یک بیماری التهابی مزمن است [۱] که تقریباً ۲ تا ۳ درصد از جمعیت جهان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و پاتوژنز^۲ (بیماری‌زایی) پسوریازیس پیچیده است و شامل اختلال در تنظیم ایمنی، افزایش تکثیر و رگزایی است [۲]. همچنین، می‌توان گفت که پسوریازیس یک التهاب (اگزما)^۳ مزمن با علت نامشخص است که بر اساس جدیدترین تحقیقات به عنوان یک بیماری سیستمیک طبقه‌بندی می‌شود [۳]. این التهاب اغلب با سندرم متابولیک و سایر اختلالات جدی همراه است و به دلیل التهاب مزمن، اختلالات ایمنی، عوامل ژنتیکی و انواع مواد فعال بیولوژیکی ترشح شده از بافت چربی، بیماران پسوریازیس در معرض خطر بیشتری برای چاقی [۴]، دیابت نوع دو [۵]، فشار خون بالا و تصلب شرایین هستند [۶]. شایع‌ترین نوع پسوریازیس، پسوریازیس پلاکی (پسوریازیس ولگاریس) است که بیش از ۸۰ درصد موارد را تشکیل می‌دهد و علائم رایج شامل خارش پوست، سوزش و درد است [۷]. علاوه بر این، چندین بیماری همراه با پسوریازیس از جمله آرتریت پسوریاتیک، بیماری قلبی عروقی، سندرم متابولیک، چاقی، بیماری التهابی روده، و اختلالات روانپزشکی که با التهاب سیستمیک مرتبط هستند، مرتبط است [۸].

افزون بر این مشکلات جسمانی و بدنی، این افراد که مبتلا به بیماری پسوریازیس هستند، مشکلات روان‌شناختی و هیجانی از جمله سطوح پایین کیفیت زندگی^۴ را تجربه می‌کنند [۹ و ۱۰]. کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از موقعیت‌شان در زندگی از نظر بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است و موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است به عبارتی دیگر کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است که نشان دهنده رفاه (بهزیستی) کلی افراد در یک جامعه است [۱۱]. پسوریازیس بیشتر حوزه‌های روانی - اجتماعی زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مقابله با این مسائل روزمره زندگی همچنان یک

چالش برای بیماران است، به طوری که هدف مدیریت پسوریازیس باید شامل اقداماتی برای بهبود کیفیت زندگی همراه با انتقال طولانی مدت علائم فیزیکی باشد [۱۲]. تحقیقات متعددی نقش بیماری پسوریازیس بر کاهش کیفیت زندگی بیماران را نشان داده‌اند و به این یافته رسیده است که ابتلای به بیماری پوستی پسوریازیس تهدید مهمی برای کاهش کیفیت زندگی این بیماران است [۱۳، ۱۴ و ۱۵].

به دلیل چنین مشکلاتی، به کارگیری مداخلات روان‌شناختی برای این بیماران اهمیت دارد. بر اساس تحقیقات درمان شناختی - رفتاری^۵ [۱۶ و ۱۷] و درمان مبتنی بر شفقت^۶ از مداخلات اثربخش برای بیماران مبتلا به پسوریازیس است [۱۸ و ۱۹]. درمان شناختی رفتاری به اصلاح خلق و رفتار بد بیماران از طریق اصلاح شناخت بد، متقاعدسازی، نمایش، آموزش آرامش، آموزش رفتار و غیره اشاره دارد [۲۰]. مطالعات ثابت کرده‌اند که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند افسردگی، اضطراب و سایر احساسات بد را در بیماران مبتلا به پسوریازیس بهبود بخشد [۱۷]. همچنین تحقیقات نشان داده است که عوامل روان‌شناختی ممکن است توسط درمان شناختی - رفتاری مورد هدف قرار گیرند، که به نوبه خود ممکن است شدت پسوریازیس را کاهش دهد [۲۱]. تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند منجر به نتایج مثبت در ایجاد وضعیت بیمار شود، به این صورت هنگامی که درمان شناختی - رفتاری به طور منظم انجام شود، می‌تواند به طور مؤثر انواع شرایط سلامت روان را در افرادی که اضطراب خفیف تا متوسط را تجربه می‌کنند، درمان کند و این درمان شامل آموزش روان‌شناختی، خودنظارتی، بازسازی شناختی، پیشگیری از قرار گرفتن در معرض محرک‌های منفی و آموزش‌های دقیق است، که همه اینها می‌تواند به کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس منجر شود [۲۲].

علاوه بر این تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد [۲۳، ۲۴ و ۲۵]، به طوری که درمان شناختی - رفتاری به عنوان مکملی برای درمان‌های پوستی مرسوم ممکن است برای افراد مبتلا به آسیب‌شناسی روانی

5. Cognitive-Behavioral Therapy
6. Compassion-Focused Therapy

1. Psoriasis
2. Pathogenesis
3. Dermatitis
4. Quality of Life

پیش‌درمانی شدیدتر در بهبود علائم پسوریازیس، اضطراب و افسردگی مفید باشد و به طور کلی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران مؤثر است [۲۱]. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت در بیماری‌های مزمن مؤثر بوده‌اند و باعث بهبود مشکلات روان‌شناختی و هیجانی افراد بیمار مبتلا به پسوریازیس می‌شود [۲۶]. درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت^۱ [۲۷] توسعه یافت و هدف آن ایجاد شفقت [مهربانی کردن با خود و دیگران] در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است [۲۸]. درمان شفقت خود با هدف تسهیل توسعه سیستم تسکین‌دهنده از طریق آموزش ذهن مشفق است [۲۹]. همچنین تحقیقات نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت خود باعث بهبود پریشانی روان‌شناختی [۱۹] و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس می‌شود [۱۸].

آنچه مشخص است هم درمان شناختی - رفتاری و هم درمان مبتنی بر شفقت به خود به بیماران مبتلا به پسوریازیس در کاهش مشکلاتشان کمک می‌کند، اما آنچه می‌تواند به عنوان یک مسئله پژوهشی از آن نام برد این است که تفاوت‌ها این دو مداخله کدام‌اند و اگر بین آن‌ها تفاوت وجود دارد کدام مداخله درمانی ارجحیت بیشتری نسبت به دیگری دارد که در این پژوهش به بررسی این خلاء پژوهشی پرداخته شد. درمان، شناختی - رفتاری، درمانی ساختارمند، مشکل‌مدار و مبتنی بر یک مدل آموزشی با تأکید بر زمان حال است و به مراجعان آموزش می‌دهد افکار خود را ارزشیابی و تعدیل کرده و به شیوه‌های کارآمدتر، تفکر کارآمد را جایگزین افکار ناکارآمد سازند و شناخت‌های مرتبط با مشکل را در زندگی کسب کنند و بدین منظور با تمرین‌های شناختی - رفتاری، بر حل مشکلات بین فردی و مهارت‌های اجتماعی متمرکز می‌شوند. اما هدف درمان مبتنی بر شفقت کاهش سطوح بالای شرم و خودانتقادی است که هر دوی این مداخلات با هدف جایگزین کردن افکار ناکارآمد و خودانتقادگرانه با افکار آمد و مشفقانه است. در یک تحقیق نشان داده است که هر دو مداخله شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت مداخلاتی مؤثری هستند، اما درمان مبتنی بر شفقت خود مزایای بهتری نسبت به درمان شناختی دارد [۳۰].

همچنین به مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر کاهش مشکلات افراد دارای اختلالات اضطرابی پرداخته شده است که نشان داده شده است با وجود مؤثر بودن درمان شناختی - رفتاری به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد، زمانی که با درمان مبتنی بر شفقت ادغام می‌شود می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد [۳۱]. از سوی دیگر، در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که پسوریازیس، یک اختلال التهابی پوستی با استعداد ژنتیکی، مرتبط با سیستم ایمنی، درهم تنیده با متابولیسم، بیش از ۱۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بار بیماری قابل توجهی را ایجاد می‌کند [۳۲]. در طول ۳ دهه گذشته، شیوع پسوریازیس روند افزایشی ملایمی را بدون توضیح واضح نشان داده است [۳۳ و ۳۴]. افزون بر این، بر اساس تحقیقات این بیماران به طور قابل توجهی افسردگی و اضطراب بیشتر [۳۵]، نقصان در عملکرد جنسی [۳۶] و کیفیت زندگی [۳۷] و سطوح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر از افراد سالم [۳۸] را تجربه می‌کنند که چنین شرایطی اهمیت و ضرورت پیدا می‌کنند که در یک پژوهش این بیماران تحت مداخلات روان‌شناختی قرار گیرند تا از میزان مشکلات آنان به ویژه سطوح پایین کیفیت زندگی کاسته شود. لذا انجام این گونه تحقیقات اهمیت دارد و نتایج آن برای روان‌شناسان و مشاورانی که در زمینه مشکلات مربوط به کیفیت زندگی ضعیف بیماران پوستی فعالیت می‌کنند از نتایج این پژوهش در راستای اهداف خود استفاده کنند. با توجه به آنچه گفته شد پرسش پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است که یک مرحله پیگیری دو ماهه نیز برای آن در نظر گرفته شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌های درماتولوژی شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. برای برآورد حجم نمونه، با استفاده از جدول کوهن^۲ [۳۹] با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۵ و توان

ابزار

پرسش‌نامه کیفیت زندگی در بیماری‌های پوستی^۱ (DLQI)

این مقیاس شامل ۱۰ پرسش است که تأثیر بیماری پوستی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیمار را می‌سنجد [۴۰]. پاسخ به این پرسش‌نامه در اندازه‌های چهار نمره‌ای از صفر تا سه انجام می‌شود. به این صورت که خیلی زیاد ۳ نمره، زیاد ۲ نمره، کمی ۱ نمره و اصلاً ۰ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۰ است و نمره بالاتر در این پرسش‌نامه به معنای کیفیت زندگی پایین‌تر است [۴۱]. نقطه برش آن نمره ۲۱ و بالاتر است [۴۲]. سازنده پرسش‌نامه برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضریب ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند [۴۰]. در یک پژوهش در ایران برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل پرسش‌ها ۰/۹۱ به دست آمده است [۴۲]. در سایر پژوهش‌ها برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی، قابلیت این روش با آزمون کایزر - مایر - اولکین^۲ و آزمون کرویت بارتلت^۳ مورد بررسی قرار گرفت. مقدار آزمون کایزر - مایر - اولکین (۰/۹۲) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت. همچنین معناداری آزمون کرویت بارتلت (۱۷۵۸/۸۴۲ و $\text{sig}=0/001$)، نشان داد که پرسش‌ها مقیاس توانایی عامل شدن را دارا هستند و در مجموع ۴۹/۵۸ از واریانس کل را تبیین می‌کند و پایایی آن بررسی و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ به دست آمده است و روایی سازه آن از طریق محاسبه همبستگی بین نمرات کل و پرسش‌های آن محاسبه و ضرایب همبستگی پیرسون در دامنه ۰/۴۷ تا ۰/۸۳ به دست آمده است [۴۳]. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ مرحله پیش‌آزمون کل پرسش‌ها ۰/۹۱ به دست آمده است.

جلسات درمانی

جلسات درمان شناختی - رفتاری با اقتباس از آموزه‌های نظری درمان شناختی - رفتاری دابسون و دابسون^۴ [۴۳] در قالب هشت جلسه برگزار شد که توسط دانشجوی دکترای

آزمون ۰/۷۵ حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه تعیین شد. به این صورت که ۱۵ نفر در گروه درمان شناختی - رفتاری، ۱۵ نفر در گروه درمان شفقت به خود و ۱۵ نفر در گروه کنترل بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش دو مرحله‌ای بود؛ بدین صورت که در مرحله نخست، در پی فراخوان به کلینیک‌های درماتولوژی، ۴۵ نفر انتخاب شدند و سپس در مرحله دوم، این افراد به شیوه تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مبتلا نبودن به بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان و سایر بیماری‌های مشابه بر اساس گزارش خود فرد، گذشت حداقل یک سال از دریافت تشخیص پسوریازیس و داشتن دامنه سنی ۲۰ سال به بالا (با توجه به انتخاب نمونه از میان زنان متأهل) بود.

ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان، دریافت همزمان و موازی خدمات روان درمانی، داشتن تجربه قبلی یکی از درمان‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ کد اخلاق، اطمینان از وارد نیامدن هرگونه آسیب مالی، جانی و روان‌شناختی به شرکت‌کنندگان، ارائه تفسیر و نتایج در صورت تمایل به افراد گروه‌ها، مغایرت نداشتن با موازین دینی و فرهنگی، کسب رضایت‌نامه کتبی از افراد نمونه، حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق شرکت‌کنندگان، توضیح کامل فرآیند مطالعه و اهداف آن برای تمامی افراد نمونه، آگاه شدن از اهداف مطالعه، تأکید بر اختیاری بودن مشارکت در پژوهش و حق خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه جلسات درمانی به گروه کنترل پس از پایان مرحله پیگیری بود.

از آنجایی که طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌های گردآوری شده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مداخلات و مقایسه مراحل آزمون استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ انجام گرفت.

1. Dermatology Life Quality Index (DLQI)
2. Kaiser-Meyer-Olkin Test
3. Bartlett Spherical Test
4. Dobson & Dobson

اهداف، محتوای جلسات، تغییرات رفتاری مورد انتظار و تمرین‌های خانگی جلسات درمان شناختی - رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

روان‌شناسی اجرا گردید. این مداخله به صورت هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش دوم ارائه شد. اثربخشی این مداخله در پژوهش‌هایی از جمله مطالعه روحی و همکاران [۴۴] مورد تأیید قرار گرفته است.

جدول ۱. جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از دابسون و دابسون [۴۳]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	آشنایی اولیه	مطرح کردن روند و هدف جلسات، آشنایی اولیه با مراجعان و ایجاد رابطه مناسب و اعتماد و پر کردن پرسش‌نامه‌ها بود. تشریح اهداف آموزش و معرفی درمان شناختی رفتاری به اعضا؛ تشریح چرخه فکر، احساس و رفتار، تجزیه و تحلیل الگوهای رفتاری ناپه‌نچار مانند رفتار ایمنی‌های مخرب مثل وسواس فکری و نگرانی‌های مربوط به نتیجه درمان و سلامتی افراد گروه بود.	رفع نگرانی در نتیجه درمان	یادداشت و بررسی چرخه موقعیت، افکار منفی اتوماتیک بود.
۲	چرخه افکار	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها از چرخه افکار، احساس و رفتار؛ مطرح کردن مؤلفه‌های: باورهای بنیادین، میانجی (فرض مشروط، بایدها، قواعد)، افکار خودآیند منفی، مثلث شناختی و اسنادها (خود، دنیا و آینده) بود.	غلبه بر افکار خودآیند	یادداشت و دقت کردن به افکار خودآیند منفی که به صورت اتوماتیک بر فرد عارض می‌شود بود.
۳	خطاهای شناختی	بررسی تکالیف و معرفی خطاهای شناختی رایج مانند: پیش‌گویی، فاجعه‌سازی، برچسپ زدن به خود، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی، مقصر دانستن، همیشه پشیمان بودن، و استدلال هیجانی خواهد بود.	شناخت خطاها	یادداشت خطاهای شناختی بیماران با توجه به وضعیت آن‌ها و ارزیابی پیامد احساسی و رفتاری آن بود.
۴	رصد افکار خودآیند	معرفی توجه انتخابی به بیماران درخصوص آینده، رصد و بررسی افکار خودآیند منفی، احساسات و رفتار و ارتباط آن به خطاهای شناختی رایج، آموزش تمدد اعصاب ^۱	تمدد اعصاب	شناسایی افکارآیند منفی و یادداشت‌برداری، انجام آموزش تمدد اعصاب در طی هفته و هر زمان که استرس و اضطراب داشته باشند.
۵	حل مسئله	آموزش روش حل مسئله برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو در زندگی و درمان، آموزش آزمایش رفتاری بر شناسایی توالی‌های شناخت، هیجان و رفتارها مجدد و به کارگیری روش مناسب حل مسئله در مورد مشکلات مسئله محور بود.	آشنایی با حل کردن مسائل	انجام روش حل مسئله با تمرکز خاص بر تراوش ذهنی بود.
۶	پردازش شناختی	ارزیابی خلق مشارکت‌کنندگان، مروری بر مشکلات بیماران و شیوه پردازش شناختی و به تبع آن وضعیت هیجانی و رفتاری آن‌ها، ارزیابی شناختی و باورهای بنیادین مثل «چرا برای من» و بازسازی شناختی آن با توجه به شواهد بود.	ارزیابی و پردازش شناختی	انجام آموزش تمدد اعصاب و مرور موضوع جلسه، ارزیابی شناختی خود نسبت به قبل از شروع آموزش بود.

ادامه جدول ۱. جلسات درمان شناختی-رفتاری اکتباس از دایسون و دایسون [۴۳]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۷	فعال سازی رفتاری	بررسی عملکرد مشارکت کنندگان از چرخه فکر، احساس و رفتار و تمرین عملی در کلاس، ارزیابی تصویر خودآیند منفی، مرور خطاهای شناختی، ارزیابی روش حل مسئله و فعال سازی رفتاری به جهت ارتقاء خلق و کاهش افسردگی بود.	مشخص کردن اهداف و ارزش ها	تکمیل برگ ارزیابی ارزش‌ها، انجام مدیتیشن‌های و تمام آموزش داده شده بود.
۸	اختتامیه	مرور موضوع جلسات قبل و جمع‌بندی آن‌ها به صورت خلاصه، پاسخ‌گویی به پرسش‌ها، اجرای گروهی آموزش تمدد اعصاب، ارزیابی فعال سازی رفتاری و تأکید بر افزایش فعالیت‌های لذت بخش، پر کردن پرسش‌نامه‌های پژوهش و هماهنگی برای اجرای پرسش‌نامه‌ها بعد از ۲ ماه و خداحافظی و تذکر به پایبندی به فنون آموزشی بود.	مشارکت فعالانه در برنامه درمانی خود	-

تحقیقات قربانزاده و همکاران [۴۶] و قربانزاده و همکاران [۴۷] تأیید شده است. هدف، محتوا، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود در جدول ۲ آمده است.

جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود با اکتباس از آموزه‌های نظری شفقت به خود گیلبرت [۴۵] در قالب ده جلسه برگزار شد که توسط دانشجوی دکترای روانشناسی اجرا شد. به این صورت که هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش اول ارائه شد که اثربخشی آن در

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس گیلبرت [۴۵]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معارفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش‌آزمون به عمل آمد و آن‌هایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند	رهایی از موانع	بررسی، مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان مبتنی بر شفقت خود	تمرین انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مؤلفه‌های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تمرین مداخله تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	تمرین آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویر سازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تمرین تصویرسازی مکانی امن
۶	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آن‌ها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آن‌ها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین بازنگری افکار مثبت و منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی

ادامه جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس گیلبرت [۴۵]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۷	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	کسب توانایی شفقت نسبت به خود	به کارگیری این روش‌های مورد نظر این جلسه در زندگی روزمره
۸	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران،	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت‌ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹	آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰	جمع بندی و اجرای پس آزمون	در این جلسه مروری بر نه جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدرانی به عمل آمد و از آن‌ها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد و برای انجام دوره پیگیری هماهنگی لازم به عمل آمد.	کسب ذهن شفقت‌ورزانه نسبت به خود	-

نتایج

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی - رفتاری ۳۴/۷۳ و ۲/۹۱؛ میانگین و انحراف معیار در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳۳/۴۰ و ۳/۲۷ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۳۴/۲۰ و ۳/۳۴ بود. میزان آماره F به دست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/67$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/518$) که نشان‌دهنده هم‌تا بودن ۳ گروه زنان از نظر سن است. از نظر تحصیلات در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۱ نفر دیپلم (۶/۶۷ درصد)، ۲ نفر فوق دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۶ نفر کارشناسی (۴۰ درصد) و ۶ نفر کارشناسی‌ارشد و بالاتر (۴۰ درصد)؛ در گروه درمان شناختی - رفتاری ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۴ نفر فوق دیپلم (۲۶/۶۷ درصد)، ۴ نفر کارشناسی (۲۶/۶۷ درصد) و ۵ نفر کارشناسی‌ارشد و بالاتر (۳۳/۳۳ درصد) و در گروه کنترل ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰ درصد)، ۶ نفر کارشناسی (۴۰ درصد) و ۴ نفر کارشناسی‌ارشد و بالاتر (۲۶/۶۷ درصد) بودند. میزان آماره تحلیل کای اسکوتر آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه از نظر تحصیلات برابر با $Chi-Square=1/97$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($sig=0/923$) که نشان‌دهنده هم‌تا بودن سه گروه از زنان از نظر تحصیلات

است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل آمده است. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسونیازیس گروه‌ها به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو - ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو - ویلکز هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P>0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P>0/05$) و بدین ترتیب پیش-فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای کیفیت زندگی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمد که برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس - گیسر^۱ و هیون - فلدت^۲ تصحیح شد و با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس - گیسر در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی گزارش شده است.

1. Greenhouse-Geisser Correction

2. Huynh-Feldt Correction

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسوریازیس در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		شفقت	شناختی-رفتاری	کنترل	شفقت	شناختی-رفتاری	کنترل
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۳۱/۹۳	۳۱/۸۰	۳۱/۶۷	۱/۹۱	۱/۶۱	۱/۳۴
	پس‌آزمون	۲۷/۴۰	۲۸/۸۰	۳۱/۵۳	۲/۰۳	۲/۷۸	۱/۴۶
	پیگیری	۲۷/۴۷	۲۸/۹۳	۳۱/۶۰	۱/۹۶	۲/۸۱	۱/۴۰

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) کیفیت زندگی

متغیر وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
کیفیت زندگی	زمان	۵۱/۰۴	۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۳/۴۱	۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
	گروه	۱۰/۰۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۸

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی کیفیت زندگی برای بررسی پایداری نتایج

متغیر وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۳۱/۸۰	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۹/۲۴	پیش‌آزمون - پیگیری	۲/۴۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۹/۳۳	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۰۹	۰/۱۴۴

پیگیری) با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در کیفیت زندگی در جدول ۵ آمده است.

بر اساس نتایج جدول شماره ۵ درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون مؤثر بود و اثرات درمانی آن پس از دو ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

نتایج جدول شماره ۴ نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی اثربخشی و تأثیر معنادار دارد. تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات کیفیت زندگی معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که صرف نظر از گروه‌های آزمایشی بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثرات تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار است و تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی در زمان‌های مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی کیفیت زندگی برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین تعدیلی	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
کیفیت زندگی	درمان شفقت	۲۸/۹۳	درمان شناختی/رفتاری - درمان شفقت	-۰/۹۱	۰/۴۱۷
	درمان شناختی/رفتاری	۲۹/۸۴	درمان شفقت - کنترل	-۲/۶۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۱/۶۰	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۱/۷۶	۰/۰۱۷

با توجه به جدول ۶، نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان شناختی - رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسوریازیس دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس مؤثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات وئی و همکاران [۲۳]، دیلس و همکاران [۲۴] و ایکر و همکاران [۲۵] و سیجرسیک و همکاران [۲۱] همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس می‌توان بیان کرد که تعریف کیفیت زندگی دشوار است. این مفهوم ابعاد مختلفی از جمله بهزیستی ذهنی، رضایت از زندگی، ادراک از روابط اجتماعی، سلامت جسمانی، وضعیت اقتصادی، و عملکرد در فعالیت‌ها و کار روزانه را در بر می‌گیرد. بر این اساس، ارزیابی کیفیت زندگی معمولاً مبتنی بر ادراکات ذهنی افراد از شرایط زندگی، سلامت روانی و جسمانی، روابط اجتماعی و خانوادگی و عملکرد در محل کار و خانه است [۴۸]. همچنین، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک روان درمانی بدن [۴۹] و به عنوان استاندارد طلایی روان درمانی در نظر گرفته می‌شود که هدف آن تغییر فرایندهای شناختی ناسازگاری است که باعث ایجاد ناراحتی عاطفی می‌شود و الگوهای رفتاری

منفی را با تقسیم کردن مشکلات طاقت‌فرسا به بخش‌های کوچک‌تر تغییر می‌دهد [۵۰]. این امر به ویژه در افراد مبتلا به بیماری پوستی پسوریازیس که اغلب ممکن است تحت تأثیر افکار منفی و ناراحتی عاطفی مربوط به ظاهر خود و وضعیت بدنی خود قرار گیرند، بسیار مهم است. این استراتژی در مقایسه با مداخلات آموزشی ساختاریافته، مصاحبه انگیزشی، ذهن آگاهی یا مداخلات مبتنی بر عاطفه که در آن چرخه معیوب بین شناخت و احساس معمولاً در هسته آن مورد توجه قرار نمی‌گیرد، متفاوت است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخله شناختی-رفتاری با بهره‌گیری از فنونی همچون آموزش آرام‌سازی، تصویرسازی ذهنی، آموزش شناسایی و تمایز احساسات و حالت‌های هیجانی مختلف و درجه‌بندی آن‌ها، آموزش نقش افکار در شکل‌گیری احساسات، به چالش کشیدن افکار ناکارآمد و نگرانی‌های مرتبط با بیماری و سایر مسائل روزمره، آموزش مهارت‌های کنترل خشم و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای سازگار، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به پسوریازیس منجر شود. بر این اساس، می‌توان به طور منطقی نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسوریازیس اثرگذار است.

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس مؤثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات اعرابی و همکاران [۱۸، ۱۹] همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسوریازیس باید گفت، درمان مبتنی بر شفقت، به طور معمول به دو نوع جزء تقسیم می‌شود. نخستین مورد به مداخلات درمانی رایج، مانند ارزیابی، ایجاد یک رابطه

مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس مؤثر باشد.

افزون بر این، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات ورابل و همکاران [۳۰] و بائومگاردنر و همکاران [۳۱] و اعرابی و همکاران [۱۹] همسویی داشته باشد که اثربخشی بیشتری درمان شفقت به خود نسبت به درمان شناختی - رفتاری را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده در طول سه دهه گذشته می‌توان گفت، یکی از رویکردهای مبتنی بر شفقت که مورد توجه علمی فزاینده‌ای قرار گرفته است، مدل درمانی زیستی - روانی - اجتماعی مبتنی بر تکامل درمان شفقت خود است [۵۲]. درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت [۴۵] ابداع شد، وی مشاهده کرد که مراجعین با شرم و انتقاد از خود ممکن است قادر به انجام وظایف شناختی و رفتاری باشند، اما همچنان به درمان سنتی واکنش ضعیفی نشان می‌دهند، عمدتاً به این دلیل که آن‌ها با ایجاد صحبت‌های خودآرام‌بخش و خود تشویق‌کننده مشکل داشتند. درمان مبتنی بر شفقت در ابتدا برای کمک به آن افراد ایجاد شد تا صدای درونی مهربان‌تر و دلسوزتر ایجاد کنند [۵۴]. با اتخاذ یک دیدگاه تکاملی، این درمان، شفقت را به عنوان برخاسته از انگیزه وابستگی موجود در پستانداران، به ویژه مراقبت، تصور می‌کند [۲۹]. این انگیزه مراقبتی که ما با پستانداران مشترک هستیم، در تکامل نوع انسان، به رفاه همه موجودات زنده و خود امتداد یافته است [۵۱]. در نتیجه، شفقت می‌تواند در سه جهت مختلف (جریان‌های شفقت) ظاهر شود: شفقتی که برای دیگران احساس می‌کنیم، شفقتی که از جانب دیگران احساس می‌کنیم و شفقتی که نسبت به خود داریم (شفقت به خود). هدف اصلی درمان مبتنی بر شفقت پرورش انگیزه مشفقانه در هر سه جهت است که اجازه می‌دهد پریشانی از طریق زیرساخت‌های فیزیولوژیکی تکامل‌یافته ما تنظیم شود، که در پاسخ به رفتارهای وابسته فعال می‌شوند [۵۳]. اینکه درمان مبتنی بر شفقت چگونه می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با فعال کردن سیستم تسکین‌دهنده ما که مربوط به شفقت، رضایت و امنیت است، شرم و انتقاد از خود را برطرف می‌کند [۴۵].

درمانی، برخورد با گسیختگی‌های درمانی و اختلالات دلبستگی در فرآیندهای انتقالی و درمانی، و آموزش روانی مبتنی بر تکامل مرتبط است [۵۱]. درمان مبتنی بر شفقت نشان می‌دهد که ذهن چهار کارکرد اساسی را برای قادر ساختن افراد به انجام وظایف زندگی خود (انگیزه‌های اساسی، احساسات، شایستگی‌ها و رفتارها) را تکامل داده است. این چهار حوزه کانون مداخله درمانی هستند: درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا انگیزه‌های خود، پیوند بین انگیزه‌ها و احساسات و نحوه پرورش انگیزه‌های مفید، مانند شفقت، برای ترویج ظهور احساسات مفید و کار با احساسات غیرمفید را درک کنند [۵۲]. دومین جزء درمان مبتنی بر شفق به عنوان آموزش ذهن‌مشفقانه^۱ نامگذاری شده است. آموزش ذهن‌مشفقانه شامل مجموعه‌ای از راهبردها و تمرین‌های متمرکز بر شفقت است که برای کمک به مراجعین در توسعه جنبه‌های کلیدی و ویژگی‌های شفقت شامل حساسیت^۲، مراقبت از بهزیستی^۳، قضاوت نشدن^۴، همدردی^۵ و تحمل پریشانی^۶ طراحی شده‌اند [۵۳]. مهارت‌های مورد استفاده برای پرورش این ویژگی‌ها شامل استدلال دلسوزانه، رفتارهای دلسوزانه، تصویرسازی دلسوزانه و احساس دلسوزانه است [۴۵]؛ بنابراین درمان مبتنی بر شفقت، تأکید خاصی بر پرورش فعال شفقت نسبت به خود و دیگران دارد و به طور خاص برای رسیدگی به مسائل مربوط به انتقاد از خود و شرم طراحی شده است. با این هدف، درمان مبتنی بر شفقت شامل استفاده از تمرین‌ها و تکنیک‌های خاص مانند تصویرسازی هدایت‌شده، گفتگوی دلسوزانه با خود، درک ماهیت تکامل‌یافته ذهن انسان و کاوش در ریشه‌های انتقاد از خود است؛ بنابراین حضور در درمان گروهی و شناختن تجربیات مشترک با سایر اعضا سبب ارتباط با آن‌ها و کاهش احساس تنهایی و بهتر رو به رو شدن با درد و رنج خود می‌شود و بیمارانی که احساس تنهایی کمتری داشته باشند و بهتر با درد و رنج ناشی از بیماری خود رو به رو شوند، کیفیت زندگی بهتری را تجربه خواهند کرد. لذا منطقی است گفته شود که درمان

1. Compassionate Mind Training
2. Sensitivity
3. Care for Well-Being
4. Non-Judgement
5. Sympathy
6. Distress Tolerance

شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس داشته باشد.

در اجرای پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت؛ از جمله اینکه پژوهش تنها بر روی زنان مبتلا به پسوریازیس انجام شد و متغیرهایی نظیر شدت بیماری، شدت بیماری‌های همراه و سایر مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی کنترل نشدند که این امر می‌تواند بر نتایج پژوهش تأثیرگذار بوده باشد. داشته باشد. افزون بر این، ملاک انتخاب بیماری تشخیص پزشک متخصص بود و نوع شدت بیماری مشخص نشد. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمانی نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی سن بیماری، شدت بیماری‌های همراه و سایر مشکلات همراه با پسوریازیس کنترل شود و شدت بیماری بر پاسخ به درمان‌ها نیز بررسی شود. پژوهشگران بعدی با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان‌ها پرداخته شود.

پژوهش حاضر دارای نتایج و تلویحات کاربردی قابل توجهی است. یافته‌های این پژوهش برای روان‌شناسان و مشاورانی که در حوزه روان‌شناسی سلامت فعالیت می‌کنند مفید باشد؛ به گونه‌ای که می‌توانند از مداخلات اثربخش، به ویژه درمان مبتنی بر شفقت، به منظور بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان مبتلا به پسوریازیس بهره بگیرند. همچنین، مراکز درمانی و خدمات بهداشتی، مراکز بهداشت محلات، و پایگاه‌های سلامت می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های *برنامه‌های مداخله مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری* درمان مبتنی بر شفقت، به زنان مبتلا به پسوریازیس که با مشکلاتی در زمینه کیفیت زندگی مواجه هستند کمک کنند تا کیفیت زندگی خود را ارتقا داده و با چالش‌های ناشی از بیماری سازگارانه‌تر مواجه شوند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی به طور کامل رعایت شد. از جمله این ملاحظات می‌توان به اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از زنان مبتلا به پسوریازیس برای شرکت در

سیستم‌های تنظیم هیجانی درمان مبتنی بر شفقت نشان می‌دهد که احساسات ما به سه سیستم تهدید^۱ (متمرکز بر تهدید و جستجوی ایمنی)، سیستم محرک^۲ (بر انگیزه/منابع متمرکز) و سیستم تسکین دهنده^۳ (مربوط به وابستگی و تسکین دهنده/ایمنی) طبقه‌بندی می‌شوند. سیستم تهدید با احساساتی مانند ترس اضطراب یا خشم مرتبط است. پاسخ جنگ یا گریز یکی از پاسخ‌های رایج زمانی است که سیستم تهدید به شدت فعال است و ما را از خطرات مختلف محافظت می‌کند. سیستم محرک مربوط به احساساتی مانند هیجان یا لذت است، زیرا این سیستم در مورد تعقیب، کسب منابع و موفقیت است. در درمان مبتنی بر شفقت خود تصور می‌شود که پریشانی روانی از استفاده بیش از حد از این دو سیستم ناشی می‌شود [۵۳]. هنگامی که سیستم تهدید شما در پیش زمینه قرار می‌گیرد، ممکن است احساس اضطراب، ترس یا عصبانیت کنید و سپس استرس داشته باشید. هنگامی که سیستم محرک شما در پیش زمینه قرار می‌گیرد، ممکن است به طور موقت در مورد چیزی که دنبال می‌کنید هیجان زده شوید، اما اگر آن را به دست نیاورید، احساس شرمندگی و انتقاد از خود می‌کنید. از سوی دیگر، سیستم تسکین دهنده به رضایتی مربوط می‌شود که در آن هیچ تهدیدی برای محافظت از خود نداریم و هیچ هدفی نداریم که باید به آن دست یافت. سیستم تسکین دهنده می‌تواند امنیت اجتماعی را تقویت کند، منبع جویی بیش از حد و رفتار تهدید محور را مهار کند و احساس امنیت و رضایت را که به شدت با سلامت روان مرتبط است، تقویت کند [۵۵]. هدف بسیاری از تمرینات درمان مبتنی بر شفقت برقراری ارتباط با سیستم تسکین دهنده از طریق ایجاد یک ذهن مشفق است؛ بنابراین احساس امنیت خاطر، رضایت‌مندی و آرامش که به نوبه خود می‌تواند شرم و انتقاد از خود را برطرف کند. از این رو، وقتی فرد مبتلا به بیماری پسوریازیس با شرکت در جلسات درمانی شفقت، در خود ذهنی مشفقانه پرورش می‌دهد و به دلیل بیماری شرم و خودانتقادی کمتری خواهد داشت و همین عوامل در بهبود کیفیت زندگی وی مؤثر خواهد بود. لذا منطقی است درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان

1. Threat System
2. Drive System
3. Soothing System

- 3- Nowowiejska J, Karny A, Nesterowicz M, Purpurowicz P, Baran A, Kaminski TW, Flisiak I. Sexual dysfunctions in psoriatic patients. *Frontiers in Public Health*. 2024; 12(1): 1-10. doi:10.3389/fpubh.2024.1339196
- 4- Antonatos C, Georgakilas GK, Evangelou E, Vasilopoulos Y. Transcriptomic meta-analysis characterizes molecular commonalities between psoriasis and obesity. *Genes & Immunity*. 2024; 25(3): 179-187. doi:10.1038/s41435-024-00271-w
- 5- Djohar MR, Setiyarso BR. A Study of Association of Psoriasis and Type 2 Diabetes Mellitus: A Comprehensive Systematic Review. *Jurnal Sehat Indonesia*. 2024; 6(02): 719-731. doi:10.59141/jsi.v6i02.136
- 6- Ryan C, Kirby B. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatologic clinics*. 2015; 33(1): 41-55. doi:10.1016/j.det.2014.09.004
- 7- Wang J, Zhang C, Zhang AL, Xue CC, Lu C. Comparing Chinese herbal medicine bath therapy with topical calcipotriol for psoriasis vulgaris: a systematic review with meta-analysis and association rule analysis. *Journal of Ethnopharmacology*. 2024; 1(2): 1-10. doi:10.1016/j.jep.2024.118166
- 8- Takeshita J, Grewal S, Langan S. M, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, Gelfand JM. Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017; 76(3): 377-390. doi:10.1016/j.jaad.2016.07.064
- 9- Daudén E, Vidal D, Romero A, Bordel MT, Rivera R, Márquez J, Zulaica A. Psoriasis Severity, Health-Related Quality of Life, Work Productivity, and Activity Impairments Among Patients With Moderate to Severe Psoriasis Receiving Systemic Treatment: Real-World Data From Clinical Practice in Spain. *Actas dermo-sifiliograficas*. 2024; 115(1): 1-9. doi:10.1016/j.ad.2023.07.001

مداخلات درمانی باید اشاره کرد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که پاسخ‌نامه‌ها به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و داده‌ها به صورت گروهی مورد بررسی قرار می‌گیرند؛ همچنین، اطلاعات هر فرد محرمانه تلقی شده و در اختیار هیچ کسی قرار داده نخواهد گرفت.

فرآیند مطالعه برای تمامی شرکت‌کنندگان به طور کامل توضیح داده شد و از اهداف پژوهش، بی‌ضرر بودن و سودمندی مداخله آگاه شدند. همچنین، شرکت‌کنندگان از تخصص و صلاحیت مداخله‌گران، علمی بودن روش‌های درمانی و نظارت یک نهاد صلاحیت‌دار (دانشگاه) بر فرایند پژوهش مطلع شدند. بر اختیاری بودن مشارکت در پژوهش و حق خروج آزادانه از مطالعه در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامدی تأکید شد. پاسخ‌گویی به پرسش‌های شرکت‌کنندگان، ارائه نتایج پژوهش در صورت تمایل و برگزاری جلسات درمانی به صورت فشرده برای گروه کنترل پس از پایان مرحله پیگیری نیز از دیگر ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش بود.

لازم به ذکر است که این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1403.192 بوده و تأییدیه اخلاقی آن از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی اخذ شده است.

حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگانی (زنان مبتلا به پسوریازیس) که به پرسش‌های پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- 1- Parisi R, Iskandar IY, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CE, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020; 28(1): 369-379. doi:10.1136/bmj.m1590
- 2- Sugumaran D, Yong, A CH, Stanslas J. Advances in psoriasis research: from pathogenesis to therapeutics. *Life Sciences*. 2024; 1(2): 1-10. doi:10.1016/j.lfs.2024.122991

- 17-Tan C, Jiang J, Deng X, Xiang W, Hu T. Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with psoriasis: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2021; 100(46): 1-10. doi:10.1097/md.00000000000027720
- 18-Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh M R. Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2021; 18 (4): 605-615. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.18.4.605>
- 19-Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh MRS. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion Focused Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Patients with Psoriasis. *International Journal of Body, Mind & Culture*. 2023; 10(4): 1-10. doi:10.22122/ijbmc.v10i4.339
- 20-Furukawa Y, Sakata M, Yamamoto R, Nakajima S, Kikuchi S, Inoue M, Perlis M. Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2024; 1(1): 1-10. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5060
- 21-Sijercic I, Ennis N, Monson CM. A systematic review of cognitive and behavioral treatments for individuals with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*. 2020; 31(6): 631-638. doi:10.1080/09546634.2019.1690625
- 22-Dewi D, Wijayanti FA, Chen S, Firmansyah R. Cognitive behavioral therapy as an adjunctive treatment for anxiety and depression in psoriasis patients. *Devotion: Journal of Research and Community Service*. 2023; 4(6): 1234-1241. <http://dx.doi.org/10.59188/devotion.v4i6.481>
- 23-Wei W, Zhang B, Liu T, Lu T. Effect of psychological intervention on quality of life among patients with psoriasis: a meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2024; 1(1): 1-12. doi:10.1007/s12529-024-10315-0
- 10-Di Spirito F, Raimondo A, Di Palo MP, Martina S, Fordellone M, Rosa D, Lembo S. Oral Lesions and Oral Health-Related Quality of Life in Adult Patients with Psoriasis: A Retrospective Chart Review. *Life*. 2024; 14(3): 347-357. doi:10.3390/life14030347
- 11-Rock LY, Tajudeen FP, Chung YW. Usage and impact of the internet-of-things-based smart home technology: a quality-of-life perspective. *Universal Access in the Information Society*. 2024; 23(1): 345-364. doi:10.1007/s10209-022-00937-0
- 12-Arora K, Hazarika N, Kumari R, Chawla H. Quality of Life in Psoriasis: A Cross-Sectional Study from North India. *Indian Journal of Dermatology*. 2024; 69(1): 38-43. doi:10.4103/ijd.ijd_144_23
- 13-Choon SE, De La Cruz C, Wolf P, Jha RK, Fischer, KI, Goncalves-Bradley DC, Gottlieb AB. Health-related quality of life in patients with generalized pustular psoriasis: A systematic literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2024; 38(2): 265-280. doi:10.1111/jdv.19530
- 14-Wilk M, Michelsen B, Łosińska K, Kavanaugh A, Korkosz M, Haugeberg G. Exploring 5-year changes in general and skin health-related quality of life in psoriatic arthritis patients. *Rheumatology International*. 2024; 44(4): 675-685. doi:10.1007/s00296-024-05536-1
- 15-Armstrong AW, Foley P, Liu Y, Miller M, Teneralli R. E, Bewley A, Han C. Direct and indirect effect of Guselkumab on anxiety, depression, and quality of life in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: a mediation analysis. *Dermatology and Therapy*. 2024; 14(9): 2577-2589. doi:10.1007/s13555-024-01250-9
- 16-Shi L, Li C, Zou S, Zhang Y, Liu S, Liu F. Effects of mindfulness cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on negative emotions and quality of life in patients with psoriasis. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2022; 49(5): 1-10. <https://archivespsy.com/menu-script/index.php/ACF/issue/view/135>

- 31-Baumgardner M, Benoit Allen K. Integrating cognitive-behavioral therapy with compassion-focused therapy for the treatment of social anxiety disorder: An evidence-based case study. *Clinical Case Studies*. 2024; 23(2): 127-145. doi:10.1177/15346501231197403
- 32-Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *Jama*. 2020; 323(19): 1945-1960. doi:10.1001/jama.2020.4006
- 33-Prinz JC, Choon SE, Griffiths CE, Merola JF, Morita A, Ashcroft DM, Viguier M. Prevalence, comorbidities and mortality of generalized pustular psoriasis: a literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2023; 37(2): 256-273. doi:10.1111/jdv.18720
- 34-Feng JN, Guo JZ, Zhang Q, Zhuo L, Xu L, Liu LL, Wang SF. Higher prevalence of generalized pustular psoriasis in Asia? A population-based study using claim data in China and a systematic review. *Dermatology*. 2023; 239(2): 195-205. doi:10.1159/000528850
- 35-Cipolla S, Catapano P, Bonamico AF, De Santis V, Murolo R, Romano F, Catapano F. Factors Associated with Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients with Psoriasis: A Cross-Sectional Study. *Brain Sciences*. 2024; 14(9): 865-875. doi:10.3390/brainsci14090865
- 36-Iocca F, Burlando M, Angelo NL, Ragucci F, Pugi D, Parodi A, Pozza A. Sexual functioning in patients with psoriasis: the role of body dissatisfaction and cognitive biases toward sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2024; 50(4): 439-455. doi:10.1080/0092623X.2024.2302959
- 37-Shah SH, Merchant SA, Shah SA. Female sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review and meta-analysis using the Female Sexual Function Index. *International Journal of Impotence Research*. 2024; 36(3): 232-241. doi:10.1038/s41443-022-00650-9
- 24-Dils AT, O'Keefe K, Dakka N, Azar M, Chen M, Zhang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy for mental health and quality of life among individuals diagnosed with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer medicine*. 2024; 13(16): 1-10. doi:10.1002/cam4.70063
- 25-Ecker AH, Shivaji S, Plasencia M, Kauth MR, Hundt NE, Fletcher TL, Cully JA. The role of symptom reduction in improving health-related quality of life through brief cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*. 2024; 1(1): 1-9. doi:10.1080/10503307.2024.2349992
- 26-Meneo D, Martoni M, Giannandrea A, Tengattini V, Baglioni C. Mindfulness and self-compassion in dermatological conditions: a systematic narrative review. *Psychology & health*, 2024; 39(2): 268-300. doi:10.1080/08870446.2022.2070619
- 27-Gilbert P. Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*. 2000; 118-150. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
- 28-Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*. 2020; 20(4): 385-400. doi:10.1080/14737175.2020.1746184
- 29-Gilbert P. Compassion as a social mentality: An evolutionary approach. In P. Gilbert (Ed.): *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 31-68). Routledge/Taylor & Francis Group. 2017. doi:10.4324/9781315564296-3
- 30-Vrabel KR, Waller G, Goss K, Wampold B, Kopland M, Hoffart A. Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour Research and Therapy*. 2024; 174(1): 1-10. doi:10.1016/j.brat.2024.104480

- 46-Ghorbanzadeh SS, Kiamarsi A, Abolghasemi A. Comparison of Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Emotionally Focused Therapy on Family Functions of Women Experienced Domestic Violence. *Journal of Psychological Studies*. 2024; 19(4): 39-54. doi:10.22051/psy.2023.43687.2786
- 47-Ghorbanzadeh S S, kiamarsi A, Abolghasemi A. Comparison the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Abuse Experience among Women Victims of Domestic Violence in Interaction with Self-Injury. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2024; 19 (1) :65-77. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6>
- 48-Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2014; 82(3): 375-391. doi:10.1037/a0035491
- 49-Misterska E, Tomaszewski M, Górski F, Gapsa J, Słysz A, Glowacki M. Assessing the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Image in Adolescent Scoliosis Patients Using Virtual Reality. *Journal of Clinical Medicine*, 2024; 13(21): 1-20. doi:10.3390/jcm13216422
- 50-David D, Cristea I, Hofmann SG. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*. 2018; 9(2): 4-15. doi:10.3389/fpsy.2018.00004
- 51-Gilbert P, Basran JK, Raven J, Gilbert H, Petrocchi N, Cheli S, McEwan K. Compassion focused group therapy for people with a diagnosis of bipolar affective disorder: A feasibility study. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13(1): 841932. doi:10.3389/fpsyg.2022.841932
- 52-Petrocchi N, Ottaviani C, Cheli, S Matos M, Baldi B, Basran JK, Gilbert P. The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2024; 31(2): 230–247. doi:10.1037/cps0000193
- 38-Kahraman BB, Karatepe HT, Karadağ AS, Çıtak S. Psychological Flexibility, Stigma, and Quality of Life in Psoriasis Patients. *Psychother Res*. 2024; 13(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.5455/JCBPR.146290>
- 39-Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. *routledge*. 2013. doi:10.4324/9780203771587
- 40-Finlay AY, Khan G. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and experimental dermatology*. 1994; 19(3): 210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x
- 41-Aminizadeh S, Askarizadeh G, Bagheri M. The Effectiveness of Dynamic Interpersonal Psychotherapy on Psychological Symptoms, Emotion Regulation and Quality of Life of Psychodermatologic Patients. *Journal of Psychological Studies*. 2022; 18(2): 119-132. doi:10.22051/psy.2022.39950.2599
- 42-Zou Q, Luo Y, Hao D, Li M, Jihui C. Validation and application of the Dermatology Life Quality Index score, a modification of the DLQI score, in psoriasis patients. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2024; 43(1): 92-100. doi:10.1186/s41043-024-00587-3
- 43-Dobson D, Dobson KS. Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy. *Guilford publications*. 2018. <https://www.guilford.com/books/>
- 44-Rouhi M, Manzari Tavakoli A, Tajrobehkar M. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coherent Self- Knowledge, Emotion Regulation, and Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023; 21 (10): 1055-1077. <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.10.1055>
- 45-Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010; 3(2): 97-112. 10.1521/ijct.2010.3.2.97

55-Gilbert P, McEwan K, Mitra R, Franks L, Richter A, Rockliff H. Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*. 2008; 3(3): 182-191. doi:10.1080/17439760801999461

53-Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(1): 6-41. doi:10.1111/bjc.12043

54-Gilbert H. The therapeutic relationship in compassion focused therapy. In *Compassion Focused Therapy* (pp. 385-400). Routledge. 2022. <https://www.taylorfrancis.com/chapters>

مدل معادلات ساختاری ترومای کودکی و استرس

ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی: نقش

میانجی ذهنی سازی عاطفه محور

نویسندگان

فاطمه دوست محمدی^۱، اسماعیل سلیمانی^{۲*}، محمد رستمی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. f.doustmohammadi74@yahoo.com

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. mo.rostami@shahed.ac.ir

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات مهم سلامت زنان که می‌تواند بر عملکرد آنان در زمینه‌های مختلف تأثیر بگذارد، سندرم پیش از قاعدگی است. این سندرم معمولاً پیش از قاعدگی آغاز می‌شود و شامل مجموعه‌ای از علائم جسمی، عاطفی و رفتاری است. با توجه به اهمیت قابل توجه این سندرم در کیفیت زندگی زنان، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گری ذهنی‌سازی عاطفه‌محور در رابطه بین ترومای دوران کودکی و استرس ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی بود.

روش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مدل‌یابی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران، کرج و ارومیه بود و نمونه پژوهش ۲۶۰ نفر از دانشجویان بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های ترومای کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳م) (CTQ-28)، استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳م) (PSS)، غربالگری سندرم پیش از قاعدگی (PSST) و ذهنی‌سازی عاطفه‌محور گرینبرگ و همکاران (۲۰۲۱م) (B-MAS) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از مدل معادلات ساختاری و نرم‌افزار PLS-3 تحلیل شدند. **نتایج:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که ترومای دوران کودکی و استرس ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی رابطه مثبت و معناداری دارند. همچنین، بین ترومای دوران کودکی و استرس ادراک‌شده با ذهنی‌سازی عاطفه‌محور و نیز بین ذهنی‌سازی عاطفه‌محور و سندرم پیش از قاعدگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. در نهایت، ذهنی‌سازی عاطفه‌محور در این رابطه نقش میانجی ایفا کرد.

بحث و نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود که متخصصان روان‌شناسی، روان‌پزشکی و متخصصان زنان و زایمان در برخورد با افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، رابطه حمایتی مطلوب برقرار کنند و از ایجاد استرس اضافی در آنان خودداری نمایند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۵/۰۸

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۹/۰۱



کلیدواژه‌ها

استرس، ترومای دوران کودکی، هیجان، سندرم پیش از قاعدگی، ذهنی‌سازی عاطفه‌محور.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

E.soleimani@urmia.ac.ir

مقدمه

یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان در سنین باروری، سندرم پیش از قاعدگی^۱ است [۱]. این سندرم مجموعه‌ای از علائم فیزیکی، هیجانی و رفتاری را دربرمی‌گیرد؛ از جمله تغییر در اشتها، تحریک‌پذیری، افسردگی، اضطراب، عدم تمرکز و سردرد. این علائم در برخی از زنان به‌صورت دوره‌ای در اواخر مرحله لوتئال، یعنی ۷ تا ۱۴ روز پیش از شروع قاعدگی تجربه می‌شود. شدت علائم معمولاً در هفته منتهی به قاعدگی افزایش می‌یابد و پس از آغاز خونریزی قاعدگی کاهش یافته یا برطرف می‌شود.

در بروز این علائم، کاهش انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند سروتونین و گابا نقش مهمی دارد [۲]. همچنین، پژوهشگران مسئول کاهش سطح استروژن و پروژسترون در مرحله لوتئال چرخه قاعدگی را از عوامل مؤثر در تغییرات خلقی، شناختی و رفتاری زنان در این دوره دانسته‌اند [۳].

بر اساس پژوهش‌ها، حدود ۹۰ درصد از زنان تحت‌تأثیر علائم خفیف تا شدید سندرم پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند [۴] در یک مطالعه شیوع کلی این سندرم پیش از قاعدگی ۵۲/۲ درصد گزارش شد، البته این میزان در زیرگروه دانش‌آموزان دبیرستانی ۵۹ درصد، در دانشجویان ۵۰/۳ درصد و در جمعیت عمومی زنان ۶۶ درصد بود [۵]. در ایران نیز شیوع سندرم پیش از قاعدگی ۴۱/۵ درصد گزارش شده است [۶].

در بروز سندرم پیش از قاعدگی، عوامل محیطی متعددی نقش دارند که برخی از آن‌ها عبارتند از: سابقه ترومای بین فردی، استرس، تغییرات فصلی، جنبه‌های اجتماعی - فرهنگی رفتار جنسی زنان به‌طور کلی و نقش‌های جنسیتی زنان به‌طور خاص [۷]. همان‌طور که گفته شد، یکی از عوامل خطر در ایجاد سندرم پیش از قاعدگی، تروماهای دوران کودکی است.

در تعریف مختصری از تروما که توسط اداره خدمات بهداشت روانی و سوءمصرف مواد^۲ ارائه شده است: «ترومای فردی ناشی از یک رویداد، مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایطی است که توسط یک فرد به عنوان آسیب‌های

فیزیکی یا هیجانی یا تهدیدکننده زندگی تجربه می‌شود و اثرات نامطلوب پایداری بر عملکرد روانی، فیزیکی، اجتماعی، بهزیستی هیجانی و معنوی فرد دارد» [۸].

تجارب آسیب‌زا در اوایل کودکی (ازجمله تجربه خشونت، محرومیت و فقدان آسیب‌زا)، به پایه‌ای برای رنج اعتیادآور، تکرار و دشواری در گرفتن تجربیات خوب تبدیل می‌شوند [۹]. در روانکاوی، این تروماها برآمده از تعامل پیچیده بین واقعیت‌های درونی و بیرونی است [۱۰] یکی از نظریات مرتبط با تروما، نظریه ذهنی‌سازی است.

به‌طور کلی بین تروما و ذهنی‌سازی تعامل پیچیده‌ای وجود دارد؛ به طوری که وجود ترومای اولیه در رابطه دلبستگی اغلب با اختلال در رشد توانایی‌های ذهنی‌سازی مرتبط است [۱۱] و برخی از پژوهش‌ها نیز این یافته را تأیید کرده‌اند [۱۲]. در این زمینه، تارگت و فوناگی (۱۹۹۷) به مسئولیتی دوگانه اشاره کردند که ناشی از تجربیات نامطلوب دوران کودکی است؛ تجربیاتی که نه تنها باعث ایجاد پریشانی می‌شوند، بلکه توانایی رشد مناسب ذهنی‌سازی را نیز مختل می‌کند [۱۳].

با توجه به اهمیت تروماهای کودکی و اثراتی که در آسیب‌شناسی روانی فرد در بزرگسالی دارد، سندرم پیش از قاعدگی نیز از این قاعده مستثنا نیست و پژوهش‌ها ارتباط بین این سندرم و ترومای کودکی را تأیید کرده‌اند [۱۴] - [۱۶].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با سندرم پیش از قاعدگی، استرس ادراک‌شده^۳ است. پژوهش‌های انجام‌شده ارتباط بین این دو را تأیید می‌کنند [۱۷، ۱۸] به‌طور کلی، استرس ادراک‌شده به چگونگی درک فرد از میزان استرسی که در یک دوره زمانی در معرض آن قرار می‌گیرد، اشاره دارد [۱۹] و به احساس بی‌اطمینانی و بی‌ثباتی در مورد زندگی مربوط می‌شود و به اعتماد به توانایی خود فرد در مدیریت مشکلات بستگی دارد [۲۰].

به لحاظ کلی، استرس یک مفهوم اصلی در زیست‌شناسی است و به‌طور گسترده‌ای در زمینه‌های روانی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و حتی محیطی استفاده می‌شود.

1 . Premenstrual Syndrome

2 . The Substance Abuse and Mental Health Services Administration

3 . Perceived Stress

باشد. این امر به نوبه خود به آگاهی افراد از هیجانات و چگونگی پیش‌بینی موقعیت‌های آینده کمک می‌کند.

به‌طور کلی ذهنی‌سازی عاطفه محور بخشی از نظریه ذهنی‌سازی بوده و جنبه‌های مختلف تجربه هیجانات، یعنی شناسایی، تعدیل و بیان آن‌ها را در بر می‌گیرد [۳۲]. ذهنی‌سازی مستعد تأثیرپذیری از استرس و هیجانات قوی است و شکست در ذهنی‌سازی در دو حالت رخ می‌دهد: زمانی که فرد دیگر قادر به ذهنی‌سازی نباشد و زمانی که هیجانات شدید منجر به تغییرات مرتبط با مغز شود [۱۱].

گذشته از نظریه ذهنی‌سازی عاطفه محور، در مفهوم‌سازی‌های نظری ذهنی‌سازی، رابطه نزدیکی بین توانایی ذهنی‌سازی و تنظیم حالات هیجانی فرض می‌شود، به‌طوری که توانایی ذهنی‌سازی فرآیندی کلیدی برای تنظیم حالات هیجانی است و منشأ ارتباط بین این دو در روابط دلبستگی اولیه است [۳۳]. شواهد برخی پژوهش‌ها نیز این رابطه را تأیید کرده‌اند [۳۴].

به‌طور کلی، پژوهش‌های انجام‌شده ارتباط بین ترومای کودکی، تنظیم هیجان و سندرم پیش از قاعدگی [۲۶] و همچنین رابطه بین استرس، تنظیم هیجان و سندرم پیش از قاعدگی را تأیید کرده‌اند [۳۵، ۳۷].

سندرم پیش از قاعدگی عوارض قابل‌توجهی داشته و بار سلامتی ناشی از آن هنوز به‌طور کامل ارزیابی نشده است [۳۸]؛ لذا توجه به این سندرم از اهمیت بسزایی برخوردار است. با توجه به کمبود ادبیات پژوهشی در ایران در زمینه بررسی عوامل مؤثر بر سندرم پیش از قاعدگی، از جمله ترومای کودکی، استرس ادراک‌شده و ذهنی‌سازی عاطفه محور در قالب پژوهش‌های مدل‌یابی و همچنین لزوم توجه به امر پیشگیری، شناسایی افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و ارائه کمک‌های مؤثر به آن‌ها، انجام پژوهش‌های گسترده‌تر در این زمینه بیش از پیش احساس می‌شود.

از این رو هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل معادلات ساختاری ترومای کودکی و استرس ادراک شده با سندرم پیش از قاعدگی با آزمون نقش میانجی ذهنی‌سازی عاطفه‌محور است. در ادامه، مدل معادلات ساختاری پژوهش حاضر در شکل ۱ ارائه شده است.

یک عامل استرس‌زای خاص ممکن است استرس موضعی خاصی ایجاد کند، درحالی که شدت استرس فراتر از آستانه می‌تواند محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال را فعال کرده و منجر به یک پاسخ استرس سیستماتیک شود [۲۱]. در این راستا، شواهد پژوهشی نشان داده‌اند بین استرس و شروع و پیشرفت سندرم پیش از قاعدگی رابطه وجود دارد [۲۲].

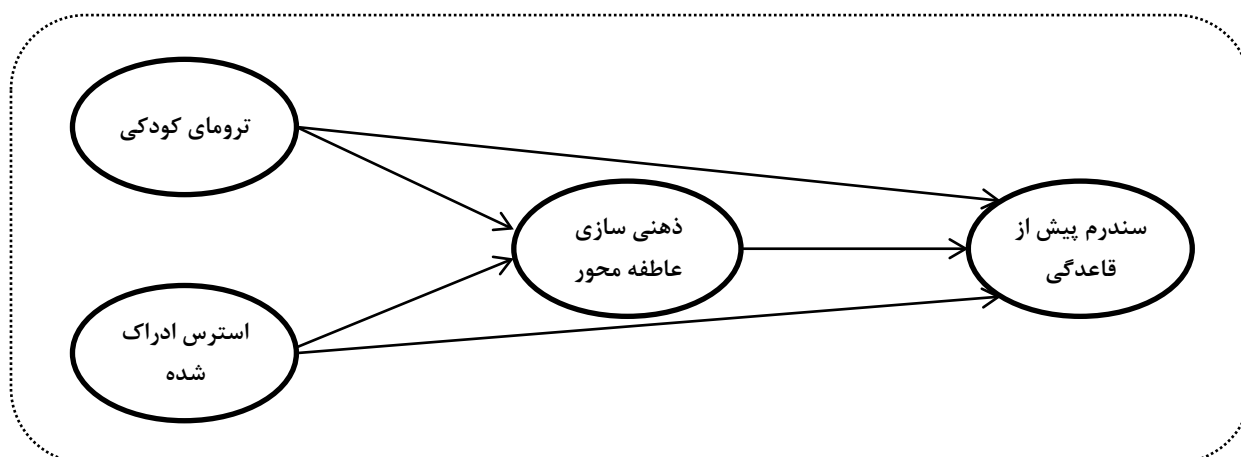
از این میان، استرس‌های ناشی از فعالیت‌های روزمره نسبت به استرس شدید غیرمعمول تأثیر بیشتری بر سندرم پیش از قاعدگی دارد و به‌طور کلی، بافت زندگی استرس‌زا در تجربه علائم پیش از قاعدگی بیشتر از دوره‌های تجارب استرس‌زا در یک مرحله خاص چرخه قاعدگی تأثیرگذار است [۲۳]. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که سندرم پیش از قاعدگی با استرس ادراک‌شده رابطه دارد [۱۸، ۲۴].

با توجه به ارتباط بین ترومای کودکی و استرس ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی، به نظر می‌رسد تغییری در این میان نقش میانجی را ایفا کند. بر اساس یافته‌های پژوهشی، بین این سندرم و تنظیم هیجان [۲۵، ۲۶]، بین تروما و تنظیم هیجان [۲۷، ۲۸] و بین استرس ادراک‌شده و تنظیم هیجان [۲۹، ۳۰] رابطه وجود دارد؛ بدین ترتیب تنظیم هیجان نقش مهمی را بر عهده دارد.

از آنجا که یکی از متغیرهای مرتبط با تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی عاطفه‌محور^۱ است، احتمالاً این متغیر در این میان نقش میانجی ایفا می‌کند. ذهنی‌سازی عاطفه محور دیدگاهی است که جریست^۲ [۳۱، ۳۲] در مورد تنظیم هیجان مطرح می‌کند. وی در فرآیند تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی را مدنظر قرار می‌دهد. بر اساس این نظریه، تنظیم هیجان - به عبارتی مدیریت، اصلاح یا تغییر دادن یک هیجان - به ظرفیت ذهنی‌سازی فرد متکی است. درواقع هیجانات فقط در یک فرآیند نظارتی، تنظیم نمی‌شوند بلکه از نظر معنا نیز ارزش‌گذاری می‌شوند. این جنبه پیچیده‌تر تنظیم هیجان، نیازمند توانایی بازتاب افکار و احساسات فرد و ذهنی‌سازی درباره عواملی همچون تجارب دوران کودکی و موقعیت فعلی است که ممکن است بر هیجان اثرگذار

1 . Mentalized Affectivity

2 . Jurist, E. L



شکل شماره ۱. مدل مفهومی بررسی ارتباط بین ترومای کودکی و استرس ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی با نقش میانجی ذهنی‌سازی عاطفه محور

پرسش پژوهش

بر اساس آنچه اشاره شده، پرسش پژوهش حاضر این است که آیا ذهنی‌سازی عاطفه‌محور نقش میانجی را در رابطه بین ترومای کودکی و استرس ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی ایفا می‌کند یا خیر؟

روش

طرح پژوهش حاضر همبستگی از نوع مدل‌یابی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران، کرج و ارومیه در نیمسال تحصیلی ۱۴۰۲-۰۳ بودند. به اعتقاد کلاین [۳۹]، حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مدل‌یابی ۲۰۰ نفر می‌باشد؛ بدین ترتیب، نمونه مطالعه حاضر شامل ۲۶۰ نفر از افراد بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های ترومای کودکی، استرس ادراک‌شده، ذهنی‌سازی عاطفه‌محور و سندرم پیش از قاعدگی پاسخ دادند.

در راستای اجرای پژوهش، در ابتدا لینک پرسش‌نامه‌ها در فضاهای مجازی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و افراد، پس از مطالعه شرایط شرکت در پژوهش، رضایت و محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی‌ها، می‌توانستند به پرسش‌های پژوهش پاسخ دهند. به آزمودنی‌ها گفته شد که می‌توانند، در صورت وجود پرسش یا پیگیری در راستای نتایج پاسخ‌های خود، از طریق ایمیل پژوهشگر که در ابتدای لینک در اختیار آن‌ها قرار گرفته بود، ارتباط برقرار کنند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود:

دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران، کرج و ارومیه؛ سابقه وجود حداقل یکی از علائم سندرم پیش از قاعدگی، دسترسی به اینترنت و تمایل به شرکت در پژوهش. افرادی که به سؤالات پرسش‌نامه‌ها ناقص پاسخ داده بودند از پژوهش کنار گذاشته شدند. ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر بود:

پرسش‌نامه ترومای کودکی (CTQ-28):

پرسش‌نامه ترومای کودکی از برنستاین^۲ و همکاران [۴۰] به عنوان یک معیار غربالگری برای سوابق بدرفتاری در هر دو گروه بالینی و ارجاع نشده به کار می‌رود. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ پرسش بوده که ۲۵ پرسش آن برای سنجش زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه و سه پرسش آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، به کار می‌رود.

پرسش‌نامه حاضر از پنج زیرمقیاس آزار جنسی (پرسش‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، آزار فیزیکی (پرسش‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷) و آزار هیجانی (پرسش‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵) و غفلت هیجانی (پرسش‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) و فیزیکی (پرسش‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) تشکیل شده است و نمره کل آن متشکل از ترکیب این موارد است [۴۱]. در پژوهشی از ایسن^۳ و همکاران [۴۲] همسانی درونی این

1. The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28)
2. Bernstein, D. P
3. Essien, E. A

پرسش نامه ذهنی سازی عاطفه محور (B-MAS):

پرسش نامه ذهنی سازی عاطفه محور، ابزاری خود گزارش دهی و دارای ۶۰ پرسش می باشد [۴۷]. فرم کوتاه این پرسش نامه از گرینبرگ و همکاران (۲۰۲۱م)، دارای ۱۲ پرسش است که هم در زمینه های تحقیقاتی و بالینی مفید خواهد بود و در طیف لیکرت ۷ درجه ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره گذاری می شود. این پرسش نامه دارای سه مؤلفه شناسایی هیجان ها، پردازش هیجان ها و ابراز هیجان ها است [۴۸]. در پژوهشی از گرینبرگ و همکاران [۴۸] آلفای کرونباخ پرسش نامه حاضر از ۰/۷۶ برای مؤلفه شناسایی تا ۰/۷۸ برای مؤلفه پردازش به دست آمد. در پژوهشی در ایران، آلفای کرونباخ این پرسش نامه برای زیرمقیاس های آن از ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ گزارش شد [۴۹]. در این پژوهش آلفای کرونباخ زیرمقیاس های شناسایی هیجان ها ۰/۷۲، پردازش هیجان ها ۰/۷۰ و ابراز عواطف ۰/۲۹ - به دست آمد.

پرسش نامه غربالگری سندرم پیش از قاعدگی (PSST^۳):

این پرسش نامه دارای ۱۹ پرسش است و به دو حوزه تقسیم می شود: حوزه نخست شامل ۱۴ مورد از تظاهرات فیزیکی و روان شناختی و حوزه دوم از پنج مورد تشکیل شده است که تأثیر عملکردی علائم پیش از قاعدگی را ارزیابی می کند. هر آیتم بر اساس یک طیف لیکرت ۴ درجه ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (شدید) رتبه بندی می شود. یک غربالگری مثبت برای سندرم پیش از قاعدگی دارای معیارهای زیر می باشد:

۱. حداقل پنج مورد از علائم قبل از قاعدگی نخستین دامنه که به عنوان متوسط تا شدید رتبه بندی شده است؛ ۲. وجود حداقل یکی از چهار علامت نخست با درجه متوسط یا شدید و ۳. حداقل یک مورد از دامنه دوم به عنوان متوسط یا شدید رتبه بندی شده است [۵۰]. در پژوهشی از پاسیتی^۴ و همکاران [۵۱] همسانی درونی پرسش نامه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای ضریب کلی ۰/۸۹ و برای هر دو زیرمقیاس حوزه ۱، ۰/۸۵ و حوزه ۲، ۰/۷۶ به دست آمد. در ایران مقادیر آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۹۳ گزارش شد [۵۲]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ

پرسش نامه با روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های آزار هیجانی، آزار فیزیکی، آزار جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی به ترتیب عبارت بودند از: ۰/۶۹، ۰/۶۰، ۰/۶۰، ۰/۷۹ و ۰/۲۱. در پژوهشی انجام شده در ایران آلفای کرونباخ زیرمقیاس های این پرسش نامه از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ محاسبه شد [۴۳]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ زیرمقیاس ها از ۰/۴۶ تا ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسش نامه استرس ادراک شده (BPSS^۱):

پرسش نامه استرس ادراک شده از کوهن و همکاران (۱۹۸۳م)، یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش ادراک استرس است و برای ارزیابی «میزان استرس زا بودن موقعیت های زندگی فرد» طراحی شده است. این ابزار، یک معیار جهانی از استرس است نه معیاری برای استرس های خاص رویدادهای زندگی. به طور خاص، آیتم ها میزان درک زندگی فرد را به عنوان «غیرقابل پیش بینی، غیرقابل کنترل و بارآوری بیش از حد» ارزیابی می کنند [۱۹].

این ابزار دارای ۱۰ پرسش بوده و در طیف لیکرت پنج درجه ای از ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود؛ کمترین نمره ۰ و بالاترین آن ۴۰ است. نمرات پاسخ دهندگان را می توان به سه گروه تقسیم کرد: ۰-۱۳ امتیاز نشان دهنده سطح پایین استرس ادراک شده، ۱۴-۲۶ امتیاز نشان دهنده استرس ادراک شده متوسط و ۲۷-۴۰ امتیاز نشان دهنده سطح بالایی از استرس ادراک شده است [۴۴، ۴۵].

به طور کلی، این پرسش نامه دارای دو خرده مقیاس خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده است [۱۹]. در پژوهشی از کوهن و همکاران [۱۹]. آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس ها و نمره کل استرس ادراک شده بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ بود.

معروفی زاده و همکاران [۴۶] طی پژوهشی، آلفای کرونباخ این پرسش نامه را برای زیرمقیاس های خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی ادراک شده و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۶ و ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ زیرمقیاس خودکارآمدی ادراک شده ۰/۶۷ و درماندگی ادراک شده ۰/۷۶ به دست آمد.

2 . Brief-Mentalized Affectivity Scale (B-MAS)

3 . Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)

4 . Pacitti, F

1 . Brief Perceived Stress Scale (BPSS)

این پرسش‌نامه ۸۹/۰ به دست آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (کجی، کشیدگی، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری) استفاده شد و با کمک نرم‌افزار PLS-3 داده‌ها تحلیل شدند.

نتایج

در مطالعه حاضر، ۲۶۰ زن بین ۱۸ تا ۵۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند (میانگین: ۲۳.۷۶، انحراف معیار: ۵.۱۹۱). در این مطالعه، ۲۰۷ نفر مجرد (۷۹.۶٪)، ۴۸ نفر

متاهل (۱۸.۵٪)، ۵ نفر مطلقه (۱.۹٪) بودند و از نظر سطح تحصیلات، ۱۷۸ نفر دارای مدرک کارشناسی (۶۸.۵٪)، ۶۶ نفر دارای مدرک کارشناسی‌ارشد (۲۵.۴٪) و ۱۶ نفر دارای مدرک دکترا (۶.۲٪) بودند. سن اولین قاعدگی در اکثر افراد ۱۲ سالگی (۲۵٪) بود. داده‌های مطالعه حاضر با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و چولگی و کشیدگی از نظر نرمال بودن بررسی شدند. نتایج نشان داد که داده‌ها نرمال نیستند، بنابراین از روش حداقل مربعات جزئی (PLS-3) برای انجام معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌های توصیفی مطالعه حاضر در جدول ۱ ارائه شده است. در ادامه ماتریس متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین - کمترین	کشیدگی	چولگی	
۴۷/۱۰۳	۸/۹۵۱	۹۸-۳۴	۴/۲۶۱	۱/۵۱۴	۱. ترومای دوران کودکی
۵/۹۹۲	۲/۳۱۸	۱۹-۵	۹/۰۸۹	۲/۹۴۹	آزار جنسی
۵/۹۵۰	۱/۸۸۳	۱۶-۵	۸/۵۶۱	۲/۷۱۶	آزار فیزیکی
۷/۸۹۲	۳/۲۵۴	۲۱-۵	۲/۳۵۳	۱/۵۱۷	آزار هیجانی
۱۰/۲۱۵	۳/۸۷۲	۲۳-۵	-۰/۵۱۱	۰/۳۶۷	غفلت هیجانی
۶/۹۸۰	۲/۲۷۰	۱۷-۵	۱/۴۶۹	۱/۲۵۳	غفلت فیزیکی
۲۰/۱۲۶	۶/۵۰۲	۴۰-۱	۰/۳۱۴	۰/۳۰۰	۲. استرس ادراک‌شده
۷/۶۶۵	۲/۶۷۶	۱۲-۰	۰/۴۲۴	-۰/۱۹۵	خودکارآمدی ادراک‌شده
۱۲/۴۶۱	۴/۶۷۵	۲۴-۱	-۰/۰۳۰	۰/۳۶۱	درماندگی ادراک‌شده
۳۰/۰۱۱	۱۰/۸۰۶	۵۵-۲	-۰/۲۶۷	-۰/۳۱۳	۳. سندرم پیش از قاعدگی
۲۳/۳۵۰	۷/۸۶۵	۴۱-۲	-۰/۲۰۵	-۰/۴۰۱	PSST-A
۶/۶۶۱	۳/۶۱۹	۱۵-۰	-۰/۵۴۶	-۰/۰۴۶	PSST-B
۵۵/۲۲۳	۱۰/۰۶۷	۸۲-۲۸	-۰/۲۴۱	۰/۲۳۲	۴. ذهنی‌سازی عاطفه‌محور
۱۹/۶۷۳	۴/۷۴۲	۲۸-۵	-۰/۲۲۳	-۰/۳۲۳	شناسایی هیجان‌ها
۱۸/۵۰۷	۴/۵۴۱	۲۸-۵	-۰/۰۴۱	-۰/۱۳۶	پردازش هیجان‌ها
۱۷/۰۴۲	۴/۹۱۱	۲۸-۵	-۰/۵۰۵	-۰/۱۲۸	ابراز هیجان

جدول شماره ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. ترومای دوران کودکی	۱			
۲. استرس ادراک‌شده	۰/۴۲۶**	۱		
۳. سندرم پیش از قاعدگی	۰/۲۳۶**	۰/۶۲۴**	۱	
۴. ذهنی‌سازی عاطفه‌محور	-۰/۲۲۶**	-۰/۳۳۲**	-۰/۷۴۱**	۱

**p < 0.01, *p < 0.05

نرم افزار PLS-3 انجام شد. پایایی ترکیبی (CR) متغیرهای تحقیق بین (۰/۷۳۶-۰/۹۲۹) بود؛ از آنجایی که بزرگتر از ۰/۷ است، این متغیرها از پایایی خوبی برخوردارند و مقادیر میانگین واریانس استخراج شده (AVE) بین (۰/۵۰۱-۰/۸۶۷) بود که بزرگتر از ۰/۵ بود؛ بنابراین در محدوده قابل قبول و مطلوب قرار گرفت. روایی واگرا در این تحقیق با استفاده از روش معیار فورنل - لاکر انجام شد و نتایج نشان داد که مقادیر قطری بزرگتر از مقادیر غیرقطری بودند و نتایج نسبت هتروتریت - مونوتریت همبستگی ها (HTMT) نیز نشان داد که در محدوده بین (۰/۶۷۸-۰/۲۸۶) قرار دارند و از آنجایی که مقدار قابل قبول برای این شاخص کمتر از ۰/۹ است [۵۳]، این مقادیر در محدوده قابل قبولی قرار دارند. در ادامه، شاخص های کیفیت مدل ساختاری در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳، با توجه به اینکه ضریب تعیین متغیرهای درون‌زا (R^2) را بررسی می‌کند، هیر و همکاران [۵۴] مقادیر ۰/۲۵، ۰/۵ و ۰/۷۵ را به ترتیب ضعیف، متوسط و قوی توصیف می‌کنند. در مطالعه حاضر، متغیرهای سندرم پیش از قاعدگی و ذهنی‌سازی عاطفه‌محور به ترتیب ۰/۳۱۳ و ۰/۲۰۵ از تغییرات ناشی از ترومای کودکی و استرس ادراک شده را توضیح می‌دهند که قدرت توضیح متوسط مدل برای این متغیرها را نشان می‌دهند. برای بررسی کیفیت مدل ساختاری از شاخص اعتبار افزونگی (CV-red) استفاده شد. از آنجایی که در این تحقیق، این مقادیر بالاتر از صفر هستند؛ بنابراین مدل توانایی پیش‌بینی قابل قبولی دارد و کیفیت ساختاری آن مناسب است. شاخص CV-com نیز به منظور ارزیابی توانایی مدل در پیش‌بینی تجمعی متغیرها محاسبه شد که نشان از کفایت مدل در پیش‌بینی کلی است.

در بررسی برازش کلی مدل، شاخص نیکویی برازش (GOF) مورد توجه قرار گرفت. طبق معیار پیشنهادی مقادیر GOF کمتر از ۰/۱ ضعیف، بین ۰/۲۵ و متوسط و بالاتر از ۰/۳۶ قوی تلقی می‌شوند [۵۵]، در این پژوهش، مقدار GOF برابر ۰/۲۵۲ به دست آمد که بیانگر برازش مناسب مدل است. برای اطمینان از نبود مشکل هم‌خطی میان متغیرهای مستقل، شاخص VIF محاسبه شد و مقادیر قابل قبول طبق نظر هیر^۱ و همکاران [۵۴] کمتر از ۵ است. بر اساس نتایج

نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که ترومای دوران کودکی با استرس ادراک شده رابطه مثبت و معنادار دارد ($r=0/426$, $p<0/01$)، به این معنا که افزایش تجربه‌های ترومای کودکی با افزایش سطح استرس ادراک شده همراه است. همچنین، ترومای دوران کودکی با سندرم پیش از قاعدگی نیز رابطه مثبت و معنادار دارد ($r=0/236$, $p<0/01$)، که نشان می‌دهد شدت ترومای کودکی با تشدید علائم سندرم پیش از قاعدگی ارتباط دارد.

ذهنی‌سازی عاطفه‌محور با ترومای دوران کودکی رابطه منفی و معنادار نشان داد ($r=-0/226$, $p<0/01$)، به این معنا که افزایش تجربه‌های ترومای کودکی با کاهش توانایی ذهنی‌سازی عاطفه‌محور همراه است. علاوه بر این، ذهنی‌سازی عاطفه‌محور با استرس ادراک شده نیز منفی و معنادار بود ($r=-0/332$, $p<0/01$)، که بیانگر اثر محافظتی این توانایی در کاهش استرس ادراک شده است.

رابطه ذهنی‌سازی عاطفه‌محور با سندرم پیش از قاعدگی نیز منفی و معنادار بود ($r=-0/741$, $p<0/01$)، که نشان می‌دهد توانایی بالاتر در ذهنی‌سازی عاطفه‌محور با کاهش شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی همراه است. بر اساس نتایج پژوهش، ترومای دوران کودکی و استرس ادراک شده به طور مثبت با شدت سندرم پیش از قاعدگی مرتبط هستند، در حالی که ذهنی‌سازی عاطفه‌محور نقش محافظتی داشته و با کاهش استرس ادراک شده و علائم سندرم پیش از قاعدگی همراه است.

جدول شماره ۳. شاخص‌های کیفیت مدل ساختاری

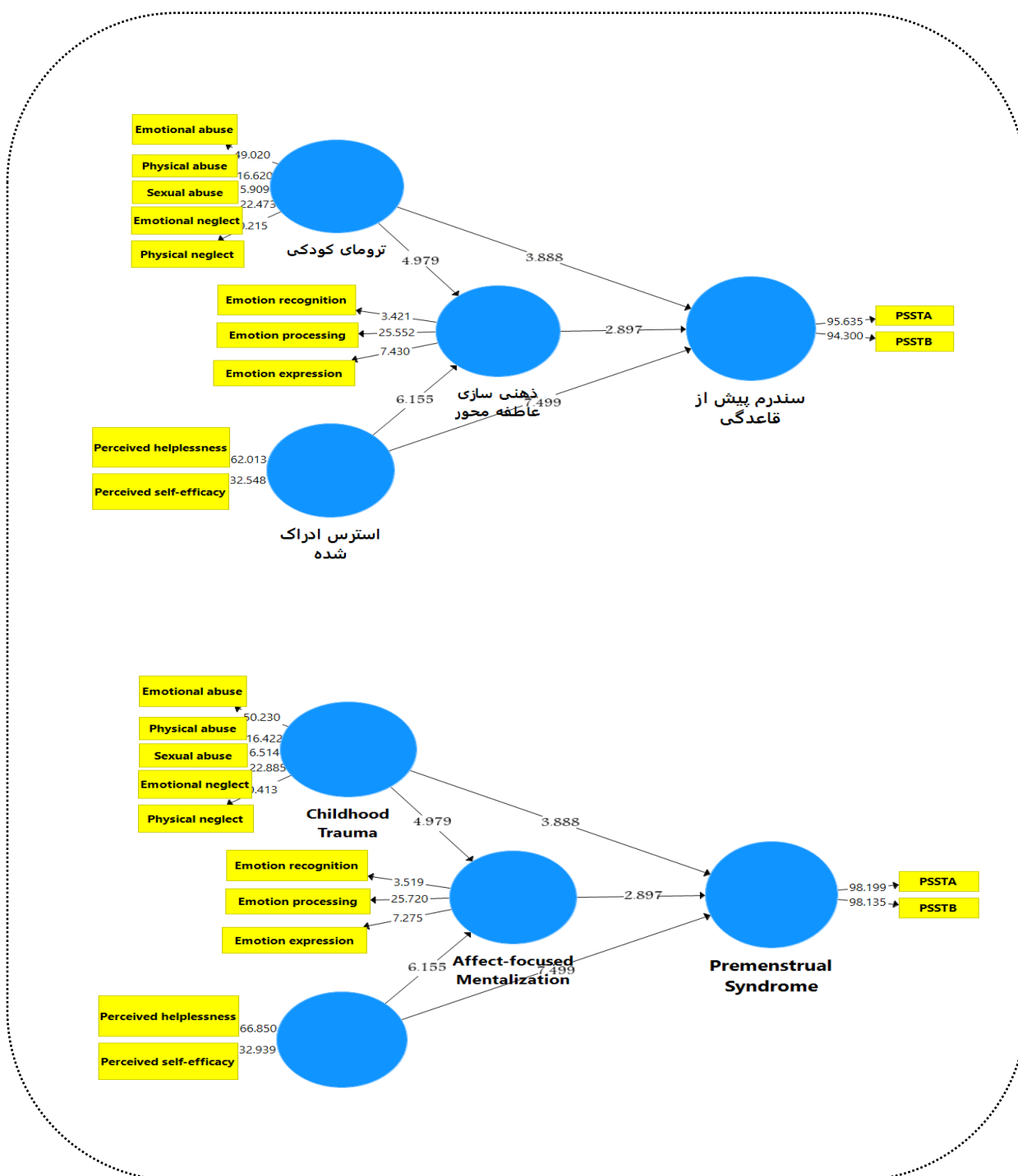
متغیر	ضریب تعیین (R^2)	ضریب تعیین تعدیل یافته ($Adj.R^2$)	CV-red	CV-com	GOF
ترومای کودکی	-	-	-	۰/۳۴۳	۰/۲۵۲
استرس ادراک شده	-	-	-	۰/۲۷۳	
سندرم پیش از قاعدگی	۰/۳۱۳	۰/۲۹۴	۰/۲۵۹	۰/۴۷۲	
ذهنی‌سازی عاطفه‌محور	۰/۲۰۵	۰/۱۷۷	۰/۰۷۷	۰/۱۲۳	

همانطور که قبلاً ذکر شد، مدل تحقیق با رویکرد معادلات ساختاری مبتنی بر روش حداقل مربعات جزئی با

1. Hair, J. F

متغیرهای وابسته است.
ضرایب استاندارد و مقدار آماره t مسیرهای تحقیق در
شکل ۲ آمده است.
در ادامه نتایج اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش در
جدول ۴ ارائه شده است.

مقادیر این شاخص در محدوده قابل قبول بین (۱/۲۵۶) تا
(۲/۲۷۰) است و نشان می‌دهد مدل از نظر هم‌خطی در
وضعیت مطلوب قرار دارد. در مجموع، نتایج شاخص‌های R^2 ،
CV-red، CV-com، GOF و VIF نشان‌دهنده کیفیت مناسب
مدل ساختاری پژوهش و توانایی آن در توضیح و پیش‌بینی



شکل شماره ۲. مدل ساختاری پژوهش (مقدار T)

جدول شماره ۴. نتایج اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کل مدل پژوهش

مسیرها	β	t-value	p-value
مستقیم	ترومای کودکی $\leftarrow$ ذهنی سازی عاطفه محور	-۰/۲۱۵	۴/۹۷۹
	ترومای کودکی $\leftarrow$ سندرم پیش از قاعدگی	۰/۲۲۵	۳/۸۸۸
	استرس ادراک شده $\leftarrow$ ذهنی سازی عاطفه محور	-۰/۳۲۵	۶/۱۵۵
	استرس ادراک شده $\leftarrow$ سندرم پیش از قاعدگی	۰/۶۲۰	۷/۴۹۹
	ذهنی سازی عاطفه محور $\leftarrow$ سندرم پیش از قاعدگی	-۰/۷۴۳	۲/۸۹۷
غیرمستقیم	ترومای کودکی $\leftarrow$ ذهنی سازی عاطفه محور $\leftarrow$ سندرم پیش از قاعدگی	۰/۱۶۰	۴/۱۲۰
	استرس ادراک شده $\leftarrow$ ذهنی سازی عاطفه محور $\leftarrow$ سندرم پیش از قاعدگی	۰/۲۴۱	۴/۶۶۱
کل	ترومای کودکی $\leftarrow$ ذهنی سازی عاطفه محور $\leftarrow$ سندرم پیش از قاعدگی	۰/۴۱۵	۶/۱۲۳
	استرس ادراک شده $\leftarrow$ ذهنی سازی عاطفه محور $\leftarrow$ سندرم پیش از قاعدگی	۰/۸۶۱	۷/۸۸۱

مثبت و معنادار بود ($\beta = ۰/۱۶۰$). این یافته نشان می دهد که ترومای کودکی نه تنها به طور مستقیم، بلکه از طریق کاهش توانایی ذهنی سازی عاطفه محور نیز به طور غیرمستقیم باعث تشدید علائم سندرم پیش از قاعدگی می شود. به عبارت دیگر، تضعیف ذهنی سازی عاطفه محور، یکی از مکانیسم هایی است که از طریق آن ترومای کودکی بر سندرم پیش از قاعدگی تاثیر می گذارد. به طور مشابه، اثر غیرمستقیم استرس ادراک شده از طریق ذهنی سازی عاطفه محور بر سندرم پیش از قاعدگی نیز مثبت و معنادار بود ($\beta = ۰/۲۴۱$). این نتیجه حاکی از آن است که استرس ادراک شده نیز بخشی از تاثیر خود بر سندرم پیش از قاعدگی را از طریق کاهش توانایی ذهنی سازی عاطفه محور اعمال می کند.

اثرات کل: اثر کل ترومای کودکی بر سندرم پیش از قاعدگی، که مجموع اثر مستقیم و غیرمستقیم آن است، مثبت و معنادار به دست آمد ($\beta = ۰/۴۱۵$). این یافته تأکید می کند که ترومای کودکی یک عامل خطر مهم برای سندرم پیش از قاعدگی است و تأثیر آن هم به صورت مستقیم و هم از طریق متغیر میانجی ذهنی سازی عاطفه محور اعمال می شود. همچنین، اثر کل استرس ادراک شده بر سندرم پیش از قاعدگی نیز مثبت و معنادار بود ($\beta = ۰/۸۶۱$) که نشان می دهد استرس ادراک شده با در نظر گرفتن هر دو مسیر مستقیم و غیرمستقیم، تاثیر قوی و مثبتی بر تشدید علائم این سندرم دارد.

اثرات مستقیم: نتایج تحلیل مسیر نشان داد که مسیر مستقیم ترومای کودکی به ذهنی سازی عاطفه محور، منفی و معنادار است ($\beta = -۰/۲۱۵$). این بدان معناست که با افزایش تجربه های ترومای کودکی، سطح توانایی ذهنی سازی عاطفه محور به طور معناداری کاهش می یابد. همچنین مسیر مستقیم ترومای کودکی به سندرم پیش از قاعدگی، مثبت و معنادار بود ($\beta = ۰/۲۲۵$) که نشان می دهد افزایش ترومای کودکی به طور مستقیم با تشدید علائم سندرم پیش از قاعدگی همراه است. مسیر مستقیم استرس ادراک شده به ذهنی سازی عاطفه محور نیز منفی و معنادار بود ($\beta = -۰/۳۲۵$) که حاکی از آن است که سطوح بالاتر استرس ادراک شده، توانایی ذهنی سازی عاطفه محور را به طور قابل توجهی تضعیف می کند. علاوه بر این، مسیر مستقیم استرس ادراک شده به سندرم پیش از قاعدگی، مثبت و معنادار بود ($\beta = ۰/۶۲۰$) که بیانگر تأثیر مستقیم و افزایشی استرس ادراک شده بر علائم این سندرم است. در نهایت، مسیر مستقیم ذهنی سازی عاطفه محور به سندرم پیش از قاعدگی، منفی و معنادار بود ($\beta = -۰/۷۴۳$). این نتیجه نشان می دهد که ذهنی سازی عاطفه محور به عنوان یک متغیر میانجی، نقش محافظتی ایفا می کند و سطوح بالاتر آن با کاهش معنادار علائم سندرم پیش از قاعدگی همراه است.

اثرات غیرمستقیم: اثر غیرمستقیم ترومای کودکی از طریق ذهنی سازی عاطفه محور بر سندرم پیش از قاعدگی،

علاوه بر این، بررسی عوامل عصبی زیستی نشان می‌دهد قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا ممکن است به اختلال در تنظیم طولانی‌مدت نظام پاسخ به استرس منجر شود؛ اختلالی که می‌تواند در پاتوفیزیولوژی علائم پیش از قاعدگی نقش داشته باشد [۵۸].

در مجموع، با توجه به نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد ترومای کودکی می‌تواند اثرات گسترده‌ای بر سلامت و بهزیستی زندگی زنان برجای گذارد؛ از تأثیر بر زمان بلوغ گرفته تا افزایش شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی در بزرگسالی.

دیگر نتایج پژوهش، وجود رابطه مثبت و معنادار بین استرس ادراک‌شده و سندرم پیش از قاعدگی را نشان داد. همسو با این یافته‌ها، پژوهش‌های دیگر این رابطه را تأیید کرده‌اند [۱۷، ۱۸]. نتایج یک مطالعه نشان داد پاسخ نامتعادل دستگاه عصبی خودکار، به عبارتی پاسخ سمپاتیک بالاتر و پاراسمپاتیک پایین‌تر ممکن است به ناتوانی در مقابله با محرک‌های استرس‌زا منجر شود که می‌تواند یکی از عوامل خطر در بروز سندرم پیش از قاعدگی باشد [۵۹].

همچنین، یافته‌ها حاکی از آن است که سطوح بالای استرس بر سطوح مختلف هورمون‌ها اثر می‌گذارد و در نتیجه پارامترهای چرخه قاعدگی، از جمله عملکرد تخمک‌گذاری را به‌طور قابل توجهی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۶۰]. درواقع، استرس با مهار ترشح هورمون محرک فولیکول و هورمون لوتئینه‌کننده موجب اختلال در رشد فولیکول و تغییر درسنتز پروژسترون می‌شود. سایر هورمون‌های استرس مانند آدرنالین و کورتیزول، نیز بر سنتز پروستاگلندین و اتصال در عضله رحم تأثیر می‌گذارند که ممکن است نقش استرس را در دیسمنوره توضیح دهد [۶۱].

علاوه بر این، در طول چرخه قاعدگی، تغییرات هورمونی احتمالاً حساسیت فرد را به استرس افزایش می‌دهد و به‌ویژه در مرحله پیش از قاعدگی، با ایجاد واکنش شدیدتر به عوامل استرس‌زا، منجر به تشدید علائم این سندرم می‌شود [۳۵] و از آنجاکه استرس به‌عنوان عاملی مؤثر در نامنظم شدن چرخه‌های قاعدگی شناخته می‌شود، می‌تواند عملکرد قاعدگی را نیز تحت تأثیر قرار دهد [۶۲]. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد که استرس و سندرم پیش از قاعدگی اثرات دوجانبه و متقابلی بر هم دارند و به‌طور

در مجموع، مدل پژوهش از نقش میانجی ذهنی‌سازی عاطفه‌محور در رابطه بین ترومای کودکی و استرس ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی حمایت می‌کند. این یافته‌ها بر اهمیت توجه به توانایی‌های ذهنی‌سازی به‌عنوان یک مکانیسم محافظتی در برابر پیامدهای منفی ترومای کودکی و استرس ادراک‌شده تأکید دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی مدل معادلات ساختاری ترومای کودکی و استرس ادراک‌شده با سندرم پیش از قاعدگی، با نقش میانجی ذهنی‌سازی عاطفه‌محور بود. نتایج نشان داد، بین ترومای کودکی و سندرم پیش از قاعدگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همسو با این یافته، پژوهش‌های دیگر نیز ارتباط بین این دو متغیر را تأیید کرده‌اند [۱۴، ۱۶].

بر اساس نتایج مطالعه‌ای دیگر، انواع تجارب کودک‌آزاری به‌طور مثبت با اختلال پیش از قاعدگی همراه است و هر چه تعداد تجارب نامطلوب فرد در کودکی بیشتر باشد، احتمال ابتلای به این سندرم در بزرگسالی افزایش می‌یابد. همچنین، ارتباط بین تجارب کودک‌آزاری و اختلال پیش از قاعدگی در زنانی که دچار اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب یا افسردگی هستند و نیز در زنانی با سطح پایین‌تری از حمایت اجتماعی، قوی‌تر گزارش شده است [۱۵].

براساس یافته‌های پژوهشی، زنانی که سابقه سوءاستفاده عاطفی، جسمی یا جنسی دارند، علائم پیش از قاعدگی شدیدتری را تجربه می‌کنند و در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی قرار دارند [۲۵، ۲۶].

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به پارادایم تاریخچه زندگی اشاره کرد؛ براساس این رویکرد، تجربه تروماهای دوران کودکی بر فرایند رسش (پختگی) و زمان‌بندی بلوغ تأثیر می‌گذارد. در این چارچوب، این فرضیه مطرح می‌شود که عوامل استرس‌زای روانی - اجتماعی می‌توانند آغاز بلوغ را تسریع کرده یا به تعویق اندازند؛ امری که به ترتیب از نظریه شتاب روانی - اجتماعی^۱ و نظریه سرکوب استرس^۲ ناشی می‌شود [۵۷].

1 . Psychosocial Acceleration Theory
2 . Stress Suppression Theory

بین استرس، تنظیم هیجان و سندرم پیش از قاعدگی وجود دارد [۳۵-۳۷].

بر اساس نتایج مطالعه‌ای دیگر، راهبردهای تنظیم هیجان با خلق و خوی لحظه‌ای مطلوب‌تر در زنان مبتلا به اختلال دیسفوریای پیش از قاعدگی مرتبط است، اما به نظر نمی‌رسد از زنان مبتلا، در برابر بدتر شدن خلق و خوی قبل از قاعدگی محافظت کند [۶۵]. به طور خاص، زنان قبل از قاعدگی یا در فاز لوتئال پاسخ‌های قوی‌تری به عوامل استرس‌زا می‌دهند که ممکن است خطر بروز احساسات یا خلق و خوی منفی را افزایش داده، که نشان می‌دهد استرس ممکن است علائم سندرم پیش از قاعدگی را تشدید کند [۶۶]. علاوه بر این، در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی اختلال در عملکرد محور هیپوفیز - هیپوتالاموس - آدرنال، از جمله پاسخ‌دهی کورتیزول به استرس و تغییر فعالیت سیستم عصبی خودکار، مشاهده شده است که نشان‌دهنده کاهش توانایی مقابله با استرس است [۶۷].

در مجموع، استرس و تغییرات فیزیولوژیک پیش از قاعدگی اثرات متقابل و دو سویه‌ای بر یکدیگر دارند. در واقع زمانی که فرد استرسی را تجربه می‌کند، این استرس می‌تواند بر روی تنظیم هیجان فرد اثراتی گذاشته و در نهایت منجر به ایجاد و یا حتی تشدید علائم سندرم پیش از قاعدگی گردد و همچنین تغییرات فیزیولوژیک این دوره نیز پاسخ به استرس را تحت تأثیر می‌گذارد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ذهنی‌سازی عاطفه محور می‌تواند رابطه بین ترومای کودکی و استرس ادراک شده با سندرم پیش از قاعدگی را میانجی‌گری کند.

همانند دیگر پژوهش‌ها، مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و اجرای پژوهش در میان دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران، کرج و ارومیه که تعمیم به سایر جوامع و فرهنگ‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که متخصصان زنان و زایمان و روان‌شناسان بالینی در برخورد با افراد مبتلا به علائم سندرم پیش از قاعدگی، به جنبه‌های ارتباطی توجه ویژه داشته باشند تا ناخواسته موجب افزایش استرس در آن‌ها نشوند.

همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، متغیر ذهنی‌سازی عاطفه محور در جمعیت‌های بالینی بررسی شود تا مشخص شود که آیا ذهنی‌سازی عاطفه محور نقش

چشمگیری بر یکدیگر اثرگذار هستند. به طوری که استرس باعث تغییراتی در سطوح هورمون‌ها شده و بالعکس تغییرات هورمونی در دوران قاعدگی نیز حساسیت فرد را به استرس افزایش می‌دهد.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که ذهنی‌سازی عاطفه‌محور نقش میانجی در رابطه بین ترومای کودکی و سندرم پیش از قاعدگی ایفا می‌کند. بین ترومای کودکی با ذهنی‌سازی عاطفه‌محور و نیز ذهنی‌سازی عاطفه‌محور با سندرم پیش از قاعدگی، رابطه منفی و معناداری وجود داشت. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج پژوهش آزولای و همکاران [۲۶]، نشان داد قرار گرفتن در معرض آسیب‌های دوران کودکی منجر به افزایش شدت و فراوانی علائم سندرم پیش از قاعدگی می‌شود و دشواری در تنظیم هیجان‌ها نقش میانجی در این رابطه دارد.

بر اساس یافته‌های اخیر، ترومای دوران کودکی به طور قابل توجهی خطر اختلالات خلقی بعدی را در دوره‌های نوسان شدید هورمونی، از جمله پیش از قاعدگی، بارداری، پس از زایمان و قبل از یائسگی افزایش می‌دهد. تغییرات نوروبیولوژیکی ناشی از آسیب‌های اولیه بر تنظیم هیجان اثر می‌گذارد و به عنوان عاملی مستعدکننده، تشدیدکننده و تداوم‌دهنده حساسیت هورمونی و علائم روانی بعدی ظاهر می‌شود [۶۳]. در واقع، مواجهه زود هنگام با بدرفتاری می‌تواند مسیر رشد مغز، به ویژه مناطق و مدارهای مغزی درگیر در پاسخ به استرس و تنظیم هیجان را تغییر دهد [۶۴]؛ بنابراین، ترومای کودکی با تأثیر بر نوروبیولوژی مغز و اختلال در تنظیم هیجان، احتمال ابتلا به اختلالاتی همچون سندرم پیش از قاعدگی را فراهم می‌کند. در نهایت، ذهنی‌سازی عاطفه‌محور نقش میانجی را در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سندرم پیش از قاعدگی ایفا می‌کند.

همچنین، نتایج دیگر پژوهش نشان داد ذهنی‌سازی عاطفه‌محور بین استرس ادراک شده و سندرم پیش از قاعدگی نیز نقش میانجی ایفا می‌کند. به‌طور مشخص، استرس ادراک شده با ذهنی‌سازی عاطفه‌محور و ذهنی‌سازی عاطفه‌محور با سندرم پیش از قاعدگی رابطه منفی و معناداری دارد و استرس ادراک شده با سندرم پیش از قاعدگی رابطه مثبت و معناداری را نشان داد. همسو با این نتایج، دیگر پژوهش‌ها هم نشان می‌دهد رابطه معناداری

- 5- Erbil N, Yücesoy H. Premenstrual syndrome prevalence in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Health Med*. 2023; 28(5): 1347–57. doi:10.1080/13548506.2021.2013509
- 6- Fatemi M, Allahdadian M, Bahadorani M. Comparison of serum level of some trace elements and vitamin D between patients with premenstrual syndrome and normal controls: A cross-sectional study. *Int J Reprod Biomed*. 2019; 17(9): 647. doi:10.18502/ijrm.v17i9.5100
- 7- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2022. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- 8- Oates F. Trauma Informed Support and Supervision for Child Protection Professionals: A Model for Those Working with Children who Have Experienced Trauma, Abuse and Neglect and Their Families. Taylor & Francis; 2022. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003026006/trauma-informed-support-supervision-child-protection-professionals-fiona-oates>
- 9- Weiss H. The conceptualization of trauma in psychoanalysis: An introduction. *Int J Psychoanal*. 2021; 102(4): 755–64. doi:10.1080/00207578.2021.1932057
- 10- Britton R. Endogenous trauma and psychophobia. *Bull Br Psychol Soc*. 2005;41(3):5–16.
- 11- Bateman AW, Fonagy P. Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Pub; 2019. doi:10.1176/appi.books.9781615379019
- 12- Hosseini Langouri Sorkhi K, Khanjaani Z, Hashemi T. Structural Modeling of Borderline Personality Traits in Adolescents Based on Object Relations and Childhood Trauma: The Mediating Role of Mentalization Capacity. *Clinical Psychology and Personality*. 2024; 22(1): 213–32. doi:10.22070/CPAP.2024.18482.1450 [In Persian]
- 13- Fowler S. The relationship between traumatic events and psychological symptomatology and the moderating role of mentalization. 2016. Available from: <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/1440/>

میانجی بین ترومای دوران کودکی و استرس ادراک شده با سندرم پیش از قاعدگی را ایفا می‌کند یا خیر. افزون بر این، بررسی متغیرهایی مانند ذهنی سازی و تنظیم هیجان نیز به صورت جداگانه با پرسش‌نامه‌های مربوطه به عنوان متغیرهای میانجی بررسی شوند تا مشخص شود که آیا این دو متغیر به تنهایی نقش میانجی ایفا می‌کنند یا خیر.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در اجرای پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی رعایت شد. به این صورت که نحوه اجرا و شرایط شرکت در پژوهش برای افراد توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که شرکت در این مطالعه داوطلبانه بوده و محرمانگی اطلاعات رعایت خواهد شد.

حامی مالی

پژوهش حاضر بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی مؤسسه و سازمانی اجرا شد و هزینه‌های آن به صورت شخصی تأمین شده است.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

- 1- Şener Çetin N, Şolt Kırca A. The Effect of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Premenstrual Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *J Midwifery Womens Health*. 2023; 68(5): 604–10. doi:10.1111/jmwh.13530
- 2- Ryu A, Kim TH. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*. 2015; 82(4): 436–40. doi:10.1016/j.maturitas.2015.08.010
- 3- Shehadeh JH, Hamdan-Mansour AM. Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspect Psychiatr Care*. 2018; 54(2): 176–84. doi:10.1111/ppc.12219
- 4- Gao M, Zhang H, Gao Z, Cheng X, Sun Y, Qiao M, et al. Global and regional prevalence and burden for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A study protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2022; 101(1). doi:10.1097/MD.00000000000028528

- 23-Woods NF, Most A, Longenecker GD. Major life events, daily stressors, and perimenstrual symptoms. *Nurs Res.* 1985; 34(5): 263–7. doi:10.1097/00006199-198509000-00002
- 24-Dózsa-Juhász O, Makai A, Prémusz V, Ács P, Hock M. Investigation of premenstrual syndrome in connection with physical activity, perceived stress level, and mental status—a cross-sectional study. *Front Public Health.* 2023; 11. doi:10.3389/fpubh.2023.1223787
- 25-Nasiri F, Sharifi S, Mashhadi A, Sharp R. Premenstrual syndrome: The role of emotion regulation strategies and trait meta-mood. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy.* 2021; 1–12. doi:10.1007/s10942-021-00412-4
- 26-Azoulay M, Reuveni I, Dan R, Goelman G, Segman R, Kalla C, et al. Childhood trauma and premenstrual symptoms: The role of emotion regulation. *Child Abuse Negl.* 2020; 108:104637. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104637
- 27-Gruhn MA, Compas BE. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl.* 2020; 103: 104446. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104446
- 28-Lavi I, Katz LF, Ozer EJ, Gross JJ. Emotion reactivity and regulation in maltreated children: A meta-analysis. *Child Dev.* 2019; 90(5): 1503–24. doi:10.1111/cdev.13272
- 29-Urquijo I, Borrajo E, Gonzalez-Santamaria X, Alcaraz S. Antecedents of perceived stress in trail runners: Do emotion regulation and negative self-talk matter? *Int J Sport Exerc Psychol.* 2023; 1–16. doi:10.1080/1612197X.2023.2242938
- 30-Mahmoudi S, Firoozabadi A, Hosseini SR, Rasoolzadeh Tabatabaei SK, Shamsaei M. Investigating the Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Depression, Anxiety and Stress of Adolescents. *Clinical Psychology and Personality [Internet].* 2024; 22(2): 65–78. Available from: https://cpap.shahed.ac.ir/article_4412.html
[In Persian]
- 14-Ito K, Doi S, Isumi A, Fujiwara T. Association between childhood maltreatment history and premenstrual syndrome. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(2): 781. doi:10.3390/ijerph18020781
- 15-Yang Q, Þórðardóttir EB, Hauksdóttir A, Aspelund T, Jakobsdóttir J, Halldorsdóttir T, et al. Association between adverse childhood experiences and premenstrual disorders: A cross-sectional analysis of 11,973 women. *BMC Med.* 2022; 20(1): 60. doi:10.1186/s12916-022-02275-7
- 16-Morishita C, Inoue T, Honyashiki M, Ono M, Iwata Y, Tanabe H, et al. Roles of childhood maltreatment, personality traits, and life stress in the prediction of severe premenstrual symptoms. *Biopsychosoc Med.* 2022; 16(1): 11. doi:10.1186/s13030-022-00240-7
- 17-Yi SJ, Kim M, Park I. Investigating influencing factors on premenstrual syndrome (PMS) among female college students. *BMC Womens Health.* 2023; 23(1): 1–9. doi:10.1186/s12905-023-02752-y
- 18-Alshdaifat E, Absy N, Sindiani A, AlOsta N, Hijazi H, Amarin Z, et al. Premenstrual Syndrome and Its Association with Perceived Stress: The Experience of Medical Students in Jordan. *Int J Womens Health.* 2022; 777–85. doi:10.2147/IJWH.S361964
- 19-Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983; 385–96. doi:10.2307/2136404
- 20-Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Jeong BR, Hwang JH, Chae JH. Perceived Stress, Positive Resources and Their Interactions as Possible Related Factors for Depressive Symptoms. *Psychiatry Investig.* 2021 Jan; 18(1): 59–68. doi:10.30773/pi.2020.0208
- 21-Lu S, Wei F, Li G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress.* 2021; 5(6): 76–85. doi:10.15698/cst2021.06.250
- 22-Perkonig A, Yonkers KA, Pfister H, Lieb R, Wittchen HU. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: The role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65(10): 1314–22. doi:10.4088/JCP.v65n1004

- 39-Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Press; 2005
- 40-Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994; 151(8): 1132–6. doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- 41-Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(2): 169–90. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- 42-Essien EA, Attoe OR, Anake GA, Uwah EE, Aigbomian EJ, Eleazu FI, et al. The childhood trauma questionnaire: Validity, reliability and factor structure among adolescents in Calabar, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*. 2018; 27(3): 252–9. doi:10.4103/1115-2613.278787
- 43-Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(4): 275–82. Available from: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-en.html> [In Persian]
- 44-Stauder A, Konkoly Thege B. Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 2006; 7(3): 203–16. doi:10.1556/Mental.7.2006.3.4
- 45-Cohen S. Perceived stress in a probability sample of the United States. 1988. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1988-98838>
- 46-Maroufizadeh S, Zareiyan A, Sigari N. Reliability and validity of Persian version of perceived stress scale (PSS-10) in adults with asthma. *Arch Iran Med* [Internet]. 2014; 17 (5): 361–5. Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:6089835>
- 47-Greenberg DM, Kolasi J, Hegsted CP, Berkowitz Y, Jurist EL. Mentalized affectivity: A new model and assessment of emotion regulation. *PLoS One*. 2017; 12(10): e0185264. doi:10.1371/journal.pone.0185264
- 31-Jurist E. Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*. 2005; 22(3): 44-426. doi:10.1037/0736-9735.22.3.426
- 32-Jurist E. Minding emotions: Cultivating mentalization in psychotherapy. Guilford Publications; 2018. Available from: https://www.guilford.com/books/Minding-Emotions/Elliot-Jurist/9781462542918?srsltid=AfmBOopNnyoy6gQofTLdAAvIb6PTKFh7CX6vQg35ppjB1_Xa-RT18vMR
- 33-Schwarzer NH, Nolte T, Fonagy P, Gengelmaier S. Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *Int Forum Psychoanal*. 2021;30(1):34-45. doi:10.1080/0803706X.2021.1873418
- 34-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. *Scand J Psychol*. 2021; 62(3): 312–20. doi:10.1111/sjop.12717
- 35-Liu Q, Wang Y, Van Heck CH, Qiao W. Stress reactivity and emotion in premenstrual syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;1597–602. doi:10.2147/NDT.S132001
- 36-Lee SH, Song JA, Hur MH. Effect of emotional labor and stress on premenstrual syndrome among hospital nurses. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2016; 22(1): 61–70. doi:10.4069/kjwhn.2016.22.1.61
- 37-Shabani M, Khalatbari J. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on emotion regulation difficulties and psychological well-being in premenstrual syndrome. *Health Psychology*. 2019; 8(29): 134–52. doi:10.30473/hpj.2019.38051.3847 [In Persian]
- 38-Branecka-Woźniak D, Cymbaluk-Płoska A, Kurzawa R. The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life-a myth or a fact? *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022; 26(2): 598-609. Available from: <https://ppm.pum.edu.pl/docstore/download/@PUM571d4bf9610f4b0ca731f75973f9538d/Eur%20Rev%20Med%20Pharmacol%20Sci%202022,%20598-609,%20CC-BY-NC-ND.pdf>

- 56-Wakatsuki Y, Inoue T, Hashimoto N, Fujimura Y, Masuya J, Ichiki M, et al. Influence of childhood maltreatment, adulthood stressful life events, and affective temperaments on premenstrual mental symptoms of nonclinical adult volunteers. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020; 1–10. doi:10.2147/NDT.S232925
- 57-Ellis BJ. Timing of pubertal maturation in girls: An integrated life history approach. *Psychol Bull*. 2004; 130(6): 920. doi:10.1037/0033-2909.130.6.920
- 58-Hou L, Huang Y, Zhou R. Premenstrual syndrome is associated with altered cortisol awakening response. *Stress*. 2019; 22(6): 640–6. doi:10.1080/10253890.2019.1608943
- 59-Meng Y, Chang L, Hou L, Zhou R. Menstrual attitude and social cognitive stress influence autonomic nervous system in women with premenstrual syndrome. *Stress*. 2022; 25(1): 87–96. doi:10.1080/10253890.2021.2024163
- 60-Schliep KC, Mumford SL, Vladutiu CJ, Ahrens KA, Perkins NJ, Sjaarda LA, et al. Perceived stress, reproductive hormones, and ovulatory function: A prospective cohort study. *Epidemiology*. 2015; 26(2): 84-177. doi:10.1097/EDE.0000000000000238
- 61-Ansong E, Arhin SK, Cai Y, Xu X, Wu X. Menstrual characteristics, disorders and associated risk factors among female international students in Zhejiang Province, China: A cross-sectional survey. *BMC Womens Health*. 2019; 19(1): 1–10. doi:10.1186/s12905-019-0730-5
- 62-Dhawan A, Hernole J. Effect of perceived pandemic stress and sleep variation on menstrual cycle occurrence, its severity and premenstrual syndrome: A cross sectional study. *J Womens Health Dev*. 2020; 3(4): 437–45. doi:10.26502/fjwhd.2644-28840052
- 63-Tonon AC, Ramos-Lima LF, Kuhathasan N, Frey B N. Early life trauma, emotion dysregulation and hormonal sensitivity across female reproductive life events. *Curr Psychiatry Rep*. 2024; 26(10): 530-542. doi:10.1007/s11920-024-01527-y
- 48-Greenberg DM, Rudenstine S, Alaluf R, Jurist EL. Development and validation of the Brief-Mentalized Affectivity Scale: Evidence from cross-sectional online data and an urban community-based mental health clinic. *J Clin Psychol*. 2021; 77(11): 2638–52. doi:10.1002/jclp.23203
- 49-Hakak SM, Azadfallah P, Farahan H. Assessing the Psychometric Properties of the Persian Version of Brief-mentalized Affectivity Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(1): 78–93. doi:10.32598/ijpcp.29.1.3960.2 [In Persian]
- 50-Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*. 2003; 6: 203–9. doi:10.1007/s00737-003-0018-4
- 51-Pacitti F, Iorio C, Riccobono G, Iannitelli A, Pompili A. Assessment of premenstrual symptoms: Validation of the Italian version of the premenstrual symptoms screening Tool. *Riv Psichiatr*. 2021; 56(5): 246–53. Available from: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3681/articoli/36672/>
- 52-Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Siah Bazi S, Saki Malehi A, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): A validation study. *Arch Womens Ment Health*. 2013; 16: 531–7. doi:10.1007/s00737-013-0375-6
- 53-Franke G, Sarstedt M. Heuristics versus statistics in discriminant validity testing: A comparison of four procedures. *Internet Res*. 2019; 29(3): 430–47. doi:10.1108/IntR-12-2017-0515
- 54-Hair JF, Ringle CM, Sarstedt M. PLS-SEM: Indeed a silver bullet. *J Mark Theory Pract*. 2011; 19(2): 139–52. doi:10.2753/MTP1069-6679190202
- 55-Wetzels M, Odekerken-Schröder G, Van Oppen C. Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS Q*. 2009; (33(1):177-95. doi:10.2307/20650284

- 66-Kirschbaum C, Kudielka B M, Gaab J, Schommer NC, Hellhammer DH. Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Psychosom Med*. 1999; 61(2): 62-154.
doi:10.1097/00006842-199903000-00006
- 67-Klatzkin, RR, Lindgren ME, Forneris CA, Girdler SS. Histories of major depression and premenstrual dysphoric disorder: Evidence for phenotypic differences. *Biological psychology*. 2010; 84(2): 47-235.
doi:10.1016/j.biopsycho.2010.01.018
- 64-Samson JA, Newkirk TR, Teicher MH. Practitioner Review: Neurobiological consequences of childhood maltreatment—clinical and therapeutic implications for practitioners. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024; 65(3): 369-380.
doi:10.1111/jcpp.13883
- 65-Nayman S, Beddig T, Reinhard I, Kuehner C. Effects of cognitive emotion regulation strategies on mood and cortisol in daily life in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychol Med*. 2023; 53(11): 5342–52.
doi:10.1017/S0033291722002495

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش عاطفه منفی و نوسان خلق زنان در دوره یائسگی

نویسندگان

مژگان آگاه‌هریس^{۱*}، لیلا حیدری^۲، عزت‌اله کریم‌زاد^۳، مهدیه رحمانیان^۴

۱. دانشجویار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران. (نویسنده مسئول)

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران.

Leyla.heydari9421@gmail.com

۳. استاد روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران. kordmirza@pnu.ac.ir

۴. دانشجویار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران. m.rahmanian@pnu.ac.ir

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر کاهش عاطفه منفی و نوسانات خلقی در زنان یائسه انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان یائسه مراجعه‌کننده به شبکه بهداشت منطقه ۴ تهران بود. از میان داوطلبان واجد شرایط، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵۱/۳ سال بود. گروه آزمایش در هشت جلسه آموزش گروهی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس شرکت کرد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های عاطفه منفی و نوسانات خلقی بود که در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس موجب کاهش معنادار عاطفه منفی و نوسانات خلقی در گروه آزمایش نسبت به کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد ($P < 0.05$). میانگین عاطفه منفی در گروه آزمایش از ۳۸/۲ در مرحله پیش‌آزمون به ۲۹/۹ در پس‌آزمون و ۲۹/۲ در مرحله پیگیری کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد. همچنین، میانگین نوسانات خلقی در گروه آزمایش از ۵۰/۰ به ۴۱/۶ و سپس ۴۱/۰ کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل توجهی دیده نشد. اثر مداخله در دوره پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار باقی ماند.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر برای بهبود عاطفه منفی و نوسانات خلقی زنان یائسه مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود این رویکرد در برنامه‌های ارتقای سلامت روان زنان در دوره یائسگی مورد توجه قرار گیرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۳/۰۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۹/۲۰



کلیدواژه‌ها

ذهن آگاهی، استرس، عاطفه منفی، نوسان خلق، دوره یائسگی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

m_agah@pnu.ac.ir

مقدمه

یائسگی یکی از مراحل طبیعی زندگی زنان است که معمولاً در میانسالی رخ می‌دهد و با قطع دائمی قاعدگی مشخص می‌شود. بر اساس مطالعات، زنان بخش قابل توجهی از عمر خود را در این مرحله سپری می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که در تمام دنیا حدود ۱/۱ میلیارد نفر در سال ۲۰۲۵ م دوران یائسگی خود را سپری می‌کنند [۱]. مطالعات نشان داده است که بیشتر زنان در دوران یائسگی علائم شدیدی را تجربه می‌کنند که این علائم ممکن است منجر به بروز اختلالات خلقی و رفتاری، اختلالات خواب، افسردگی، اختلال در عملکرد جنسی و همچنین رفتارهای همراه با تنش شود. در برخی موارد، شدت این مشکلات به حدی است که فرد با اختلال در روابط اجتماعی، خانوادگی و حتی ویژگی‌های شخصیتی مواجه می‌شود [۲]. شارما در پژوهش خود گزارش کرده است که وضعیت خلقی زنان در دوران پیش‌یائسگی نسبت به دوران پس‌یائسگی مطلوب‌تر و با ثبات بیشتری همراه است [۳]. همچنین، تمپل و همکاران در مطالعه‌ای رابطه بین دوران یائسگی و شیوع اختلالات خلقی را مورد تأیید قرار داده‌اند [۴].

یکی از عوامل مؤثر بر سلامت و کیفیت زندگی زنان مبتلا به یائسگی، خلق منفی است. بسیاری از زنان گزارش می‌کنند که تجربه‌های اضطراب‌آور ناشی از تغییرات هورمونی در دوره یائسگی، منجر به بروز هیجان‌های منفی و خلق منفی در آینده می‌شود [۵]. خلق منفی به مجموعه باورها و نگرش‌هایی اشاره دارد که فرد نسبت به توانایی خود در مدیریت، کاهش یا پایان دادن به حالات هیجانی و خلق منفی از طریق تلاش‌های درون‌فردی دارد [۶]. از ویژگی‌های بارز خلق منفی می‌توان به افسردگی، اضطراب و استرس اشاره کرد. افسردگی، به عنوان یک اختلال عاطفی، با عواطف منفی پایدار و جهت‌گیری به گذشته مشخص می‌شود. در مقابل، اضطراب واکنش هیجانی در برابر تهدیدات ادراک‌شده و معطوف به آینده است که این تهدیدات می‌تواند شامل خطر، فقدان حمایت و یا محرک‌های ناشناخته باشد. وجود افسردگی و اضطراب که متأثر از خلق منفی است، می‌تواند به اختلال جدی در جریان زندگی و عملکرد فرد منجر گردد. همچنین استرس شدید، به عنوان یکی از جنبه‌های مهم خلق منفی، نقش

قابل توجهی در مختل کردن روند درمانی و کاهش اثربخشی مداخلات درمانی دارد [۷]. یکی از درمان‌های مؤثر بر کاهش خلق منفی، مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس است. این رویکرد، شامل تمرین‌های آرام‌سازی و تمرین‌های مرتبط با ارتباط میان رفتار، افکار و احساسات است [۸]. تمامی تمرین‌های ارائه‌شده در مداخله‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، توجه به وضعیت بدنی و محیط پیرامونی در لحظه حال را تسهیل می‌کنند و بر شکل‌گیری مهارت توجه و پذیرش با رویکرد اینجا و اکنون و بدون قضاوت تأکید دارند. انجام این مداخلات موجب بهبود سطح خلق منفی (از جمله کاهش استرس و اضطراب) و افزایش سلامت عمومی افراد می‌شود [۹].

دوران یائسگی، همانند سایر مراحل تحولات زیستی همچون بلوغ و بارداری، با مجموعه‌ای از چالش‌ها و مسائل خاص برای زنان همراه است. هرچند زنان در این مرحله اغلب به دلیل تجربیات زندگی و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای، قادر به مدیریت بسیاری از پیامدهای دوران یائسگی هستند، با این حال، بخش قابل توجهی از زنان در این دوران با علائم شدید اختلالات روان‌شناختی مواجه می‌شوند. این علائم می‌تواند شامل اختلالات خلقی، رفتارهای پرتنش، افسردگی، نوسانات خلقی و حتی شکل‌گیری واکنش‌های تهاجمی باشد. موارد حاد این اختلالات، به ویژه زمانی که مزمن و کنترل‌نشده باقی بمانند، موجب گسست قابل ملاحظه‌ای در روابط اجتماعی، خانوادگی و فردی می‌گردد [۱۰]. مطالعات انجام‌شده توسط ییلماز و همکاران [۱۱] و نیز بروزان و همکاران [۱۲] نشان می‌دهد که نوسانات خلقی متعاقب یائسگی تأثیرات قابل توجهی بر وضعیت روانی و هیجانی زنان دارد و این تغییرات با افزایش شیوع اختلالات خلقی از جمله افسردگی و دشواری در سازگاری اجتماعی و ارتباطی همراه است. نوسانات خلقی که به عنوان یکی از ابعاد ویژگی‌های شخصیتی در افراد سالم نیز مطرح می‌شود، شامل تغییرات مکرر، ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی در وضعیت عاطفی فرد است؛ این تغییر خلق می‌تواند شامل انتقال آنی از ناراحتی به شادی، از اضطراب به آرامش یا از سرور به غم عمیق باشد. گرچه نوسانات خلقی به طور رسمی جزو طبقه‌بندی

اختلالات روان‌پزشکی قرار نمی‌گیرند، اما شواهد علمی نشان می‌دهد که این پدیده با بروز اختلالات عمده‌ای نظیر افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلالات اضطرابی ارتباط دارد [۷].

روش

مطالعه حاضر با رویکرد نیمه‌آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان یائسه مراجعه کننده به شبکه بهداشت منطقه ۴ شهر تهران بود. با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر معادل ۰/۳۶، سطح معناداری (α) برابر با ۰/۰۵ و توان آزمون معادل ۰/۹۵، تعداد ۳۰ نفر از این جامعه به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب گردیدند. نمونه انتخاب‌شده به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص یافت تا اعتبار داخلی مطالعه حفظ شود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: قرار داشتن در دوره یائسگی، کسب نمره بالاتر از نقطه برش تعیین‌شده در شاخص‌های عاطفه منفی و نوسانات خلقی (بر اساس غربالگری اولیه)، دریافت نکردن هرگونه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس طی سه ماه اخیر، داشتن پرونده سلامت و حداقل یک‌بار مراجعه به مرکز بهداشت شماره ۴ تهران در سال گذشته. معیارهای خروج نیز شامل ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی یا روان‌پزشکی شدید، مصرف داروهای روانپزشکی یا هورمونی و تجربه سوگ (فوت یکی از بستگان درجه یک) در شش ماه اخیر، غیبت یا انصراف از شرکت در فرایند پژوهش و یا تکمیل نشدن پرسش‌نامه‌ها در هر یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون یا پیگیری بود.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه عاطفه منفی: این ابزار توسط واتسون و همکاران [۱۵] طراحی شده و شامل ۱۰ گویه است که براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=خیلی کم تا ۵=خیلی زیاد) نمره‌دهی می‌شود. امتیاز کل مقیاس بین ۱۰ تا ۵۰ متغیر است؛ کسب نمره بالاتر بیانگر سطوح بالاتر عاطفه منفی است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات

خارجی (آلفای کرونباخ ۰/۷۰) مطالعات ایرانی (آلفای کرونباخ ۰/۷۷) تأیید شده است. همچنین، روایی همگرا و واگرایی آن توسط بخشی و همکاران مناسب گزارش شده، و ضریب پایایی آن در مطالعه حاضر معادل ۰/۷۳ به دست آمد [۱۶].

پرسش‌نامه نوسانات خلقی: این ابزار ۱۵ گویه‌ای توسط جانسون و همکاران تدوین و به منظور سنجش میزان نوسانات خلقی، بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس شاخصی از شدت بیشتر نوسانات خلقی است. نسخه اصلی پرسش‌نامه از روایی سازه و روایی همگرای مناسب و نیز همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی و ۰/۸۹ برای کل مقیاس) برخوردار است. پایایی بازآزمایی ابزار نیز در مطالعات اولیه تأیید شده است [۱۷]. نسخه فارسی این پرسش‌نامه روایی صوری و محتوایی مناسب و پایایی مطلوب (آلفای کرونباخ ۰/۸۸) در جمعیت ایرانی داشته است [۱۸]. مداخله براساس پروتکل باون و همکاران [۱۹] شامل هشت جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ای یک‌بار و به شکل گروهی در گروه آزمایش برگزار شد. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. ساختار و محتوای جلسات آموزشی در جدول شماره ۱ تشریح شده است. پس از انتخاب نمونه و پیش‌آزمون، مداخله آموزشی با تأکید بر آموزش اصلاح سبک زندگی آغاز شد؛ در این راستا، مرکز اجرای پژوهش از نظر فضا و تجهیزات آموزشی کاملاً مجهز بود. کلیه شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌ها را به صورت گروهی و بدون محدودیت زمانی در سه مرحله: پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بعد از مداخله تکمیل نمودند. آموزش‌ها توسط روان‌شناس بالینی دارای مدرک کارشناسی ارشد و تجربه تخصصی در حوزه مداخلات روان‌شناختی ارائه شد. ارزیابی مرحله پیگیری سه ماه پس از اتمام جلسات مداخله با هدف بررسی پایداری و ماندگاری اثربخشی مداخله انجام شد. تمامی مراحل پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی و حفظ محرمانگی اطلاعات و پس از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت گرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس پروتکل باون و همکاران

جلسات	شرح جلسه
۱	معرفی شرکت‌کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها، تکلیف خانگی حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها
۲	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه. بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع. تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته. تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره
۳	تمرین دیدن و شنیدن، مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند
۴	مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار) که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود (بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن آگاه. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند
۵	انجام مدیتیشن نشسته، ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
۶	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ارایه تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ پذیرش احساسات به عنوان احساس. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
۷	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خود چیست؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.
۸	اسکن؛ مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته‌اید؛ تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ بحث در مورد روش‌های کنارآمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن‌شان را ادامه دهند.

جدول شماره ۲. فراوانی تحصیلات افراد گروه

آزمایش و کنترل

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
تحصیلات	دیپلم	۱۱	۳۶/۶
	کارشناسی	۱۵	۵۰
	کارشناسی‌ارشد	۴	۱۳/۴

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش شامل دو گروه آزمایش و کنترل بودند که از نظر سن، تحصیلات و سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن‌سازی شده‌اند. بر اساس نتایج، ۳۶/۶ درصد شرکت‌کنندگان دارای مدرک دیپلم، ۵۰ درصد کارشناسی و ۱۳/۴ درصد کارشناسی ارشد بودند (جدول شماره ۲).

پس از مداخله و در مرحله پیگیری، کاهش معناداری در هر دو متغیر مشاهده شد؛ در حالی که در گروه کنترل، تغییرات اندک و فاقد معناداری آماری بود.

در جدول شماره ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات عاطفه منفی و نوسان خلق برای سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است. نتایج حاکی از آن است که در گروه آزمایش،

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات عاطفه منفی و نوسان خلق در گروه‌های آزمایش و کنترل طی سه مرحله

متغیر	گروه	پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پیگیری (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
عاطفه منفی	آزمایش	۲/۶۲ $\pm$ ۲/۳۸	۲/۶۰ $\pm$ ۹۳/۲۹	۲/۷۴ $\pm$ ۶/۳۰
	کنترل	۲/۰۰ $\pm$ ۳۸	۲/۵۸ $\pm$ ۶/۳۷	۲/۲۳ $\pm$ ۸۶/۳۷
نوسان خلق	آزمایش	۳/۷۹ $\pm$ ۵۰	۴/۷۹ $\pm$ ۶/۴۱	۴/۲۵ $\pm$ ۴/۴۲
	کنترل	۴/۷۲ $\pm$ ۴۸	۳۵/۵ $\pm$ ۰۶/۴۷	۰۸/۵ $\pm$ ۸/۴۶

جدول شماره ۴. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای

متغیر	گروه	مرحله	آماره K-S	سطح معناداری (p)	نتیجه آزمون نرمال بودن
عاطفه منفی	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۱۲۸	۰/۱۲۸	نرمال است
		پس‌آزمون	۰/۱۶۲	۰/۱۷۷	نرمال است
		پیگیری	۰/۱۴۰	۰/۱۸۱	نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۱۷۸	۰/۰۹۶	نرمال است
		پس‌آزمون	۰/۱۴۷	۰/۲۰۰	نرمال است
		پیگیری	۰/۱۳۵	۰/۱۱۴	نرمال است
نوسان خلق	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	نرمال است
		پس‌آزمون	۰/۱۳۰	۰/۲۰۰	نرمال است
		پیگیری	۰/۱۵۰	۰/۱۹۶	نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۱۷۲	۰/۱۲۵	نرمال است
		پس‌آزمون	۰/۱۴۷	۰/۲۰۰	نرمال است
		پیگیری	۰/۱۲۰	۰/۱۸۵	نرمال است

در تحلیل داده‌ها توجه‌پذیر است. براساس نتایج جدول ۵، اثر متقابل گروه و زمان برای هر دو متغیر عاطفه منفی و نوسان خلق معنادار بود؛ ($p < 0.05$) بنابراین، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس منجر به کاهش معنادار عاطفه منفی و نوسان خلق در گروه آزمایش شد و این اثر در مرحله پیگیری تداوم یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد.

به منظور انتخاب آزمون‌های آماری مناسب، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها در هر مرحله (پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری) برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. مطابق نتایج جدول ۴، در تمامی موارد سطح معناداری (p-value) بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد؛ بنابراین توزیع داده‌ها برای هر متغیر نرمال ارزیابی شد و استفاده از آزمون‌های پارامتریک

جدول شماره ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای عاطفه منفی و نوسان خلق

متغیر	اثر اصلی گروه	مجموع توان مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معناداری (p)	اندازه اثر (Eta Squared)
عاطفه منفی	بین گروه	۴۴۰/۸۳۳	۱	۴۴۰/۸۳۳	۶۵/۴۷۰	۰.۰۰۱	۰.۷۰
نوسان خلق	بین گروه	۲۲۴/۱۳۳	۱	۲۲۴/۱۳۳	۸/۶۸۶	۰.۰۰۶	۰.۲۴
خطا (عاطفه منفی)		۱۸۸/۵۳۳	۲۸	۶/۷۳۳			
خطا (نوسان خلق)		۷۲۲/۵۳۳	۲۸	۲۵/۸۰۵			

تغییرات هورمونی، به ویژه برهم کنش میان استروژن، سروتونین قرار دارند. اختلال در تعادل این انتقال‌دهنده‌ها می‌تواند منجر به کاهش ظرفیت تنظیم هیجان و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات خلقی و اضطرابی شود [۹، ۱۳]. افزون بر این، استرس‌های روانی - اجتماعی همزمان با این دوره (همانند بازنشستگی، فقدان نقش مادری، یا سوگ) می‌توانند نقش مضاعفی در تشدید عواطف منفی و ناپایداری هیجانی ایفا نمایند [۱۰، ۱۲].

مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) به عنوان یک رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد با تمرکز بر پذیرش بی‌قید و شرط تجارب درونی و بیرونی، بهبود حضور ذهن در لحظه اکنون و اجتناب کردن یا قضاوت‌گری نسبت به هیجانات منفی را هدف قرار می‌دهد. شرکت‌کنندگان با فراگیری راهبردهای ذهن‌آگاهی، آگاهی بدنی و هیجانی خود را افزایش داده و در برابر رویدادهای فشارزا، خودتنظیمی هیجانی مطلوب‌تری اتخاذ می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که این فرایند می‌تواند با کاهش فرسودگی شناختی، واکنش‌پذیری هیجانی و نشخوار منفی، منجر به احساس خودپذیری، سازگاری و واقع‌گرایی افزون‌تر شود و سطح کلی سلامت روان را بهبود بخشد [۸، ۱۰].

در تبیین اثر تعدیلی MBSR بر نوسانات خلقی نیز باید اظهار داشت که تغییرات خلق به دنبال تغییرات زیستی (نظیر کاهش استروژن)، افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی و عوامل رفتاری - اجتماعی تشدید می‌شود. شرکت در جلسات MBSR موجب می‌شود افراد نسبت به فرآیند رخداد هیجان و تغییرات خلقی آگاه‌تر شوند و از چرخه‌های منفی اجتناب و سرکوب هیجان‌ها فاصله گیرند. همچنین این مداخله با بهبود کیفیت خواب، کاهش اضطراب و کاهش

بر این اساس، آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس منجر به کاهش معنادار عاطفه منفی و نوسان خلق در زنان یائسه شد. همچنین، اثربخشی این مداخله نه تنها در پس‌آزمون، بلکه در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر کاهش عاطفه منفی و نوسانات خلقی در زنان یائسه انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که شرکت در جلسات آموزشی MBSR منجر به کاهش معنادار عاطفه منفی و ناپایداری خلق در گروه آزمایش شد. یافته‌های مذکور با نتایج تحقیقات پیشین هم‌راستا است [۸-۱۰] و بر نقش تنظیمی تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود شاخص‌های سلامت روان زنان در دوره یائسگی تأکید دارد. در تبیین این یافته‌ها باید به این نکته اشاره کرد که دوره یائسگی به عنوان یک گذار زیستی - روانی، زنان را در معرض طیفی از تغییرات فیزیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی قرار می‌دهد. این دوره با کاهش تدریجی سطوح استروژن و پروژسترون همراه بوده و نه تنها فرآیند باروری را متوقف می‌سازد بلکه پیامدهای متعددی از جمله افزایش فراوانی تجربه عواطف منفی، بی‌ثباتی خلقی، اختلالات خواب، احساسات فقدان، تغییرات تصویر بدنی، مشکلات زناشویی و تنش‌های بین‌فردی را نیز در پی دارد [۱۲]. با توجه به روند رو به رشد امید به زندگی زنان و طولانی‌تر شدن دوره پس از یائسگی، اهمیت ارائه مداخلات هدفمند برای ارتقای کیفیت زندگی این جمعیت دوچندان می‌شود. عاطفه منفی و نوسانات خلق به شدت تحت‌تأثیر

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان یا نهادی دریافت نکرده است و به‌صورت مستقل انجام شده است.

سپاسگزاری

پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از مسئولان و کارکنان شبکه بهداشت منطقه ۴ تهران به‌خاطر همکاری در اجرای این طرح و نیز از تمامی زنان شرکت‌کننده که با صبر و همکاری خود امکان اجرای پژوهش را فراهم کردند، اعلام می‌دارند. همچنین، از استادان راهنما و مشاور که با راهنمایی‌های علمی و سازنده خود در تمامی مراحل پژوهش یاری‌رسان بودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- 1- Cuvadar A, Aksoy B, Ozturk C, Taylan G. The Impact of Cardiac Pacemaker Education Provided to Women During Menopause on Quality of Life: A Randomized Controlled Study. *International Journal of Caring Sciences*. 2024; 17(1): 413-25. <https://www.proquest.com/docview/3025294544?pq->
- 2- Mendoza-Huertas L, Mendoza N, Godoy-Izquierdo D. Impact of violence against women on quality of life and menopause-related disorders. *Maturitas*. 2024; 180:107899. doi:10.1016/j.maturitas.2023.107899
- 3- Sharma A, Davies R, Kapoor A, Islam H, Webber L, Jayasena CN. The effect of hormone replacement therapy on cognition and mood. *Clinical Endocrinology*. 2023; 98(3): 285-95. doi:10.1111/cen.14856
- 4- Temple S, Hogervorst E, Witcomb GL. Differences in menopausal quality of life, body appreciation, and body dissatisfaction between women at high and low risk of an eating disorder. *Brain and Behavior*. 2024; 14(7): e3609. doi:10.1002/brb3.3609
- 5- Soares CN. Menopause and mood: the role of estrogen in midlife depression and beyond. *Psychiatric Clinics*. 2023; 46(3): 463-73. doi:10.1016/j.psc.2023.04.004
- 6- Shea AK, Wolfman W, Fortier M, Soares CN. Guideline no. 422c: menopause: mood, sleep, and cognition. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2021; 43(11): 1316-23. e1. doi: 10.1016/j.jogc.2021.08.009

نشانه‌های افسردگی، عوامل نقش‌آفرین در ناپایداری خلق، می‌تواند ثبات هیجانی بیشتری برای زنان یائسه فراهم آورد [۹، ۱۲]. بر همین اساس، یافته‌های پژوهش حاضر بر اثربخشی قابل توجه آموزش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری زنان یائسه، و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنان دلالت دارد.

از منظر نظری، ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با ایجاد فاصله شناختی نسبت به افکار و احساسات منفی، تسهیل فرآیند پذیرش و تمرکز بر تجربیات درونی و پرورش نگرش غیرقضاوتی نسبت به خود و محیط، مسیر مؤثری برای مقابله با چالش‌های روانی، کاهش نشانه‌های خلقی منفی و پیشگیری از مزمن شدن این علائم در جمعیت زنان یائسه فراهم می‌سازد. با توجه به نقش کلیدی کیفیت زندگی در این دوره و شیوع بالای اختلالات عاطفی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی و به‌کارگیری چنین مداخلاتی در سطوح مختلف درمان و پیشگیری مورد توجه متخصصان سلامت قرار گیرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است؛ از جمله حجم نسبتاً کم نمونه که تعمیم نتایج را محدود می‌کند. همچنین، نمونه‌گیری در یک منطقه خاص شهری (تهران) انجام شده و اتکاء به ابزار خودگزارشی می‌تواند سوگیری پاسخ‌دهی را به دنبال داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از حجم نمونه بالاتر، روش‌های نمونه‌گیری تصادفی‌تر و تنوع جغرافیایی بیشتر استفاده شود. همچنین، به‌کارگیری ابزارهای سنجش عینی و بالینی در کنار پرسش‌نامه‌های خودگزارشی و مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی با سایر رویکردهای روان‌درمانی می‌تواند به غنای یافته‌ها کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت کامل اصول اخلاقی و با کد اخلاقی IR.PNU.REC.1403.254 در دانشگاه پیام نور تأیید شده است. کلیه شرکت‌کنندگان پس از توضیح کامل اهداف پژوهش، فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. همچنین محرمانه بودن اطلاعات آنان، اختیار خروج در هر مرحله و اصل رازداری پژوهش رعایت شد.

- 13-Wen J, Wang W, Liu K, Sun X, Zhou J, Hu H, et al. The psychological side of menopause: evidence from the comorbidity network of menopausal, anxiety, and depressive symptoms. *Menopause*. 2024; 10.1097. doi:10.1097/GME.0000000000002406
- 14-Reisel D, Crockett C, Glynne S, Kamal A, Newson L. Prevalence of Cognitive and Mood-Related Symptoms in a Large Cohort of Perimenopausal and Menopausal Women. *BJPsych Open*. 2024; 10(S1): S204-S5. doi:10.1192/2024.497
- 15-Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 1988 Jun; 54(6): 1063. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- 16-Bakhshi A, Daemi F, Ajilchi B. Psychometric properties of the Positive and Negative Affect Scales in an Iranian sample. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)*. 2009; 5(20): 343-350. Available from: <https://sid.ir/paper/101276/en> **[In Persian]**
- 17-Johnson, S. L., Carver, C. S., & Fulford, D. Goal dysregulation in the affective disorders. 2010. <https://psycnet.apa.org/record/2009-21674-009>
- 18-Sadeghi Jamal, Jalalian Zahra Sadat, Bagheri Saghar, Mosheghar Marzieh, Mousavinejad Meysam, & Rashidpour Roya. The role of self-control and interpersonal sensitivity in mood swings in suicide survivors . 2024. <https://sid.ir/paper/1363814/en> **[In Persian]**
- 19-Bowen S, Vieten C. A compassionate approach to the treatment of addictive behaviors: The contributions of Alan Marlatt to the field of mindfulness-based interventions. *Addiction Research & Theory*. 2012; 20(3): 243-9. doi:10.3109/16066359.2011.647132
- 7- Liu Q, Huang Z, Xu P. Effects of hormone replacement therapy on mood and sleep quality in menopausal women. *World Journal of Psychiatry*. 2024; 14(7): 1087. doi:10.5498/wjp.v14.i7.1087
- 8- Pop AL, Nasui BA, Bors RG, Penes ON, Prada AG, Clotea E, et al. The current strategy in hormonal and non-hormonal therapies in menopause—a comprehensive review. *Life*. 2023; 13(3): 649. doi:10.3390/life13030649
- 9- Merlino L, D'Ovidio G, Matys V, Piccioni MG, Porpora MG, Senatori R, et al. Therapeutic choices for genitourinary syndrome of menopause (GSM) in breast cancer survivors: a systematic review and update. *Pharmaceuticals*. 2023; 16(4): 550. <https://doi.org/10.3390/ph16040550>
- 10-Feng P, Lin L, Wang Y, Chen L, Min J, Xie Y, et al. Impacts of menopause hormone therapy on mood disorders among postmenopausal women. *Climacteric*. 2022; 25(6): 579-85. doi:10.1080/13697137.2022.2026915
- 11-Yılmaz S, Arslan I, Yengil Taci D. The effect of physical activity and depressive mood on menopausal symptoms in postmenopausal women. *International journal of clinical practice*. 2021; 75(7): e14247. doi:10.1111/ijcp.14247
- 12-Borozan S, Kamrul-Hasan ABM, Pappachan JM. Hormone replacement therapy for menopausal mood swings and sleep quality: The current evidence. *World Journal of Psychiatry*. 2024; 14(10): 1605. doi: 10.5498/wjp.v14.i10.1605

اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه در معلمان

نویسندگان

فاطمه الماسی^۱، امید شکری^{۲*}، آزاده صادقی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. 

Fatemehalmasi1375@gmail.com

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

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. 

Azisadeghi27@gmail.com

چکیده

مقدمه: اثرات مثبت روابط معلم - دانش‌آموز به طور گسترده‌ای مستند شده است. با این حال، مطالعات کمتری به بررسی تعیین گره‌های روابط معلم - دانش‌آموز پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با هدف تحلیل مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان - به مثابه یکی از تعیین گره‌های احتمالی روابط معلم - دانش‌آموز که نقش آن کمتر بررسی شده است، انجام شد.

روش: در این پژوهش همبستگی، ۳۳۶ معلم (۲۳۳ زن و ۱۰۳ مرد) که به صورت در دسترس انتخاب شدند، به مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان (ویرات و همکاران، ۲۰۲۰م) و پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی - نسخه معلم - (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷م)، پاسخ دادند.

نتایج: نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که مدل اندازه‌گیری مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان از پنج عامل تشکیل شده است: فداکاری، حساسیت، احساسات مهرورزانه، مراقبت‌گری و همدلی. همچنین، نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد چندگانه دوستی مشفقانه با وجوه سرمایه روان‌شناختی شامل (خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی) از روایی همگرای مقیاس حمایت کردند. در نهایت، ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌ها به ترتیب برای فداکاری، حساسیت، احساسات مهرورزانه، مراقبت‌گری و همدلی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۴، ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۶ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: به طور کلی، نتایج این پژوهش از یک سو با تأکید بر ماهیت چندوجهی سازه دوستی مشفقانه، از بنیان نظری آن در میان معلمان حمایت می‌کند و از دیگر سوی، همبسته بودن این سازه مکنون با ابعاد سرمایه روانی معلمان نشان می‌دهد که غنایافتگی سرمایه روان‌شناختی معلمان می‌تواند یکی از همبسته‌های بااهمیت دوستی مشفقانه - به مثابه تعیین‌گری فردی برای تحقق به اخلاق حرفه‌ای در معلمان، باشد.

کلیدواژه‌ها

دوستی مشفقانه، روایی، پایایی، رابطه معلم - دانش‌آموز، احساسات مهرورزانه.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

o_shokri@sbu.ac.ir

مقدمه

در سال‌های اخیر، پژوهشگران حوزه تربیتی با الهام از رویکرد نوپدید آموزش و پرورش مثبت، کوشیده‌اند با توسعه مفاهیمی مانند «معلم مثبت»^۱ [۱] و «خودکارآمدی ادراک شده معلمان برای آموزش اخلاقی»^۲ [۲]، به بررسی نقش تعیین‌کننده بافت رابطه معلم - دانش آموز بپردازند. بررسی شواهد تجربی نشان می‌دهد، تأکید بر وجوه همدلانه، مراقبت‌نگر و تعهدمحور رابطه معلم - دانش آموز و نیز تغذیه نیمرخ مشخصه‌های انگیزشی، هیجانی - اجتماعی یادگیرندگان در کاهش رفتارهای بازدارنده سبک زندگی تحصیلی سلامت محور آن‌ها مانند تلاش‌گریزی، خودناتوان‌سازی و اهمال‌کاری، مؤثر است [۳، ۴، ۵، ۶]. با وجود دیدگاه‌های نظری متفاوت درباره رابطه معلم - دانش آموز، نظریه دلبستگی، به مثابه یک چهارچوب نظری بنیادین برای توصیف پیوند میان ایمنی هیجانی در بافت رابطه با معلم و افزایش اشتیاق یادگیرندگان برای مشارکت فعال و برخورداری از نگرشی همدلانه و نوع‌دوستانه به کار گرفته می‌شود [۷، ۸، ۹]. البته، گروهی دیگر از پژوهشگران، بر همدلی و مشارکت‌مندی هیجانی معلمان به مثابه یک زیرساخت اساسی توسعه‌دهنده تجارب ایمن در رابطه معلم - دانش آموز، تأکید داشته‌اند [۱۰، ۱۱].

با الهام از آموزه‌های نظریه دلبستگی، دوستی مشفقانه^۳ در بستر ارتباطی، با ایجاد انگیزه کافی برای رفتارهای مراقبت‌نگر، نوع‌دوستانه و مهرورزانه، موجب ارتقای بهزیستی دیگری (کودک) می‌شود [۱۲]. بر این اساس، موافق با شواهد مختلف، تحلیل خصیصه انسانی دوستی مشفقانه در قلمروهای متعددی همچون روابط والد-کودک [۱۳ و ۱۴]، روابط عاشقانه [۱۵]، رهبری [۱۶] و نیز در راستای تأکید پژوهشگران تربیتی، در بافت رابطه معلم - دانش آموز، با تأسی از مبانی مفهومی نظریه دلبستگی، در اولویت قرار می‌گیرد. طبق دیدگاه اسپرچر و فهر [۱۷] دوستی مشفقانه بیانگر نگرشی نسبت به دیگری اعم از نزدیک یا دور یا کل بشریت است و شامل «احساسات، شناخت‌ها و رفتارهایی معطوف بر مراقبت‌گری، نگرانی، حساسیت و جهت‌گیری به

سوی حمایت‌گری، کمک‌کنندگی و درک دیگری» می‌شود؛ به ویژه وقتی که دیگری در رنج است و بیش از پیش، احساس نیاز می‌کند. بر اساس دیدگاه آندروود^۴ [۱۸] مؤلفه هیجانی دوستی مشفقانه، این مفهوم را از نوع دوستی و شفقت، متمایز می‌کند. امان^۵ [۱۹] نیز خاطرنشان می‌سازد که دوستی مشفقانه از شفقت صرف نسبت به دیگرانی که آسیب دیده‌اند، متفاوت است. آندروود [۱۶] یادآوری می‌کند که دوستی مشفقانه بیانگر حالتی است که اساساً بر نیکی کردن به دیگران^۶، متمرکز است. علاوه بر این، دوستی مشفقانه از همدلی، پایاتر است و فقط به روابط چهره به چهره، محدود نمی‌شود [۱۵].

مرور مبانی نظری و شواهد تجربی مربوط به دوستی مشفقانه بیانگر آن است که مؤلفه‌های اساسی شکل‌دهنده به بدنه معنایی سازه دوستی مشفقانه شامل: ارزش‌گذاری برای دیگران در سطحی بنیادین^۷ (باور راسخ به ارزشمندی دیگری به عنوان یک اصل راهبر)، آزادگذاری انتخاب برای دیگری^۸ (باورمندی به حق انتخاب آزاد برای دیگری)، فهم شناختی دقیق از خود، دیگری و موقعیت^۹، پاسخ‌دهی از صمیم قلب^{۱۰} (پاسخ‌دهی با تمام وجود) و گشودگی و پذیرا بودن^{۱۱} (پذیرش) است [۲۰]. بر این اساس، پژوهشگران با تأکید بر ماهیت چندوجهی دوستی مشفقانه، یادآوری کردند که این سازه در سطحی کلی، شامل: اعتماد، صداقت، مراقبت‌گری، درک و حمایت و در سطحی اختصاصی‌تر با ویژگی‌هایی مانند همدردی، حساسیت، ازخودگذشتگی و فداکاری، مشخص می‌شود [۲۱]. به بیان دیگر، موافق با پیشنهاد پژوهشگران، دوستی مشفقانه بیانگر انگیزش عملگری (کنشگری) از نظر اجتماعی قابل قبول و مغایر با علایق خودخواهانه^{۱۲} است. از این منظر، دوستی مشفقانه دربردارنده انگیزشی درونی برای مراقبت‌گری از دیگری است [۱۶]. مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که

4. Underwood.
5. Oman.
6. Good of the Other.
7. Valuing the other at a Fundamental Level.
8. Free Choice for the Other .
9. Accurate Cognitive Understanding of the Other, Oneself, and the Situation.
10. Response of the Heart.
11. Openness and Receptivity.
12. Egotistical Interests.

1. Positive Teacher.
2. Teacher Efficacy for Moral Education.
3. Companionate Love.

به دست آمد.

مرور شواهد پژوهشی مختلف نشان داد که مفهوم دوستی مشفقانه نه فقط در پیش‌بینی کنش‌وری حرفه‌ای معلمان که حتی در توضیح تلاش‌های پیشرفت‌مدارانه یادگیرندگان نیز مؤثر است [۱۰]. موافق با دیگر پژوهشگران تربیتی علاقه‌مند به رویکرد آموزش و پرورش مثبت، تلاش برای آموختن مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، فرصتی مغتنم برای واریسی سهم تفسیری این سازه در تصریح همبسته‌های حیات حرفه‌ای معلمان و زندگی تحصیلی یادگیرندگان، فراهم خواهد آورد؛ بنابراین، این پژوهش با هدف تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، انجام شد. بی‌شک، تلاش محققان این پژوهش برای آگاهی از مشخصه‌های فنی روایی و پایایی مقیاس دوستی مشفقانه، در افزایش روایی بیرونی^۴ مقیاس مزبور نقشی انکارنشدنی دارد. بر این اساس، این پژوهش در صدد پاسخ به این پرسش است که آیا نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه در معلمان از مشخصه‌های فنی روایی و پایایی برخوردار است؟

روش

نوع پژوهش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۳۶ معلم [۲۳۳ زن با میانگین سنی ۵۶/۴۱ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۱۰ (در دامنه سنی ۲۲ تا ۶۰) و ۱۰۳ مرد با میانگین سنی ۷۷/۳۸ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۵۸ (در دامنه ۲۰ تا ۶۰ سال)] بودند، که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به لینک پاسخ به پرسش‌های بسته سنجش پاسخ دادند. در این نمونه، ۱۸ معلم (۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۱۳ معلم (۴ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۱۵۳ معلم (۴۶ درصد) دارای مدرک کارشناسی، ۱۳۵ معلم (۴۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و در نهایت، ۱۷ معلم (۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی دکتری، بودند. بر اساس منطق پیشنهادی کلان [۲۶]، با توجه به اهمیت تناسب تعداد ماده‌های ابزار سنجش با تعداد مشارکت‌کنندگان، در

پژوهشگران مختلف کوشیده‌اند با تأکید بر ویژگی‌های کنشی مفهوم دوستی مشفقانه از رابطه معلم - دانش‌آموز حمایت کنند. با توجه به وجه انگیزشی تمایل‌مندی به دوستی مشفقانه و تأکید بر وجه خودمختار انگیزشی^۱ آن، در مقایسه با وجه کنترل شده انگیزشی^۲ مرتبط با آن، شواهد مختلف نشان داده‌اند که اولویت‌گذاری معلمان برای دوستی مشفقانه در بافت رابطه با یادگیرندگان، تأثیر مثبتی در ارتقای اشتیاق‌مندی و تعهد حرفه‌ای آن‌ها و افزایش بهزیستی کاری در معلمان دارد [۴].

متعاقب اطلاع از اهمیت توسعه مقیاس دوستی مشفقانه [۱۵]، تحلیل روشمند ویژگی‌های فنی، روایی و پایایی آن و نیز توسعه نسخه‌های زبانی مختلف این مقیاس توسط محققان مختلف، در اولویت قرار گرفت [۲۴، ۲۳، ۲۲]. نخستین بار اسپرچر و فهر [۱۵] مقیاس دوستی مشفقانه را با ۲۱ ماده توسعه دادند. در پژوهش اسپرچر و فهر [۱۵] نتایج روایی سازه مقیاس دوستی مشفقانه با استفاده از روش عامل‌یابی تحلیل مؤلفه‌های اصلی از ساختار تک‌عاملی مقیاس حمایت کرد. در مطالعات دیگری، همبستگی بین نمره کلی این مقیاس با پاسخ‌های رفتاری، هیجانی و شناختی نسبت به آشفتگی شریک عاطفی [۲۳]، مراقبت‌گری مثبت در شرایط بیماری آلزایمر شریک عاطفی [۲۵]، پایان دادن آگاهانه به یک رابطه عاشقانه [۱۳]، سبک‌های دلبستگی گرایش‌محور و غیراجتناب‌نگر [۱۳]، نگرانی‌های همدلانه [۱۵]، رفتارهای برخوردار از مقبولیت اجتماعی [۱۶] و انگیزش خودمختار معلم [۴]، شواهد مضاعفی در دفاع از روایی سازه مقیاس دوستی مشفقانه فراهم آورده است. در پژوهش ویرات و همکاران [۴]، نخستین بار نسخه فرانسوی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان^۳ با تأکید بر دوستی نزدیک معلمان با یادگیرندگان توسعه یافت. در پژوهش ویرات و همکاران [۴] نتایج روش آماری تحلیل عاملی اکتشافی، از ساختار دوعاملی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان (حساسیت و ازخودگذشتگی) به طور تجربی حمایت کرد. در پژوهش ویرات و همکاران [۴] ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های حساسیت و ازخودگذشتگی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹

1. Autonomous Motivation.

2. Controlled Motivation.

3. Compassionate Love Scale for Teachers.

4. External Validity.

با ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۶ و ۰/۷۰ به دست آمد. در این پژوهش، ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۸ و ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان^۶ [۴]، ویرات و همکاران [۴]، به منظور سنجش دوستی مشفقانه در معلمان، نسخه فرانسوی مقیاس مزبور را طراحی کردند. مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان دارای ۲۱ ماده است و مشارکت‌کنندگان به هر ماده بر روی یک طیف هفت درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه درباره من صدق نمی‌کند) تا ۷ (کاملاً درباره من صدق می‌کند) پاسخ می‌دهند. در پژوهش ویرات و همکاران [۴]، نتایج روش آماری تحلیل عاملی اکتشافی از ساختار دوعاملی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان شامل حساسیت و ازخودگذشتگی، به طور تجربی حمایت کرد. در پژوهش ویرات و همکاران [۴] ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های حساسیت و ازخودگذشتگی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ به دست آمد. در این پژوهش، ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های فداکاری، حساسیت، احساسات مهرورزانه، مراقبت‌گری و همدلی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۴، ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۶ به دست آمد.

در این مطالعه، برای آماده‌سازی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان از روش ترجمه مجدد^۷ استفاده شد. بنابراین، به منظور استفاده از نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، نسخه انگلیسی آن برای نمونه معلمان ایرانی به زبان فارسی ترجمه شد. برای این منظور، با هدف حفظ هم‌ارزی زبانی و مفهومی، نسخه فارسی به کمک یک فرد دوزبانه دیگر به انگلیسی برگردانده شدند. در ادامه، دو مترجم درباره تفاوت موجود بین نسخه‌های انگلیسی بحث کردند و از طریق «فرایند مرور مکرر»^۸ این تفاوت‌ها به حداقل ممکن کاهش یافت. بر این اساس، هم‌معنایی نسخه ترجمه شده با نسخه اصلی به دقت بررسی شد.

در این مطالعه، تحلیل داده‌ها بر پایه نظریه کلاسیک تست انجام شد. ابقا یا حذف مواد نسخه فارسی مقیاس

این پژوهش، برای استفاده از روش آماری تحلیل مؤلفه‌های اصلی، از قاعده ۱۶ به ۱ استفاده شد. به بیان دیگر، به ازای هر ماده مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، تعداد ۱۶ مشارکت‌کننده انتخاب شدند. در این پژوهش، در مرحله غربالگری داده‌ها، هیچ یک از مشارکت‌کنندگان حذف نشدند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی^۱ [۲۶]. این پرسش‌نامه نخستین بار توسط لوتانز و همکاران [۲۵] با هدف اندازه‌گیری سرمایه روانی افراد طراحی شد. در این پژوهش، موافق با مطالعه شکری و همکاران [۲۷] از پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی نسخه ویژه معلمان، استفاده شد. در پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی - نسخه ویژه معلمان - موافق با نسخه اصلی آن، مشارکت‌کنندگان به ۲۴ ماده ابزار روی یک طیف شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) پاسخ می‌دهند. در این پرسش‌نامه، هر شش ماده، به یکی از چهار مقیاس خودکارآمدی^۲، امید^۳، تاب‌آوری^۴ و خوش‌بینی^۵ مربوط می‌شود. نتایج مطالعات مختلف از ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی در نمونه‌های مختلف حمایت کرده‌اند [۲۵ و ۲۶]. در پژوهش شکری و همکاران [۲۶] نتایج تحلیل عاملی تأییدی پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی - نسخه ویژه معلمان، نشان داد که در دو گروه جنسی، نسخه چهار عاملی پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی شامل خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی است و پس از ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای برخی زوج ماده‌ها، با داده‌ها برازش مطلوبی داشت. همچنین، نتایج تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی، از تغییرناپذیری بین‌گروهی ساختار عاملی، بارهای عاملی، مقادیر خطا و واریانس‌ها و کواریانس‌های بین‌عاملی پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی در معلمان زن و مرد، به طور تجربی، حمایت کرد. در پژوهش شکری و همکاران [۲۶] مقادیر ضرایب همسانی درونی عامل‌های خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب برابر

1. Psychological Capital Questionnaire.
2. Self-Efficacy.
3. Hope.
4. Resilience.
5. Optimism.

6. Compassionate Love Scale for Teachers.
7. Back Translation.
8. Iterative Review Process.

دوستی مشفقانه برای معلمان برای نمونه معلمان ایرانی به اتکای مشخصه‌های آماری تحلیل عاملی صورت گرفت. در این پژوهش، با رجوع به منطق استدلال استقرایی و با استفاده از روش عامل‌یابی تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، توصیف شد.

نتایج

در این پژوهش، قبل از انجام هر تحلیلی روی ساختار کلی پرسش‌نامه دوستی مشفقانه، تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی ماده‌های آزمون انجام شد (جدول ۱). در این بخش، آماره‌های کجی، کشیدگی، میانگین، انحراف استاندارد، مجذور ضریب همبستگی چندگانه و ضریب همبستگی نمره هر ماده با نمره کل پرسش‌نامه، گزارش شدند (جدول ۱). نتایج نشان داد که بین همه ماده‌ها با

نمره کلی پرسش‌نامه، همبستگی مثبت وجود دارد. در این بخش، قبل از انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی، اندازه شاخص کفایت نمونه‌برداری کایزر، میر و الکین محاسبه و برابر با $0/87$ و آزمون کرویت بارتلست $[p < 0/001]$ χ^2 به دست آمد که نشان می‌دهد، نمونه و ماتریس همبستگی برای این تحلیل مناسب بودند. به بیان دیگر، نتایج در این بخش نشان داد که ماتریس همبستگی به عامل‌های مختلف قابل تفکیک است. در این پژوهش، با فرض همبسته بودن عامل‌ها با یکدیگر، از روش چرخش اولیمین استفاده شد. به بیان دیگر، برای تعیین مناسب‌ترین عامل‌ها، با در نظر گرفتن نمودار صخره‌ای، ارزش‌های ویژه و درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل، عامل‌های ذکر شده با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش اولیمین استخراج شدند (جدول ۲).

جدول ۱. خلاصه نتایج ماده‌های پرسش‌نامه دوستی مشفقانه - نسخه معلم

ماده‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	مجذور ضریب همبستگی چندگانه	ضریب همبستگی ماده با نمره کل پرسش‌نامه
۱. وقتی می‌بینم یکی از شاگردانم ناراحت است، احساس می‌کنم که باید در کنارش باشم.	۶/۲۱	۱/۰۸	-۰/۱۹	۰/۲۰	۰/۳۷	۰/۵۴
۲. زمان زیادی را به اندیشیدن درباره نیک‌زستی شاگردانم اختصاص می‌دهم.	۵/۹۶	۱/۱۰	-۰/۲۹	۰/۸۸	۰/۳۸	۰/۵۳
۳. وقتی متوجه می‌شوم که یکی از شاگردانم روزهای سختی را می‌گذراند، به شدت نسبت به او احساس شفقت و دلسوزی دارم.	۶/۳۸	۰/۸۸	-۰/۰۲	۰/۴۵	۰/۴۰	۰/۵۴
۴. برایم آسان است که درد و لذتی را که شاگردانم تجربه می‌کنند، احساس کنم.	۵/۶۸	۱/۵۰	-۰/۴۶	۰/۶۸	۰/۳۳	۰/۴۶
۵. اگر یکی از شاگردانم به کمک نیاز داشته باشد، همکاری را برای کمک به او انجام می‌دهم.	۶/۱۳	۰/۹۲	-۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۵۰	۰/۵۰
۶. احساس می‌کنم نسبت به دانش‌آموزانم دوستی و محبت دلسوزانه و مهربانانه زیادی دارم.	۶/۲۵	۱/۰۹	-۰/۲۱	۰/۸۵	۰/۵۴	۰/۵۴
۷. ترجیح می‌دهم خودم رنج بکشم تا اینکه نظاره‌گر رنج دانش‌آموزانم باشم.	۵/۳۱	۱/۴۵	-۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۶۲	۰/۶۷
۸. اگر فرصتی پیش آید، حاضرم فداکاری کنم تا دانش‌آموزانم به اهداف‌شان دست یابند.	۵/۸۵	۱/۰۹	-۰/۲۳	۰/۷۲	۰/۵۱	۰/۶۲
۹. دوست دارم نسبت به شاگردانم احساس شفقت و مهربانی داشته باشم.	۶/۴۲	۰/۸۵	-۰/۶۹	۰/۴۶	۰/۵۳	۰/۶۳
۱۰. کمک کردن به دانش‌آموزانم یکی از کارهایی است که بیشترین معنا را به زندگی من می‌دهد.	۶/۲۹	۰/۹۴	-۰/۲۳	۰/۳۱	۰/۵۱	۰/۶۳

ادامه جدول ۱. خلاصه نتایج ماده‌های پرسش‌نامه دوستی مشفقانه - نسخه معلم

ماده‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	مجذور ضریب همبستگی چندگانه	ضریب همبستگی ماده با نمره کل پرسش‌نامه
۱۱. ترجیح می‌دهم در فعالیت‌هایی مشارکت کنم که به دانش‌آموزانم کمک کند تا به خودم.	۵/۷۹	۱/۱۹	-۰/۳۹	۰/۵۶	۰/۵۵	۰/۶۴
۱۲. وقتی که به نظر می‌آید یکی از شاگردانم نیازمند کمک است، اغلب نسبت به او احساساتی لطیف و مهرورزانه دارم.	۶/۲۵	۰/۸۹	-۰/۸۳	۰/۶۸	۰/۵۰	۰/۵۸
۱۳. نسبت به شاگردانم احساس مراقبت‌گری فداکارانه دارم.	۵/۹۷	۱/۰۶	-۰/۵۷	۰/۷۸	۰/۶۰	۰/۶۶
۱۴. شاگردانم را می‌پذیرم حتی زمانی که کارهایی را انجام می‌دهند که فکر می‌کنم اشتباه هستند.	۵/۷۷	۱/۲۴	-۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۴۳	۰/۵۲
۱۵. اگر یکی از شاگردانم با مشکلی روبرو شود، اغلب با او خیلی مهربانم و به شدت از او مراقبت می‌کنم.	۵/۹۶	۱/۰۱	-۰/۳۲	۰/۸۳	۰/۵۷	۰/۶۱
۱۶. بیشتر می‌کوشم دانش‌آموزانم را بفهمم تا اینکه آنها را قضاوت کنم.	۶/۱۲	۰/۹۹	-۰/۵۲	۰/۳۲	۰/۵۳	۰/۵۲
۱۷. سعی می‌کنم وقتی دانش‌آموزانم دچار مشکل می‌شوند خودم را جای آنها بگذارم.	۶/۰۸	۱/۰۲	-۰/۵۳	۰/۳۸	۰/۴۵	۰/۵۶
۱۸. وقتی می‌بینم یکی از دانش‌آموزانم خوشحال است، احساس شادمانی می‌کنم.	۶/۵۷	۰/۷۱	-۰/۱۰	۰/۳۹	۰/۴۸	۰/۵۲
۱۹. دانش‌آموزانم می‌توانند در نظر داشته باشند که اگر به من نیاز داشتند، در کنارشان خواهم بود.	۶/۲۱	۰/۹۸	-۰/۵۷	۰/۱۲	۰/۵۷	۰/۶۸
۲۰. می‌خواهم زمانی را با دانش‌آموزانم سپری کنم تا بتوانم راه‌هایی را برای کمک به غنی و پرمایه کردن زندگی آنها پیدا کنم.	۵/۹۱	۱/۱۵	-۰/۶۰	۰/۷۸	۰/۴۳	۰/۶۰
۲۱. مهم‌ترین آرزویم این است که با دانش‌آموزانم مهربان و خوش‌رفتار باشم.	۶/۱۵	۱/۱۸	-۰/۱۷	۰/۰۷	۰/۳۲	۰/۴۵

جدول ۲. مشخصه‌های آماری پرسش‌نامه دوستی مشفقانه با اجرای روش PC برای ساختار پنج‌عاملی در نمونه معلمان

عامل	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد تبیین واریانس تراکمی
فداکاری	۸/۴۱	۱۴/۵۳	۱۴/۵۳
حساسیت	۱/۳۹	۱۲/۵۹	۲۷/۱۲
احساسات مهرورزانه	۱/۱۶	۱۲/۳۸	۳۹/۵۰
مراقبت‌گری	۱/۰۷	۱۱/۵۳	۵۱/۰۳
همدلی	۱/۰۲	۱۱/۰۸	۶۲/۱۱

این پژوهش، مقادیر ضرایب همسانی درونی مؤلفه‌های پنج‌گانه، بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۰ به دست آمدند که طبق دیدگاه بریس و همکاران [۲۸]، مطلوب ارزیابی می‌شوند.

در این بخش، با هدف تعیین روایی همگرایی پرسش‌نامه دوستی مشفقانه، ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های این پرسش‌نامه را با وجوه سرمایه روان‌شناختی، گزارش شد. جدول ۴، نتایج مربوط به همبستگی بین مؤلفه‌های پرسش‌نامه دوستی مشفقانه را با ابعاد سرمایه روان‌شناختی شامل خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی نشان می‌دهد. در این بخش، نتایج نشان داد که همبستگی مثبت بین وجوه مختلف پرسش‌نامه دوستی مشفقانه با مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی شامل خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی، به طور تجربی، شواهدی در دفاع روایی همگرایی این ابزار فراهم آورد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقادیر بارهای عاملی متغیرها برای عامل فداکاری بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۶، برای عامل حساسیت، بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۲، برای عامل احساسات مهرورزانه، بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۶، برای عامل مراقبت‌گری، بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۸ و در نهایت، برای عامل همدلی، بین ۰/۴۴ تا ۰/۷۷ به دست آمد. بنابراین، بر اساس منطق پیشنهادی میرز و همکاران [۲۷] مقدار بار عاملی هر یک از متغیرها ذیل عامل‌های مختلف، از مقدار حداقلی ۰/۳۰ بیشتر بودند. بر این اساس، هیچ یک از متغیرها، حذف نشدند. علاوه بر این، در جدول ۳، طبق دیدگاه بریس، کمپ و اسنیلگار [۲۹] از آنجا که جز برای یک متغیر (ماده ۱)، برای دیگر متغیرها، مقدار واریانس توضیح داده شده به وسیله عامل‌های استخراج شده بیشتر از مقدار ۰/۵۰ است؛ بنابراین، هیچ یک از متغیرها حذف نمی‌شوند. در نهایت، در

جدول ۳. مقادیر بار عاملی، اشتراکات و ضرایب همسانی درونی به تفکیک عامل‌ها

عامل	ماده	بار عاملی	اشتراک	مقدار آلفا
فداکاری	۷	۰/۷۶۱	۰/۷۵۹	۰/۸۰
	۸	۰/۷۵۸	۰/۶۵۱	
	۱۱	۰/۷۲۱	۰/۶۹۶	
حساسیت	۴	۰/۷۱۸	۰/۵۶۷	۰/۷۴
	۲	۰/۶۳۳	۰/۵۸	
	۳	۰/۶۱۳	۰/۶۱۵	
	۱	۰/۵۳۲	۰/۴۵۵	
	۵	۰/۵۱۰	۰/۵۵۳	
احساسات مهرورزانه	۱۲	۰/۷۶	۰/۷۰۵	۰/۸۰
	۱۳	۰/۵۸۳	۰/۷۲۴	
	۹	۰/۵۷۹	۰/۷۰۶	
	۶	۰/۵۵۵	۰/۶۲۱	
مراقبت‌گری	۱۶	۰/۷۶۸	۰/۷۲۹	۰/۷۶
	۱۴	۰/۷۰۸	۰/۶۱۷	
	۱۵	۰/۶۴۵	۰/۷۸۶	
	۱۷	۰/۴۸۴	۰/۵۲۴	
همدلی	۱۸	۰/۸۱۵	۰/۷۶۵	۰/۷۶
	۲۱	۰/۵۰۹	۰/۴۳۹	
	۱۹	۰/۴۷۱	۰/۵۹۱	
	۱۰	۰/۳۹۲	۰/۵۰	
	۲۰	۰/۳۳۴	۰/۴۵۱	

جدول ۴. ضرایب همبستگی ابعاد پرسش‌نامه دوستی مشفقانه با ابعاد سرمایه روان‌شناختی

خوش‌بینی	تاب‌آوری	امید	خودکارآمدی	
۰/۳۴**	۰/۲۸**	۰/۴۵**	۰/۳۱**	فداکاری
۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۴۳**	۰/۳۲**	حساسیت
۰/۳۳**	۰/۲۱**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	احساسات‌مهرورزانه
۰/۳۳**	۰/۲۵**	۰/۴۴**	۰/۳۵**	مراقبت‌گری
۰/۴۰**	۰/۲۸**	۰/۵۱**	۰/۳۷**	همدلی

**P<۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی ساختار عاملی و مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان انجام شد. نتایج روش آماری تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که ساختار عاملی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان ایرانی از پنج عامل فداکاری، حساسیت، احساسات‌مهرورزانه، مراقبت‌گری و همدلی تشکیل شده است. علاوه بر این، نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد دوستی مشفقانه با وجوه چندگانه سرمایه روان‌شناختی در معلمان شامل خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی، شواهد مضاعفی را در دفاع از روایی همگرای مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان فراهم آورد. ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های چندگانه نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، قابل قبول به دست آمد.

این پژوهش موافق با مطالعات دیگری مانند ویرات [۲۹]، ویرات و همکاران [۵]، ویرات و همکاران [۴]، چیسو و همکاران [۱۰]، اسپرچر و فهر [۱۵]، نتو و منزس^۱ [۳۰]، هوانگ و همکاران [۳۱] و شین و جیم [۲۲] با هدف تحلیل روان‌سنجی مقیاس دوستی مشفقانه انجام شد. نتایج مطالعات مختلف از سهم تفسیری مفهوم دوستی مشفقانه در قلمروهایی متفاوتی مانند روابط والد - کودک [۱۲ و ۱۱]، روابط عاشقانه [۱۵] و رهبری [۱۴]، حمایت کرده‌اند. بنابراین، همسو با تأکید دیگر پژوهشگران تربیتی، رصد ظرفیت‌های تبیینی سازه چندوجهی دوستی مشفقانه در متن رابطه معلم - دانش‌آموز، در نمونه‌ای از معلمان ایرانی

در اولویت قرار گرفت. نتایج روایی سازه مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان ایرانی، با رجوع به منطق رویکردی استقرایی و به کمک روش عامل‌یابی تحلیل مؤلفه‌های اصلی، از مدلی مشتمل بر پنج زیرقلمرو مفهومی فداکاری، حساسیت، احساسات‌مهرورزانه، مراقبت‌گری و همدلی، به طور تجربی حمایت کرد. در این بخش، نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات ویرات و همکاران [۴]، اسپرچر و فهر [۱۵] و شین و جیم [۲۲] ناهمسو بود. نتایج این پژوهش همسو با مدل‌های نظری زیربنایی سازه دوستی مشفقانه شامل بیشترین زیرقلمروهای مفهومی چندگانه بر فداکاری، حساسیت، احساسات‌مهرورزانه، مراقبت‌گری و همدلی، اصرار می‌ورزد. نتایج این پژوهش همسو با خاستگاه نظری سازه چندوجهی دوستی مشفقانه با تعقیب رویکردی غیرکاهش‌گرایانه و معطوف بر بیش‌کثرت‌گرایی، بر تفکیک یا تمیز مرز معنایی یکایک قطعات مفهومی شکل‌دهنده به بدنه سازه مکنون دوستی مشفقانه، تأکید می‌کند [۳۲ و ۱۸، ۱۶]. شواهدی از این دست، موافق با مدل‌های نظری تغذیه‌گر سازه مکنون دوستی مشفقانه، بر تمیز وجوه چندگانه معناگر این مفهوم، تأکید می‌کند. از سویی دیگر، یافته‌های این پژوهش موافق با نتایج مطالعات محققان علاقه‌مند به ایده اخلاق حرفه‌ای در معلمان بر تمایزگذاری قلمروهای چندگانه مراقبت‌گری، پاسخ‌دهی همدلانه و تعهدمندی، دلالت دارد [۳۳]. بر این اساس، شاید بخشی از تفاوت در مدل اندازه‌گیری سازه مکنون دوستی مشفقانه در معلمان، در مقایسه با بافت روابط شرکای عاطفی یا دیگر قلمروهای هدف مانند رابطه با افراد بیمار و مراقبت از آنها، ناگزیر باید با اتخاذ رویکردی بافتاری تحلیل شود. به بیان دیگر، بافتار رابطه معلم - دانش‌آموز در مقایسه با دیگر

1. Neto & Menezes.

از اندیشیدگی خردمندانه و شفقت‌آمیز باشد [۳۵ و ۳۷]. با آنکه این پژوهش شواهد متقن را در حمایت از مشخصه‌های فنی نسخه فارسی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان فراهم آورد، اما استفاده از آن باید با آگاهی از محدودیت‌های پژوهش همراه باشد. نخست، شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر فقط از بین گروهی از معلمان شهر کرمان انتخاب شدند؛ بنابراین، استفاده از این ابزار در بین دیگر معلمان باید با احتیاط کامل انجام شود. دوم، در این پژوهش، دغدغه تغییرناپذیری جنسی ساختار عاملی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، در اولویت قرار نگرفت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با هدف اطلاع از وجود یا عدم وجود هم‌ارزی جنسی مدل اندازه‌گیری ابزار مزبور، آزمون تغییرناپذیری جنسی مدل عاملی آن نیز در اولویت قرار گیرد. سوم، در این پژوهش، تحلیل روان‌سنجی مشخصه‌های فنی مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، با رجوع به تعدادی از روش‌های معطوف بر روایی‌یابی انجام شد؛ بنابراین استفاده از اشکال دیگر واری و ویژگی‌های فنی ابزار مانند روایی ملاکی، روایی واگرا یا حتی دیگر طرق آزمون قابلیت اعتماد ابزار، می‌تواند در اولویت قرار گیرد. چهارم، در این پژوهش، برای انتخاب شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی دردسترس استفاده شد؛ بنابراین در تعمیم یافته‌های پژوهش به جامعه هدف باید جانب احتیاط را به طور کامل، رعایت کرد.

در مجموع، نتایج این پژوهش، همسو با بنیان نظری مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان، به طور تجربی از ماهیت چندبعدی این ابزار حمایت کرد. علاوه بر این، نتایج این مطالعه نشان داد که مؤلفه‌های سازنده نیرومندی‌های روان‌شناختی معلمان، به مثابه عاملی درون‌فردی و تسهیل‌گر در اخلاق حرفه‌ای، در فرایند معناسازی و ایجاد انگیزه برای دوستی مشفقانه در بافت رابطه معلم دانش‌آموز نقش می‌آفریند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در این پژوهش، رعایت ملاحظات اخلاقی، با تأکید بر رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان، حفظ محرمانگی اطلاعات و پایبندی به اصل رازداری در اولویت قرار داشت.

حامی مالی: این پژوهش حامی مالی ندارد.

بافت‌های پیشتر مرور شده، به طور هم‌زمان شبکه متنوع‌تری از قلمروهای معنا‌کننده دوستی مشفقانه را پدید می‌آورد [۳۴]. از دیگر سوی، این تکرر مفهومی در معناگری دوستی مشفقانه از طرف معلمان، بر ظرافت طبع آن‌ها در فهم مطالبات تجربه یک پیوند ایمن با دانش‌آموز، دلالت دارد [۳۵]. بی‌شک، موافق با نتایج یوتو، لوتواک، جوکیوکو و کاسیلا^۱ [۳۶] تعدد معناگرهای مفهومی دوستی مشفقانه در ساختار اندازه‌گیری این سازه برای معلمان بیانگر آن است که آن‌ها آگاهانه و خودتأییدشده با فهمی واقع‌نگرانه از پیوند خویش با یادگیرندگان و انتخاب و صحنه‌گذاردن بر طیف وسیعی از قلمروهای مفهومی چندگانه مانند فداکاری، حساسیت، احساسات مهرورزانه، مراقبت‌گری و همدلی، ضمن مراقبت از سلامت حرفه‌ای خویش، مراقبت‌گری از یادگیرندگان را نیز در متن رابطه با آن‌ها معنا می‌کنند.

در بخش دیگری، نتایج این مطالعه با تأکید بر همبستگی بین وجوه چندگانه سازه مکنون دوستی مشفقانه و ابعاد مختلف سرمایه روان‌شناختی معلمان شامل: خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی، شواهد متقنی در دفاع روایی همگرای مقیاس دوستی مشفقانه برای معلمان فراهم آورد. نتایج این پژوهش موافق با یافته‌های مطالعات وانگ و هال [۳۵] و اسپرات^۲ [۳۴] نشان می‌دهد که دوستی مشفقانه به مثابه یکی از تعیین‌کننده‌ترین سازه‌های معناگر اخلاق حرفه‌ای در معلمان با توانایی روانی آن‌ها در رابطه نشان می‌دهد. به بیان دیگر، نتایج در این بخش نشان می‌دهد که پیگیری دغدغه‌مندانه معناگرهای اخلاق حرفه‌ای در معلمان، با تأکید بر دوستی مشفقانه به مثابه یکی از مسیرهای مؤثر بر سلامت حرفه‌ای در آنان، با ویژگی‌های روانی چون باور به خودکارآمدی، تاب‌آوری روان‌شناختی، امید و اسنادهای خوش‌بینانه در معلمان همبسته است.

علاوه بر این، مطالعات دیگر نشان داده‌اند که غنای مهارتی معلم و تقویت سرمایه روانی او، از طریق تقویت تمایلات پیوندجویانه^۳ و ارزش‌گذاری به صدای یادگیرنده^۴، سبب می‌شود که کنش بین‌فردی معلم - دانش‌آموز، بازتابی

1. Uitto, Lutovac, Jokikokko & Kaasila.
2. Sprott.
3. Affiliation.
4. Valuing the Voice of Learner .

سپاسگزاری

مساعدت مسئولان معلمان خدوم، مغتنم است و سپاسگزاری از آنها شرط ادب. پژوهشگران همواره قدردان مساعی و الطاف بی‌دریغ ایشان خواهند بود.

منابع

- 7- Virat, M., Leoni, V., & Archambault, I. Teachers' compassionate love, teachers' esteem and students' attitudes towards the justice system: The mediating role of school belonging. *European Journal of Developmental Psychology*, 2023; 20 (2): 287-306.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2022.2087627>
- 8- Martin, A. J., & Collie, R. J. Teacher-student relationships and students' engagement in high school: Does the number of negative and positive relationships with teachers matter? *Journal of Educational Psychology*, 2019; 111(5): 861.
<https://doi.org/10.1037/edu0000317>
- 9- Cook, C. R., Coco, S., Zhang, Y., Fiat, A. E., Duong, M. T., Renshaw, T. L., Long, A. C., & Frank, S. Cultivating positive teacher-student relationships: Preliminary evaluation of the establish-maintain-restore (EMR) method. *School Psychology Review*, 2018; 47(3): 226-243.
<https://doi.org/10.17105/SPR-2017-0025.V47-3>
- 10-Allen, K. M., Kern, M. L., Rozek, C. S., McInerney, D. M., & Slavich, G. M. Belonging: A review of conceptual issues, an integrative framework, and directions for future research. *Australian Journal of Psychology*, 2021; 73 (1): 87-102.
<https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1883409>
- 11-Corbin, C. M., Alamos, P., Lowenstein, A. E., Downer, J. T., & Brown, J. L. The role of teacher-student relationships in predicting teachers' personal accomplishment and emotional exhaustion. *Journal of School Psychology*, 2019; 77: 1-12.
<https://doi.org/10.1080/13540602.2021.1913404>
- 12-Chiesi, F., Lau, C., & Saklofske, D. H. A revised short version of the compassionate love scale for humanity (CLS-H-SF): Evidence from item response theory analyses and validity testing. *BMC Psychology*, 2020; 8 (20): 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.10.001>
- 13-Berscheid, E. Love in the Fourth Dimension. *Annual Review of Psychology*, 2010; 61(1): 1-25.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100318>
- 1- Heydariyehzadeh, B., Shokri, O., Fathabadi, J., Shahidi, S., & Akbari, S. The positive teacher: Development of a grounded theory conceptual model. *Journal of Positive Psychology*, 2023; 9(35): 1-32.
<https://doi.org/10.22108/ppls.2023.136987.2407> [In Persian].
- 2- Ghorbani, Z., Shokri, O., Fathabadi, J., & Sharifi, M. The relationship between teachers' character strengths and their perceived self-efficacy for students' moral education: The mediating role of teacher interpersonal behavior. *Journal of New Thoughts on Education*, 2021; 17(61): 7-31.
<https://doi.org/10.22108/ppls.2023.136987.2407> [In Persian].
- 3- Kincade, L., Cook, C., Goerdt, A. Meta-analysis and common practice elements of universal approaches to improving student-teacher relationships. *Review of Educational Research*, 2020; 90(5): 710-748.
<https://doi.org/10.1007/s10648-022-09702-4>
- 4- Virat, M., Trouillet, R., & Favre, D. A French adaptation of the Compassionate Love Scale for teachers: Validation on a sample of teachers and correlation with teacher autonomous motivation. *Psychologie Française*, 2020; 65(1): 61-77.
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2018.03.003>
- 5- Khanzadeh, H., Taher, M., Fallah Morteza Nejad, Z., & Seyed Nouri, Z. Predicting self-efficacy and self-esteem based on self-compassion. *Clinical Psychology and Personality Journal*, 2017; 14(26): 33-42. [In Persian].
- 6- Goravand, H., Abdoli, F., & Sabzian, S. Modeling the mediating role of psychological hardiness in the causal relationship between meaning of life and self-compassion with distress tolerance. *Clinical Psychology and Personality Journal*, 2022; 20(39): 49-60.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2022.16048.1217> [In Persian].

- 22-Neto, F., Menezes, A. P. Psychometric properties of the Portuguese version of the compassionate love for close others and humanity scale among older people. *Educational Gerontology*, 2014; 40(6): 458-467.
<https://doi.org/10.1080/03601277.2013.852924>
- 23-Collins, N. L., Kane, H. S., Metz, M. A., Cleveland, C., Khan, C., Winczewski, L., & Prok, T. Psychological physiological, and behavioral responses to a partner in need: The role of compassionate love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2014; 31(5): 601-629.
<https://doi.org/10.1177/0265407514529069>
- 24-Shin, K. H. Gim, W. S. The development of the Ajou Compassionate Love Scale: A Korean abbreviation of Sprecher and Fehr's Compassionate Love Scale. *Korean Journal Health Psychology*, 2014; 19(1): 407-430.
<https://doi.org/10.17315/kjhp.2014.19.1.022>
- 25-Monin, J. K., Schulz, R., Feeney, B. C. Compassionate love in individuals with Alzheimer's disease and their spousal caregivers: Associations with caregivers' psychological health. *The Gerontologist*, 2014; 55(6): 981-989. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu001>
- 26-Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 2007; 60: 541-572. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>
- 27-Shokri, O., Mahdavian, P., Khodaei, A. Factor Structure, Reliability and Measurement Invariance of the Psychological Capital Questionnaire for Iranian Male and Female Teachers. *Research in School and Virtual Learning*, 2020; 8(29): 21-34.
10.30473/etl.2020.52725.3215 [In Persian]
- 28-Brace, N., Kemp, R., Snelgar, R. *SPSS for psychologist*. Palgrave; New York: 2016.
- 29-Virat, M. Teachers' compassionate love for students: a possible determinant of teacher-student relationships with adolescents and a mediator between teachers' perceived support from coworkers and teacher-student relationships. *Educational Studies*, 2022; 48 (3): 291-309.
<https://doi.org/10.58341/srj.v3i1.53>
- 14-Miller, J. G., Kahle, S., Lopez, M., & Hastings, P. D. Compassionate love buffers stress-reactive mothers from fight-or-flight parenting. *Developmental Psychology*, 2015; 51(1): 36-43.
<https://doi.org/10.1037/a0038236>
- 15-Sprecher, S., & Fehr, B. Dispositional attachment and relationship-specific attachment as predictors of compassionate love for a partner. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2011; 28(4): 558-574.
<https://doi.org/10.1177/0265407510386190>
- 16-Van Dierendonck, D., Patterson, K. Compassionate love as a cornerstone of servant leadership: An integration of previous theorizing and research. *Journal of Business Ethics*, 2015; 128(1): 119-131.
<https://www.jstor.org/stable/26906026>
- 17-Sprecher, S., Fehr, B. Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2005; 22(5): 629-651.
<https://doi.org/10.1177/0265407505056439>
- 18-Underwood, L. G. Compassionate love: A framework for research. In B. Fehr, S. Sprecher, & L. G. Underwood (Eds.), *The science of compassionate love: Theory, research and applications* (pp. 3-25). Malden: Blackwell. 2009. <https://doi.org/10.4236/oalib.1110385>
- 19-Oman, D. Compassionate love: accomplishments and challenges in an emerging scientific/spiritual research field. *Mental Health, Religion & Culture*, 2011; 14(9): 945-981.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2010.541430>
- 20-Reis, H. T., Maniaci, M. R., Rogge, R. D. The expression of compassionate love in everyday compassionate acts. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2014; 31(5): 651-676.
<https://doi.org/10.1177/0265407513507214>
- 21-Fehr, B., Sprecher, S. Prototype analysis of the concept of compassionate love. *Personal Relationships*, 2009; 16(3): 343-364.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01227.x>

- 34-Sprott, R. A. Factors that foster and deter advanced teachers' professional development. *Teaching and Teacher Education*, 2019; 77: 321-331. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2018.11.001>
- 35-Wang, H., Hall, N. C. When "I care" is not enough: An interactional analysis of teacher values, value congruence, and well-being. *Teaching and Teacher Education*, 2019; 86: 102109. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2018.11.001>
- 36-Chesak, S. S., Khalsa, T. K., Bhagra, A., Jenkins, S. M., Bauer, B. A., & Sood, S. Stress management and resiliency training for public school teachers and staff: A novel intervention to enhance resilience and positively impact student interactions. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2019; 37: 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.08.001>
- 37-Lavy, S., Naama - Ghanayim, E. Why care about caring? Linking teachers' caring and sense of meaning at work with students' self-esteem, well-being, and school engagement. *Teaching and Teacher Education*, 2020; 91: 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2020.103046>
- 30-Neto, F., Menezes, A. P. Psychometric properties of the Portuguese version of the compassionate love for close others and humanity scale among older people. *Educational Gerontology*, 2014; 40(6): 458-467.
- 31-Hwang, J. Y., Plante, T., Lackey, K. The development of the Santa Clara brief compassion scale: An abbreviation of Sprecher and Fehr's compassionate love scale. *Pastoral Psychology*, 2008; 56(4): 421-428. <https://doi.org/10.1007/s11089-008-0117-2>
- 32-Fehr, B., Sprecher, S. Prototype analysis of the concept of compassionate love. *Personal Relationships*, 2009; 16(3): 343-364. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01227.x>
- 33-Chesak, S. S., Khalsa, T. K., Bhagra, A., Jenkins, S. M., Bauer, B. A., & Sood, S. Stress management and resiliency training for public school teachers and staff: A novel intervention to enhance resilience and positively impact student interactions. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2019; 37: 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.08.001>

تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی

نویسندگان

شکوفه موسوی^{*۱}

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

چکیده

مقدمه: نظم‌بخشی هیجانی نقش مهمی در کُنش‌وری عاطفی ایفا می‌کند. یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای سنجش راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی، پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی است که دو راهبرد باز ارزیابی شناختی و سرکوب بیانگری را می‌سنجد. این پژوهش با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی انجام شد.

روش: در این پژوهش توصیفی - پیمایشی، ۳۲۲ دانشجو (۱۶۶ پسر و ۱۵۶ دختر) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه آماری دانشجویان دانشگاه اصفهان انتخاب شدند و به نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی (پرسی، پیترو، متا و گراس، ۲۰۲۳م)، نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان (گارفنسکی، کرایچ و اسپیناون، ۲۰۰۱م) و نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی (رویلی، رویسچ، جاریکا و واگن، ۲۰۰۵م). پاسخ دادند.

نتایج: در حالی که نتایج تحلیل عاملی تأییدی، ساختار دوعاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی را تأیید کرد، نتایج تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی نیز به طور تجربی از هم‌ارزی جنسی ساختار عاملی این ابزار حمایت کرد. علاوه بر این، یافته‌های مربوط به آلفای کرونباخ نشان داد که مقیاس از نظر درونی هماهنگ بود. همچنین، نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد نظم‌بخشی شناختی با ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای انطباقی/ناانطباقی نظم‌بخشی شناختی هیجان به ترتیب شواهد قابل اعتمادی در دفاع از روایی ملاکی و روایی همزمان نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی فراهم آورد.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع، یافته‌های این پژوهش همسو با نسخه اصلی پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی، از طریق تکرار ساختار عاملی مشتمل بر دو بُعد بازارزیابی شناختی و سرکوب بیانگری، بر اتقان بنیان نظری زیربنایی این پرسش‌نامه و کفایت‌مندی فنی فراجنسیتی آن تأکید کرد. بنابراین، نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در موقعیت‌های همراه با تنگنای زمانی، به بهینه‌سازی اندازه‌گیری نظم‌بخشی هیجانی کمک می‌کند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۰۶/۲۵

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۱۲/۲۵



کلیدواژه‌ها

پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی، ویژگی‌های روان‌سنجی، هم‌ارزی جنسی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

shmousavi78@pnu.ac.ir

مقدمه

نظم‌بخشی هیجان بیانگر تلاش فرد برای تغییر در مسیر یک پاسخ هیجانی آشکار است [۱]. افراد اغلب برای نظم‌بخشی هیجانات خود از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند و این الگوها برای کنش‌وری عاطفی آن‌ها تلویحات بالاهمیتی به همراه دارد [۲]. از نظر تاریخی، از بین راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی دو راهبرد بازارزیایی شناختی^۱ یا تغییر در شیوه اندیشیدن فرد درباره موقعیت به منظور تغییر در تأثیر هیجانی آن و سرکوب بیانگری^۲ یا بازداری در بیان رفتاری هیجان، به طور گسترده‌ای، مورد استفاده بوده‌اند [۳]. نتایج مطالعات مختلف نشان داده‌اند که استفاده مستمر از راهبرد بازارزیایی شناختی با پیامدهایی بلندمدت مانند سطوح پایین نشانه‌های اختلال عاطفی و البته بی‌تأملی به استفاده از الگوی سرکوب‌گری هیجانی همراه است [۴]. بی‌شک، سنجش تفاوت‌های فردی در استفاده عاداتی از این دو راهبرد نظم‌بخشی، برای پژوهشگران و متخصصان بالینی از اهمیت زیادی برخوردار است [۵].

پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی^۳ [۶]، که شامل دو راهبرد بازارزیایی شناختی و سرکوب بیانگری است، تاکنون با ۳۷ نسخه زبانی مختلف، به یکی از پراستفاده‌ترین ابزارهای سنجش شیوه‌های نظم‌بخشی هیجانی، تبدیل شده است [۷]. نتایج مطالعات مختلف در گروه‌هایی متفاوت مانند دانشجویان یا بیماران روانی در بافت‌های فرهنگی مختلف، از ویژگی‌های فنی روایی و پایایی نسخه‌های زبانی متفاوت پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی به طور تجربی، دفاع کرده‌اند [۸]. نتایج روش‌های تحلیل عاملی با تکرار ساختاری مشتمل بر دو عامل بازارزیایی شناختی و سرکوب بیانگری، از اتقان بنیان نظری پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در نسخه‌های زبانی مختلف آن، به طور تجربی، حمایت کردند [۳]. در غالب مطالعات انجام شده، ضرایب همسانی درونی مقیاس نیز نشان دادند که پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی از پایایی مطلوبی برخوردار بود [۹]، [۱۰]، [۱۱]. اسپاین، واترز، برامیر، استاپا و باکز [۱۲] یادآوری شدند که تأمین آستانه‌های مقبولیت شاخص‌های نیکویی

برازش مدل دو عاملی پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی، به دلیل مشابهت یا هم‌پوشانی واژگانی دو ماده ۱ و ۳، مستلزم ایجاد کواریانس بین متغیرهای مکنون باقیمانده برای این دو ماده در زیرمقیاس بازارزیایی شناختی بوده است. بر این اساس، در برخی مطالعات مانند بلزاروتی [۱۳] و بورگارت، سام و میر [۱۴]، محققان با حذف یک یا هر دو ماده ۱ و ۳، نسخه تجدیدنظرشده‌ای از پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی را توسعه دادند. با این وجود، پژوهشگرانی مانند پریسی، بیسرا، رابینسون و گراس [۱۵] با استناد به توجیهی نظری و ایجاد کواریانس بین خطاهای باقیمانده‌های برای مواد ۱ و ۳، استفاده از همان نسخه اصلی پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی را در اولویت قرار دادند.

بر این اساس، تعاقب دغدغه بهینه‌سازی استفاده از پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در شرایط تنگنای زمانی، سبب شد تا پریسی، پیتروا، متا و گراس [۱۵] توسعه و تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه شش ماده‌ای پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی را در اولویت قرار دهند. موافق با دیدگاه براون [۱۶] از منظر روان‌سنجی، برای دستیابی به عامل مکنونی پایا^۴ مورد نیاز است؛ بنابراین پریسی و همکاران [۱۵] با انتخاب سه ماده به ازای هر یک از دو عامل بازارزیایی شناختی و سرکوب بیانگری، واریس مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه شش ماده‌ای پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی را برگزیدند. پریسی و همکاران [۱۵]، یادآوری کردند اگر چه افزودن بر ماده‌های ابزار با فزونی در ضرایب پایایی آن و بهینه‌سازی شمول محتوایی معطوف بر هر عامل همراه می‌شود، اما ضرورت توجه همزمان به ملاحظات اجرایی ابزارهای اندازه‌گیری، اولویت‌یافتگی موازنه بین روی‌آوردی بهینه نسبت به محتوای شامل شونده هر عامل و انتخابی کمینه در راستای تأمین ملاحظات عملی/کابردی را گریزناپذیر می‌کند. در پژوهش پریسی و همکاران [۱۵]، نتایج تحلیل عاملی تأییدی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی، ساختار دوعاملی بازارزیایی شناختی و سرکوب بیانگری را تکرار کرد. علاوه بر این، نتایج مربوط به همبستگی بین نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی و نسخه اصلی پرسش‌نامه مزبور و سیاهه توانش نظم‌بخشی

1. Cognitive Reappraisal.
2. Expressive Suppression.
3. Emotion Regulation Questionnaire .

4. Reliable Latent Factor .

هیجانی^۱ و پرسش‌نامه الکسیتمیای پرز^۲، شواهد کاملی در دفاع از روایی همزمان نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانفرهم آورد. در پژوهش پرسی و همکاران، در نمونه اجتماعی عمومی، ضرایب همسانی درونی بازاریابی شناختی و سرکوب بیانگری به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۷۷ و در نمونه دانشجویان نیز ضرایب همسانی درونی بازاریابی شناختی و سرکوب بیانگری به ترتیب برابر با ۰/۷۷ و ۰/۸۴ به دست آمد.

بر این اساس، از یک سوی، تعدد شواهد تجربی حمایت‌گر روایی سازه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در بافت‌های فرهنگی متفاوت و تاکید مضاعف بر اتقان بنیان نظری زیربنایی این ابزار سنجش و از دیگر سوی، وزن تفسیری انکارناشدنی دشواری‌ها در نظم‌بخشی هیجانی که از طریق سطوح پایین بازاریابی شناختی و فزونی در سرکوب بیانگری مشخص می‌شود، با کمک به فهمی واقع‌نگر از میزان آسیب‌شناسی روانی افراد، در دو ساحت نظری و عملی، استفاده از پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی را در نمونه‌های متفاوت، در اولویت قرار می‌دهد [۱۷]. بنابراین، محقق در این پژوهش، با اطلاع از ضرورت رعایت ملاحظات کاربردی در شرایطی که تعدد ابزارهای سنجش در بسته سنجش، دسترسی به نسخه کوتاه هر یک از ابزارها را گریزناپذیر می‌کند، تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی را در دانشجویان ایرانی در اولویت قرار داد. به بیان دیگر، این پژوهش با هدف بررسی مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در دانشجویان انجام شد.

روش

در این پژوهش پیمایشی - توصیفی، جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان کارشناسی دانشگاه اصفهان در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. در این پژوهش، نمونه آماری شامل ۳۲۲ دانشجوی کارشناسی، ۱۶۶ پسر [با میانگین ۲۰/۶۷ و انحراف استاندارد (۱/۷۸)] و ۱۵۶ دختر [با میانگین ۲۰/۵۲ و انحراف استاندارد (۱/۵۹)] بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از بین مشارکت‌کنندگان، تعداد ۴۴ دانشجو از

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، تعداد ۳۶ دانشجو از دانشکده حقوق، تعداد ۶۰ دانشجو از دانشکده ادبیات و علوم انسانی، تعداد ۵۵ دانشجو از دانشکده علوم ورزشی و تندرستی، تعداد ۴۵ دانشجو از دانشکده علوم و فناوری زیستی، تعداد ۴۰ دانشجو از دانشکده علوم زمین و در نهایت، تعداد ۴۲ دانشجو از دانشکده الهیات و ادیان، انتخاب شدند. در این پژوهش، طبق پیشنهاد کلاین [۱۸]، با هدف برآورد حجم نمونه، از منطق تطابق بین تعداد ماده‌های مقیاس و تعداد مشارکت‌کنندگان، استفاده شد. بر این اساس، با توجه به این که نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی دارای ۴ ماده است، برای هر گروه جنسی (دختر و پسر)، تعداد ۲۵ نفر به ازای هر ماده انتخاب شدند. در نهایت، ۱۶۶ دانشجوی پسر و ۱۵۶ دانشجوی دختر (در مجموع ۳۲۲ نفر)، وارد مطالعه شدند. در این پژوهش، با پیش‌بینی ریزش تعدادی از مشارکت‌کنندگان در مرحله غربالگری داده‌ها، تعداد ۲۲ دانشجو بیشتر انتخاب شدند. البته هیچکدام در این مرحله از پژوهش حذف نشدند.

ابزارهای سنجش

پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان^۳: گارفنسکی و همکاران [۱۹] نخستین بار با هدف مطالعه ابعاد شناختی نظم‌بخشی هیجان، نسخه اصلی پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان را مشتمل بر ۳۶ ماده و ۹ مقیاس خودسرزنش‌گری^۴، پذیرش^۵، نشخوارگری ذهنی^۶، بازتمرکز مثبت^۷، برنامه‌ریزی مجدد^۸، بازاریابی مثبت^۹، دیدگاه‌گیری^{۱۰}، فاجعه‌سازی^{۱۱} و دیگرسرزنش‌گری^{۱۲} در گروهی از نوجوانان هلندی توسعه دادند. در این پرسش‌نامه، مشارکت‌کنندگان به هر ماده بر روی یک طیف پنج درجه‌ای (از ۱ هرگز تا ۵ همیشه) پاسخ می‌دهند. در پژوهش‌های

3. Emotion Cognition Regulation Questionnaire (ECRQ) .

4. Self-Blame.

5. Acceptance.

6. Rumination.

7. Positive Refocusing.

8. Refocus on Planning.

9. Positive Reappraisal.

10. Putting into Perspective .

11. Catastrophizing .

12. Other-Blame .

1. Emotion Regulation Competency Inventory.

2. Perth Alexithymia Questionnaire.

متعددی بر روی نمونه‌های مختلف انجام شده، ویژگی‌های فنی CERQ مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است [۲۰]. در پژوهش گارنفسکی و کرایچ [۲۰] ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۵ به دست آمد. علاوه بر این، در پژوهش گارنفسکی و کرایچ [۲۰]، نتایج تحلیل رگرسیون، با تأکید بر توان تبیینی زیرمقیاس‌های چندگانه نظم‌بخشی هیجانی در پیش‌بینی نمرات اضطراب و افسردگی مشارکت‌کنندگان، همسوبا نسخه اصلی پرسش‌نامه، از روایی ملاکی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان حمایت کرد. در پژوهش حسین‌آبادی و شکری [۲۲]، با هدف توسعه و بررسی آزمون روان‌سنجی، نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجان (CERQ) در بین دانشجویان دختر و پسر ایرانی، نسخه اصلی این ابزار اجرا شد. در ادامه با استناد به منطق پیشنهادی گارنفسکی و کرایچ [۲۰] و بر اساس دستور «آلفا پس از حذف ماده» ۱۸ ماده از مجموع ۳۶ ماده انتخاب و تحلیل بر روی نسخه کوتاه انجام گرفت. در این پژوهش [۲۲]، ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای زیرمقیاس‌های خودسرزنش‌گری، پذیرش، نشخوارگری، بازتمرکز مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، بازارزیابی مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و دیگرسرزنش‌گری به ترتیب برابر با ۰/۵۵، ۰/۶۴، ۰/۶۲، ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۷۵، ۰/۶۷، ۰/۶۳ و ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین، ضرایب همسانی درونی نسخه کوتاه پرسش‌نامه برای وجوه انطباقی و نائطباقی راهبردهای نظم‌بخشی شناختی هیجان به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۸ گزارش شد.

نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی^۱ [۲۳]. لازاروس و فولکمن [۲۴] به منظور اندازه‌گیری فرایندهای ارزیابی شناختی در رویارویی با تجارب تنیدگی‌زا، مقیاس ارزیابی تنیدگی را توسعه دادند. در نسخه اصلی این مقیاس، ارزیابی شناختی به صورت چندوجهی اندازه‌گیری می‌شود. در این مقیاس، مشارکت‌کنندگان به ماده‌ها بر روی یک طیف پنج درجه‌ای از هرگز (۰) تا بیشتر وقت‌ها (۴) پاسخ می‌دهند. در پژوهش لازاروس و فولکمن [۲۴]، ضرایب همسانی درونی

زیرمقیاس‌های ابزار ارزیابی استرس در بازه ۰/۵۷ تا ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعه رویلی و همکاران [۲۳]، نتایج آزمون ساختار عاملی نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی، سه عامل چالش، تهدید و منابع را تکرار کرد. در مطالعه رویلی و همکاران [۲۳]، ضرایب همسانی درونی برای مقیاس‌های چالش، تهدید و منابع به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. در مطالعه شکری، تمیزی، عبدالله‌پور و خدای [۲۵] تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس ارزیابی تنیدگی در بین گروهی از دانشجویان ایرانی انجام شد، نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس نشان داد که SAM-R از سه عامل تهدید، چالش و منابع تشکیل شده است. شاخص‌های برازش تحلیل عامل تأییدی بر پایه نرم‌افزار AMOS، وجود این عوامل سه‌گانه را تأیید کرد. نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد SAM-R با هیجانات پیشرفت مثبت و منفی و خودکارآمدی تحصیلی به طور تجربی از روایی سازه SAM-R حمایت کرد. مقادیر ضرایب همسانی درونی SAM-R برای عوامل تهدید، چالش و منابع به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۹ به دست آمد. در مطالعه شکری و همکاران [۲۵]، ضرایب همسانی درونی برای مقیاس‌های تهدید، چالش و منابع به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ به دست آمد. در مطالعه حاضر، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های ارزیابی مبتنی بر تهدید، ارزیابی چالشی و ارزیابی از منابع به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۸۲ به دست آمد.

در این مطالعه، برای آماده‌سازی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی از روش ترجمه مجدد^۲ استفاده شد؛ بنابراین به منظور استفاده از نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی، نسخه انگلیسی آن برای نمونه دانشجویان به زبان فارسی ترجمه شد. برای این منظور، به هدف حفظ هم‌ارزی زبانی و مفهومی، نسخه فارسی به کمک یک فرد دوزبانه دیگر به انگلیسی برگردانده شدند. در ادامه، دو مترجم درباره تفاوت موجود بین نسخه‌های انگلیسی بحث کردند و از طریق «فرایند مرور مکرر»^۳ این تفاوت‌ها به حداقل ممکن کاهش یافت. بر این اساس، مترادف معنایی نسخه ترجمه شده با نسخه اصلی، به دقت بررسی شد.

2- Back Translation.

3- Iterative Review Process.

1- Stress Appraisal Measure-Revised (SAM-R).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این مطالعه، تحلیل

داده‌ها بر پایه نظریه کلاسیک تست انجام شد. ابقا یا حذف مواد نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان، به اتکای مشخصه‌های آماری تحلیل عاملی صورت گرفت. در این مطالعه، برای استفاده از تحلیل عامل تأییدی از روش بیشینه درست‌نمایی^۱ برای برآورد مدل و همسو با پیشنهاد میرز، گامست و گارینو [۲۶] به منظور ارائه یک ارزیابی جامع از برازش الگو از شاخص مجذور χ^2 ، شاخص مجذور χ^2/df ، شاخص χ^2 ، برازش مقایسه‌ای^۲ (CFI)، شاخص نیکویی برازش^۳ (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی^۴ (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۵ (RMSEA)، استفاده شد. همسو با نتایج مطالعات گراس [۳]، پرسی و همکاران [۲۷]، در این پژوهش نیز الگوی اندازه‌گیری مشتمل بر دو عامل به عنوان الگوی مفروض ارجح، انتخاب و آزمون شد. علاوه بر این، به منظور تحلیل روان‌سنجی ابزار منتخب، روایی ملاکی، روایی همزمان و البته برای محاسبه اعتبار آن نیز روش‌های آزمون بازآزمون و آلفای کرونباخ، در اولویت قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه، داده‌ها با استفاده از بسته‌های آماری SPSS-26 و AMOS-24 تجزیه و تحلیل شدند. پس از گردآوری داده‌ها و قبل از تحلیل تأییدی آن‌ها، پیش‌فرض‌های بهنجاری^۶ و هم‌خطی چندگانه^۷ آزمون شدند. برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های بهنجاری و هم‌خطی چندگانه و همچنین، داده‌های غیرعادی (دور افتاده)^۸ واری شدند. در این پژوهش، موافق با پیشنهاد تاباچنیک و فیدل [۲۸] داده‌های غیرعادی تک‌متغیری، از طریق نمرات استاندارد Z در بسته آماری SPSS، چک شدند. در این بخش، نتایج نشان داد که هیچ داده دورافتاده یا غیرعادی در محدوده داده‌های پیش‌بینی شده وجود نداشت. جدول ۱، اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و

1. Maximum Likelihood.
2. Comparative Fit Index (CFI).
3. Goodness of Fit Index (GFI).
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI).
5. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA).
6. Normality.
7. Multicollinearity .
8. Outliers.

آماره‌های چولگی^۹ و کشیدگی^{۱۰} را برای ماده‌های نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان نشان می‌دهد. انحراف استاندارد ماده‌های ابزار سنجش نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان در بازه ۱/۴۱ تا ۱/۸۴، به دست آمدند. نتایج مربوط به آماره‌های چولگی و کشیدگی به ترتیب برابر با $(|0/۸۶| <)$ و $(|۱/۴۲| <)$ به دست آمد که نشان داد هیچ یک از ماده‌های پرسش‌نامه، از نقاط برش پیشنهادی برای آماره‌های چولگی از منهای ۳ تا مثبت ۳ و برای کشیدگی از دامنه منهای ۸ تا مثبت ۸، بیشتر نبودند؛ بنابراین همسو با پیشنهاد کلاین [۱۸]، مفروضه بهنجاری تک‌متغیری برای هر یک از ماده‌های نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان رعایت شده است. علاوه بر این، در این پژوهش، به منظور آزمون مفروضه هم‌خطی چندگانه، از آماره‌های تحمل^{۱۱} و عامل تورم واریانس^{۱۲}، استفاده شد. در این بخش، همسو با پیشنهاد هایر، بلک، بابین و آندرسون [۲۹] از آنجا که تمامی مقادیر مربوط به آماره تحمل بزرگ‌تر از ۰/۱۰ و همه مقادیر آماره VIF نیز کوچک‌تر از ۳ بودند؛ بنابراین مفروضه عدم هم‌خطی رعایت شد.

جدول ۱. اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار و

آماره‌های چولگی و کشیدگی ماده‌های پرسشنامه

نظم‌بخشی هیجانی

ماده‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
۱. وقتی می‌خواهم هیجان مثبتی مانند لذت را بیشتر تجربه کنم، شیوه اندیشیدنم درباره یک موقعیت را تغییر می‌دهم.	۳/۰۷	۱/۶۰	۰/۱۶	-۱/۱۸
۲. اغلب می‌کوشم هیجاناتم را در درونم نگه دارم و نشان ندهم.	۳/۵۱	۱/۷۷	-۰/۰۵	-۱/۳۵

9. Skewness.

10. Kurtosis.

11. Tolerance.

12. Variance Inflation Factor.

ادامه جدول ۱. اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار و آماره‌های چولگی و کشیدگی ماده‌های پرسشنامه نظم‌بخشی هیجانی

ماده‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
۳. وقتی می‌خواهم هیجانی منفی مانند ناراحتی یا خشم را کمتر تجربه کنم، شیوه اندیشیدنم درباره یک موقعیت را تغییر می‌دهم.	۲/۷۸	۱/۵۲	۰/۵۱	-۰/۸۸
۴. اغلب هیجانانم را از طریق تلاش برای نشان ندادن آنها، کنترل می‌کنم.	۳/۵۳	۱/۸۴	-۰/۰۶	-۱/۴۲
۵. اغلب هیجانانم را از طریق تغییر در شیوه اندیشیدنم درباره موقعیتی که در آن قرار گرفته‌ام، کنترل می‌کنم.	۲/۴۴	۱/۴۱	۰/۸۶	-۰/۱۳
۶. وقتی در معرض هیجانات منفی قرار می‌گیرم، باید مطمئن شوم که آنها را نشان نمی‌دهم.	۴/۰۳	۱/۷۳	-۰/۴۱	-۱/۱۹

جدول ۲. اندازه‌های نیکویی برازش و مقادیر بارهای عاملی مدل‌های اندازه‌گیری رقیب

مدل‌های رقیب	χ^2	χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	Loadings
دامنه قابل پذیرش	$p > ۰/۰۵$	< ۳	$> ۰/۹۰$	$> ۰/۹۰$	$> ۰/۹۵$	$< ۰/۱۰$	
مدل استقلال	۷۲۴/۲۷	۴۸/۲۹	۰/۵۰	۰/۳۱	۰/۰۰	۰/۳۸	-
مدل دوعاملی	۱۷/۲۰	۲/۱۵	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۹	۰/۰۶	۰/۶۳ - ۰/۸۸

۲۶، و همسو با پیشنهاد آربوکی و وسکی [۳۰]، به طور همزمان بر اندازه‌های نیکویی برازش مختلف، عبارات خطای باقیمانده^۳ و شاخص‌های اصلاح شده^۴، تأکید شد (جدول ۲). در ادامه، ساختار دوتعدی نسخه کوتاه پرسشنامه نظم‌بخشی هیجانی انتخاب و آزمون شد. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل دوعاملی نسخه کوتاه پرسشنامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی میرز و همکاران [۲۶] شامل شاخص مجذور خی (χ^2)، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (AGFI) به ترتیب برابر با ۱۷/۲۰، ۲/۱۵، ۰/۹۹، ۰/۹۸، ۰/۰۶ و ۰/۰۶ به دست آمد که بر برازش قابل قبول مدل با داده‌ها دلالت داشت (جدول ۲).

در این بخش، به منظور تعیین روایی عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان از روش آماری تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. به بیان دیگر، به منظور تأیید ماهیت دوتعدی ابزار سنجش، از مدیایی معادله ساختاری به کمک تحلیل عاملی تأییدی، استفاده شد؛ بنابراین به منظور آزمون فرضیه مربوط به بارهای عاملی عامل‌ها، در تحلیل عاملی تأییدی از روش برآورد بیشینه درست‌نمایی^۱ استفاده شد. در این بخش، در گام نخست، به منظور ارزیابی برازندگی مدل، مدل استقلال^۲ با مدل مفروض، مقایسه شد. نتایج نشان داد که اندازه‌های نیکویی برازش برای مدل استقلال، که در آن فرض می‌شود همه متغیرها ناهمبسته‌اند، نشان‌دهنده برازندگی ضعیفی مدل با داده‌ها بود ($\chi^2/df = ۴۸/۲۹$ ، $p < ۰/۰۰۱$)، $\chi^2/df = ۷۲۴/۲۷$ ، $N = ۳۲۲$ ، $N = ۱۵$). در این پژوهش، با توجه به اختلاف نظر آماردانان درباره اندازه‌های نیکویی برازش ترجیحی [۱۸]

3. Residual Error Terms.

4. Modification Indices.

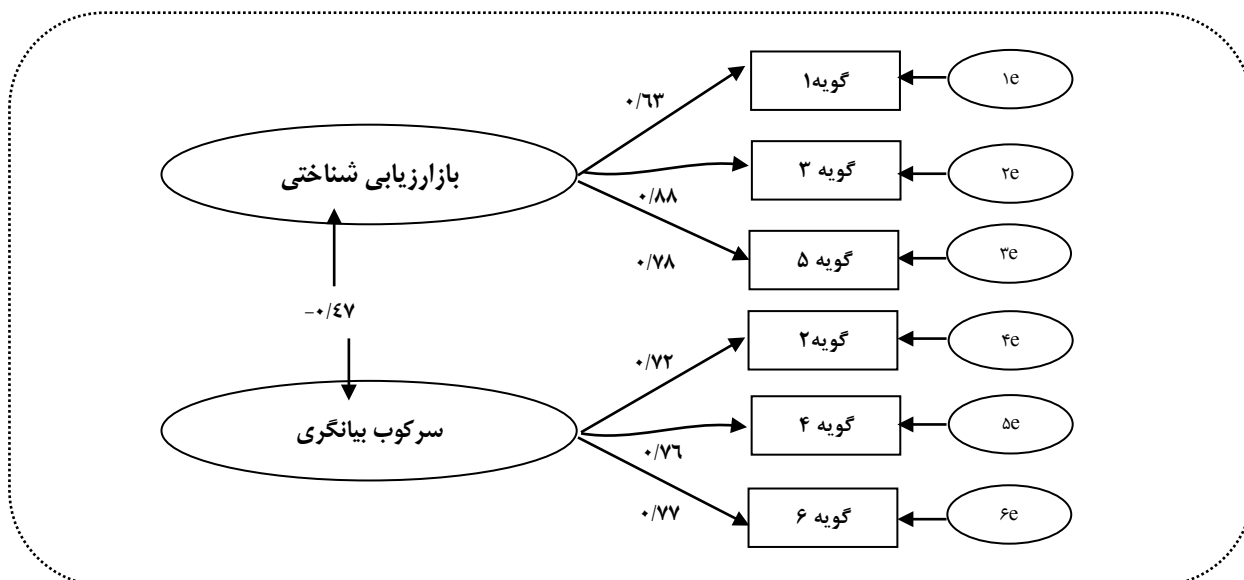
1. Maximum Likelihood.

2. Independence Model.

جدول ۳ نتایج مربوط به وزن‌های رگرسیونی ساختار دوعاملی مدل اندازه‌گیری نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان را نشان می‌دهد. نتایج نشان از معناداری جمیع وزن‌های رگرسیونی از لحاظ آماری دارد ($P < 0.001$). بر اساس جدول ۳، بارهای عاملی در بازه ۰/۶۳ تا ۰/۸۸ به دست آمد (شکل ۱). علاوه بر این، در جدول ۳، مقادیر آلفای کرانباخ، همبستگی هر ماده با نمره کل و مقدار آلفا با فرض حذف ماده برای مدل دوعاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان را نشان می‌دهد.

جدول ۳. مقادیر آلفای کرانباخ، همبستگی هر ماده با نمره کل و مقدار آلفا با فرض حذف ماده برای مدل دوعاملی

ماده‌ها	بار عاملی	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
بازارزیابی شناختی $\alpha=0.80$			
۱	۰/۶۳	۰/۵۸	۰/۸۱
۳	۰/۸۸	۰/۷۰	۰/۶۸
۵	۰/۷۸	۰/۶۷	۰/۷۱
سرکوب بیانگری $\alpha=0.80$			
۲	۰/۷۲	۰/۶۱	۰/۷۵
۴	۰/۷۶	۰/۶۵	۰/۷۱
۶	۰/۷۷	۰/۶۵	۰/۷۱



شکل ۱. تحلیل تأییدی ساختار دوعاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی

هم‌ارزی اندازه‌گیری، نتایج مربوط به تغییرناپذیری شکلی، متریک و عبارت‌های خطا یا پس‌مانده نسخه کوتاه پرسش‌نامه ارائه شد. در بخش دوم نیز نتایج مربوط به هم‌ارزی ساختاری این پرسش‌نامه مطرح گردید. در گام نخست - که

آزمون تغییرناپذیری: در این بخش، نتایج مربوط به آزمون هم‌ارزی جنسی ساختار عاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان، گزارش شده است. بر این اساس، در بخش نخست، به منظور بررسی

روایی ملاکی و روایی همزمان

در این بخش، به منظور بررسی روایی ملاکی و روایی همزمان نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی برای دانشجویان، و با استناد به پیشینه نظری و تجربی، ضرایب همبستگی میان وجوه بازاریابی شناختی و سرکوب بیانگری با ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی نظم‌بخشی هیجانی محاسبه شد. نتایج حاصل از این تحلیل‌ها، که در جدول ۵ گزارش شده است، شواهد متقنی را در دفاع از روایی ملاکی و روایی همزمان نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی فراهم آورد (جدول ۵).

جدول ۵. همبستگی یادگیری خودراهر با نظم‌بخشی انگیزشی و پابستگی انگیزشی

سرکوب بیانگری	بازاریابی شناختی	
۰/۳۸**	۰/۴۹**	ارزیابی تهدیدمحور
۰/۳۰**	۰/۵۵**	ارزیابی چالشی
۰/۳۲**	۰/۴۰**	ارزیابی از منابع
۰/۵۱**	۰/۶۸**	راهبردهای انطباقی نظم‌بخشی
۰/۴۵**	۰/۵۸**	راهبردهای نانباطی نظم‌بخشی

**P<۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در دانشجویان دختر و پسر انجام شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی این پرسش‌نامه شامل شمول بازاریابی شناختی و سرکوب بیانگری، شامل بازاریابی شناختی و سرکوب بیانگری در دانشجویان را تکرار کرد. همچنین، نتایج تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی نیز از هم‌ارزی جنسی مدل اندازه‌گیری در دانشجویان، به طور تجربی حمایت کرد. در ادامه نیز نتایج مربوط به پراکندگی مشترک بین ابعاد نظم‌بخشی هیجانی با ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای نظم‌بخشی شناختی هیجان به ترتیب از روایی ملاکی و روایی همزمان این پرسش‌نامه در دانشجویان حمایت کرد. علاوه بر این، ضرایب همسانی درونی وجوه بازاریابی شناختی و سرکوب بیانگری نیز قابل قبول به دست آمد.

شامل برانندگی دوگروهی بود - با هدف آزمون تغییرناپذیری شکلی، الگوی تحلیل عاملی بدون اعمال هیچ محدودیتی برآورد شد. در این بخش، برازش مطلوب الگوی خط پایه با داده‌ها از التزام یا شرط اصلی برای تغییرناپذیری شکلی، به طور تجربی حمایت کرد ($RMSEA=0/02$)، به بیان دیگر، نتایج نشان دادند که ساختار نظری تصریح شده درباره بارهای عاملی در دو گروه، هم‌ارز بودند. سپس، تغییرناپذیری متریک، در دو گروه، آزمون شد. برای این منظور، در یکی از طرح‌های تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی، دو گروه از طریق تساوی تمامی بارهای عاملی آزاد در هر گروه، محدود شدند. نتایج نشان داد که برازش این الگوی تحلیل عاملی چندگروهی، مطلوب بود (جدول ۴). در جدول ۴، مقدار χ^2 - که با هدف آزمون تفاوت بین مقادیر مقدار χ^2 بین الگوی با محدودیت و الگوی بدون محدودیت محاسبه شده - نشان می‌دهد که بارهای عاملی در دو گروه دانشجویان دختر و پسر مساوی بودند [$\chi^2(4)=1/75$, $p=0/89$]. در ادامه، دو گروه از طریق تساوی تمامی عبارت‌های خطای آزاد در دو گروه، محدود شدند. برازش این الگوی تحلیل عاملی چندگروهی نیز مطلوب بود (جدول ۴). در جدول ۴، مقدار χ^2 نشان می‌دهد که عبارت‌های خطا در دو گروه دانشجویان دختر و پسر مساوی بودند [$\chi^2(5)=3/01$, $p=0/77$]. در نهایت، به منظور آزمون هم‌ارزی ساختاری نسخه کوتاه پرسش‌نامه، دو گروه از طریق ایجاد تساوی در واریانس‌ها و کواریانس‌های عاملی محدود شدند. در جدول ۴، مقدار χ^2 نشان می‌دهد که در الگوی با محدودیت و الگوی بدون محدودیت واریانس‌ها و کواریانس‌های عاملی برای دو گروه دانشجویان دختر و پسر، مساوی بودند [$\chi^2(7)=2/45$, $p=0/81$].

جدول ۴. نتایج طرح‌های تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی در دو گروه دانشجویان دختر و پسر

الگو	$\Delta\chi^2$	Δdf	P
الگوی با محدودیت بارهای عاملی	۱/۷۵	۴	۰/۸۹
الگوی با محدودیت عبارت‌های خطا	۳/۰۱	۵	۰/۷۷
الگوی با محدودیت واریانس‌ها و کوواریانس‌های عاملی	۲/۴۵	۷	۰/۸۱

یکی از همبسته‌های مفهومی فرایندهای نظم‌بخشی هیجانی محسوب می‌شود [۱]. محققان یادآوری کردند که گرایش به ارزیابی‌های چالش‌محور و ارزیابی از منابع، با راهبرد بازارزیابی شناختی مرتبط است؛ در حالی که ارزیابی تهدیدمحور با راهبرد سرکوب بیانگری ارتباط دارد [۳۴]. همچنین، با توجه به شواهد تجربی موجود، تداخل مفهومی ارزیابی‌های شناختی و طرق متفاوت نظم‌بخشی هیجانی در بسترهایی همچون اسنادهای علی‌خوش‌بینانه در برابر بدبینانه و مواجهه‌های فعالانه در برابر منفعلانه، قابل فهم است [۳۵].

محدودیت‌های این پژوهش عبارتند از: نخست، انتخاب مشارکت‌کنندگان فقط از بین گروهی از دانشجویان دختر و پسر است؛ بنابراین انتخاب نمونه‌های بالینی نیز با هدف اطمینان از ویژگی‌های کارکردی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در موقعیت‌های عملی، باید در اولویت قرار گیرد. بی‌شک، نتایج چنین مطالعاتی با هدف اطلاع از تصمیم‌پذیری گروهی ابزار سنجش مزبور از اهمیت زیادی برخوردار است. دوم، در این مطالعه، اگر چه گزارش نتایج مستخرج از راه‌های متفاوت آزمون روایی در اولویت قرار گرفت، اما واریسی پایایی ابزار سنجش، فقط به ضرایب همسانی درونی محدود شد؛ بنابراین، با هدف آگاهی از ثبات نمرات زیرمقیاس‌ها در طول زمان، باید استفاده از پایایی آزمون - بازآزمون، در اولویت قرار گیرد.

در مجموع، یافته‌های به دست آمده از تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی، همسو با نسخه اصلی این پرسش‌نامه، از طریق بازتولید ساختار عاملی دو بُعدی بازارزیابی شناختی و سرکوب بیانگری، بر استحکام بنیان نظری و کفایت‌مندی فنی فراجنسیتی آن تأکید کرد. بنابراین، نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در موقعیت‌های همراه با تنگنای (اضطراب) زمانی، به بهینه‌سازی اندازه‌گیری نظم‌بخشی هیجانی، کمک می‌کند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی شامل محرمانگی، رازداری، گمنامی مشارکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه، رعایت شدند.

در بخش نخست، نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های مطالعات گراس و جان [۶]، گراس [۳]، بالزوریتی، جان و گراس [۳۱]، کابیل، سالگوپرو، فرناندز - بیروکال و گراس [۳۲]، پریسی و همکاران [۱۵]، سالا، مولینا، ابلر، کسلر، وانبراینت و ون‌دی‌شوت [۳۳] و پریسی و همکاران [۲۷] است و از ساختار پرسش‌نامه به طور تجربی، حمایت کرد. در این بخش، نتایج پژوهش با تأکید بر برازندگی مطلوب مدل اندازه‌گیری - شامل دو مؤلفه بازارزیابی شناختی، سرکوب بیانگری و با تکرار ساختار عاملی مفروض، به طور تجربی از استحکام بنیان نظری زیربنایی پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی حمایت کرد. این یافته‌ها، علاوه بر پشتیبانی مضاعف از مبانی مفهومی مدل نظری نظم‌بخشی هیجانی، همسو با یافته‌های مطالعات گراس و جان [۶]، گراس [۳]، بالزوریتی و همکاران [۳۱] و کابیل و همکاران [۳۲]، به طور تجربی از کارکرد مؤثر این مدل در موقعیت‌های عاطفی/بالینی نیز دفاع کردند. در بخشی دیگر، نتایج مطالعه حاضر با تأکید بر تغییرناپذیری جنسی ساختار عاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی، از کنش‌وری فراجنسیتی زیربنای نظری این ابزار در بافتار مطالعه روشمند راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی در دانشجویان، حمایت کرد. به بیان دیگر، نتایج در این بخش نشان داد که مقبولیت فنی نسخه در سنجش بهینه‌سازی شده بافتار نظم‌بخشی هیجانی در دانشجویان دختر و پسر متشابه است. بر این اساس، در بافتار اندازه‌گیری تلخیصی و بهینه فرایندهای نظم‌بخشی هیجانی، دقت اندازه‌گیری در نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی در دو جنس یکسان است.

در بخشی دیگر، نتایج مربوط به همبستگی بین وجوه پرسش‌نامه نظم‌بخشی هیجانی با فرایندهای ارزیابی شناختی و راهبردهای انطباقی/غیرانطباقی به ترتیب شواهدی قانع‌کننده در دفاع روایی ملاکی و روایی همزمان فراهم آورد. در این بخش، نتایج پژوهش حاضر موافق با یافته‌های مطالعات گراس [۳]، گراس و جان [۶] و تیرا و همکاران [۲]، شواهد بیشتری در دفاع از آموزه‌های مفهومی نظریه فرایندی مقابله ارائه کرد. در این بخش، نتایج مطالعات مختلف با تأکید بر راه‌های متفاوت نظم‌بخشی هیجانی به عنوان شیوه‌های متمایز در مواجهه با تجارب انگیزاننده محیطی، نشان داده‌اند که ارزیابی‌های شناختی

تشکر و قدردانی

از تمامی مشارکت‌کنندگان که با حضور مسئولانه خود ما را در این مسیر همراهی کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- 8- Ireland, M. J., Clough, B. A., Day, J. J. The cognitive emotion regulation questionnaire: Factorial, convergent, and criterion validity analyses of the full and short versions. *Personality and Individual Differences*, 2017; 110: 90-95.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.035>
- 9- Murphy, S. T., Cheavens, J. S., Strunk, D. R. Development and initial validation of the Styles of Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2021; 181: 111050.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111050>
- 10-Song, X., Liu, Y., Chen, Y., Du, F. Development and psychometrics of a new Emotion-focused Regulation Questionnaire in Chinese. *Personality and Individual Differences*, 2022; 199: 111831.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111831>
- 11-Kraaij, V., Garnefski, N. The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2019; 137: 56-61.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
- 12-Spaapen, D.L., Waters, F., Brummer, L., Stopa, L., Bucks, R.S. The emotion regulation questionnaire: validation of the ERQ-9 in two community samples. *Psychological Assessment*, 2014; 26: 46-54.
<https://doi.org/10.1037/a0034474>
- 13-Balzarotti, S. The emotion regulation questionnaire: factor structure and measurement invariance in an Italian sample of community dwelling adults. *Current Psychology*, 2021; 40(10): 4918-4929.
<https://doi.org/10.1007/s12144-019-00426-3>
- 14-Burghart, M., Sahm, A. H., Mier, D. Investigating measurement invariance of the Emotion Regulation Questionnaire-8 (ERQ-8) across 29 countries. *Current Psychology*, 1-7. 2023; 19(2): 1-7.
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-04220-6>
- 15-Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., & Gross, J. J. The emotion regulation questionnaire: psychometric properties in general community samples. *Journal of Personality Assessment*, 2020; 102: 348-356.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1564319>
- 1- Zeng, Y., Fu, Y., Zhang, Y., Jiang, Y., Liu, J., & Li, J. Emotion regulation in undergraduate nursing students: A latent profile analysis. *Nurse Education in Practice*, 2023; 71: 103722.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103722>
- 2- Tyra, A. T., Young, D. A., Ginty, A. T. Emotion regulation tendencies and cardiovascular responses to repeated acute psychological stress. *International Journal of Psychophysiology*, 2023; 194: 112261.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2023.112261>
- 3- Gross, J. J. Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 2015; 26: 1-26.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- 4- Preece, D. A., Becerra, R., Hasking, P., McEvoy, P.M., Boyes, M., Sauer-Zavala, S., Gross, J.J. The Emotion Regulation Questionnaire: psychometric properties and relations with affective symptoms in a United States general community sample. *Journal of Affective Disorders*, 2021; 284: 27-30.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.071>
- 5- Fujisato, H., Ito, M., Takebayashi, Y., Hosogoshi, H., Kato, N., Nakajima, S., Miyamae, M., Oe, Y., Usami, S., Kanie, A., Horikoshi, M., Berking, M. Reliability and validity of the Japanese version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 2017; 208: 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.064>
- 6- Gross, J.J., John, O.P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003; 85: 348-362.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- 7- Stanford Psychophysiology Laboratory, Resources: Emotion Regulation Questionnaire. 2023. <https://spl.stanford.edu/resources>.

- 24-Lazarus, R. S., Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer. 1984.
[https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Lazarus,+R.+S.,+%26+Folkman,+S.+\(1984\).+Stress,+appraisal+and+coping.+New+York:+Springer.+1984.&ots=DhFTlrckQd&sig=WVEfwH4nx4QY4-_dc9p_AvcwJqA#v=onepage&q=Lazarus%2C%20R.%20S.%2C%20%26%20Folkman%2C%20S.%20\(1984\).%20Stress%2C%20appraisal%20and%20coping.%20New%20York%3A%20Springer.%201984.&f=false](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Lazarus,+R.+S.,+%26+Folkman,+S.+(1984).+Stress,+appraisal+and+coping.+New+York:+Springer.+1984.&ots=DhFTlrckQd&sig=WVEfwH4nx4QY4-_dc9p_AvcwJqA#v=onepage&q=Lazarus%2C%20R.%20S.%2C%20%26%20Folkman%2C%20S.%20(1984).%20Stress%2C%20appraisal%20and%20coping.%20New%20York%3A%20Springer.%201984.&f=false)
- 25-Shokri, O., Tamizi, N., Abdollahpour, M. A., & Khodami, M. M. Psychometric analysis of the stress appraisal measure-revised among university students. *Advances in Cognitive Sceince*, 2016; 18 (2): 1-11.
<https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054743>
[In Persian]
- 26-Meyers, L. S., Gamest, G., & Goarin, A. J. Applied multivariate research, design and interpretation. Thousand oaks. London. New Deihi, Sage publication, 2016.
<https://books.google.com.sl/books?id=7e4npyN3BasC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- 27-Preece, D. A., Petrova, K., Mehta, A., & Gross, J. J. The Emotion Regulation Questionnaire-Short Form (ERQ-S): A 6-item measure of cognitive reappraisal and expressive suppression. *Journal of Affective Disorders*, 2023; 340:855-861.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.076>
- 28-Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. Using multivariate statistics. (p.934), Boston, MA: Allyn & Bacon. 2007: 934.
[https://scholar.google.com/scholar?q=Tabachnick,+B.+G.,+%26+Fidell,+L.+S.+\(2007\).+Using+m ultivariate+statistics.+\(p.934\),+Boston,+MA:+Allyn+%26+Bacon.+2007:+934.&hl=en&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.com/scholar?q=Tabachnick,+B.+G.,+%26+Fidell,+L.+S.+(2007).+Using+m ultivariate+statistics.+(p.934),+Boston,+MA:+Allyn+%26+Bacon.+2007:+934.&hl=en&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- 29-Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. Multivariate data analysis (7th ed., pp. 125-857). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. 2010: 125-857.
<https://www.scirp.org/reference/ReferencesPaper s?ReferenceID=1841396>
- 16-Brown, T. A. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. Guilford Publications, 2015.
<https://psycnet.apa.org/record/2015-10560-000>
- 17-Garrido-Hernansaiz, H., Rodríguez-Rey, R., Nieto, C., & Alonso-Tapia, J. Construction and evidence of validity regarding the emotion self-regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2022; 193: 111610.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111610>
- 18-Kline, R. B. Principles and practices of Structural Equation Modeling (15 Eds.). New York: Guilford, 2023.
https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462551910?srsId=AfmBOooi9w0F11U9--oy_SgJyG5l6kxMAwgVpplGr2M9CowVAyEb8n2
- 19-Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 2001; 30:1311-1327.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- 20-Garnefski, N. Kraaij, V. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 2006; 41: 1045-1053.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- 21-D'Acremont, M., Van der Linden, M. How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Adolescence*, 2007; 30: 271-282.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>
- 22-Hosseinabadi, M., & Shokri, O. Examining the gender-based equivalence of factorial structure of the cognitive emotion regulation questionnaire-short form. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 2016; 12 (46): 199-211.
https://journals.iau.ir/article_518895.html
[In Persian]
- 23-Rowley, A. A., Roesch, S. C., Jurica, B. J., Vaughn, A. A. Developing and validating a stress appraisal measure for minority adolescents. *Journal of Adolescence*, 2005; 28: 547-557.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.10.010>

- 33-Sala, M.N., Molina, P., Abler, B., Kessler, H., Vanbrabant, L., van de Schoot, R. Measurement invariance of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). A cross-national validity study. *European Journal Developmental Psychology*, 2012; 9(6): 751-757.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2012.690604>
- 34-Li, N., Fan, L., Wang, Y., Wang, J., Huang, Y. Risk factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic: The roles of coping style and emotional regulation. *Journal of Affective Disorders*, 2022; 299: 326-334.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.026>
- 35-Besson, T., Richetin, J., Zerhouni, O. Effect of emotion dysregulation and emotion regulation strategies on evaluative conditioning. *Learning and Motivation*, 2023; 82: 101890.
<https://doi.org/10.1016/j.lmot.2023.101890>
- 30-Arbuckle, J. L., & Wothke, W. Amos 4.0 user's guide: SPSS. (240-260). Chicago: Small Waters Corporation. 1999: 240-260.
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1209328>
- 31-Balzarotti, S., John, O. P., Gross, J. J. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 2010; 26: 61-67.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009>
- 32-Cabello, R., Salguero, J. M., Fernandez-Berrocal, P., & Gross, J. J. A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 2013; 29: 234-240.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>

ساخت و اعتباریابی مقیاس خودتأییدی (SAS) در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بوعلی سینا

نویسندگان

احمد بیات^{۱*}، خسرو رشید^۲، لیلا علی‌بلندی^۳

۱. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

khosrorashid@basu.ac.ir

۳. دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

leila.alibolandi25@gmail.com

چکیده

مقدمه: نوجوانان و جوانان همواره به دنبال پذیرش از سوی دیگران و تأیید خود هستند و در عین حال نشانه‌هایی از خودشیفتگی را بروز می‌دهند. هدف این پژوهش ساخت و اعتباریابی مقیاس خودتأییدی (SAS) و بررسی آن با خودشیفتگی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بوعلی سینا بود.

روش: روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شناختی، جزء طرح‌های غیرتجربی و از نوع ساخت آزمون است. ۱۰۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های خودتأییدی و شخصیت خودشیفته (آمز و همکاران، ۲۰۰۶م) را پاسخ دادند. داده‌ها با روش همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی، و تحلیل واریانس یک‌راهه و به کمک نرم‌افزار SPSS-25 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که مقیاس خودتأییدی پنج عامل جسمی، شناختی، اجتماعی، هیجانی، و اخلاقی را می‌سنجد. پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همبستگی بین خودتأییدی و خودشیفتگی مثبت و معنادار بود ($P < ۰/۰۵$, $r = ۰/۳۰۵$). همچنین بین دانشجویان دختر و پسر از نظر خودتأییدی تفاوت معنادار ($P < ۰/۰۵$) و از نظر خودشیفتگی تفاوت غیرمعنادار ($P > ۰/۰۵$) شاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت هر اندازه خودتأییدی افراد بیشتر باشد، میزان خودشیفتگی آنان نیز بیشتر خواهد بود. با توجه به شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس خودتأییدی، می‌توان گفت که این مقیاس مناسب و معتبر است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۳/۱۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۹/۱۵



کلیدواژه‌ها

خودتأییدی، خودشیفتگی، روانی، پایایی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

bayat@cfu.ac.ir

مقدمه

میزان سلامت روان و ویژگی‌های شخصیتی دانشجویان در یادگیری، مهارت و در کل موفقیت تحصیلی آنان بسیار اثرگذار است [۱]. خودتأییدی و خودشیفتگی از جمله ویژگی‌هایی هستند که بررسی آن‌ها در بین دانشجویان اهمیت زیادی دارد. نظریه خودتأییدی توسط هیل^۱ [۲] ارائه شده است. او اظهار داشت که مکانیزم‌های دفاعی برای تأیید خود، هنگامی روی می‌دهند که خودارزشمندی فرد تهدید شود. مک‌کوئین و کِلین^۲ [۳] خودتأییدی را تأیید فعالانه برخی دیگر از جنبه‌های مهم خودپنداره شخص می‌دانند که با خودتهدیدی بی‌ارتباط است.

پس، خودتأییدی تأیید فعالانه‌ی جنبه‌های مهم خودپنداره است و هدف آن حفظ یکپارچگی شخصیت فرد می‌باشد. برای حفظ یکپارچگی شخصیت، افراد یک نیاز اساسی به احساس کفایت شخصی دارند. رویارویی که حس یکپارچگی را تهدید می‌کند، استرس و دفاع از خود را برمی‌انگیزاند که می‌تواند باعث کژکاری و ناسازگاری شود. معمولاً مداخلات خودتأییدی به این صورت است که مردم درباره ارزش‌های شخصی خود چیزهایی را می‌نویسند. این مداخلات باعث می‌شود تا دید گسترده‌تری به خود و منابع آن ایجاد شود و پیامدهای تهدید یکپارچگی شخصیت تضعیف گردد [۸].

لی، تورتسکی، و اسپیسر^۳ [۹] در پژوهشی بررسی کردند که آیا خودتأییدی می‌تواند رفتار دانشجویان را در مقابله با چالش‌های زندگی بهبود بخشد. یافته‌ها داد که خودتأییدی افزایش معناداری در سطح اعتماد به نفس در مقابله با چالش‌های زندگی دانشجویان ایجاد می‌کند. هم افراد خودشیفته و هم افراد دارای عزت‌نفس بالا برای حمایت از خود درگیر خودتأییدی هستند؛ اما افراد خودشیفته می‌خواهند برتری خود را ابراز کنند، درحالی که افراد دارای عزت‌نفس بالا تمایل دارند از سوی جامعه ارزش‌گذاری شوند [۱۰].

نظریه خودتأییدی نشان می‌دهد که باورها و رفتارهای افراد توسط میل به دیده شدن به عنوان انسانی اخلاقی، سازگار و توانمند برانگیخته می‌شوند [۹]. هاریس، هاریس، و

میلز^۴ [۱۱] اثر خودتأییدی را بر دو جنبه از کارکردهای اجرایی (حافظه کاری و بازداری) بررسی کردند. شرکت‌کنندگان تکالیف کامپیوتری را در یک توالی ثابت انجام دادند. عملکرد گروه دارای خودتأییدی در هر دو تکلیف بهتر از گروه کنترل بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که خودتأییدی می‌تواند بر شناخت و رفتار اثرات مثبتی داشته باشد.

کرسول، داجر، کلین، هاریس، و لوین^۵ [۱۲] دریافتند که خودتأییدی می‌تواند استرس را در هنگام حل مسئله کاهش دهد. ۸۰ دانشجوی دارای استرس مزمن به طور تصادفی در وضعیت خودتأییدی و یا کنترل جایگزین شدند. نتایج نشان داد که خودتأییدی باعث بهبود حل مسئله در این افراد می‌شود. این پژوهش روش تازه‌ای را برای بهبود حل مسئله در افراد دچار استرس معرفی می‌کند و پیامدهای مهمی برای درک چگونگی خودتأییدی در پیشرفت تحصیلی دارد.

هر فردی برای رشد و خود شکوفایی نیازمند تشویق است؛ اما فردی که خودتأییدی دارد، برای پایداری احساسی و یکپارچگی شخصیتی خود، نیازمند به تأیید پی‌درپی دیگران نخواهند بود. اساساً خودتأییدی توانایی ایجاد تعادل احساسی بدون وابستگی به نظرات دیگران است، درحالی‌که فرد خودشیفته اغلب توانایی درک ارزش ذاتی خود را ندارد و در پی آن است که از راه تصویب دیگران، جاه‌طلبی، کسب درآمد و امثال آن موجب تأیید مدام دیگران شود [۱۳]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودتأییدی دربردارنده‌ی توانایی اعتماد به نفس، تنظیم خود بدون وابستگی به ستایش دیگران و پذیرش انتقاد بدون تبدیل شدن به حالت دفاعی است [۱۴].

بین خودشیفتگی و عزت‌نفس رابطه‌ای معنادار گزارش شده است [۸]. رابطه خودشیفتگی با تجربه‌های رشد، تفاوت‌های فردی و روان‌شناختی مقایسه شده و همه این موارد رابطه مثبتی با ویژگی‌های عامل و روابط بین فردی دارند؛ اما از نظر سازگاری و ارتباط با یکدیگر متفاوت‌اند. عزت‌نفس به عنوان سازه‌ای کاملاً سازگارانه، با اختلالات روان‌پزشکی درونی‌سازی شده رابطه‌ای منفی داشته و عموماً

4. Harris, Harris, & Miles
5. Creswell, Dutcher, Klein, Harris, & Levine

1. Heal
2. McQueen & Kelin
3. Lee, Turetsky, & Spicer

یعنی کاملاً عاشق خودش است و مادر تمام نیازهای او را برآورده می‌کند. اما مادر همواره نمی‌تواند نیازهای او را به موقع پاسخ دهد. کودک برای جبران این کمبودها به خودشیفتگی پناه می‌برد و نفس او به نفس خودشیفته تبدیل می‌شود [۱۷].

خودشیفته سبکی از شخصیت است که با برخی ویژگی‌ها همچون خودشیفتگی، تخیلات افراطی در مورد قدرت، زیبایی، موفقیت، حساسیت زیاد نسبت به انتقاد و احساس بی‌نظیر بودن مشخص می‌شود. خودشیفتگی با پیامدهای مثبت و منفی همراه است. برخی از پیامدهای مثبت آن شامل کاهش افسردگی، برون‌گرایی، خوشایندی اولیه و عملکرد بهتر در جمع است [۷]. در واقع خودشیفتگی ویژگی شخصیتی است که با احساس برتری و تمایل به احترام و تحسین از دیگران مشخص می‌شود. یک باور مشترک هم در روان‌شناسی و هم در فرهنگ عامه این است که خودشیفتگی نوعی اعتماد به نفس بیش از حد را نشان می‌دهد. روان‌شناسان خودشیفتگی را به عنوان نوع اغراق‌آمیزی از عزت‌نفس، خودباوری متورم و عزت‌نفس دفاعی بالا عنوان کرده‌اند [۱۸]. پژوهش‌ها نشان داده است که درصد دانشجویان ۲۰ تا ۲۸ ساله براساس نمرات خود در فهرست شخصیت‌های خودشیفته نسبت به اوایل دهه ۱۹۸۰ تا ۳۰ درصد افزایش یافته است [۱۹].

با توجه به بررسی‌های پژوهشگر، در ایران ابزاری که بتواند خود تأییدی را اندازه‌گیری کند، یافت نشد. پژوهش‌های اندکی که در مورد خود تأییدی انجام شده‌اند، تأثیر متغیرهای گوناگون را به طور جداگانه بررسی کرده‌اند. با این حال، در زمینه بررسی رابطه بین خود تأییدی و خودشیفتگی نیز خلأ پژوهشی مشاهده می‌شود. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال آن است که برپایه پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوطه به ساخت و اعتباریابی مقیاس خودتأییدی و بررسی رابطه آن با خودشیفتگی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بوعلی سینا بپردازد.

فرضیه‌ها و پرسش‌های پژوهش

پرسش‌های این پژوهش چنین است که آیا بین خودتأییدی و خودشیفتگی ارتباط وجود دارد یا خیر؟ و این که خودتأییدی و خودشیفتگی چه ارتباطی با جنسیت دارند؟ در همین راستا فرضیه‌های زیر ارائه می‌شود:

با اختلالات روان‌پزشکی برونی‌سازی شده مرتبط نیست. برخلاف عزت‌نفس، خودشیفتگی با حسادت، جدیت، محق بودن و رفتارهای نادرست نسبت به دیگران مرتبط است که احتمالاً رابطه بین خودشیفتگی را با نتایج ناسازگارانه را توضیح می‌دهد [۱۵].

خودشیفتگی مرحله‌ای از رشد است که در آن هر چیز خوب و خوشایند بخشی از کودک پنداشته می‌شود و هر آن‌چه بد و ناقص است به دنیای بیرونی نسبت داده می‌شود [۱۶]. از منظر مدل فرویدی که مدلی مبتنی بر سائق و روابط موضوعی است، ایگو در خودشیفتگی اولیه در دوران کودکی احساس توانایی مطلق می‌کند؛ اما به تدریج که رشد می‌یابد، با نیروگذاری روانی بر موضوع‌ها به عشق موضوعی روی می‌آورد. در این هنگام اگر موضوع عشق شخص خود او باشد، دچار خودشیفتگی خواهد شد [۱۷].

در تعریف هارتمن^۱ از خودشیفتگی، «خود» به جای ایگو، هدف یا موضوع لیبیدو معرفی می‌شود؛ بنابراین تعریف هارتمن از خودشیفتگی بهنجار عبارت است از سرمایه‌گذاری لیبیدویی بر «خود». کوهوت این تعریف هارتمن را با تغییر مفهوم لیبیدو دگرگون ساخت، درحالی که روان‌کاوان سنتی خودشیفتگی را نوعی اختلال می‌دانستند. از دید کوهوت، خودشیفتگی مسیر رشد منحصر به فردی دارد، به گونه‌ای که هیچ شخصی در نهایت از موضوع‌های خود بی‌نیاز نخواهد بود. همه انسان‌ها در سراسر زندگی خویش به محیطی سرشار از موضوع‌های خود نیازمندند، موضوع‌هایی که به گونه‌ای همدلانه پاسخ می‌دهند و افراد تنها از این راه می‌توانند کارکردی بهنجار داشته باشند [۱۶].

از دیدگاه کوهوت، بزرگسالان بهنجار نیز نیازهای مرتبط با خودشیفتگی دارند و در سراسر زندگی نیازمند نوعی موضوع خودانعکاس‌گر و تأییدگر هستند. تصور دشواری ارتباط با افراد بی‌اعتنا و بی‌پاسخ می‌تواند اهمیت مداوم موضوع‌های خود را تا حدی قابل درک سازد. کوهوت بر این باور بود که نوزاد در آغاز «خود» یا «نفس» ندارد. تعاملات مثبت والدین با کودک باعث می‌شود که در دو تا سه سال نخست زندگی، هسته اصلی خود یا «خود هسته‌ای» شکل بگیرد. نوزاد ابتدا در خودشیفتگی اولیه زندگی می‌کند؛

1. Hartman

۱. بین خودتأییدی و خودشیفتگی رابطه معنادار وجود دارد.
۲. بین خودشیفتگی دختران و پسران تفاوت معنادار وجود دارد.
۳. بین خودتأییدی دختران و پسران تفاوت معنادار وجود دارد.

روش

نوع پژوهش

روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش‌شناختی جزء طرح‌های غیرتجربی و از نوع ساخت آزمون است. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا (۱۰۲۴۸ نفر) بود. با توجه به دو متغیره بودن پژوهش و در نظر گرفتن کف نمونه در پژوهش‌های همبستگی، ۱۰۰ نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های خودتأییدی و شخصیت خودشیفته [۲۰] را پاسخ دادند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌ی خودتأییدی

این ابزار ۳۵ گویه‌ای یک پرسش‌نامه پژوهش‌گرساخته است که با توجه به مبانی نظری و شاخص‌های مطالعه شده، تهیه شد. این پرسش‌نامه دربردارنده‌ی مؤلفه‌های جسمی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و اخلاقی است. خود‌شناختی، شامل توانایی عقلی و خود جسمی شامل ظاهر بدن، سلامت جسمی و توانایی‌های ادراکی و حرکتی است. خود اجتماعی شامل خودشناسی، صمیمت و مهارت‌های بین‌فردی می‌باشد. خود هیجانی شامل امنیت هیجانی، پایداری هیجانی و ظرفیت احساس کردن دیگران از نظر احساسی و هیجانی است. خود اخلاقی شامل آگاهی از دیگران، استدلال اخلاقی و رفتار اخلاقی می‌باشد. نمره‌گذاری با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز = ۱، به‌ندرت = ۲، گاهی = ۳، و همیشه = ۴) است. در این مقیاس کمترین نمره ۳۵ و بیشترین نمره ۱۴۰ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹، مجذور همبستگی چندگانه ۰/۸۸، و همبستگی یک گویه با کل ۰/۴۴ به دست آمده است. سایر ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در بخش یافته‌ها گزارش شده است.

پرسش‌نامه شخصیت خودشیفته آموز و همکاران [۲۰]

این ابزار ۱۶ جفت گویه دارد و فرد باید یکی از آن‌ها را

برگزیند. برای هر گویه انتخاب شده از ردیف الف ۱ نمره و برای هر گویه انتخاب شده از ردیف ب ۰ نمره در نظر گرفته می‌شود. برای به دست آوردن نمره کلی پرسش‌نامه، باید مجموع نمرات همه گویه‌ها با هم جمع شود. این نمره بین ۰ تا ۱۶ خواهد بود. نمره بالاتر بیانگر خودشیفتگی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس. به عنوان یک نقطه برش، نمره ۸ به بالا بیانگر وجود شخصیت خودشیفته در فرد است. در یک پژوهش زمینه‌یابی مقطعی، محمدزاده [۲۱] این پرسش‌نامه را با بررسی ۳۴۲ دانشجو مورد آزمون قرار داد. ضریب همبستگی بین نمره‌های پرسش‌نامه شخصیت خودشیفته آموز و خرده‌مقیاس خودشیفتگی آزمون میلون ۰/۷۷ و از نظر آماری معنادار بود. ضریب پایایی آزمون - بازآزمون، ضریب همبستگی در تعیین پایایی به روش دونیمه کردن، و ضریب آلفای کرونباخ در سنجش همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴، و ۰/۷۹ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۶ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

پس از دریافت مجوزهای لازم از مسئولان دانشگاه برای انجام پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در بین پاسخ‌دهندگان توزیع شد. درباره شیوه پاسخ دادن به پرسش‌نامه‌ها، اهمیت کار و دقت در پاسخ‌دهی به شرکت‌کنندگان توضیحاتی داده شد. اصول اخلاقی همانند رضایت آگاهانه و کمترین احتمال خطر نیز در این پژوهش رعایت گردید. ملاک ورود به پژوهش دانشجوی دانشگاه بوعلی سینا بودن در سال تحصیلی جاری و ملاک عدم ورود، ابتلای فرد به هرگونه بیماری روان‌پزشکی (به ویژه اختلالات شخصیت) بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-25 و به روش همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل واریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

یافته‌های توصیفی پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱. شاخص‌های توصیفی خودشیفتگی و خودتأییدی

متغیرها	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	واریانس	تعداد
خودشیفتگی	پسر	۶/۲۰	۲/۳۰	۵/۲۹	۴۹
	دختر	۶/۹۶	۲/۹۹	۸/۹۴	۵۱
	کل	۶/۵۹	۲/۶۹	۷/۲۳	۱۰۰
خودتأییدی	پسر	۱۹/۹۸	۶/۰۵	۳۶/۶۰	۴۹
	دختر	۱۷/۴۳	۶/۰۱	۳۶/۱۲	۵۱
	کل	۱۸/۶۸	۶/۱۳	۳۷/۵۸	۱۰۰

جدول ۲. ضریب همبستگی بین خودتأییدی و خودشیفتگی

متغیرها	خودشیفتگی	خودتأییدی	معناداری
خودشیفتگی	-	۰/۳۰۵*	۰/۰۰۲
خودتأییدی	۰/۳۰۵*	-	۰/۰۰۲

* در سطح ۰/۰۱ (دو دانه) معنادار است.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه خودشیفتگی و خودتأییدی دختران و پسران

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
خودشیفتگی	بین گروهی	۱۴/۳۰۹	۱	۱۴/۳۰۹	۲/۰۰۴	۰/۱۶۰
	درون گروهی	۶۹۹/۸۸۱	۹۸	۷/۱۴۲	-	-
	کل	۷۱۴/۱۹۰	۹۹	-	-	-
خودتأییدی	بین گروهی	۱۶۲/۲۷۱	۱	۱۶۲/۲۷۱	۴/۴۶۵	۰/۰۳۷
	درون گروهی	۳۵۶۱/۴۸۹	۹۸	۳۶/۳۴۲	-	-
	کل	۳۷۲۳/۷۶۰	۹۹	-	-	-

مندرجات جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین دانشجویان دختر و پسر از نظر خودشیفتگی تفاوت آماری معنادار وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$)، اما از نظر خودتأییدی بین این دو گروه تفاوت آماری معنادار به دست آمد ($P < ۰/۰۵$).

روایی: با استفاده از روش روایی ملاکی و روایی سازه، روایی مقیاس خودتأییدی بررسی شد. در ادامه داده‌های مربوط به روایی آمده‌اند. برای به دست آوردن روایی ملاکی مقیاس خودتأییدی میزان همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه خودشیفتگی بررسی شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

میانگین و انحراف معیار برای خودشیفتگی ۶/۵۹ و ۲/۶۸ و برای خودتأییدی ۱۸/۶۸ و ۶/۱۳ به دست آمد. در ادامه فرضیه‌های پژوهش بررسی می‌گردد. نخستین فرضیه چنین بود که «بین خودتأییدی و خودشیفتگی دانشجویان رابطه وجود دارد».

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین خودتأییدی و خودشیفتگی دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد ($r = ۰/۳۰۵$) که از نظر آماری معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در ادامه فرضیه دوم و سوم پژوهش (۲. بین خودشیفتگی دانشجویان دختر و پسر تفاوت وجود دارد. ۳. بین خودتأییدی دانشجویان دختر و پسر تفاوت وجود دارد.) بررسی می‌گردد.

جدول ۴. ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های مقیاس خودتأییدی و پرسش‌نامه خودشیفتگی

متغیرها	جسمی	شناختی	اجتماعی	هیجانی	اخلاقی
خودشیفتگی	۰/۲۳۵*	۰/۳۰۷*	۰/۴۰۶*	۰/۳۵۴*	۰/۲۵۸*

* در سطح ۰/۰۱ (دودامنه) معنادار است.

جدول شماره ۵. ماتریس چرخش یافته‌ی مقیاس خودتأییدی به روش واریماکس

جسمی	بار عاملی	شناختی	بار عاملی	اجتماعی	بار عاملی	هیجانی	بار عاملی	اخلاقی	بار عاملی
گویه ۲	۰/۴۶۰	گویه ۲۳	۰/۵۶۱	گویه ۱	۰/۶۲۷	گویه ۷	۰/۵۲۶	گویه ۱۳	۰/۴۹۲
گویه ۴	۰/۳۸۷	گویه ۲۴	۰/۶۷۲	گویه ۳	۰/۶۳۹	گویه ۱۷	۰/۷۹۰	گویه ۱۴	۰/۵۲۳
گویه ۵	۰/۴۹۵	گویه ۲۵	۰/۶۱۵	گویه ۱۲	۰/۴۰۸	گویه ۱۸	۰/۸۲۰	گویه ۱۶	۰/۴۲۱
گویه ۶	۰/۵۶۲	گویه ۲۶	۰/۷۴۸	گویه ۳۰	۰/۷۰۲	گویه ۱۹	۰/۷۹۶	گویه ۲۰	۰/۶۸۹
گویه ۸	۰/۵۶۵	گویه ۲۷	۰/۶۱۵	گویه ۳۱	۰/۶۱۵	گویه ۲۱	۰/۶۱۱	گویه ۲۹	۰/۴۹۹
گویه ۹	۰/۵۲۵	گویه ۲۸	۰/۷۰۶	گویه ۳۳	۰/۶۵۶			گویه ۳۵	۰/۶۰۳
گویه ۱۰	۰/۵۱۳	گویه ۳۲	۰/۵۴۷	گویه ۳۴	۰/۶۶۸				
گویه ۱۱	۰/۶۵۰								
گویه ۱۵	۰/۵۲۶								
گویه ۲۲	۰/۷۳۸								

گویه در این مقیاس باقی بمانند. مقدار کفایت نمونه‌گیری کایرز-میر-آلکین^۱ ($KMO = ۰/۷۰۴$) و آزمون کرویت بارتلت^۲ ($۱۵۵۰/۳۵۴$) در سطح ۰/۰۱ معنادار به دست آمد؛ بنابراین ماتریس همبستگی برای تحلیل عاملی مناسب است و حجم نمونه‌ی مورد بررسی برای بررسی اعتبار مقیاس خودتأییدی رضایت‌بخش بوده و در نتیجه، داده‌های گردآوری شده قابل کاهش به عامل‌های زیربنایی آن می‌باشد. همچنین، با توجه به نتیجه آزمون بارتلت ماتریس همبستگی بین گویه‌ها یک ماتریس واحد و همسان نیست. یعنی از یک طرف بین گویه‌های درون هر عامل همبستگی بالایی وجود دارد و از طرف دیگر بین گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر، هیچ‌گونه همبستگی معناداری دیده نمی‌شود. در تحلیل عاملی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش متعامد از نوع واریماکس استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۵ آمده است.

ضرایب همبستگی به دست آمده بین مؤلفه‌های مقیاس خودتأییدی و پرسش‌نامه خودشیفتگی معنادار هستند ($P < ۰/۰۵$). بنابراین، روایی ملاکی مقیاس خودتأییدی مورد تأیید است. برای بررسی روایی سازه مقیاس خودتأییدی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. اطلاعات این بخش در ادامه آمده است. روش دیگری که برای به دست آوردن روایی از آن استفاده شد، روایی محتوایی بود. در این راستا، به کمک ۴ نفر متخصص روان‌شناسی، تمامی گویه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. هر یک از آنان نظر خود را به صورت «ضروری، مفید و یا غیرضروری» در مورد هر گویه بیان نمودند. سپس ضریب روایی محتوایی محاسبه شد و در نهایت شاخص روایی محتوایی به دست آمد که با توجه به جدول حداقل مقادیر شاخص روایی محتوایی این شاخص برابر با ۰/۹۲۱ بود که نشان می‌دهد روایی محتوایی مقیاس خودتأییدی در سطح مطلوبی قرار دارد.

عامل اکتشافی با ۳۵ گویه تحلیل شد. نتایج اولیه تحلیل مؤلفه‌های اصلی در زمینه ابزار پژوهش نشان داد که تمامی گویه‌ها بار عاملی بیشتر از ۰/۳۰ دارند و باید هر ۳۵

1. Kaiser-Meyer-Olkin
2. Bartlett's Test of Sphericity

جدول شماره ۵ گویه‌های مورد نظر در زیر عامل‌های پنج‌گانه و بار عاملی هر یک از آن‌ها را نشان می‌دهد که در واقع مؤثرترین گویه‌ها در مورد هر عامل هستند. تمام گویه‌ها مؤثر هستند و باید مورد استفاده قرار گیرند. بیشترین بار عاملی مربوط به گویه ۱۸ و کمترین بار عاملی مربوط به گویه ۱۲ است. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. جدول شماره ۶ ضریب آلفای کرونباخ

برای مقیاس خودتأییدی و مؤلفه‌های آن را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹۵ به دست آمد که نشان می‌دهد مقیاس خودتأییدی از پایایی بالایی برخوردار است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های جسمی، شناختی، اجتماعی، هیجانی، و اخلاقی به ترتیب ۰/۸۵۷، ۰/۷۹۴، ۰/۷۴۸، ۰/۷۵۸، و ۰/۹۰۲ محاسبه گردید.

جدول شماره ۶. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس خودتأییدی و مؤلفه‌های آن

مؤلفه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
جسمی	۰/۸۵۷	۱۸/۱۱	۳/۱۲۳	۹/۷۵۵
شناختی	۰/۷۹۴	۲۹/۵۲	۴/۰۶۴	۱۶/۵۱۵
اجتماعی	۰/۷۴۸	۲۸/۴۵	۴/۱۵۴	۱۷/۲۶۰
هیجانی	۰/۷۵۸	۱۹/۲۱	۳/۴۰۱	۱۱/۵۶۲
اخلاقی	۰/۹۰۲	۱۲/۷۱	۲/۶۱۵	۶/۳۸۳
کل	۰/۸۹۵	۲۱/۶۰	۳/۴۷۱	۱۲/۲۹۵

جدول شماره ۷. سهم هر عامل در تبیین مجموع واریانس تمام گویه‌ها

مؤلفه‌ها	مقدار ویژه اولیه		
	کل	درصد واریانس	درصد تجمعی واریانس
جسمی	۲/۲۰۸	۴۴/۱۵۸	۴۴/۱۵۸
شناختی	۰/۸۸۱	۱۷/۶۱۵	۶۱/۷۷۲
اجتماعی	۰/۷۲۰	۱۴/۴۰۵	۷۶/۱۷۷
هیجانی	۰/۶۱۶	۱۲/۳۱۸	۸۸/۴۹۵
اخلاقی	۰/۵۷۵	۱۱/۵۰۵	۱۰۰

همان‌طور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود هر ۵ عامل دارای مقدار ویژه بالاتر از ۰/۵ هستند؛ بنابراین می‌توان ۵ عامل داشت. سهم هر عامل در تبیین ۳۵ گویه به

صورت نزولی است. یعنی اولین عامل بیشترین سهم و آخرین عامل کمترین سهم را در تبیین واریانس ۳۵ گویه دارد. در مجموع تمامی ۵ عامل با مقادیر ویژه بالاتر از ۰/۵

همراه داشته باشد، او تلاش می‌کند تا همواره به خودتأییدی بپردازد و نکات مثبت خود را برجسته کرده و رفتارها، گفتارها و اندیشه‌های خویش را تأیید کند.

یافته‌های به دست آمده از تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که بین خودشیفتگی دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش بارت و شارپ [۲۳] و اسپنسر، فین، و لومور [۱۹] همسو می‌باشد. ارتباط ابراز وجود خصوصی (تفکر درباره خود) و ابراز وجود عمومی (تفکر درباره این‌که دیگران در مورد شخص چه می‌اندیشند) در نمونه‌های بزرگی از دانشجویان آمریکایی بررسی شد. نتایج نشان داد که ابراز وجود خصوصی در میان زنان با ابراز وجود عمومی همراه بود؛ اما در بین مردان، خودشیفتگی فقط با ابراز وجود عمومی همراه بود [۲۴].

امروزه دانشجویان دختر و پسر تفاوتی در خودشیفتگی ندارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تفاوت‌های دختران و پسران در خودشیفتگی از کلیشه‌های جنسیتی و انتظاراتی بوده است که در طول زمان شکل گرفته‌اند. اکنون که این کلیشه‌ها در حوزه‌های گوناگون تضعیف و یا دگرگون شده‌اند، تفاوت‌هایی که در گذشته بین دختران و پسران در حوزه‌های روان‌شناختی و رفتاری مشاهده می‌شد، کمتر دیده می‌شوند. البته این یافته با نتایج پژوهش زینی حسون و جوانمرد [۲۴] همسو نمی‌باشد. این پژوهش به بررسی رابطه خودشیفتگی و جنسیت در بین دانشجویان پسر و دختر پرداخته است. زنان و مردان آزمون چرخش فضایی را انجام دادند و نیمی از آنان پیش از آغاز آزمون، خود را تأیید کردند. خودتأییدی عملکرد زنان را بهبود بخشید، اما بر عملکرد مردان تأثیری نداشت.

ترومبینی^۳ [۲۵] با بررسی واکنش‌های احساسی مردان در چشم‌انداز کار با زنان دریافت که آن‌ها تمایل کمتری برای همکاری با زنان گزارش می‌دهند و این عدم تمایل ناشی از ناشی از اضطرابی است که در چنین موقعیتی تجربه می‌کنند. با این حال، خود تأییدی مردان در ارزیابی از داوطلب زن موجب می‌شود که نسبت به چشم‌انداز همکاری با وی پذیراتر و آماده‌تر شوند. این یافته با توجه به نظریه نقش اجتماعی قابل تبیین است. پسران به طور کلی اجتماعی‌گرا، کارآمد، مستقل و ماهر هستند. درحالی‌که به

توانسته‌اند ۷۵/۷۱۶ درصد از واریانس ۳۵ گویه مربوط به مقیاس خودتأییدی را تبیین کنند. گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵، و ۲۲ عامل جسمی را می‌سنجند؛ گویه‌های ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، و ۳۲ عامل شناختی را می‌سنجند؛ گویه‌های ۱، ۳، ۱۲، ۳۰، ۳۱، ۳۳، و ۳۴ عامل اجتماعی را می‌سنجند؛ گویه‌های ۷، ۱۷، ۱۸، ۱۹، و ۲۱ عامل هیجانی را می‌سنجند و گویه‌های ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۲۰، ۲۹ و ۳۵ را می‌سنجند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه خود تأییدی و خودشیفتگی و مقایسه این متغیرها در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بوعلی سینا انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین خودتأییدی و خودشیفتگی همبستگی معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش تایلر^۱ و شرمن [۲۲] و لی و همکاران [۹] همسو می‌باشد.

نظریه خودتأییدی بر این باور است که افراد انگیزه‌ای برای حفظ دید مثبت نسبت به خود دارند و تهدید به خود تأییدی با مقاومت مواجه می‌شود. هنگامی که فرد تهدید می‌شود، خود تأییدی می‌تواند می‌تواند با فراهم کردن امکان تمرکز بر منابع خودارزشمندی، به بازسازی خودشیفتگی کمک کند. با این حال، پرسش‌های بسیاری در مورد مکانیزم‌های پایه‌ای مربوط به خودتأییدی وجود دارد. پژوهشگران مکانیزم‌های عصبی خودتأییدی را در یک محیط تصویربرداری رزونانس مغناطیسی کاربردی^۲ بررسی کرده‌اند. فعالیت عصبی پیش‌بین دگرگونی‌های رفتاری است که با تأیید موفقیت‌آمیز این نتایج ارتباط دارد و همچنین، فرآیندهای عصبی مرتبط با خودتأییدی را نشان می‌دهد [۲۲].

در تبیین این یافته می‌توان گفت که فردی که خودشیفته باشد برای حفظ خود و ویژگی‌هایی که به خود نسبت می‌دهد تلاش می‌کند. در این راستا، او به خودتأییدی روی می‌آورد و هر آن‌چه را که به او مربوط است یا مربوط به او نیست اما احساس شیفتگی نسبت به خود را در او تقویت می‌کند، تأیید می‌نماید. با توجه به این‌که تأیید خود می‌تواند احساس خوشایندی را برای فرد به

3. Trombini

1. Taylor & Sherman

2. fMRI

منابع

- 1- Derikond F, Dehghan M, Ghaderi S, Roshannia S. Investigating the relationship between personality traits and mental health among students. The First International Congress of Comprehensive Psychology of Iran, Tehran, Iran Development Conference Center. 2015.
<https://civilica.com/doc/475281/> [In Persian]
- 2- Aronson J, Cohen G, Nail PR. Self-affirmation theory: An update and appraisal; 1999.
doi:10.1037/10318-006
- 3- McQueen A, Klein WM. Experimental manipulations of self-affirmation: A systematic review. *Self and Identity*. 2006; 5(4): 289-354.
doi:10.1080/15298860600805325
- 4- Sherman DK. Self-affirmation: Understanding the effects. *Social and Personality Psychology Compass*. 2013; 7(11): 834-45.
doi:10.1111/spc3.12072
- 5- Harris PR, Napper L. Self-affirmation and the biased processing of threatening health-risk information. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2005; 31(9): 1250-63.
doi:10.1177/0146167205274694
- 6- Cohen GL, Garcia J, Purdie-Vaughns V, Apfel N, Brzustoski P. Recursive processes in self-affirmation: Intervening to close the minority achievement gap. *Science*. 2009; 324(5925): 400-3. doi:10.1126/science.1170769
- 7- Main J, Dillard A. Effects of self-affirmation on coping and motivational systems. Grand Valley State University, 2012.
<https://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1068&context=sss>
- 8- Cohen GL, Sherman DK. The psychology of change: Self-affirmation and social psychological intervention. *Annual Review of Psychology*. 2014; 65: 333-71.
doi:10.1146/annurev-psych-010213-115137
- 9- Lee MM, Turetsky KM, Spicer J. Cognitive, social, physiological, and neural mechanisms underlying self-affirmation: An integrative review. *Yale Review Undergraduate Research in Psychology*. 2017; 64, 4-10.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Cognitive%2C-Social%2C-Physiological%2C-and-Neural-An-Lee-Turetsky/4cbbafddc6ee9212217f506e209b015d9f81c102>

دختران آموخته می‌شود که برای رفاه و آرامش دیگران نگران باشند. خودتأییدی پسران ارتباط نزدیکی با استدلال و دستاوردهای شخصی دارد؛ اما دختران بر ارتباط و حساسیت نسبت به دیگران تأکید می‌کنند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. با توجه به این که آزمودنی‌ها دانشجویان دانشکده‌های علوم اقتصادی و اجتماعی، ادبیات و علوم انسانی و علوم پایه دانشگاه بوعلی سینا بودند، یافته‌های آن را نمی‌توان به همه دانشجویان تعمیم داد. همچنین در این پژوهش از روش همبستگی استفاده شده است و بنابراین نمی‌توان نتیجه‌گیری علت و معلولی انجام داد.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش در دیگر دانشکده‌ها و نیز در جامعه‌های آماری دیگر مانند دانش‌آموزان، آموزگاران، کارمندان و بزه‌کاران انجام شود. روش و ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش به صورت خودگزارشی و با استفاده از پرسش‌نامه بود که این امر می‌تواند در اعتبار داده‌ها خلل ایجاد کند.

بنابراین، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه، برای گردآوری داده‌ها از روش‌های مصاحبه و مشاهده نیز استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود ارتباط بین متغیرهای دیگری مانند دگماتیسم، رؤیاءپردازی یا سوگیری خوش‌بینی با خودتأییدی و خودشیفتگی بررسی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

در این پژوهش اصول اخلاقی در پژوهش رعایت شد. اصل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، اصل کمترین احتمال خطر یا آسیب (فیزیکی یا غیر فیزیکی) و اصل محرمانگی و حفظ حریم شخصی با دقت رعایت شده است.

حامی مالی

این پژوهش بدون هرگونه حمایت مالی و صرفاً با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

سپاسگزاری

از همه کسانی که در اجرا و آماده‌سازی این پژوهش همکاری کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

- 19-Spencer SJ, Fein S, Lomore CD. Maintaining one's self-image vis-à-vis others: The role of self-affirmation in the social evaluation of the self. *Motivation and Emotion*. 2001; 25(1): 41-65. doi:10.1023/A:1010659805978
- 20-Ames DR, Rose P, Anderson CP. The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Research in Personality*. 2006; 40(4): 440-50. doi:10.1016/j.jrp.2005.03.002
- 21-Mohammadzadeh A. Iranian validation of the narcissistic personality inventory-16. *Fundamentals of Mental Health*, 2010; 4, 276-81. doi:10.22038/JFMH.2009.1131 **[In Persian]**
- 22-Taylor SE, Sherman DK. Self-enhancement and self-Affirmation. *Motivation Science*. 2008; 57-70. https://www.researchgate.net/publication/303783970_Self-enhancement_and_self-affirmation_The_consequences_of_positive_self-thoughts_for_motivation_and_health
- 23-Barnett MD, Sharp KJ. Narcissism, gender, and evolutionary theory: The role of private and public self-absorption. *Personality and Individual Differences*. 2017; 104: 326-32. doi:10.1016/j.paid.2016.08.008
- 24-Zeini Hassanvand N, Javanmard K. The relationship between narcissism and gender among female and male students, First International Conference on Psychology and Behavioral Sciences, Tehran, Mehr Eshraq Conference Center, University of Tehran Conference Center, Tehran: 2014. <https://civilica.com/doc/385712/> **[In Persian]**
- 25-Trombini C. Self-Affirmation as an Emotional Intervention to Increase Men's Willingness to Work with Women. In *Academy of Management Proceedings*; 2017 (Vol. 2017, No. 1, p. 16817). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management, 30, 83-92. doi:10.5465/AMBPP.2017.16817
- 10-Menon M, Moyes HC, Bradley CM. Interactive influences of narcissism and self-esteem on insecure attachment in early adolescence. *Early Adolescence*. 2018; 38(7): 966-87. doi: 10.1177/0272431617704955
- 11-Harris PS, Harris PR, Miles E. Self-affirmation improves performance on tasks related to executive functioning. *Experimental Social Psychology*. 2017; 70: 281-5. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2016.11.011>
- 12-Creswell JD, Dutcher JM, Klein WM, Harris PR, Levine JM. Self-affirmation improves problem-solving under stress. *PloSOne*. 2013; 8(5): 1-7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062593>
- 13-Borman GD, Grigg J, Hanselman P. An effort to close achievement gaps at scale through self-affirmation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*. 2016; 38(1): 21-42. doi:10.3102/0162373715581709
- 14-Cascio CN, O'Donnell MB, Tinney FJ, Lieberman MD, Taylor SE, Strecher VJ, Falk EB. Self-affirmation activates brain systems associated with self-related processing and reward and is reinforced by future orientation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2016; 11(4): 621-9. doi:10.1093/scan/nsv136
- 15-Lazarus LW. Self-psychology and psychotherapy with the elderly: Theory and practice. *Geriatric Psychiatry*. 1980; 13(1): 69-88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7328283/>
- 16-St. Clair Michael. An Introduction to Subject Relations and the Psychology of the Self. Translated by Alireza Tahmasb and Hamed Ali-Aghaei. Tehran: Ney Publishing; 2017. <https://www.iranketab.ir/book/36284-object-relations-and-self-psychology> **[In Persian]**
- 17-Kohut H. The analysis of self. New York; International Universities Press, 1971. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1464977>
- 18-Thomaes S, Bushman BJ, Castro BO, Cohen GL, Denissen JJ. Reducing narcissistic aggression by buttressing self-esteem: An experimental field study. *Psychological Science*. 2009; 20(12): 1536-42. doi:10.1111/j.1467-9280.2009.02478.x

پیوست

ردیف	گویه‌ها	هرگز	به ندرت	گاهی	همیشه
۱	به تجارب خوب و موفق خود فکر می‌کنم.				
۲	می‌توانم با تلاش و پشتکار، مشکلاتم را حل کنم.				
۳	اشتباهاتم، تجربه‌های ارزنده‌ای هستند.				
۴	در برابر محدودیت‌هایی که دیگران برایم ایجاد می‌کنند، خشمگینانه پاسخ می‌دهم.				
۵	در صورت شکست، دچار احساس ناکامی می‌شوم.				
۶	به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.				
۷	به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن به آن‌ها نپرداختم.				
۸	احساس می‌کنم که نقش مفیدی در انجام دادن کارها بر عهده دارم.				
۹	به نظرم برای غلبه بر مشکلات باید گام‌به‌گام پیش رفت.				
۱۰	جرأت «دل به دریا زدن» را دارم.				
۱۱	به توانایی‌ام برای مقابله با دشوارترین مسائل اطمینان دارم.				
۱۲	هنگام بررسی نقاط ضعف و قوتم، باز هم در مورد خودم احساس خوبی دارم.				
۱۳	اهدافی را دنبال می‌کنم که امیدوارم به آن‌ها برسم.				
۱۴	من فردی شایسته و کارآمد هستم.				
۱۵	توانایی تصمیم‌گیری درباره‌ی مسائل را دارم.				
۱۶	وقتی کسی رفتاری دوستانه‌تر از انتظارم با من دارد، در مورد درست‌کاری او تردید می‌کنم.				
۱۷	احساس می‌کنم در کارهایم پیشرفت نمی‌کنم. (مثل این‌که گره در کارم افتاده است).				
۱۸	هنگام تلاش برای حل یک مشکل، راه‌حل‌های ممکن را در نظر می‌آورم، سپس بهترین را انتخاب می‌کنم.				
۱۹	از کارهایی که انجام می‌دهم، راضی هستم.				
۲۰	حتی‌الامکان کارهایی را به عهده می‌گیرم که توانایی انجام آن‌ها را دارم.				
۲۱	اغلب به کارهایی که انجام می‌دهم، خوش‌بین هستم.				
۲۲	هر کاری را با توجه به توانایی خودم انتخاب می‌کنم.				
۲۳	تلاش می‌کنم به مسائل اطرافم نگرش مثبت داشته باشم.				
۲۴	برای انجام دادن کارهایم برنامه‌ریزی می‌کنم.				
۲۵	کار خود را با اعتمادبه‌نفس انجام می‌دهم.				
۲۶	برخلاف موانع و مشکلات، تلاش می‌کنم به موفقیت برسم.				
۲۷	از انجام کارهای خوب و شایسته استقبال می‌کنم.				
۲۸	دوستانم می‌توانند مسائل خصوصی خود را با من در میان بگذارند.				
۲۹	می‌توانم فشارها را به خوبی تحمل کنم.				
۳۰	در مورد خودم نظر بسیار مثبتی دارم.				
۳۱	برای دستیابی به اهداف خود سخت تلاش می‌کنم.				
۳۲	فرد بسیار شایسته و کارآمدی هستم.				
۳۳	به خاطر پشتکارم در کارها، به خود می‌بالم.				
۳۴	وقتی شخصی به من توهین کند، سعی می‌کنم او را ببخشم و فراموش کنم.				
۳۵	حتی‌الامکان کارهایی را به عهده می‌گیرم که توانایی‌اش را دارم.				

رسول روشن چسلی

استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. rasolroshan@yahoo.com

یادداشت سردبیر

امروزه در گستره روان‌شناسی بالینی، شاهد تدوین و گسترش پروتکل‌های درمانی، مبتنی بر دیدگاه‌های نظری متفاوت هستیم. هنگامی که یک برنامه درمانی منتشر می‌شود، تمایل به استفاده از آن نیز گسترش می‌یابد. در کشورهای مقصد، برنامه مفروض ترجمه می‌شود و سپس یا مستقیماً در درمان بیماران به کار گرفته می‌شود یا در پژوهش‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

با این حال، پرسشی ذهن متخصصان را درگیر می‌کند و آن این است که آیا می‌توان یک برنامه درمانی مفروض را مستقیماً ترجمه نمود و بی‌درنگ مورد استفاده قرار داد؟ همان‌گونه که در مورد ابزارهای روان‌شناختی نیز این پرسش مطرح می‌شود که آیا می‌توان با ترجمه یک پرسش‌نامه، استفاده از آن را مستقیماً در فرهنگ جدید آغاز نمود، یا این که مطالعات روان‌سنجی، مقدمه‌ای برای گام‌های بعدی است. در علم روان‌شناسی، پیش از استفاده از آزمون‌ها، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها ضرورتی انکارناپذیر است.

در راستای این سخن، دربارهٔ ابزارهای روان‌شناختی، فرایندی در علم روان‌شناسی مطرح شده است که مسیر ورود یک پروتکل درمانی را به یک بوم تازه ترسیم می‌کند. این مفهوم، «امکان‌سنجی»^۱ نام دارد. مفهوم امکان‌سنجی در علوم مختلف به گونه‌ای متمایز مطرح می‌گردد. اما در روان‌شناسی بالینی، مطالعات امکان‌سنجی را «مدل‌های ارزیابی برنامه-ریزی شده در مقیاس کوچک»^۲ می‌دانند؛ چرا که این پرسش را مطرح می‌کند: «آیا مداخله در نمونه‌ای کوچک کار می‌کند؟». اگر گام نخست برداشته شود، آن‌گاه در گام‌های بعدی، پژوهش به سمت مطالعه‌ای در مقیاس کامل‌تر، همچون کارآزمایی‌های تصادفی‌شده بالینی (RCTs)^۳ پیش می‌رود.

اکنون این پرسش مطرح است که هر برنامه درمانی، برای ورود به یک فرهنگ جدید، به لحاظ علمی باید چه فرایندی را طی کند؟ برخی برای به کارگیری یک برنامه درمانی در فرهنگی متفاوت، ترجمه برنامه را کافی می‌دانند؛ اما متخصصان برای ورود یک برنامه جدید، یا پس از تدوین یک برنامه، فرایند علمی را مد نظر قرار می‌دهند. این فرایند، امکان به کارگیری برنامه درمانی را در پژوهش‌های علمی گسترده‌تر فراهم می‌سازد و درنهایت، زمینه به کارگیری آن را در فضای بالینی مهیا می‌نماید.

ضرورت شکل‌گیری این بحث ویژه در این شماره مجله، ترسیم همین فرایند است. بدین خاطر، در ادامه این یادداشت، چهار مقاله ارائه می‌گردد: مقاله نخست، چستی امکان‌سنجی را در روان‌شناسی مورد بحث قرار می‌دهد. مقاله دوم، می‌کوشد نیاز به ابزاری برای واری اولیه امکان‌سنجی را مورد توجه قرار دهد، ابزارهای لازم را از مرحله تدوین تا اعتباریابی دنبال نماید و در نهایت، ابزارهایی را منطبق بر الگوی علمی امکان‌سنجی پیشاروی محققان قرار دهد. سپس، مقاله‌های سوم و چهارم، امکان‌سنجی اولیه دو برنامه درمانی را مد نظر قرار داده‌اند. در مقاله سوم، امکان‌سنجی اولیه یک پروتکل تدوین‌شده ارائه گردیده و مقاله چهارم، امکان‌سنجی اولیه یک پروتکل ترجمه‌شده را مورد واری قرار داده است. دلیل وجود دو مقاله تجربی، تفاوت دو پروتکل ترجمه‌شده و تدوین‌شده بوده است.

امید است مقالات این بحث ویژه، گشاینده مسیر علمی برای متخصصان روان‌شناسی بالینی باشد.

1 . Feasibility

2 . Small-Scale Models of the Planned Evaluation

3 . Randomized Controlled Trial (RCT)

مطالعه امکان‌سنجی: چرایی و جایگاه آن در روان‌شناسی بالینی

نویسندگان

فاطمه اخوان‌عبیری^۱، محمدرضا شعیری^{۲*}، حجت‌اله فراهانی^۳، ارسیا تقوا^۴

۱. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

akhavan885@gmail.com

۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

h.farahani@modares.ac.ir

۴. استاد روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.

ataghva@yahoo.com

چکیده

چکیده

در نظام سلامت، ضروری است مداخلات شواهد - محور پس از طرح و معرفی به جامعه علمی، ارزیابی‌های سخت-گیرانه‌ای را در زمینه امکان‌پذیری پشت‌سر بگذرانند. انتخاب مداخلات جدید، در گام نخست، تا حدودی بر قضاوت درباره امکان‌سنجی آن‌ها استوار است. مطالعات امکان‌سنجی می‌کوشند به این پرسش پاسخ دهند که آیا یک مداخله در نمونه‌ای کوچک قابلیت اجرا و اثربخشی دارد یا خیر. در صورت دریافت پاسخ مثبت، مسیر پژوهش به سوی مطالعات گسترده‌تر، از جمله کارآزمایی‌های بالینی، هدایت می‌شود.

مقاله حاضر بر آن است تا با نگاهی به خاستگاه مطالعات امکان‌سنجی و جایگاه آن در روان‌شناسی، به این مفهوم اشاره داشته باشد. هم‌چنین، با تأکید بر ضرورت اجرای این مطالعات، مؤلفه‌های اساسی، اهداف و اهمیت توجه به تفاوت‌های فرهنگی را مورد بحث قرار می‌دهد و به صورت عملیاتی، گام‌های اجرای یک مطالعه امکان‌سنجی را ترسیم می‌کند.

چنان‌که ابزارهای روان‌آزمایی هنگام ورود به فرهنگی لازم است ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها مورد مطالعه قرار گیرد، یک برنامه روان‌درمانی جدید نیز برای به کارگیری در فرهنگ مقصد خود، نیازمند عبور از تنگنای روش‌شناختی مطالعه امکان‌سنجی خواهد بود تا مناسب آن برای گسترش در بافتار جدید احراز گردد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۱۱/۱۱



کلیدواژه‌ها

امکان‌سنجی، امکان‌پذیری، کارآزمایی بالینی، تفاوت‌های فرهنگی، روان‌درمانی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

shairigm@gmail.com

این مقاله، برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است.

مقدمه

ضروری برای آغاز یک پروژه را فراهم می‌نمایند [۴]. مطالعات امکان‌سنجی در ادبیات پزشکی نیز، نقش کلیدی داشته‌اند. این مطالعات در ابتدا و اغلب برای اطلاع از کارآزمایی‌های دارویی، درمان سرطان و بررسی رفتار سلامت عمومی به کار گرفته می‌شدند و تا جایی رواج یافتند که بستر نشر مجلات میان‌رشته‌ای^۴ و با دسترسی آزاد^۵ زیست‌پزشکی مرکزی (BMC)^۶، تحت عنوان «مطالعات امکان‌سنجی و مقدماتی»^۷ تأسیس نمود که به‌شکل ویژه، به توصیف و گزارش چنین مطالعاتی را پی گرفته‌است [۵]. پس مطالعات امکان‌سنجی در علوم متفاوت سامان یافته است؛ اما در علم روان‌شناسی چه؟

مطالعه امکان‌سنجی در روان‌شناسی

مطالعات امکان‌سنجی در روان‌شناسی، بیشتر از منظر پیامد مورد ارزیابی قرار گرفته است؛ به این معنا که در مطالعه اصلی، به جای آزمودن روند مداخله^۸، مقیاس‌های پیامد^۹ و یا تکنیک‌های پژوهشی^{۱۰}، تنها به سنجش پیامدهای درمان می‌پردازد. مطالعات مروری متعدد درباره پژوهش‌های مداخله‌ای منتشرشده (پژوهش در حیطه‌های سلامت عمومی و سلامت روان)، نشان داده‌اند که مطالعاتی تحت عنوان «کارآزمایی‌های امکان‌سنجی» بوده‌اند، به‌جای مسائل روش‌شناختی، تمرکز عمده‌ای بر پیامدهای درمان داشته‌اند. آراین^{۱۱} و همکاران [۶] گزارش نموده‌اند که بیش از ۸۰٪ مطالعاتی که امکان‌سنجی نام گرفته‌اند، در واقع، آزمون فرضیه را به‌کار می‌گرفته‌اند و تأکید اولیه‌شان، آزمون اثربخشی بوده است؛ بنابراین بسیاری از مطالعاتی که به نام امکان‌سنجی منتشر شده‌اند، هدف اولیه خود را اثربخشی^{۱۲} درمان قرار داده بوده‌اند نه امکان‌سنجی.

در ادبیات پژوهشی روان‌شناسی، برای ارائه یک برنامه درمانی در بافتاری جدید، علاوه بر مطالعات امکان‌سنجی، دسته‌ای از پژوهش‌ها با عنوان «مطالعات مقدماتی» نیز

استفاده از مداخلات شواهد-محور، به‌عنوان یکی از اهداف اساسی در هر نظام سلامت، در صورتی میسر می‌شود که مداخلات پس از طرح و معرفی به جامعه علمی، ارزیابی‌های سخت‌گیرانه‌ای درباره امکان‌پذیری را از سر بگذرانند. گام نخست در انتخاب مداخلات احتمالی، تا حدودی بر پایه قضاوت درباره امکان‌سنجی^۱ آن‌ها صورت می‌گیرد [۱]. هدف مطالعات امکان‌سنجی معمولاً این است که درباره نحوه کار کردن یک مداخله، درک مناسبی را برای پژوهشگران فراهم کنند تا زمینه اجرای یک کارآزمایی کامل، ممکن گردد^۲. بر این اساس، می‌توان گفت که این‌گونه مطالعات در ردیابی این پرسش مطرح می‌شوند که «آیا برنامه درمانی تدوین‌شده را می‌توان به‌کار گرفت؟» [۲]. شاید اکنون این پرسش، ذهن پژوهشگران بالینی را مشغول کند که به‌راستی خاستگاه امکان‌سنجی کجاست؟

خاستگاه مطالعات امکان‌سنجی

«امکان‌سنجی» در مرور پیشینه‌ها، واژه‌ای شناخته‌شده است که بارها از زبان تحلیل‌گران سرمایه و سرمایه‌گذاران شنیده شده است. این اصطلاح، به‌گونه ویژه‌ای، در خطرپذیری‌های جدیدی که به‌نوعی مربوط به تعهد سرمایه می‌شد، کاربرد داشته است. مطالعات امکان‌سنجی، اغلب سمت‌وسویی را واکاوی می‌کنند که آشکار نمایند آیا جو اقتصادی برای اجرای فعال و مؤثر یک تجارت پیشنهادی مناسب است؟ این مطالعات، مواردی را پیش‌بینی می‌کنند که احتمالاً هنگام اجرای آن تجارت رخ می‌دهد [۳].

مفهوم امکان‌سنجی، علاوه بر گستره اقتصاد و تجارت، در گستره علوم دیگری نیز به‌کار رفته که در هر یک، الگوها و شرایط متفاوتی را توصیف نموده است. در حوزه مدیریت، این مطالعات، روندی هستند که پیامد یک واریسی تحقیقاتی^۳ یا سنجش یک طرح برنامه‌ریزی‌شده همراه با سود احتمالی را پیش‌بینی می‌کنند و امکان واریسی و ارزیابی مناسب تولیدات هر دورنمای تجاری و الزامات

4 . Multi-Disciplinary

5 . Open-Access

6 . Biomed Central (BMC) publishing platform

7 . Feasibility and Pilot Studies

8 . Testing the Intervention Procedures

9 . Outcome Measures

10 . Research Techniques

11 . Arain, M.

12 . Effectiveness

1 . Feasibility

2 . Feasibility Studies Will Usually Aim to Refine Understanding of How the Intervention Works, and Facilitate On Going Adaptation of Intervention and Evaluation Design in Preparation for a Full Trial

3 . Investigation Examination

فعالیت و مشارکتی ایجاد شود، افزایش یابد یا تداوم پیدا کند.

- مطالعات قبلی منتشرشده کمی^۵ وجود داشته باشد یا داده‌های موجود، با استفاده از یک تکنیک مداخله‌ای خاص به‌دست آمده باشند.
- اعضای تیم‌های پژوهشی مختلف، یا پژوهشگران آشنا با جمعیت هدف و در همکاری با جوامع هدف، مطالعه‌ای درباره یک تکنیک مداخله‌ای خاص روی جمعیتی به‌خصوص، انجام نداده باشند، چه پژوهش عمیق، و چه باور عمومی مربوط به سلامت اجتماعی- فرهنگی.
- جمعیت یا هدف مداخله، از نظر تجربی، ملاحظات منحصربه‌فردی در موضوع پژوهش‌های دیگر، روش یا پیامدهای آن‌ها را طلب کند.
- مداخلات قبلی که روش مشابهی به‌کار گرفته‌اند، موفقیت‌آمیز نبوده‌اند، اما شاید نسخه‌های بهبود یافته موفق باشند یا مداخلات قبلی پیامدهای مثبتی داشته‌اند، اما در موقعیتی متفاوت از موقعیت مدنظر کنونی.

مؤلفه‌های امکان‌سنجی

در مرور ادبیات پژوهشی مربوط به مفهوم امکان‌سنجی، سه دسته‌بندی از این مفهوم یافت شد که به ترتیب ارائه خواهند شد. نخست، بوون و همکاران [۱] بر این باورند که مطالعات امکان‌سنجی، هشت حوزه کلی را تعیین می‌کنند: مقبولیت^۶، تقاضا^۷، پیاده‌سازی^۸، عملی بودن^۹، انطباق^{۱۰}، انطباق^{۱۱}، یکپارچه‌سازی^{۱۲}، بسط^{۱۳}، و آزمون با کارآمدی محدود^{۱۴}. خلاصه این سه دسته‌بندی از مؤلفه‌های امکان-سنجی در جدول شماره ۱. خلاصه شده‌است.

۱. مقبولیت به پاسخ به این پرسش می‌پردازد که تا چه حد یک ایده، برنامه، فرایند، یا ابزار اندازه‌گیری از سوی ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان به‌صورت مناسب، رضایت‌بخش و جذاب قضاوت می‌شود.

طراحی و منتشر می‌شوند. این مطالعات معمولاً از روش شناسی سخت‌گیرانه‌تری نسبت به مطالعات «امکان‌سنجی» برخوردارند، تمرکز بیشتری بر فرایندهای کارآزمایی دارند و در واقع نسخه‌ای کوچک مقیاس از مطالعه اصلی به‌شمار می‌روند. هدف آن‌ها این است که بررسی کنند آیا مؤلفه‌های مطالعه اصلی می‌توانند با یک‌دیگر کار کنند [۷].

مطالعات مقدماتی را می‌توان زیرمجموعه‌ای از مطالعات امکان‌سنجی هستند که پرسش‌هایی درباره طرح خاصی در آینده مطرح می‌کنند [۸]. با توجه به این که مطالعه امکان‌سنجی می‌تواند به مطالعه مقدماتی بینجامد و همه مطالعات مقدماتی، امکان‌سنجی هستند، اما هر مطالعه امکان‌سنجی الزاماً مطالعه مقدماتی نیست [۷، ۸]، با توجه به این تمایز، تقدم و ضرورت اجرای مطالعات امکان‌سنجی نسبت به مطالعات مقدماتی مطرح می‌گردد؛ چرا که ممکن است یافته‌های یک مطالعه امکان‌سنجی به طور مستقل منتشر نشود و تنها در نسخه مطالعه اصلی مورد اشاره قرار گیرد [۸].

مطالعات امکان‌سنجی را «مدل‌های ارزیابی برنامه‌ریزی‌شده در مقیاس کوچک^۱» می‌دانند و این پرسش را مطرح می‌کند که: «یا مداخله در نمونه‌ای کوچک، کار می‌کند؟». در صورت پاسخ مثبت بعداً پژوهش به سمت مطالعه‌ای در مقیاس کامل، مثل کارآزمایی‌های تصادفی‌شده بالینی (RCTs)^۳ پیش می‌رود. اگر مطالعات امکان‌سنجی بر پیامدها متمرکز باشند، ممکن است پژوهشگران، فرایند و مکانیسم‌هایی را که مداخله از طریق آن‌ها عمل می‌کند، حتی پس از تکمیل پروژه نیز درک نکنند. اگر به چنین ابعادی پیش از اجرای ارزیابی در مقیاس بزرگ پرداخته نشود، حتی در صورتی که درمان در سطح پیامدها، از بازدهی مناسبی برخوردار باشد، باز هم پژوهشگران در طول مسیر یا پس از آن، این موضوعات را کشف نخواهند نمود [۵].

ضرورت اجرای مطالعات امکان‌سنجی

از نگاه بوون^۴ و همکاران [۱] اجرای یک مطالعه امکان‌سنجی زمانی مطرح می‌شود که:

- نسبت به مداخله مطرح‌شده نیاز باشد، از نظر اجتماعی،

5 . Few Previously Published Studies

6 . Acceptability

7 . Demand

8 . Implementation

9 . Practicality

10 . Adaptation

11 . Integration

12 . Expansion

13 . Limited-Efficacy Testing

1 . Small-Scale Models of the Planned Evaluation

2 . Works

3 . Randomized Controlled Trial (RCT)

4 . Bowen, D. J.

چهار جنبه، مؤلفه‌های امکان‌سنجی محسوب می‌شود؛ سنجش فرایند^۲، سنجش منابع^۳، سنجش مدیریت^۴ و سنجش علمی^۵.

سنجش فرایند: به تعداد شرکت‌کنندگان موجود و تعداد شرکت‌کنندگانی که احتمالاً در پروژه باقی می‌مانند و به اقتضائات آن پایبند هستند، اشاره دارد.

سنجش منابع: عواملی مانند اقتضائات فضای فیزیکی، الزامات فناوری، جدول زمانی، انگیزه اعضای مؤسسه شرکت‌کننده برای اجرای کار و برنامه‌های پشتیبان^۶ را در نظر می‌گیرد.

سنجش مدیریت: بر پژوهشگران اولیه و تیم پژوهش، از جمله مهارت‌های نظارت بر پروژه، تخصص و تجربه نسبت به اهداف پروژه، مهارت‌های مناسب مدیریت داده‌ها و پایبندی اخلاقی تمرکز دارد.

سنجش علمی: ایمنی رویه‌ای، فراوانی، شدت و مدت زمان اقدامات، پایایی^۷ و اعتبار^۸ رویه‌ها؛ معیارهای تغییر معنادار^۹ یا چشم‌گیر^{۱۰} و ویژگی جمعیت‌هایی را که از این روش‌ها بهره‌مند می‌شوند، در نظر می‌گیرد.

در نهایت، گدکه و همکاران [۵]، به ده مؤلفه در امکان‌سنجی اشاره داشته‌اند؛ ظرفیت گمارش^{۱۱}، گردآوری داده‌ها^{۱۲}، روند طرح^{۱۳}، اعتبار اجتماعی^{۱۴}، کاربرد^{۱۵}، یکپارچگی با سیستم موجود^{۱۶}، انطباق‌پذیری^{۱۷}، اجرا^{۱۸}، اثربخشی^{۱۹} و تعمیم‌پذیری^{۲۰}.

۲. تقاضا این موضوع را مورد بررسی قرار می‌دهد که تا چه حد این برنامه می‌تواند در یک بوم جدید مورد استفاده قرار بگیرد یا به عنوان مثال، چقدر برای آن تقاضا وجود دارد؟ تا چه اندازه فرایندها، مؤلفه‌ها یا فعالیت‌های مداخله‌ای ممکن است به کار گرفته شوند، یا با فرهنگ جدید منطبق می‌شوند و از سوی دیگر، ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان قصد استفاده مستمر از آن را داشته باشد؟

۳. اجرا به این امر باز می‌گردد که تا چه حد این برنامه برای اجرا روی جمعیت هدف با وجود بعضی محدودیت‌ها اما نه با کنترل کامل، می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد یا در عمل، مطابق با دستورالعمل اصلی در جمعیت هدف اجرا شود؟

۴. کاربرد این پرسش را هدف قرار می‌دهد که تا چه حد می‌توان این مداخله را با استفاده از منابع، زمان، تعهدات و مشارکت‌های موجود که به شیوه‌ای محدود شده‌اند، روی جمعیت هدف اجرا نمود؟

۵. انطباق یعنی هنگامی که این مداخله در موقعیت جدید به کار گرفته می‌شود، هنگامی که برای چارچوب جدید یا جمعیتی متفاوت، تغییراتی در محتوا یا روند برنامه، مناسبت می‌یابد، تا چه حد قابل اجرا است؟

۶. یکپارچه‌سازی بر این جنبه تأکید دارد که تا چه حد این برنامه با سیستم موجود هماهنگی دارد یا با زیرساخت‌های موجود در سیستم، متناسب است؟ به عبارتی، تا چه حد می‌تواند در سیستم موجود و بنیان‌های آن استقرار یابد؟
۷. گسترش این پرسش را مطرح می‌سازد که این برنامه تا چه حد می‌تواند به عنوان یک درمان یا خدمت جدید در یک بوم تازه گسترش پیدا کند؟

۸. آزمون کارآمدی محدود این مسئله را پاسخ می‌دهد که برنامه مذکور تا چه حد می‌تواند نویدبخش موفقیت^۱ روی جمعیت هدف باشد، حتی در شرایط کاملاً کنترل‌شده؟

دومین دسته‌بندی مؤلفه‌های امکان‌سنجی از سوی تیکل‌دگن [۹] به‌طور اختصاصی در حوزه مداخلات توان‌بخشی پیشنهاد شده است. در این دسته‌بندی، سنجش

- 2 . Process Assessment
- 3 . Resources Assessment
- 4 . Management Assessment
- 5 . Scientific Assessment
- 6 . Backup
- 7 . Reliability
- 8 . Validity
- 9 . Meaningful
- 10 . Significant
- 11 . Recruitment Capability
- 12 . Data Collection Procedures
- 13 . Design Procedures
- 14 . Social Validity
- 15 . Practicality
- 16 . Integration into Existing Systems
- 17 . Adaptability
- 18 . Implementation
- 19 . Effectiveness
- 20 . Generalizability

- 1 . Promise of Being Successful

مداخله، انعطاف کافی وجود دارد تا با نیازهای متفاوت سازگار شود و آیا این مداخله می‌تواند به شکل معناداری، خود را با نیازهای مختلف سیستم، منطبق و احیاناً اصلاح کند؟

اجرا در دو بُعد ساختاری و فرایندی به این پرسش می‌پردازد که آیا متخصصان می‌توانند مداخله را با پایبندی به آنچه تدوین‌کنندگان پروتکل تعیین کرده‌اند، اجرا کنند؟ ابعاد ساختاری به مواجهه‌ها (مقدار یا دوزاژ درمان در قالب تعداد، فراوانی و طول مدت جلسات) اشاره دارد. ابعاد فرایندی، جنبه‌هایی چون کیفیت ارائه درمان (مهارت، اشتیاق، درک و نقاط قوت بین فردی ارائه‌دهنده مداخله (درمانگر))، پاسخ‌ده بودن شرکت‌کننده (درگیری، لذت و جذابیت افرادی که مداخله را دریافت می‌کنند) را در بر دارد. گفته می‌شود ارزیابی ابعاد فرایندی دشوارتر است؛ زیرا ارزیابی کیفیت اجرا و ماهیت تعاملات بین مداخله‌گر (درمانگر) و شرکت‌کنندگان، اغلب با استفاده از درجه‌بندی‌های ذهنی صورت می‌گیرد.

اثربخشی در جستجوی پاسخ به این پرسش است که آیا شواهد اولیه‌ای از پتانسیل ایجاد تغییرات مثبت وجود دارد؟ در نسبت دو مفهوم «اثربخشی» و «امکان‌سنجی»، بوون و همکاران [۱] اثربخشی را جنبه‌ای از سنجش امکان‌پذیری می‌دانند و آن را چیزی در نظر می‌گیرند که به نفع تغییرات معنادار است و جمعیت از آن سود می‌برند. با این حال، اورسموند^۲ و کوهن^۳ [۱۱] ارزیابی اثربخشی را یکی از اهداف امکان‌سنجی می‌دانند.

تعمیم‌پذیری میزانی است که یک مداخله می‌تواند اثرات مثبت خود را در انتقال از موقعیت‌های آزمایشی به موقعیت‌های جهان واقعی و هم‌چنین در طول زمان حفظ کند. در واقع، این پرسش مطرح می‌گردد که چقدر می‌توان روند مداخله را به موقعیت‌های غیردرمانی، زمان‌های مختلف و نمونه‌های متنوع تعمیم داد؟ مهم است پژوهشگران در مطالعه امکان‌سنجی، مکانیسم‌هایی را به کار گیرند تا تعمیم‌پذیری را بهبود بخشند؛ مداخله‌ای که نتوان آن را به موقعیت‌های جهان واقعی انتقال داد، به شکل بحث برانگیزی کاربرد محدودی خواهد داشت.

ظرفیت گمارش به این امر اشاره دارد که تا چه حد پژوهشگران می‌توانند شرکت‌کنندگانی را شناسایی کنند که مداخله برای آن‌ها سودمند باشد و مداخله را اجرا کنند.

روند گردآوری داده‌ها این پرسش را هدف قرار می‌دهد که آیا روند گردآوری داده‌ها و مقیاس‌های پیامد، مناسب و نسبت به تغییر حساسند؟ در این مؤلفه امکان‌سنجی، گردآوردندگان داده‌ها، ابزارها (متناسب با ویژگی‌های روان‌سنجی آن ابزار در جامعه)، بافتار تفسیری مقیاس‌ها، واکنش‌پذیری نسبت به ریزش و خستگی شاهدان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روند طرح این پرسش را مطرح می‌نماید که آیا طرح پژوهش مناسب و نسبت به ارزیابی تغییر حساس است؟ ملاحظات امکان‌سنجی، در طبقات مختلفی از طرح‌های پژوهش طراحی می‌شوند. این مسائل را می‌توان پیش از اجرای یک مطالعه پیامدی امکان‌سنجی واری و تعیین نمود.

اعتبار اجتماعی به اهمیت اجتماعی یا مرتبط بودن اهداف مداخله، اهمیت پیامدها و یا پذیرش* آن اشاره دارد [۸] و این پرسش را هدف قرار می‌دهد که آیا شرکت‌کنندگان مداخله را مناسب و نسبت به ارزیابی تغییر حساس دریافتند؟

کاربرد این مورد را بررسی می‌کند که آیا می‌توان مداخله را با توجه به محدودیت‌های بافتاری و محیطی منابع، زمان، آموزش و مواد موجود اجرا نمود؟ در واقع، این موضوع بررسی می‌شود که آیا ساختار موجود، پذیرای این مداخله خواهد بود؟

یکپارچگی با سیستم موجود به این امر اشاره دارد که تا چه حد مداخله با ساختار موقعیت یا سیستم عملی همگرایی دارد؟ در این مؤلفه، «فرهنگ مداخله»^۱ مطرح می‌شود. این مؤلفه با توجه به این موضوع مطرح شده است که هر بافتاری که برای اجرای مداخله انتخاب می‌شود، بسته به ساختار سازمانی، محیط فیزیکی یا رویکرد موجود در ارائه خدمات، می‌تواند منحصربه‌فرد باشد.

انطباق‌پذیری به این موارد می‌پردازد که آیا در روند

۱. یعنی تناسب میان فرهنگ کلینیک، اتاق درمان، درمانگر و جهت‌گیری یا فلسفه زیربنایی خود مداخله.

2. Orsmond, G. I.

3. Cohn, E. S.

جدول شماره ۱*. دسته‌بندی و برهم‌نهادن مؤلفه‌های امکان‌سنجی مبتنی بر سه دیدگاه

بوون و همکاران (۲۰۰۹م)	تیکل دگنن (۲۰۱۳م)	گدکه و همکاران (۲۰۲۱م)
پذیرش	—	اعتبار اجتماعی
تقاضا	—	ظرفیت گمارش
اجرا	سنجش مدیریت	اجرا
عملی بودن	سنجش منابع	عملی بودن
انطباق	—	انطباق‌پذیری
یکپارچه‌سازی	—	یکپارچه شدن با سیستم موجود
گسترش	—	تعمیم‌پذیری
آزمون کارآمدی محدود	سنجش علمی	روند طرح
		اثربخشی
—	سنجش فرایند	گردآوری داده‌ها

* در این جدول کوشش شده متناسب با شرحی که از مفهوم هر مؤلفه در متن مقاله ارائه گردیده، مؤلفه‌هایی که شرح مرتبط یا مفهوماً نزدیک به هم در یک ردیف قرار گیرند.

جدول ۲. آماج‌های پژوهش‌های امکان‌سنجی (اورسموند و کوهن، ۲۰۱۵م)

آماج	پرسش‌های پیوسته
سنجش ظرفیت گمارش و ویژگی‌های نمونه ناشی از آن	یا می‌توانیم شرکت‌کنندگان مناسبی را گمارش کنیم؟
روند گردآوری و اصلاح داده‌ها و مقیاس‌های پیامدی	چقدر روند گردآوری داده‌ها و مقیاس‌های پیامد برای جمعیت و آماج مورد نظر مناسب است؟
مقبولیت و مناسبت مداخله و روند مطالعه	یا مداخله و روند مطالعه برای شرکت‌کنندگان مقبول و مناسب است؟
ارزیابی منابع و توانایی اداره و اجرای مطالعه و مداخله	آیا تیم پژوهشی منابعی دارد و از توانی برخوردار است که مطالعه و مداخله را اداره و اجرا کند؟ آیا تیم پژوهشی ظرفیت اجرایی، کارشناسی، مهارت، فضا و زمان برای اجرای مطالعه و مداخله دارد؟ آیا می‌توانیم روند مداخله را به شیوه‌ای اخلاقی اجرا کنیم؟ کارکنان تا چه حد پروتکل شرکت‌کنندگان انسانی را رعایت می‌کنند؟ چقدر رخدادهای خطرناک طی اجرا، به‌صورت اثربخشی شناسایی، مستندسازی و گزارش می‌شوند؟ تکنولوژی و تجهیزات برای اجرای مطالعه و مداخله، از قبیل گردآوری داده‌ها، مدیریت و تحلیل داده‌ها کافی است؟ آیا تجهیزات در صورت نیاز در دسترس خواهند بود؟ در آموزش شخصی و یا آموزش به شرکت‌کنندگان، چه تجهیزاتی به‌کار گرفته می‌شود؟ آیا می‌توانیم داده‌های ورودی و تحلیلیشان را به‌صورت مقرون‌به‌صرفه و اثربخشی مدیریت کنیم؟
ارزیابی اولیه پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به مداخله	آیا مداخله، نویدبخش موفقیت در جمعیت مورد نظر خواهد بود؟

آماج‌های مطالعات امکان‌سنجی

اورسموند و کوهن [۱۱]، برای مطالعات امکان‌سنجی، آماج‌هایی مشخص نموده‌اند که در جدول شماره ۲ نشان داده شده‌اند.

اهمیت تفاوت‌های فرهنگی در مطالعات امکان‌سنجی

بوون و همکاران [۱] و گدکه و همکاران [۵] در مؤلفه‌هایی که برای مفهوم امکان‌سنجی پیشنهاد داده‌اند، به «اجرا» اشاره داشته‌اند. گدکه و همکاران [۵] برای مؤلفه اجرای مفهوم امکان‌سنجی، بُعد فرایندی را مطرح نموده‌اند که بر کیفیت ارائه درمان (مهارت، اشتیاق، درک و نقاط قوت بین فردی ارائه‌دهنده مداخله (درمانگر)) و پاسخ‌گو بودن شرکت‌کنندگان (درگیری، لذت و جذابیت افرادی که مداخله را دریافت می‌کنند) تأکید کنند. آن‌ها، ارزیابی ابعاد فرایندی را دشوار می‌دانند؛ زیرا بر این باورند که ارزیابی کیفیت اجرا و ماهیت تعاملات بین مداخله‌گر (درمانگر) و شرکت‌کنندگان، اغلب با استفاده از درجه‌بندی‌های ذهنی صورت می‌گیرد و چون کیفیت داده‌های امکان‌سنجی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، چنین ابعدی، به‌ویژه زمانی که اجرای مداخله‌ای برای نخستین‌بار در بافتاری فرهنگی [۱] مورد مطالعه قرار می‌گیرد، اهمیتی شایان می‌یابد.

به‌علاوه، در آماج‌هایی که اورسموند و کوهن [۱۱] برای اجرای مطالعات امکان‌سنجی در نظر گرفته‌اند، چهار آماج نخست، آشکارا در ارتباط و گرو فرهنگ و بافتاری مطرح شده‌اند که یک مداخله برای نخستین‌بار در آن اجرا می‌شود؛ سنجش ظرفیت گمارش و ویژگی‌های نمونه ناشی از آن، روند گردآوری و اصلاح داده‌ها و مقیاس‌های پیامدی، مقبولیت و مناسبت مداخله و روند مطالعه، ارزیابی منابع و توانایی اداره و اجرای مطالعه و مداخله، که مجدد بر اهمیت توجه به نقش فرهنگ و تفاوت‌های فرهنگی در ضرورت یافتن اجرای مطالعات امکان‌سنجی صحنه می‌گذارد. فرهنگ و باورهای فرهنگی علاوه بر این که می‌تواند منبعی از پریشانی، تعارض و زمینه‌ساز بروز مشکلات روان‌شناختی باشد، همچنین، می‌تواند بر سبک‌های مقابله‌ای فرد و نحوه مواجهه او با اختلالات روانی نیز تأثیرگذار واقع شود [۱۲]، که در همگرایی با نص صریح ویراست اخیر راهنمای

تشخیصی و آماری برای اختلالات روانی (DSM-5-TR)^۲ [۱۳] درباره نقش تفاوت‌های فرهنگی بر نشانه‌ها یا اختلالات بالینی، نقش فرهنگ در آسیب‌شناسی روانی و مداخلات درمانی مرتبط را تأیید می‌نماید.

گام‌های اجرای یک مطالعه امکان‌سنجی

اجرای یک مطالعه امکان‌سنجی زمانی مطرح می‌شود که اعضای تیم‌های پژوهشی مختلف، یا پژوهشگران آشنا با جمعیت هدف و در همکاری با جوامع هدف، تا کنون مطالعه‌ای درباره مداخله‌ای خاص روی جمعیتی مشخص، انجام نداده باشند. در شرایطی که مداخلات قبلی در یک موقعیت مشخص، با روشی مشابه موفقیت‌آمیز بوده‌اند و پیامدهای مثبتی داشته‌اند، برای به‌کارگیری در موقعیتی جدید نیز می‌توان از ضرورت اجرای یک مطالعه امکان‌سنجی سخن گفت [۱].

مطالعات امکان‌سنجی، در سه مرحله مطرح می‌شوند. در مرحله نخست که فاز اول تدوین مداخله است، این پرسش مطرح می‌شود که «آیا می‌تواند کار کند؟»^۳. در این مرحله، پیش از به‌کارگیری پروتکل‌ها، تعدادی از متخصصان حوزه برنامه درمانی موردنظر، با مطالعه برنامه، نسبت به ابعاد امکان‌پذیری آن برای ورود به جامعه و به‌کارگیری گسترده‌تر، اظهار نظر می‌کنند [۱۴-۱۸]. سپس، بر اساس مشاهدات عملی واقعی، برخی ابعاد امکان‌سنجی مداخله را در بافتار کار آزمایشی کنترل شده تصادفی (آزمایش‌هایی در مقیاس کوچک که به بافتار بالینی یا جامعه قرابت بیشتری دارند) انجام می‌دهند [۱] تا علاوه بر دیدگاه متخصصان درباره امکان‌پذیری برنامه مورد نظر، به‌لحاظ تجربی نیز امکان‌سنجی صورت گیرد. در مرحله دوم، این پرسش درباره مداخله مطرح می‌شود که «آیا کار می‌کند؟»^۴. در این مرحله، تحت شرایط ایده‌آل یا واقعی، کارآمدی و اثربخشی مداخله بررسی می‌شوند و همچنین امکان برآورد اندازه اثر، توان و حجم نمونه کارآزمایی کامل که در مرحله سوم پیگیری می‌شود، فراهم می‌گردد [۱]. به‌علاوه، در این مرحله، با اجرای برنامه درمانی در شرایط کنترل‌شده، این فرصت نیز فراهم است که امکان‌سنجی برنامه از دیدگاه

2 . The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 – Text Revision (DSM-5-TR)

3 . “Can it work?”

4 . “Does it work?”

1 . Implementation

در نظر می‌گیرند. از این گذرگاه نیز ضرورت ویژه اجرای مطالعه امکان‌سنجی تجلی می‌یابد.

منابع

- 1- Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, ... & Fernandez M. How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*. 2009; 36(5): 452-457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002
- 2- O'Cathain A, Hodkinson P, Lewin S, Thomas KJ, Young B, Adamson J, et al. Maximizing the impact of qualitative research in feasibility studies for randomised controlled trials: guidance for researchers. *Pilot and feasibility studies*. 2015; 1(1): 1-13. doi:10.1186/s40814-015-0026-y
- 3- Hanford LD. Article (MSC) Feasibility study guidelines: by Lloyd D. Hanford, Sr., Institute of Real Estate Management (National Association of Real Estate Boards, 155 East Superior Street, Chicago, Illinois 60611, USA), 1972, 131 pp. <https://alnk.ir/cq3>
- 4- Mukherjee M, Roy S. Feasibility studies and important aspect of project management. *International Journal of Advanced Engineering and Management*. 2017; 2(4): 98-100. doi:10.24999/IJOAEM/02040025
- 5- Gadke DL, Kratochwill TR, Gettinger M. Incorporating feasibility protocols in intervention research. *Journal of School Psychology*. 2021; 84: 1-18. doi:10.1016/j.jsp.2020.11.004
- 6- Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Medical Research Methodology*. 2010; 10(1): 1-7. doi:10.1186/1471-2288-10-67
- 7- Whitehead AL, Sully BG, Campbell MJ. Pilot and feasibility studies: is there a difference from each other and from a randomized controlled trial?. *Contemporary clinical trials*. 2014; 38(1): 130-133. doi:10.1016/j.cct.2014.04.001

درمانگران ارائه‌دهنده برنامه درمانی و بیمارانی که این برنامه را دریافت نموده‌اند، مورد سنجش قرار گیرد [۱، ۱۹-۲۱]. نهایتاً مرحله سوم، پس از دستیابی به شواهدی از کارآمدی و اثربخش بودن مداخله، به این پرسش می‌پردازد که «آیا کار خواهد کرد؟»^۱. این مرحله، اثربخشی مداخله را در بافتار، موقعیت و فرهنگ/جمعیت واقعی روزمره که ممکن است مداخله را به‌عنوان فعالیت بالینی اجرا کنند، بررسی می‌کند و این پرسش را مطرح می‌کند که «آیا می‌توان این درمان را بر زیرگروه‌های جمعیت‌شناختی جدید (نژاد، فرهنگ، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و جغرافیای جدید) اجرا نمود؟» به‌عبارتی، «آیا این درمان، کارآمدی خود را در جمعیت جدید، موقعیت جدید یا پیامدهای جدید سلامت، حفظ خواهد نمود؟» و «آیا می‌توان این مداخله را به‌جای چارچوب گروهی در چارچوب فردی (تلفنی به‌جای چهره به چهره و) ارائه داد؟» [۱].

نتیجه‌گیری

مطالعه امکان‌سنجی یک مداخله، نخستین گام در مسیر بررسی مداخلات جدید است. اگر امکان‌پذیری برنامه درمانی از مسیرهای یادشده سنجش (گام‌های نخست و دوم اجرای مطالعات امکان‌سنجی از نگاه بوون و همکاران [۱])، تأیید شود، بررسی کارآمدی - که خود جنبه‌ای از مطالعه امکان‌سنجی نیز در نظر گرفته می‌شود [۱ و ۵] - مورد آزمون قرار می‌گیرد تا راه‌گشای بررسی اثربخشی و در نهایت دستیابی به مداخلاتی هرچه اثربخش‌تر برای جمعیت بالینی واقعی در کلینیک‌ها باشد [۲۲].

بوون و همکاران [۱] اثربخشی را نیز بخشی از سنجش امکان‌پذیری می‌دانند؛ یعنی سنجشی که به تغییرات معنادار و سودمندی جمعیت منجر می‌شود. در حالی که اورسموند و کوهن [۱۱] اثربخشی، ارزیابی اثربخشی را یکی از اهداف امکان‌سنجی قلمداد می‌کنند. به‌هر ترتیب، همان‌گونه که در به‌کار بستن ابزارها نیز برای نخستین بار در جامعه جدید، مطالعه اعتبار و پایایی آن ضرورت دارد تا اطمینان یابیم که داده‌های حاصل از اجرای ابزار، تکرارپذیرند و نتایج دقیق هستند [۲۳] و امکان مقایسه قابل اعتمادتری از افراد فراهم می‌شود [۲۴]. بوون و همکاران [۱]، مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارها را نیز به مثابه یک مطالعه امکان‌سنجی

1. "Will it work?"

- 16-Aarts MJ, Schuit AJ, van de Goor IA, van Oers HA. Feasibility of multi-sector policy measures that create activity-friendly environments for children: results of a Delphi study. *Implementation Science*. 2011; 6: 1-10. doi:10.1186/1748-5908-6-128
- 17-Devaney L, Henchion M, Bonsall B, O'Reilly P, McDonnell K. BioÉire Feasibility Analysis Preliminary Assessment of Delphi Value Chains; 2017. Retrieved 22 Mar 2025. https://www.teagasc.ie/media/website/publication/s/2017/bioeire-feasibility-analysis-report_devaney-et-al-2017.pdf
- 18-Goodrich DE, Miake-Lye I, Braganza MZ, Wawrin N, Kilbourne AM. The QUERI roadmap for implementation and quality improvement. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33400452/>
- 19-Crawley SA, Kendall PC, Benjamin CL, Brodman DM, Wei C, Beidas RS, et al. Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Feasibility and initial outcomes. *Cognitive and behavioral practice*, 2013; 20(2): 123-133. doi:10.1016/j.cbpra.2012.07.003
- 20-Ong JC, Dawson SC, Mundt JM, Moore C. Developing a cognitive behavioral therapy for hypersomnia using telehealth: a feasibility study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2020; 16(12): 2047-2062. doi:10.5664/jcsm.8750
- 21-Hollmann K, Allgaier K, Hohnacker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*. 2021; 128(9): 1445-1459. doi:10.3389/fpsy.2022.989550
- 22-Jadad AR; Enkin MW. *Randomized Controlled Trials: Questions, Answers and Musings*, 2nd Ed. Toronto: Blackwell; 2007. doi:10.1002/9780470691922
- 8- Eldridge SM, Lancaster GA, Campbell MJ, Thabane L, Hopewell S, Coleman CL, Bond CM. Defining feasibility and pilot studies in preparation for randomised controlled trials: development of a conceptual framework. *PloS one*. 2016; 11(3): e0150205. doi:10.1371/journal.pone.0150205
- 9- Tickle-Degnen L. Nuts and bolts of conducting feasibility studies. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2013; 67(2): 171-176. doi:10.5014/ajot.2013.006270
- 10-Carter SL, Wheeler JJ. *The social validity manual: Subjective evaluations of interventions* (2nd ed.). Elsevier; 2019. <https://shop.elsevier.com/books/the-social-validity-manual/carter/978-0-12-816004-6>
- 11-Orsmond, G. I., Cohn, E. S. The distinctive features of a feasibility study: objectives and guiding questions. *OTJR: occupation, participation and health*. 2015; 35(3): 169-177. doi:10.1177/1539449215578649
- 12-Zarani F, behzadpoor S, babaei Z. Analysis of the Role of Culture in Psychopathology. *Rooyesh*. 2017; 6(1): 191-224. <http://frooyesh.ir/article-1-224-en.html> **[In Persian]**
- 13-American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth Edition – Text Revision*. Washington: American Psychiatric Association; 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787
- 14-Linstone HA, Turoff M. editors. *The Delphi method: techniques and applications*. Reading, MA: Addison-Wesley; 2002. doi:10.2307/3150755
- 15-Sahal N, Reintjes R, Eltayeb EM, Aro AR. Feasibility of implementing recommendations to improve communicable diseases surveillance-a modified Delphi study. *African health sciences*. 2011; 11: 93-99. doi:10.4314/ahs.v11i3.70077

24-Anastasi A. Psychological Testing. Barahani MT, Translator. Tehran: University of Tehran; 2007.
[In Persian]

23-Mohajan HK. Two criteria for good measurements in research: Validity and reliability. Annals of Spiru Haret University. Economic Series. 2017; 17(4): 59-82.
doi:10.26458/1746

طراحی و تعیین اعتبار محتوای پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، بالینگران و بیماران

نویسندگان

فیروزه زرغامی^۱، محمدرضا شعیری^{۲*}، زهرا شهرپور^۳، فاطمه اخوان‌عبیری^۴

۱. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

firouzeh.zarghami@gmail.com

۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

sharivar@sina.tums.ac.ir

۴. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. akhavan885@gmail.com

چکیده

مقدمه: اجرای برنامه‌های درمانی در یک فرهنگ جدید، در گام نخست مستلزم سنجش و تأیید امکان‌پذیری آن‌هاست. با توجه به اهمیت امکان‌سنجی در گسترش برنامه‌های روان‌درمانی، هدف پژوهش حاضر ساخت و اعتباریابی محتوای پرسش‌نامه‌هایی برای سنجش امکان‌پذیری از دیدگاه متخصصان، درمانگر/ بالینگر، شرکت‌کنندگان یا بیماران (و در موارد کودک و نوجوان، والدین آن‌ها) بود.

روش: مطالعه حاضر براساس طرح توصیفی - پیمایشی انجام شد. پس از جست‌وجو در ادبیات مفهوم امکان‌سنجی و تدوین چهار نسخه از پرسش‌نامه امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر/ بالینگر، بیماران و والدین بیماران (در صورتی که بیماران، کودک یا نوجوان باشند)، ۶ متخصص روان‌شناسی و ۴ دانشجوی دکتری تخصصی دارای حداقل ۵ سال سابقه فعالیت بالینی، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند وارد پژوهش شدند. اعتبار محتوای پرسش‌نامه‌ها براساس نظر این ۱۰ متخصص از طریق محاسبه شاخص اعتبار محتوا (CVI) و نسبت اعتبار محتوا (CVR) تعیین شد.

نتایج: با حذف گویه‌های غیرقابل قبول، اعتبار محتوای نسخه نهایی پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی متخصصان با حذف ۹ گویه و در قالب ۲۹ گویه تأیید شد. پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه متخصصان با حذف ۴ گویه و در قالب ۱۸ گویه پرسش‌نامه امکان‌سنجی والدین با حذف ۲ گویه و در قالب ۱۵ گویه و پرسش‌نامه امکان‌سنجی کودکان بدون حذف هیچ گویه‌ای و با همان ۱۲ گویه مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری: با وجود ابزارهای مشابه برای سنجش امکان‌سنجی، پژوهش حاضر کوشید برای نخستین بار مجموعه‌ای منسجم از پرسش‌نامه‌های سنجش امکان‌پذیری مداخلات درمانی را با تأکید بر جامعیت محتوایی و با تمرکز بر دیدگاه مخاطبان مختلف، از جمله متخصصان، بالینگران، بیماران و در موارد کودک و نوجوان، والدین آن‌ها ارائه دهد. این پرسش‌نامه‌ها می‌توانند با توجه به ویژگی‌های برنامه‌های درمانی مختلف، شرایط امکان‌سنجی را متناسب با هر فراهم سازند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۱۱/۱۱



کلیدواژه‌ها

امکان‌سنجی، امکان‌پذیری، پرسش‌نامه، متخصصان، بالینگر، درمانگر، بیماران، والدین.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

shairigm@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است.

مقدمه

اجرای برنامه‌های درمانی در فرهنگ‌های مختلف، درمانگر یا پژوهشگر را با چالش‌ها و تمایزهایی روبرو می‌کند. گام نخست در به‌کارگیری این برنامه‌ها در یک فرهنگ جدید، بر پایه قضاوت درباره امکان‌پذیری^۱ آن‌ها صورت می‌گیرد [۱]. توجه به چالش‌های اجرایی برنامه‌های درمانی در بافتار فرهنگی جدید و بررسی دقیق‌تر آن‌ها، زمینه را برای بومی‌سازی و به‌کارگیری برنامه مورد نظر در یک بستر فرهنگی خاص فراهم می‌کند. این امر از طریق مطالعه امکان‌سنجی برنامه‌های درمانی محقق می‌شود. به بیان دیگر، پژوهشگران در مطالعات امکان‌سنجی مکانیسم‌هایی را به‌کار می‌گیرند تا تعمیم‌پذیری را بهبود بخشند؛ چرا که مداخله‌ای که قابلیت انتقال به موقعیت‌های جهان واقعی را نداشته باشد، عملاً کاربرد محدودی خواهد داشت [۲].

پژوهش امکان‌سنجی، مؤلفه‌ای بحرانی در تدوین یک مداخله به‌شمار می‌رود؛ زیرا در طراحی مداخله و پژوهش، به طور مشخص بر فرایند اجرا تمرکز دارد و بررسی می‌کند که آیا چنین فرایندی از اجرا می‌تواند از طرح یک مطالعه بزرگ‌تر، مانند یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی (RCT)^۲ پشتیبانی کند یا خیر؟ چنین مطالعه‌ای را می‌توان بخشی از یک پژوهش دانست که پیش از اجرای مطالعه اصلی انجام می‌شود تا امکان انجام آن را بررسی کند [۲]؟ به‌کارگیری و گسترش مطالعات امکان‌سنجی در روان‌شناسی، از یک سو فرصتی برای بهبود پژوهش‌های پیامد مداخلات فراهم می‌کند و از سوی دیگر، پلی میان خلأ موجود در اجرای دانش برقرار می‌سازد. این مطالعات، در حوزه روان‌درمانی در پی پاسخ به این پرسش هستند که: «آیا برنامه درمانی در نمونه‌ای کوچک، کار می‌کند؟» [۲].

در مرور ادبیات پژوهشی به مفهوم امکان‌سنجی و دسته‌بندی‌های مختلف مؤلفه‌های زیربنایی آن، بوون^۳ و همکاران [۱] بر این باورند که مطالعات امکان‌سنجی هشت حوزه کلی را دربرمی‌گیرند؛ مقبولیت یا پذیرش^۴، تقاضا^۵،

اجرا^۶، کاربرد^۷، انطباق^۸، یکپارچه‌سازی^۹، گسترش^{۱۰}، و آزمون با کارآمدی محدود^{۱۱}. جدول شماره ۱، شرح مختصری از این مؤلفه‌ها را از دیدگاه بوون و همکاران [۱]، به عنوان حیطه‌های کلیدی مورد تمرکز مطالعات امکان‌سنجی ارائه می‌دهد.

در بررسی ادبیات، پرسش‌هایی که تا کنون، سنجش امکان‌پذیری را در نظر داشته‌اند، چه بر اساس الگوی بوون و همکاران [۱] و چه در قالب پرسش‌نامه‌های مختلف، محتوایی را در بر دارند که هدف آن‌ها دریافت دیدگاه متخصصان (پنل متخصصان)، درمانگر ارائه‌دهنده درمان و بیماران دریافت‌کننده برنامه درمانی بوده است [۱، ۳-۵]. گرچه این نوع واری، امکان‌سنجی را از سه دیدگاه و در جنبه‌هایی مشترک یا متمایز فراهم می‌سازد؛ اما در میان ابزارهای مشاهده شده، ابزاری ملاحظه نگردید که به‌صورت منسجم در تلاش باشد به ابعاد امکان‌سنجی، تا حد ممکن، توجه جامعی داشته‌باشد و به‌نوعی عرصه را برای سنجش جامع آن ابعاد فراهم نماید.

در مطالعه کراولی و همکاران [۳]، در سنجش امکان‌پذیری در میان متخصصان، درمانگر و بیماران (کودک و والد)، ابزارهایی استفاده شد که به‌صورت محدود، جنبه‌ای چون رضایت را از نگاه بیمار درجه‌بندی می‌کردند. پرسش‌نامه و فرم‌های درجه‌بندی یادشده، مؤلفه‌های مشخص و متمایزی را که در ادبیات ارائه شده‌اند [۱، ۲، ۶]، شامل نمی‌شدند. فیلد و همکاران [۱۱] سیاهه‌ای تدوین کردند که به‌نوعی، درجه‌بندی عملکرد درمانگر ارائه‌دهنده پروتکل را از سوی متخصصان میسر می‌ساخت. هولمان و همکاران [۵] نیز با ابزارهایی مشابه با مطالعه کراولی و همکاران [۳]، در صدد سنجش امکان‌پذیری برنامه درمانی خود از نگاه درمانگر و بیماران برآمدند. از این رو، با وجود پیشنهاد طبقه‌بندی‌های مختلف از مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌سنجی [۱، ۲، ۶]، چه در سطح طراحی و تدوین و چه در سطح کاربرد، ابزاری یافت نشد که سنجش جامع امکان‌پذیری را با در نظر گرفتن مؤلفه‌های آن هدف قرار دهد.

- 6 . Implementation
- 7 . Practicality
- 8 . Adaptation
- 9 . Integration
- 10 . Expansion
- 11 . Limited-Efficacy Testing

- 1 . Feasibility
- 2 . Randomized Controlled Trial (RCT)
- 3 . Bowen, D. J.
- 4 . Acceptability
- 5 . Demand

جدول ۱. حیطه‌های کلیدی مورد تمرکز مطالعات امکان‌سنجی

ردیف	حیطه تمرکز	پرسش‌های مربوطه	نمونه پیامدهای مربوطه
۱	پذیرش	ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان، تا چه حد یک برنامه را مناسب، رضایت‌بخش و جذاب قضاوت می‌کنند؟	رضایت تمایل به تداوم به‌کارگیری مناسب انگاشتن ^۱
۲	تقاضا	برای این برنامه تا چه حد در یک بوم جدید تقاضا وجود دارد؟ چقدر ابعاد این برنامه، با فرهنگ بوم جدید منطبق می‌شوند؟	تناسب با فرهنگ سازمانی اثرات مثبت یا منفی بر سازمان به‌کارگیری واقعی ابراز تمایل و قصد نسبت به استفاده تقاضای ادراک‌شده
۳	اجرا	چقدر این برنامه برای اجرا روی جمعیت هدف می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد؛ با وجود بعضی محدودیت‌ها، اما نه با کنترل کامل؟ چقدر در عمل، مطابق با دستورالعمل اصلی در جمعیت هدف اجرا می‌گردد؟	میزان اجرایی بودن موفقیت یا شکست اجرایی بودن میزان و نوع منابع مورد نیاز برای اجرا
۴	کاربرد	با استفاده از منابع، زمان، تعهدات و مشارکت‌های موجود که به شیوه‌ای محدود شده‌اند، چقدر می‌توان این برنامه را روی جمعیت هدف اجرا نمود؟	عوامل مؤثر بر سهولت یا دشواری اجرا مقرون‌به‌صرفه‌بودن، سرعت یا کیفیت اجرا اثرات مثبت یا منفی بر شرکت‌کنندگان هدف توان شرکت‌کنندگان در اجرای فعالیت‌های [مدنظر] مداخله تحلیل هزینه‌ها
۵	انطباق	هنگام به‌کارگیری این برنامه در موقعیت تازه، چارچوب جدید یا جمعیتی متفاوت، چقدر تغییرات موردنیاز در محتوا یا روند برنامه قابل اجرا است؟	میزان پیامدهای مشابه به‌دست‌آمده در چارچوب جدید مقایسه پیامدهای فرایندی در به‌کارگیری مداخله روی دو جمعیت
۶	یکپارچه‌سازی	این برنامه چقدر با سیستم موجود و زیرساخت‌های آن، هماهنگی و تناسب دارد؟	تناسب ادراک‌شده با زیرساخت ماندگاری ادراک‌شده
۷	گسترش	چقدر می‌توان این برنامه را به عنوان یک خدمت جدید در یک بوم تازه گسترش داد؟	هزینه برای سازمان و پیکره سیاست‌گذاری‌ها اثرات مثبت یا منفی بر سازمان ایجاد خلل به خاطر مؤلفه گسترش
۸	آزمون کارآمدی محدود	این برنامه چقدر می‌تواند نویدبخش موفقیت ^۲ روی جمعیت هدف باشد؟	اثرات مورد نظر برنامه بر متغیرهای کلیدی بلاواسطه برآورد اندازه اثر حفظ تغییرات از [زمان] نخستین تغییر

1 . Perceived Appropriateness

2 . Promise of Being Successful

موجود^{۱۰}، انطباق‌پذیری^{۱۱}، اجرا^{۱۲}، اثربخشی^{۱۳} و تعمیم‌پذیری^{۱۴}. عنایت به مفهوم هر یک از مؤلفه‌های اشاره‌شده از امکان‌سنجی در دسته‌بندی‌های مختلف، قرابت محتوایی مؤلفه‌ها در دسته‌بندی‌های اخیر را نسبت به مفهوم مؤلفه‌های پیشنهادشده از سوی بوون و همکاران [۱] نشان می‌دهد.

بنا به آن چه اشاره گردید، هدف پژوهش حاضر، ساخت و اعتباریابی محتوای پرسش‌نامه‌هایی در سنجش امکان‌پذیری بوده است که مؤلفه‌های امکان‌سنجی مدنظر بوون و همکاران [۱] را از دیدگاه متخصصان، بالینگران، شرکت‌کنندگان و در موارد کودک و نوجوان، والدین آن‌ها پوشش دهند.

روش

در مطالعه حاضر، چهار نسخه پرسش‌نامه امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، بالینگران، شرکت‌کنندگان یا بیماران و والدین شرکت‌کنندگان (در صورتی که بیماران، کودک یا نوجوان باشند) تدوین شد. اعتبار محتوای این پرسش‌نامه‌ها، بر اساس دیدگاه متخصصان مورد واریسی قرار گرفت.

طرح

مطالعه حاضر، پیرو طرح توصیفی - پیمایشی بوده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل متخصصان روان‌شناسی بود. نمونه پژوهش حاضر از میان دانشجویان دکتری تخصصی و دارای سابقه فعالیت بالینی به مدت حداقل ۵ سال است که ضمن شناخت بنیان‌های نظری درمان‌ها، مطابق با یکی از رویکردهای درمانی به فعالیت بالینی مشغول بوده‌اند. نمونه متخصصان در این مطالعه، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس به دست آمد. در نهایت، حجم نمونه‌ای معادل ۱۰ نفر حاصل شد که ۶ نفر از اساتید روان‌شناسی و ۴ نفر از دانشجویان مقطع دکتری تخصصی برخوردار از دست کم ۵ سال سابقه فعالیت بالینی را در بر می‌گرفت.

بنابراین، به نظر می‌رسد در امکان‌سنجی توجه عمده به تنها یک مؤلفه، یعنی «پذیرش» (پرسش از میزان رضایت معطوف بوده است. افزون بر این، این پرسش‌نامه‌ها (چه نسخه‌های مربوط به متخصصان و چه مربوط به شرکت‌کنندگان) از نظر اعتبار محتوایی مورد بررسی قرار نگرفته بودند. در نتیجه، هیچ‌یک از ابزارهای موجود در سنجش امکان‌پذیری، به جامعیت ارزیابی مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌سنجی، توجه کافی نداشته‌اند. از این رو، امکان‌سنجی پروتکل‌ها در این حوزه با نوعی خلأ جدی روبه‌رو به نظر می‌رسد.

با توجه به ضرورت سنجش هر چه جامع‌تر ابعاد مختلف امکان‌پذیری در طراحی و یا اجرای پروتکل‌های درمانی جدید در یک فرهنگ، نیاز جدی به مجموعه‌ای جامع‌تر از پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی احساس شد که نه تنها متخصصان و بالینگران، بلکه مخاطبان برنامه‌های درمانی (شرکت‌کنندگان / بیماران - و در موارد کودک و نوجوان، حتی والدین آن‌ها) را نیز در بر گیرد.

در میان دسته‌بندی‌های مختلفی که از مفهوم امکان‌سنجی تا زمان اجرای پژوهش حاضر مطرح شده بود، مؤلفه‌های مدنظر بوون و همکاران [۱]، از زاویه‌ای گسترده‌تر و جامع‌تر به مفهوم امکان‌سنجی نگریسته بودند و سنجش امکان‌پذیری را از گذرگاه مؤلفه‌های هشت‌گانه یادشده پیشنهاد کرده بودند. پس از بوون و همکاران [۱]، تیکل‌دگن [۶] نیز در حوزه مداخلات توان‌بخشی، سنجش چهار جنبه از مؤلفه‌های امکان‌سنجی را پیشنهاد داد: سنجش فرایند^۱، سنجش منابع^۲، سنجش مدیریت^۳ و سنجش علمی^۴. پس اتمام مراحل اجرایی پژوهش حاضر نیز گدکه و همکاران [۲]، به ده مؤلفه در امکان‌سنجی اشاره داشته‌اند: ظرفیت گمارش^۵، گردآوری داده‌ها^۶، روند طرح^۷، اعتبار اجتماعی^۸، عملی بودن^۹، یکپارچه شدن با سیستم

- 1 . Process Assessment
- 2 . Resources Assessment
- 3 . Management Assessment
- 4 . Scientific Assessment
- 5 . Recruitment Capability
- 6 . Data Collection Procedures
- 7 . Design Procedures
- 8 . Social Vvalidity
- 9 . Practicality

- 10 . Integration into Existing Systems
- 11 . Adaptability
- 12 . Implementation
- 13 . Effectiveness
- 14 . Generalizability

ابزارها

ابزارهای طراحی‌شده در این پژوهش در بر گیرنده پرسش‌نامه‌هایی برای متخصصان، درمانگر اجراکننده پروتکل، بیماران و یا والدین (در صورت کودک یا نوجوان بودن بیمار) بود.

۱. پرسشنامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان. این پرسش‌نامه، ۷ مؤلفه امکان‌سنجی [۱] شامل پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق، یکپارچه‌سازی و گسترش را در بر می‌گرفت. بنا به محتوای هر مؤلفه، عبارت‌هایی آماه شد. در مجموع، ۳۸ عبارت اولیه تنظیم گردید که گزینه‌های پاسخ به آن‌ها، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی‌زیاد) بود.

۲. پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای درمانگر / بالینگر. این پرسش‌نامه، ۵ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد و انطباق را در بر می‌گرفت. مبتنی بر محتوای هر مؤلفه، ۲۲ عبارت اولیه تنظیم شد که گزینه‌های پاسخ به آن‌ها، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی‌زیاد) بود.

۳. پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای بیماران. این پرسش‌نامه، ۳ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، اجرا و کاربرد را در بر می‌گرفت. مبتنی بر محتوای هر مؤلفه، ۱۲ عبارت اولیه تنظیم شد که گزینه‌های پاسخ به آن‌ها، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی‌زیاد) بود.

۴. پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای والدین. این پرسش‌نامه، ۵ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد و انطباق را در بر می‌گرفت. مبتنی بر محتوای هر مؤلفه، ۱۷ عبارت اولیه تنظیم شد که گزینه‌های پاسخ به آن‌ها، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی‌زیاد) بود.

روند اجرای پژوهش

در تدوین پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی، کوشش شد مؤلفه‌های مدنظر برون و همکاران [۱] هدف قرار گیرد. با توجه به جدول ۱، هفت مؤلفه از هشت مؤلفه مطرح شده از سوی برون و همکاران [۱] در ابتدا برای تدوین نسخه متخصصان، مد نظر قرار گرفت. مؤلفه هشتم، آزمون با

کارآمدی محدود در چارچوب پرسش‌نامه‌ها لحاظ نشد؛ زیرا بنا به تعریف ویژه‌ای که از کارآمدی مطرح است، نمی‌توان به صرف اجرای پرسش‌نامه، آن را ارزیابی نمود و سنجش آن به روش‌شناسی و طراحی ویژه خود مؤکول گردید.

در تدوین ابزار امکان‌سنجی ضمن توجه به مؤلفه‌های برون و همکاران [۱] تنها دیدگاه متخصصان به یک نوع مداخله، مبنا قرار نگرفت. چون برخی مؤلفه‌ها در عمل، بهتر می‌تواند خود را نمایان سازد، در گستره فعالیت بالینی، چه در مورد درمانگری که پروتکل را اجرا می‌کند، چه بیماری که پروتکل را دریافت می‌کند (و در صورت لزوم، والدین کودکان و نوجوانانی که درمان را دریافت می‌کنند) بهتر از یک نگاه بیرونی می‌تواند شرایط مؤلفه‌های امکان‌سنجی را مورد ارزیابی قرار دهد. بدین‌خاطر، چهار نسخه پرسشنامه امکان‌سنجی کلی متخصصان / بالینگران، جلسه به جلسه درمانگر و بیماران (و یا والدین کودکان و نوجوانان) به شرح زیر آماده شد.

در تدوین پرسش‌نامه امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، در ارتباط با مؤلفه یا مقوله پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن برنامه، تأثیر در رفع نیازهای بیماران، میل به استفاده از برنامه برای بیماران مشابه و جذابیت آن برای بیماران را مورد پرسش قرار می‌داد. مرتبط با مؤلفه تقاضا، گویه‌هایی مطرح شد که هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی غالب کشور، تأثیرات مثبت و منفی آن با در نظر گرفتن ساختار فرهنگی کشور، امکان اجرای برنامه با توجه به شرایط فرهنگی حاکم بر کشور و میزان وجود مطالبه برای اجرای آن در کشور را ارزیابی می‌نماید.

در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدوین‌شده به قابلیت اجرایی جلسات برنامه، برآورد موفقیت‌آمیز بودن اجرای آن، کفایت تعداد جلسات، مدت زمان برگزاری جلسات و مناسب و کفایت کتاب‌های کار یا کاربرگ‌های تمرین برای بیماران اشاره دارد. برای مؤلفه کاربرد، گویه‌هایی تعریف شد که میزان اجرای باکیفیت برنامه در بستر شرایط و منابع موجود، به‌صرفه بودن آن از نظر تعداد جلسات و از نظر اقتصادی برای بیماران، به‌صرفه بودن برنامه از نظر اقتصادی و همچنین زمان مورد نیاز برای آموزش درمانگران، تأثیرات مثبت و منفی برنامه بر بیماران، تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیماران، ارتباط تکالیف طراحی‌شده در برنامه با

در پرسش‌نامه‌ای که با هدف امکان‌سنجی از دیدگاه والدین تدوین شد، در ارتباط با مؤلفه پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن برنامه، تأثیر آن در رفع نیازهای خود و فرزندشان، میل به استفاده از برنامه در صورت نیاز برای فرزند خود، و همچنین برای کودکان/ نوجوانان مشابه و جذابیت آن برای بیماران مورد پرسش قرار می‌داد. مرتبط با مؤلفه تقاضا، گویه‌هایی مطرح شد که هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی غالب کشور، تأثیرات مثبت و منفی آن با در نظر گرفتن ساختار فرهنگی خانواده خود ارزیابی می‌نماید.

در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدوین شده به کفایت تعداد جلسات برنامه، مدت زمان برگزاری جلسات، مناسبت و کفایت کتاب‌های کار یا کاربرگ‌های تمرین برای بیماران اشاره دارد. برای مؤلفه کاربرد، گویه‌هایی تعریف شد که تأثیرات مثبت و منفی برنامه بر بیماران، تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیماران و ارتباط تکالیف طراحی شده در برنامه با محتوای هر جلسه را می‌سنجد. مؤلفه انطباق نیز با گویه‌ای تعریف شد که به امکان اجرای آن روی طیف گسترده بیماران با سطوح فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلف اشاره دارد.

پرسش‌نامه امکان‌سنجی از دیدگاه بیماران به این ترتیب طراحی شد: در ارتباط با مؤلفه پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن برنامه، تأثیرش در رفع نیازهای خود، میل به استفاده از برنامه در صورت نیاز برای خود، و همچنین برای افرادی با مشکلات مشابه و جذابیت آن برای بیماران را بررسی کرد. در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدوین شده به کفایت تعداد جلسات برنامه، مدت زمان برگزاری جلسات و قابل‌فهم بودن کتاب‌های کار یا کاربرگ‌های تمرین برای بیماران اشاره دارد. برای مؤلفه کاربرد، گویه‌هایی تعریف شد که تأثیرات مثبت و منفی برنامه بر بیماران، تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیماران و ارتباط تکالیف طراحی شده در برنامه با محتوای هر جلسه را می‌سنجد.

پس از تدوین و آماده‌سازی نسخه‌های اولیه هر پرسش‌نامه، برای بررسی محتوای پرسش‌نامه‌ها از متخصصان روان‌شناسی یاری گرفته شد. پرسش‌نامه‌ها همراه با ذکر اهداف و مؤلفه‌های مرتبط، برای ارزیابی به متخصصان

محتوای هر جلسه، میزان مؤلفه‌های غیرضروری پرداخته‌شده و مؤلفه‌های مهم پرداخته نشده در برنامه، میزان انعطاف و میزان انسجام محتوای جلسات برنامه را می‌سنجد.

مؤلفه انطباق با گویه‌هایی تعریف شد که به انطباق اهداف و محتوای برنامه با مبانی نظری زیربنایی آن‌ها و امکان اجرای آن بر طیف گسترده بیماران اشاره دارد. مؤلفه یکپارچه‌سازی نیز با گویه‌هایی درباره تناسب زیرساخت‌های موجود برای اجرای برنامه و احتمال تداوم استفاده از برنامه در سیستم درمانی موجود تعریف شد. در نهایت، مرتبط با مؤلفه گسترش، گویه‌هایی تعریف شد که نیاز برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی، تناسب برنامه با اهداف سازمانی بهداشت کشور، تأثیرات مثبت و منفی برنامه بر برنامه‌های سلامت روان کشور، امکان گسترش برنامه با توجه به شرایط فرهنگی کشور را ارزیابی می‌نماید.

در تدوین پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه از دیدگاه درمانگر/ بالینگر، در ارتباط با مؤلفه پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن جلسه، تأثیرش در رفع نیازهای بیماران (و والدین، در صورتی که بیماران، کودک یا نوجوان باشند)، میل به استفاده از جلسه برای بیماران مشابه و جذابیت آن برای بیماران را بررسی می‌کرد. مرتبط با مؤلفه تقاضا، گویه‌ای مطرح شد که هماهنگی محتوای جلسه با ساختار فرهنگی غالب کشور را ارزیابی می‌نماید.

در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدوین شده، به قابلیت اجرایی جلسه، برآورد موفقیت‌آمیز بودن اجرای آن، کفایت مدت زمان برگزاری جلسه، کتاب‌های کار یا کاربرگ‌های تمرین برای بیماران اشاره دارد. برای مؤلفه کاربرد، گویه‌هایی تعریف شد که تأثیرات مثبت و منفی جلسه بر بیماران، تناسب فعالیت‌های جلسه با توانایی بیماران، ارتباط تکالیف طراحی شده در جلسه با محتوای هر جلسه، میزان مؤلفه‌های غیرضروری پرداخته‌شده و مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده در محتوای جلسه، میزان انعطاف محتوای جلسه را می‌سنجد. مؤلفه انطباق، با گویه‌هایی تعریف شد که به انطباق اهداف و محتوای جلسه با مبانی نظری زیربنایی‌شان، و امکان اجرای آن روی طیف گسترده بیماران و افراد با سطح فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلف اشاره دارد.

دیگر امتیازی تعلق نمی‌گیرد)، به تعداد کل پاسخ‌هاست

$$CVR = \frac{N_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$
 (تعداد گزینه‌های ضروری N_e). بررسی شاخص CVR برای هر گویه بر اساس تعداد صاحب‌نظرانی که به بررسی اعتبار پرسش‌نامه پرداخته‌اند، مطابق با جدول ۲ محاسبه می‌شود. بر اساس این جدول، از آن‌جا که تعداد صاحب‌نظران پژوهش حاضر، ۱۰ نفر بود، معیار قابل قبول بودن، نسبت ۰/۶ بود و پرسش‌هایی که CVR آن‌ها از ۰/۶ کمتر به دست آمدند، از پرسش‌نامه حذف شدند [۹].

جدول ۲. مقادیر قابل قبول CVR با توجه به تعداد شرکت‌کنندگان (اقتباس از لاوشه [۱۲])

تعداد صاحب‌نظران	CVR قابل قبول
۵	۰/۹
۶	۰/۹
۷	۰/۹
۸	۰/۸
۹	۰/۷
۱۰	۰/۶
۱۱	۰/۵
۱۲	۰/۵
۱۳	۰/۴
۱۴	۰/۴

یافته‌ها

در این قسمت، گویه‌های پرسش‌نامه در وضعیت اولیه ارائه می‌گردد. در برابر هر گویه، شرایط CVI و CVR آن‌ها نیز تنظیم شده است. نتایج، مقابل هر گویه در ادامه مشخص می‌کند که کدام گویه‌ها نامزد حذف بودند و کدام یک می‌توانستند باقی بمانند. جدول‌های ۳، ۴، ۵ و ۶ در برگرفته یافته‌های CVI و CVR مرتبط با هر گویه از چهار پرسش‌نامه امکان‌سنجی بر اساس نظر متخصصان بوده‌است.

ارسال شدند. در نسخه‌هایی که به متخصصان برای ارزیابی ارسال گردید، گویه‌های مرتبط با هر مؤلفه به‌دقت مشخص شده بود تا از نظر نحوه طراحی، تناسب پرسش‌نامه‌ها با مفاهیم مطرح‌شده درباره هر مؤلفه، نوع ارتباط گویه‌ها با مؤلفه‌ها و نیز ضرورت گویه‌ها مورد ارزیابی قرار گیرند. پس از دریافت نظر متخصصان درباره محتوای چهار پرسش‌نامه و تحلیل این نظرات، شماری از گویه‌ها غیرضروری یا غیرمرتبط تشخیص داده شدند و حذف گردیدند که در گزارش یافته‌ها در جدول شماره ۳ تا ۶ به تفکیک ارائه شده است.

تحلیل آماری

اعتبار محتوای پرسش‌نامه‌های طراحی‌شده با استفاده از فرمول‌های شاخص اعتبار محتوا (CVI) ^۱ و نسبت اعتبار محتوا (CVR) ^۲ بررسی شد [۹]. برای بررسی پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی متخصصان، درمانگر، بیماران و والدین از آمار توصیفی (میانگین پاسخ‌ها به پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی) استفاده شد. بررسی محتوایی نسخه‌های چهارگانه پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی به‌صورت زیر انجام پذیرفت [۹]:

الف. نحوه طراحی و تناسب گویه‌ها با مفاهیم مطرح‌شده درباره هر مؤلفه با فرمول CVI محاسبه شد که نسبت تعداد گزینه‌های «مرتبط» و «مرتبط اما نیاز به بازبینی» که هر متخصص برای هر گویه انتخاب کرده (به دو گزینه دیگر امتیازی تعلق نمی‌گیرد)، به تعداد کل پاسخ‌هاست ($CVI = \frac{n}{N}$). به توصیه هیرکاس ^۳ و همکاران (۲۰۰۳)، اگر CVI به‌دست آمده برای هر گویه بزرگ‌تر از ۰/۷۹ باشد، «قابل قبول» است، بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۹ «سؤال برانگیز» و «نیازمند بازنگری» و زیر ۰/۷۰ «غیرقابل قبول» است و آن سؤال از پرسش‌نامه حذف می‌شود. شاخص CVI هر گویه در جدول‌های ۲ تا ۵، در کنار مؤلفه‌ها و عبارت‌های مرتبط به آن تنظیم شده است [۹].

ب. ضرورت وجود پرسش با توجه به هدف هر مؤلفه با فرمول CVR محاسبه شد که به نسبت تعداد گزینه‌های «ضروری» که هر متخصص برای هر گویه انتخاب کرده (به دو گزینه

1 . Content Validity Index (CVI)
 2 . Content Validity Ratio (CVR)
 3 . Hyrkäs, K.

جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه
امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان/بالینگران به همراه CVI و CVR

مؤلفه امکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	نتایج							
			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه				نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			
			مرتبط	نیاز به بازبینی مرتبط اما	نیاز به بازبینی غیرمرتبط	CVI	ضروری	غیرضروری مفید اما	غیرضروری	CVR
پذیرش	۱	میزان رضایت‌بخش بودن برنامه	۱۰	۰	۱	۱	۷	۳	۰/۴**	
	۲	تأثیر بر رفع نیازهای بیماران ایرانی	۱۰	۰	۱	۱	۹	۱	۰/۸	
	۳	تأثیر بر رفع نیازهای والدین بیماران ایرانی	۱۰	۰	۱	۱	۱۰	۰	۱	
	۴	تمایل متخصص به استفاده روی بیماران دچار اختلال «.....»	۱۰	۰	۱	۱	۱۰	۰	۱	
	۵	جذابیت برای بیماران ایرانی	۱۰	۰	۱	۱	۷	۳	۰/۶	
تقاضا	۶	هماهنگی با فرهنگ غالب ایران	۹	۱	۰/۹	۰/۹	۶	۴	۰/۶	
	۷	تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران	۸	۲	۰/۸	۰/۸	۴	۶	۰/۶	
	۸	تأثیر منفی برنامه در ساختار فرهنگی ایران	۸	۲	۰/۸	۰/۸	۲	۸	-۰/۶**	
	۹	امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران	۱۰	۰	۱	۱	۸	۲	۰/۶	
	۱۰	وجود مطالبه برای اجرا در ایران	۱۰	۰	۱	۱	۸	۲	۰/۶	
اجرا	۱۱	قابلیت اجرایی برنامه	۱۰	۰	۱	۱	۱۰	۰	۱	
	۱۲	موفقیت‌آمیز بودن برنامه در اجرا	۱۰	۰	۱	۱	۵	۵	**	
	۱۳	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف	۱۰	۰	۱	۱	۹	۱	۰/۶	
	۱۴	کفایت مدت‌زمان تعریف‌شده برای هر جلسه برای اجرای اهداف	۱۰	۰	۰/۹	۰/۹	۹	۱	۰/۸	

ادامه جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان/بالینگران به همراه CVI و CVR

مؤلفه مکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	نتایج									
			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه					نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه				
			مرتبط	نیاز به بازبینی	مرتبط اما بازبینی جدی	نیاز به غیرمرتبط	CVI	ضروری	غیرضروری مفید اما غیرضروری	غیرضروری	CVR	
اجرا	۱۵	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران / راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا	۹			۱		۹		۱	۰/۸	
	۱۶	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	۱۰			۰		۹		۱	۰/۸	
کاربرد	۱۷	قابلیت اجرا با کیفیت مورد نظر	۱۰			۰		۷		۱	۰/۴**	
	۱۸	مقرون‌به‌صرفه‌بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی	۱۰			۰		۱۰		۱	۱	
	۱۹	مقرون‌به‌صرفه‌بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی	۱۰			۰		۹		۱	۰/۸	
	۲۰	تأثیرات مثبت برنامه بر بیماران ایرانی	۱۰			۰		۷		۱	۰/۶	
	۲۱	تأثیرات منفی برنامه بر بیماران ایرانی	۷			۳		۰/۷*		۶	۰/۲**	
	۲۲	توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی	۱۰			۰		۹		۱	۰/۸	
	۲۳	مقرون‌به‌صرفه‌بودن اقتصادی برای بیماران ایرانی	۵			۵		۰/۵**		۲	۰/۶**	
	۲۴	مقرون‌به‌صرفه‌بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی	۹			۱		۰/۹		۸	۰/۶	
	۲۵	ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه	۱۰			۰		۹		۱	۰/۸	
	۲۶	تعداد مؤلفه‌های غیرضروری	۸			۲		۰/۸		۶	۰/۲**	
	۲۷	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده	۱۰			۰		۷		۱	۰/۶	

ادامه جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه
امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان/بالینگران به همراه CVI و CVR

نتایج								ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه				نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه					
CVR	غیر ضروری	مفید اما غیر ضروری	ضروری	CVI	غیر مرتبط	نیاز به بازبینی جدی	مرتبط اما نیاز به بازبینی		
۰/۶	۳		۷	۰/۸		۲	۸	۲۸	کاربرد
								مکان محتوای جلسات در ایجاد انعطاف در برنامه	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۲۹	انطباق
								انسجام محتوای جلسات	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۳۰	یکپارچه‌سازی
								انطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی	
۰/۶	۶		۴	۱		۰	۱۰	۳۱	گسترش
								مکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	
۰/۶	۲		۸	۰/۸		۲	۸	۳۲	گسترش
								تناسب زیرساخت‌های موجود با برنامه	
۰/۸	۵		۵	۰/۸		۳	۷	۳۳	گسترش
								احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود	
۰/۸	۵		۵	۰/۸		۳	۷	۳۴	گسترش
								نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی	
۰/۶	۲		۸	۰/۸		۲	۸	۳۵	گسترش
								تناسب برنامه با اهداف سازمانی	
۰/۶	۵		۵	۰/۹		۱	۹	۳۶	گسترش
								میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران	
۰/۶**	۸		۲	۰/۶**		۴	۶	۳۷	گسترش
								میزان تأثیر منفی برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران	
۰/۶	۳		۷	۰/۸		۳	۷	۳۸	گسترش
								مکان گسترش برنامه در کشور	

* به معنای سؤال برانگیز است.

** به معنای غیرقابل قبول است.

جدول ۴. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای درمانگر / بالینگر به همراه CVI و CVR

مؤلفه مکان‌سنجی	ردیف گویه‌ها	نتایج								
		نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه					
		مرتبط	مرتبط اما نیاز به بازبینی	نیاز به بازبینی جدی	غیرمرتبط	CVI	ضروری	مفید اما غیرضروری	غیرضروری	CVR
پذیرش	۱	میزان رضایت‌بخش بودن جلسه		۱۰	۰	۱	۶	۴	۰/۲**	
	۲	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار		۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱	
	۳	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز والدین بیمار		۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸	
	۴	تمایل به استفاده از محتوی جلسه برای بیماران با مشکلات مشابه		۱۰	۰	۱	۸	۲	۰/۶	
	۵	جذابیت جلسه برای بیماران مشکلات مشابه		۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱	
تقاضا	۶	هماهنگی با ساختار فرهنگی غالب ایران		۱۰	۰	۱	۷	۳	۰/۶	
اجرا	۷	قابلیت اجرایی جلسه		۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱	
	۸	موفقیت‌آمیز بودن اجرای جلسه		۸	۲	۰/۸	۷	۳	۰/۴**	
	۹	کفایت مدت‌زمان تعریف‌شده برای جلسه در اجرای اهداف		۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸	
	۱۰	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران/ راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا		۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱	
	۱۱	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا		۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱	

ادامه جدول ۴. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه
امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای درمانگر/ بالینگر به همراه CVI و CVR

مؤلفه مکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	نتایج								
			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه					نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			
			مرتبط	نیاز به بازبینی مرتبط اما	نیاز به بازبینی جدی	غیرمرتبط	CVI	ضروری	مفید اما غیر ضروری	غیر ضروری	CVR
کاربرد	۱۲	تأثیرات مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	۱۰		۰	۱	۹	۱	۰/۸		
	۱۳	تأثیرات منفی برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	۶		۴	۰/۶**	۵	۵	۰**		
	۱۴	تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن	۱۰		۰	۱	۱۰	۰	۱		
	۱۵	ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه	۱۰		۰	۱	۹	۱	۰/۸		
	۱۶	تعداد مؤلفه‌های غیرضروری	۶		۴	۰/۶**	۵	۵	۰**		
	۱۷	انعطاف محتوای جلسه	۹		۱	۰/۹	۷	۳	۰/۶		
	۱۸	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده	۸		۲	۰/۸	۷	۳	۰/۶		
	۱۹	انسجام محتوای جلسه	۱۰		۰	۱	۹	۱	۰/۸		
انطباق	۲۰	انطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی برنامه	۱۰		۰	۱	۱۰	۰	۱		
	۲۱	قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی	۱۰		۰	۱	۱۰	۰	۱		
	۲۲	امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	۱۰		۰	۰/۸	۱۰	۰	۱		

* به معنای غیر قابل قبول است.

** به معنای سؤال برانگیز است.

جدول ۵. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به سؤالات پرسشنامه امکان‌سنجی پروتکل برای بیماران به همراه CVI و CVR

مؤلفه مکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	نتایج								
			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه					نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			
			مرتبط	مرتبط اما نیاز به بازبینی	نیاز به بازبینی جدی	غیرمرتبط	CVI	ضروری	غیرضروری	مفید اما غیرضروری	غیرضروری	CVR
پذیرش	۱	میزان رضایت کلی از برنامه	۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸			
	۲	کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			
	۳	میزان تمایل برای معرفی برنامه به دوستی با مشکلات مشابه	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			
	۴	تمایل به استفاده مجدد از برنامه یا برنامه‌ای مشابه در صورت نیاز	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			
	۵	جذابیت برنامه برای بیماران	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			
اجرا	۶	کفایت تعداد جلسات برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه	۸	۲	۰/۸	۸	۲	۰/۶			
	۷	کفایت مدت‌زمان در هر جلسه، برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه	۸	۲	۰/۸	۸	۲	۰/۶			
	۸	قابل‌فهم و آسان بودن محتوای تمرین‌های جلسات (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران)	۹	۱	۰/۹	۱۰	۰	۱			
کاربرد	۹	میزان تأثیر مثبت برنامه بر بیمار	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			
	۱۰	میزان تأثیر منفی برنامه بر بیمار	۹	۱	۰/۹	۹	۱	۰/۸			
	۱۱	میزان تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			
	۱۲	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته‌شده در هر جلسه	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			

* به معنای غیرقابل قبول است.

** به معنای سؤال برانگیز است.

جدول ۶. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسشنامه
امکان‌سنجی پروتکل برای والدین به همراه CVI و CVR

مؤلفه مکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	نتایج							
			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه				نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			
			مرتبط	نیاز به بازبینی	مرتبط اما نیاز به بازبینی جدی	غیرمرتبط	CVI	ضروری	غیرضروری	مفید اما غیرضروری
CVR	غیرضروری	غیرضروری	غیرضروری	غیرضروری	غیرضروری	غیرضروری	غیرضروری	غیرضروری	غیرضروری	
پذیرش	۱	میزان رضایت‌بخش بودن برنامه برای والد	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱۰	۰	۱
	۲	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای کودک/نوجوان‌تان	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱۰	۰	۱
	۳	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای والد	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۹	۱	۰/۸
	۴	تمایل والد برای پیشنهاد شرکت در این برنامه به فرزند یک دوست	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۷	۳	۰/۶
	۵	تمایل والد برای استفاده مجدد از این برنامه یا برنامه‌های مشابه در صورت نیاز	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۹	۱	۰/۸
	۶	میزان جذابیت این برنامه درمانی برای کودک/نوجوانان از نظر والد	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۹	۱	۰/۸
	۷	میزان جذابیت برنامه برای والد	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۷	۳	۰/۴**
تقاضا	۸	میزان هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی خانواده بیمار	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۸	۲	۰/۶
اجرا	۹	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف برنامه	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱۰	۰	۱
	۱۰	کفایت مدت‌زمان هر جلسه برای اجرای اهداف جلسات برنامه	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۹	۱	۰/۸

ادامه جدول ۶. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسشنامه امکان‌سنجی پروتکل برای والدین به همراه CVI و CVR

مؤلفه مکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	نتایج								
			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه		
			مرتبط	نیاز به بازبینی اما مرتبط	نیاز به بازبینی جدی	غیرمرتبط	CVI	ضروری	غیرضروری	مفید اما غیرضروری	CVR
اجرا	۱۱	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای بیمار (کودک/ نوجوان) در اجرای برنامه	۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸			
	۱۲	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای والدین در اجرای برنامه	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			
کاربرد	۱۳	میزان تأثیر مثبت برنامه روی بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد	۱۰		۱	۸	۲	۰/۶			
	۱۴	میزان تأثیر منفی برنامه روی بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد	۶	۴	۰/۶**	۳	۷	-۰/۴**			
	۱۵	مطابقت فعالیت‌های مداخله‌ای برنامه با توانایی‌های بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد	۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸			
	۱۶	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با آموزش‌های آن جلسه	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			
انطباق	۱۷	قابلیت اجرای برنامه برای خانواده‌هایی با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی مختلف	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱			

* به معنای غیرقابل قبول است.

** به معنای سؤال برانگیز است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۳ تا ۶، گویه‌هایی که «غیرقابل قبول» یا «سؤال برانگیز» بودند، حذف شدند؛ بنابراین نسخه نهایی پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی متخصصان با حذف ۹ گویه، با ۲۹ گویه، پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه درمانگر/ بالینگر با حذف ۴ گویه، با ۱۸ گویه، پرسش‌نامه امکان‌سنجی والدین با حذف ۲ گویه، با ۱۵ گویه و پرسش‌نامه امکان‌سنجی کودکان بدون حذف هیچ گویه‌ای، با همان ۱۲ گویه باقی ماند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی محتوای پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، بالینگران، شرکت‌کنندگان (بیماران) و در موارد کودک و نوجوان، والدین آن‌ها در طراحی شد. یافته‌های به دست آمده از دیدگاه متخصصان، اعتبار محتوای نسخه‌های چهارگانه پرسش‌نامه امکان‌سنجی را که بر اساس مؤلفه‌های امکان‌سنجی مدنظر بوون و همکاران [۱] تدوین شده بودند، ضمن اعمال حذف شماری از گویه‌ها، تأیید نمودند.

نکته مهمی که لازم است خوانندگان در نظر داشته باشند، این است که در تدوین نسخه‌های مختلف پرسش‌نامه امکان‌سنجی، بخشی از مؤلفه‌های هشت‌گانه امکان‌سنجی مدنظر قرار گرفت که از نظر مفهومی، متناسب با مخاطبان خود قابلیت واریسی داشت. به همین جهت، شمار مقوله‌ها یا مؤلفه‌ها و گویه‌ها در نسخه‌های مختلف پرسش‌نامه با یکدیگر متفاوت است؛ بنابراین، هر هفت مؤلفه بوون و همکاران [۱] تنها در نسخه متخصصان مشاهده می‌شود. شایان ذکر است مؤلفه هشتم، آزمون با کارآمدی محدود در چارچوب پرسش‌نامه گام اول ارائه نشد و بنا به تعریف ویژه‌ای که از کارآمدی مطرح است، نمی‌توان به صرف اجرای پرسش‌نامه آن را ارزیابی نمود و سنجش آن به روش‌شناسی و طرحی ویژه خود مؤکول گردید.

در پرسش‌نامه کلی امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، گویه‌هایی شاخص قابل قبولی در اعتبار محتوا کسب نکردند و در نتیجه حذف شدند. تیم گویه‌ها با موارد زیر ارتباط داشتند: میزان رضایت‌بخش بودن برنامه درمانی (در پذیرش با ۵ گویه)، میزان تأثیر منفی برنامه درمانی در ساختار فرهنگی ایران (در تقاضا با ۵ گویه)، میزان موفقیت‌آمیز بودن برنامه درمانی (در اجرا با ۶ گویه)، قابلیت اجرای با

کیفیت بر اساس منابع موجود، تأثیر منفی بر بیماران، مقرون به صرفگی اقتصادی برای بیماران و میزان مؤلفه‌های غیرضروری در برنامه درمانی (در کاربرد با ۱۳ گویه) و میزان تأثیر منفی روی برنامه‌های سلامت روان کشور (در یکپارچه‌سازی با ۲ گویه). در پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه متخصصان/ بالینگران، گویه‌هایی حذف شدند که به میزان رضایت‌بخش بودن برنامه درمانی (در پذیرش با ۵ گویه)، میزان موفقیت‌آمیز بودن برنامه درمانی (در اجرا با ۵ گویه)، و میزان تأثیر منفی بر بیماران (در کاربرد با ۷ گویه) اشاره داشتند. در نهایت، در پرسش‌نامه کلی امکان‌سنجی از دیدگاه والدین، گویه‌های حذف‌شده به جذابیت برنامه درمانی برای والدین (در پذیرش با ۷ گویه) و میزان تأثیر منفی برنامه درمانی بر بیماران (در کاربرد با ۴ گویه) مربوط بودند.

به لحاظ مفهومی، می‌توان گویه‌های حذف‌شده را از دو منظر نگرست: نخست، گویه‌هایی که به ابعاد مثبت برنامه درمانی مانند میزان رضایت‌بخش، جذاب و موفق بودن برنامه درمانی، قابلیت اجرا و مقرون به صرفگی آن مربوط بودند؛ دوم، گویه‌هایی که جنبه‌های منفی یا سلبی برنامه درمانی را، مانند میزان تأثیر منفی برنامه درمانی در ساختار فرهنگی ایران (در تقاضا)، میزان تأثیر منفی بر بیماران و میزان مؤلفه‌های غیرضروری در برنامه درمانی (در کاربرد)، و در نهایت، میزان تأثیر منفی روی برنامه‌های سلامت روان کشور (در یکپارچه‌سازی) ارزیابی می‌کردند.

علاوه بر جهت‌گیری یادشده در گویه‌های حذف‌شده، ممکن است در مواردی فهم دشوار محتوای آن‌ها، داوری نسبت به قدرت ارزیابی آن‌ها را در نظر متخصصان با تردید مواجه کرده باشد. قرابت معنایی برخی گویه‌های حذف‌شده با گویه‌های دیگر نیز ممکن است از جنبه دیگری موجب حذف آن‌ها را شده باشد. افزون بر این، ممکن است متخصصان از این جهت به حذف یک گویه رأی داده باشند که اطلاعات مهمی را نمی‌سنجد و حذف آن خللی در جامعیت داده‌های پژوهش ایجاد نمی‌کند.

با توجه به این که این یافته‌ها بر اساس دیدگاه متخصصان (کارشناسان) صورت گرفته است، ارائه تبیین‌های احتمالی در دو مسیر قابل بررسی است: نخست، مناسبت کلی محتوای گویه برای سنجش امکان‌پذیری در

ملاحظه نگردید که به‌صورت منسجم در تلاش باشد به ابعاد امکان‌سنجی، تا حد ممکن، توجه جامعی داشته باشد و به نوعی عرصه را برای سنجش جامع آن ابعاد فراهم نماید.

در مطالعه‌ی کراولی و همکاران [۳]، اجرای ابزارهایی در سنجش امکان‌پذیری در میان متخصصان، درمانگر و بیماران (کودک و والد) گزارش شد که هر کدام به‌صورت محدود، جنبه‌ای چون رضایت را از نگاه بیمار درجه‌بندی می‌کردند. این سنجش برای متخصصان در قالب درجه‌بندی یک فرم راهنمای نشست تخصصی فراهم شده بود و برای درمانگر، فرم‌هایی برای ثبت بازخورد از اجرای یک جلسه‌ی درمانی را در بر داشت. پرسش‌نامه و فرم‌های درجه‌بندی یادشده، صراحتاً ابعاد و مؤلفه‌های مشخص و متمایزی را که در ادبیات، ارائه شده‌اند [۱، ۲، ۶]، شامل نمی‌شدند.

فیلد و همکاران [۱۱] در سنجش امکان‌پذیری پروتکل مدنظر خود از متخصصان، سیاهه‌ای تدوین کردند که به نوعی، درجه‌بندی عملکرد درمانگر ارائه‌دهنده‌ی پروتکل را از نظر توجه به مؤلفه‌های مهم آن پروتکل درمانی را از سوی متخصصان میسر می‌نمود. هولمان و همکاران [۵] نیز با به‌کارگیری ابزارهایی مشابه با مطالعه‌ی کراولی و همکاران، در صدد سنجش امکان‌پذیری برنامه‌ی درمانی خود از نگاه درمانگر و بیماران برآمدند. از این رو، با وجود پیشنهاد طبقه‌بندی‌های مختلف از مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌سنجی [۱، ۲، ۶]، چه در سطح طراحی و تدوین، و چه در سطح کاربرد، ابزاری یافت نشد که سنجش جامع امکان‌پذیری را با در نظر گرفتن مؤلفه‌های آن هدف قرار دهد.

در مواردی نیز که تلاش در جهت تدوین و ارائه‌ی ابزاری معطوف به سنجش جامع‌تر مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌پذیری ملاحظه گردید [۱۲]، تفکیک مخاطبان پرسش‌نامه برای دریافت دیدگاه، از زوایای مختلف، مشاهده نشد؛ از جمله زاویه‌ی دیدِ تخصصی که خارج از فضای اجرای برنامه‌ی درمانی، آن را بررسی می‌کند، درمانگری که در ارتباط مستقیم با چالش‌های اجرای برنامه‌ی قرار دارد، شرکت‌کنندگان و بیمارانی که مستقیماً ساختار و محتوای این برنامه‌ی درمانی را تحت هدایت درمانگر دریافت می‌کنند.

در نگاهی سطحی، شاید بتوان ابزارهای این‌چنین را برای سنجش دیدگاه هر یک از گروه‌های متخصصان، درمانگران و بیماران به‌کار گرفت. شلانی و همکاران [۱۲]، در طراحی یک مقیاس امکان‌سنجی، به کمک ابزار

مؤلفه‌ی خاص خود؛ و دوم، توجه به این مناسبت در بستری که مخاطب پرسش‌نامه (متخصص، درمانگر، بیمار یا والد) نیز درنظر گرفته می‌شود.

از منظر نخست، ممکن است متخصصان پرسش از میزان رضایت‌بخش، جذاب، موفق، قابل‌اجرا و مقرون‌به‌صرفه بودن برنامه‌ی درمانی را از این جهت ضروری یا روشنی ندانسته باشند که اعتبار و حتی پایایی مشکوکی داشته باشند و در به‌کارگیری آینده‌ی این پرسش‌نامه‌ها برای دستیابی به پاسخ از نگاهی غیرکارشناسانه (بیمار و والد) تغییرپذیری زیادی داشته باشد. این تغییرپذیری در پاسخ‌دهی، ممکن است تاحدی متأثر از گستردگی مفهومی محتوای گویه‌ها، تأثیرپذیری پاسخ‌دهی آن‌ها از عوامل مختلف درونی و بیرونی، مثل انتظار از درمان و پیامدهای آن، تعریف‌های متفاوتی که افراد از رضایت‌بخش یا مقرون‌به‌صرفه بودن یک برنامه‌ی درمانی دارند، یا عوامل موقعیتی چون خستگی و بی‌دقتی قرار می‌گیرد. در غیرضروری بودن یا ابهام گویه‌هایی که به جنبه‌های منفی برنامه‌ی درمانی مانند میزان مؤلفه‌های غیرضروری در این برنامه و تأثیر منفی آن بر بیمار، ساختار فرهنگی کشور و برنامه‌های سلامت روان اشاره داشتند و حذف شدند، ممکن است نظر نامساعد متخصصان، به‌دلیل سوگیری ضمنی ایجادشده از محتوای گویه در ذهن مخاطب جلب این گویه‌ها شده باشد. لازم است در نظر داشت طرح پرسش از مؤلفه‌هایی غیرضروری یا تأثیرات منفی یک برنامه‌ی درمانی برای مخاطبان غیرکارشناس (بیمار و والد) پرسش‌نامه‌ی امکان‌سنجی، با چه تلویحاتی در ذهن مخاطب همراه است، یا ممکن است چه تجاربی از برنامه‌ی درمانی را به ماهیت آن برنامه نسبت دهد در حالی که این تجارب، به آسیب‌شناسی بیمار، کیفیت مدیریت فرایند درمان از سوی درمانگر یا هر عامل دیگری مربوط بوده است، به‌جز ساختار و محتوای برنامه‌ی درمانی. توجه به چنین احتمالات و پیامدهایی، ممکن است نظر متخصصان را نسبت به ضرورت حفظ یک گویه در پرسش‌نامه تحت تأثیر قرار داده باشد.

گرچه در مرور ادبیات پژوهشی مرتبط با سنجش امکان‌پذیری پروتکل‌های روان‌درمانی، ابزارهایی ملاحظه گردید که در این زمینه کاربرد دارند و افزون بر این، در نظر دارند دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران را از زوایای مختلف مورد سنجش قرار دهند [۳، ۵، ۱۱]، اما ابزاری

متخصصان، از دیگر وجوه متمایز این مجموعه پرسش‌نامه‌ها با تنها ابزار موجود در ایران، یعنی مقیاس امکان‌سنجی ارائه‌شده در مطالعه شلانی و همکاران [۱۲] به‌شمار می‌رود. علاوه بر وجوه متمایز مجموعه پرسش‌نامه‌های ارائه‌شده در پژوهش حاضر نسبت به ابزار مشابه موجود در ایران و مطالعات غیرایرانی، اغلب در قالب تمرکز سنجش امکان‌پذیری از دیدگاه متخصصان و درمانگر، البته با به‌کارگیری ابزارها و فرم‌های درجه‌بندی محدود متمرکز بوده‌اند. با این حال، پیکره اصلی مطالعات، سنجش امکان‌پذیری از دیدگاه بیماران را گزارش نموده است. بخش محدودی نیز که به این مهم اشاره داشته به سنجش تنها جنبه‌ای از یک مؤلفه امکان‌سنجی (رضایت در مؤلفه پذیرش) پرداخته است [۳، ۵].

پژوهش حاضر گرچه تلاش نمود برای نخستین بار مجموعه منسجی از پرسش‌نامه‌های سنجش امکان‌پذیری مداخلات درمانی را، ضمن عنایت به جامعیت محتوایی هرچه بیشتر و با تمرکز بر دیدگاه مخاطبان مختلفی چون متخصصان، بالینگران، بیماران و در موارد کودک و نوجوان، والدین آن‌ها ارائه نماید، اما مشابه با پژوهش‌های دیگر، دستخوش محدودیت‌هایی نیز بوده است.

اعتبار محتوایی این مجموعه پرسش‌نامه‌ها، صرفاً از نظر متخصصان بررسی شده است. بررسی‌های بیشتر بر روی نمونه‌های مخاطبان هدف که قاعداً در متن کارآزمایی‌های بالینی اجرا می‌شوند، می‌تواند در راستای دستیابی به اطلاعات بیشتری در فرایند اجرای مقدماتی این پرسش‌نامه‌ها برای مخاطبانی چون بالینگران و بیماران راهگشا باشد.

به‌علاوه، مجموعه پرسش‌نامه‌های تدوین و ارائه شده پژوهش حاضر، علی‌رغم تلاش برای جامعیت در سنجش، در صورت دستیابی به نتایجی که امکان‌پذیری برنامه درمانی مدنظر را مورد تردید قرار دهد، چارچوب منسجمی برای طرح پیشنهادها به‌بود ابعاد مختلف برنامه درمانی فراهم نکرده است. چنین تلاشی می‌تواند از تعریف بخش‌هایی در پرسش‌نامه برای ثبت پیشنهادهای تکمیلی، تا تنظیم مقیاس‌واره‌ای که از قبل تعریف شده است و نیز برخی پیشنهادها که در ابعاد مختلف امکان‌پذیری برنامه مدنظر است، در راستای تأمین این هدف تلقی شود.

پیشنهادی خود، سنجش را هم از دیدگاه متخصصان و هم از دیدگاه درمانگر یا بالینگر مجاز شمرده‌اند. در این مطالعه، مقیاس امکان‌سنجی با ۵۰ گویه تدوین و ارائه شد که ضمن مرور ادبیات پژوهشی موجود و تلفیق مؤلفه‌هایی که پژوهشگران در دسته‌بندی‌های مختلف خود اشاره داشته‌اند، شش مؤلفه امکان‌سنجی را در بر می‌گیرد: مقبولیت و تناسب^۱، کاربردپذیری و تقاضا^۲، یکپارچگی^۳، سازگاری^۴، منابع و قابلیت اجرا^۵، و تعمیم‌پذیری^۶.

در مقاله یادشده [۱۲]، تبیین مشخصی درباره انتخاب مؤلفه‌های یادشده برای سنجش امکان‌پذیری ارائه نشد و در نظر گرفتن این مؤلفه‌ها به برآیند مؤلفه‌های اشاره‌شده در مطالعات مختلف نسبت داده شده است. به‌علاوه، با وجود اشاره به این شش مؤلفه، نه در متن مقاله و نه در ساختار پرسش‌نامه پیوست‌شده، اشاره صریح و مستقیمی به گویه‌های مربوط به هر مؤلفه نشده است.

از این رو، صرف‌نظر از این که پرسش‌نامه‌های ارائه شده در پژوهش حاضر در تقدم زمانی نسبت به مطالعه شلانی و همکاران [۱۲] تدوین شدند و فرایند اجرایی آن پیش از مطالعه یادشده به سرانجام رسید، در پژوهش حاضر تلاش شد با توجه به تعریفی که از هر مؤلفه امکان‌سنجی ارائه شده است، این مؤلفه‌ها تا حد امکان به‌صورت تفکیک شده و تصریح شده، در قالب گویه‌هایی متمایز، سنجش امکان‌پذیری را فراهم سازند. چرا که در مرور ادبیات امکان‌سنجی و بررسی مؤلفه‌های مختلف ارائه، نویسندگان پژوهش حاضر، هم‌پوشانی مفهومی این مؤلفه‌ها را مشاهده کردند؛ امری که در تلفیق تفکیک آن‌ها، سهولت و سادگی طرح گویه‌های پیشنهادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افزون بر این، ارائه نسخه‌های متفاوت متناسب با مخاطبانی که هر نسخه را تکمیل می‌کنند، و در نظر گرفتن تفاوت‌های محتوایی از طریق ارائه شمار محدودتری از مؤلفه‌ها در نسخه‌های بیماران و والدین و حتی نسخه جلسه به جلسه درمانگر/ بالینگر نسبت به نسخه کلی امکان‌سنجی از دیدگاه

1. Acceptability and Suitability
2. Adaptation and Demand
3. Integrity
4. Adaptability
5. Resources and Implementation
6. Generalizability

منابع

- 7- Zarghami, Firouzeh. Efficacy and feasibility of the Unified Protocol of emotional disorders (UP) in 8-11 years old Iranian children with anxiety disorders and comorbid depressive symptoms [Ph.D Thesis]. Shahed University, 2019.
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/785a9aef9c91e31e9afbb9d38956d14d> [In Persian]
- 8- Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Barlow DH. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. Zarghami F, Translator. Tehran: Arjmand; 2019.
<https://www.arjmandpub.com/book/1621/> [In Persian]
- 9- Hajizadeh E, Asghari M. Statistical Methods and Analyses in Health and Biosciences: A Research Methodological Approach. Tehran: Jahade Daneshgahi Publications; 2018.
<http://iranketab.ir/auth/refresh?r=/book/165890-statistical-methods-and-analyses-in-biological-and-health-sciences>
- 10- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 1975; 28: 563–575.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- 11- Field TA, Miller R, Beeson ET, Jones LK. Treatment fidelity in neuroscience-informed cognitive-behavior therapy: a feasibility study. *Journal of Mental Health Counseling*. 2019; 41(4): 359-76.
<https://doi.org/10.17744/mehc.41.4.06>
- 12- Shalani B, AzadFallah P, Farahani H. Developing a Scale for Assessing Feasibility of Psychoeducational and Psychotherapy Protocols: A Guide for Researchers. *Applied Psychology*. 2023; 68 (40): 17-37.
<https://doi.org/10.48308/apsy.2021.224241.1190> [In Persian]
- 1- Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*. 2009; 36(5): 452-457.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- 2- Gadke DL, Kratochwill TR, & Gettinger M. Incorporating feasibility protocols in intervention research. *Journal of School Psychology*. 2021; 84: 1-18.
<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.11.004>
- 3- Crawley SA, Kendall PC, Benjamin, CL, Brodman DM, Wei C, Beidas RS, et al. Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Feasibility and initial outcomes. *Cognitive and behavioral practice*, 2013; 20(2): 123-133.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.07.003>
- 4- Ong JC, Dawson SC, Mundt JM, Moore C. Developing a cognitive behavioral therapy for hypersomnia using telehealth: a feasibility study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2020; 16(12): 2047-2062.
<https://doi.org/10.5664/jcsm.8750>
- 5- Hollmann K, Allgaier K, Hohnacker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*. 2021; 128(9): 1445-1459. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.989550>
- 6- Tickle-Degnen L. Nuts and bolts of conducting feasibility studies. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2013; 67(2): 171-176.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006270>

پیوست ۱. پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی برای متخصصان

مؤلفه امکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	گزینه‌های پاسخ					
			۱	۲	۳	۴	۵	۶
پذیرش	۱	تأثیر بر رفع نیازهای بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲	تأثیر بر رفع نیازهای والدین بیماران ایرانی*	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۳	تمایل متخصص به استفاده روی بیماران دچار اختلال «.....»	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۴	جذابیت برای بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
تقاضا	۵	هماهنگی با فرهنگ غالب ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۶	تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۷	امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۸	وجود مطالبه برای اجرا در ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
اجرا	۹	قابلیت اجرایی برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۰	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۱	کفایت مدت‌زمان تعریف شده برای هر جلسه برای اجرای اهداف	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۲	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران / راهنمای درمانی تهیه شده برای اجرا	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۳	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه شده برای اجرا	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
کاربرد	۱۴	مقرون‌به‌صرفه‌بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۵	مقرون‌به‌صرفه‌بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۶	تأثیرات مثبت برنامه بر بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۷	توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۸	مقرون‌به‌صرفه‌بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۹	ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۰	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته نشده	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۱	امکان محتوای جلسات در ایجاد انعطاف در برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۲	انسجام محتوای جلسات	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۳	انطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
انطباق	۲۴	امکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۵	احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد

* این گویه، در صورتی قابل استفاده خواهد بود که پروتکل درمانی مدنظر، مربوط به درمان کودکان و نوجوانان است.
در غیر این صورت، از پرسش‌نامه ارسالی برای متخصصان حذف شود.

ادامه پیوست ۱. پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی برای متخصصان

ردیف	گویه‌ها	گزینه‌های پاسخ						مؤلفه امکان‌سنجی
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۲۶	نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	گسترش
۲۷	تناسب برنامه با اهداف سازمانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۲۸	میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۲۹	امکان گسترش برنامه در کشور	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	

پیوست ۲. پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه درمانگر / بالینگر

ردیف	گویه‌ها	گزینه‌های پاسخ						مؤلفه امکان‌سنجی
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	پذیرش
۲	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز والدین بیمار*	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۳	تمایل به استفاده از محتوای جلسه برای بیماران با مشکلات مشابه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۴	جذابیت جلسه برای بیماران مشکلات مشابه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۵	هماهنگی با ساختار فرهنگی غالب ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	تقاضا
۶	قابلیت اجرایی جلسه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	اجرا
۷	کفایت مدت زمان تعریف شده برای جلسه در اجرای اهداف	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۸	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران / راهنمای درمانی تهیه شده برای اجرا	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۹	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه شده برای اجرا	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۱۰	تأثیرات مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	کاربرد
۱۱	تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۱۲	ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۱۳	نعطاف محتوای جلسه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۱۴	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته نشده	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۱۵	انسجام محتوای جلسه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۱۶	نطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	انطباق
۱۷	قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۱۸	امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران با سطح فرهنگی / اجتماعی / اقتصادی متفاوت	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	

* این گویه، در صورتی قابل استفاده خواهد بود که پروتکل درمانی مدنظر مربوط به درمان کودکان و نوجوانان است.
در غیر این صورت، از پرسش‌نامه حذف شود.

پیوست ۳. پرسش‌نامه امکان‌سنجی بیماران

مؤلفه امکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	گزینه‌های پاسخ					
			۱	۲	۳	۴	۵	۶
پذیرش	۱	میزان رضایت کلی از برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲	کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۳	میزان تمایل برای معرفی برنامه به دوستی با مشکلات مشابه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۴	تمایل به استفاده مجدد از برنامه یا برنامه‌ای مشابه در صورت نیاز	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۵	جذابیت برنامه برای بیماران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
اجرا	۶	کفایت تعداد جلسات برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۷	کفایت مدت‌زمان در هر جلسه، برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۸	قابل‌فهم و آسان بودن محتوای تمرین‌های جلسات (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران)	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۹	میزان تأثیر مثبت برنامه بر بیمار	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
کاربرد	۱۰	میزان تأثیر منفی برنامه بر بیمار	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۱	میزان تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۲	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته شده در هر جلسه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد

پیوست ۴. پرسش‌نامه امکان‌سنجی والدین

مؤلفه امکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	گزینه‌های پاسخ					
			۱	۲	۳	۴	۵	۶
پذیرش	۱	میزان رضایت‌بخش بودن برنامه برای والد	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای کودک/نوجوان‌تان	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۳	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای والد	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۴	تمایل والد برای پیشنهاد شرکت در این برنامه به فرزند یک دوست	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۵	تمایل والد برای استفاده مجدد از این برنامه یا برنامه‌های مشابه در صورت نیاز	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۶	میزان جذابیت این برنامه درمانی برای کودک/نوجوانان از نظر والد	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد

ادامه پیوست ۴. پرسش‌نامه امکان‌سنجی والدین

مؤلفه امکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	گزینه‌های پاسخ					
			۱	۲	۳	۴	۵	۶
تقاضا	۷	میزان هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی خانواده بیمار	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
اجرا	۸	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۹	کفایت مدت‌زمان هر جلسه برای اجرای اهداف جلسات برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۰	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای بیمار (کودک/ نوجوان) در اجرای برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۱	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای والدین در اجرای برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
کاربرد	۱۲	میزان تأثیر مثبت برنامه روی بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۳	مطابقت فعالیت‌های مداخله‌ای برنامه با توانایی‌های بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۴	ارتباط تکالیف طراحی‌شده برای هر جلسه با آموزش‌های آن جلسه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۵	قابلیت اجرای برنامه برای خانواده‌هایی با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی مختلف	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد

پیوست ۵. راهنمای نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌های چهارگانه امکان‌سنجی

نسخه	خرده‌مقیاس	نسخه مناسب برای پروتکل‌های کودک و نوجوان (همراه با گویه مربوط به رفع نیاز والد)		نسخه مناسب برای پروتکل‌های بزرگسالان
		گویه‌ها	گویه‌ها	گویه‌ها
پرسش‌نامه امکان‌سنجی از منظر متخصصان	پذیرش	۴-۳-۲-۱	۳-۲-۱	۳-۲-۱
	تقاضا	۸-۷-۶-۵	۷-۶-۵-۴	۷-۶-۵-۴
	اجرا	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹	۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸	۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸
	کاربرد	۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴	۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳	۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳
	انطباق	۲۴-۲۳	۲۳-۲۲	۲۳-۲۲
	یکپارچه‌سازی	۲۵	۲۴	۲۴
	گسترش	۲۹-۲۸-۲۷-۲۶	۲۸-۲۷-۲۶-۲۵	۲۸-۲۷-۲۶-۲۵
پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه درمانگر/ بالینگر	پذیرش	۴-۳-۲-۱	۳-۲-۱	۳-۲-۱
	تقاضا	۵	۴	۴
	اجرا	۹-۸-۷-۶	۸-۷-۶-۵	۸-۷-۶-۵
	کاربرد	۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰	۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹	۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹
	انطباق	۱۸-۱۷-۱۶	۱۷-۱۶-۱۵	۱۷-۱۶-۱۵

ادامه پیوست ۵. راهنمای نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌های چهارگانه امکان‌سنجی

نسخه	خرده‌مقیاس	نسخه مناسب برای پروتکل‌های کودک و نوجوان (همراه با گویه مربوط به رفع نیاز والد)	نسخه مناسب برای پروتکل‌های بزرگسالان
پرسش‌نامه امکان‌سنجی از منظر بیماران	پذیرش	۵-۴-۳-۲-۱	گویه‌ها ۵-۴-۳-۲-۱
	اجرا	۸-۷-۶	۸-۷-۶
	کاربرد	۱۲-۱۱-۱۰-۹	۱۲-۱۱-۱۰-۹
پرسش‌نامه امکان‌سنجی از منظر والدین	پذیرش	۶-۵-۴-۳-۲-۱	_____
	تقاضا	۷	_____
	اجرا	۱۱-۱۰-۹-۸	_____
	کاربرد	۱۴-۱۳-۱۲	_____
	انطباق	۱۵	_____

امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی: دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

نویسندگان

فاطمه اخوان‌عبیری^۱، محمدرضا شعیری^{۲*}، حجت‌اله فراهانی^۳، ارسیا تقوا^۴

۱. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. akhavan885@gmail.com

۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

h.farahani@modares.ac.ir

۴. استاد روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.

ataghva@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی هستند که پروتکل‌هایی متناسب با دیدگاه‌های نظری و معطوف به این اختلالات تدوین شده و کاربرد یافته‌اند. از آن‌جا که گام نخست در به کارگیری مداخلات جدید در یک‌بوم، بر پایه قضاوت درباره امکان‌پذیری آن‌ها صورت می‌گیرد، هدف مطالعه حاضر امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی بوده است.

روش: مطالعه کنونی در گام نخست، پرو طرح دلفی انجام شد و گام دوم آن در قالب طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس - آزمون، مرحله پیگیری و فهرست انتظار اجرا گردید. در این مسیر، ۹ متخصص پیش از آغاز اجرای گروه درمانی، با مطالعه خلاصه مبسوط پروتکل، پرسشنامه امکان‌سنجی را تکمیل نمودند. به علاوه، درمانگر مجری پروتکل در پایان هر جلسه، آن را از نظر معیارهای امکان‌پذیری ارزیابی کرد، هم‌چنین، ۸ بیمار عضو گروه درمانی نیز در انتهای درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌پذیری این پروتکل ارائه نمودند.

نتایج: در بررسی مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، درمانگر پروتکل و بیماران شرکت‌کننده در فرایند درمان، به‌طور کلی، امکان‌پذیری پروتکل در سطح (متوسط تا بالا) گزارش شد. با در نظر گرفتن شاخص اعتبار محتوا (CVI) برای ابعاد و مؤلفه‌های امکان‌پذیری، تمامی مؤلفه‌ها از نظر متخصصان، درمانگر و بیماران «مرتبط» به‌دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی، از نظر متخصصان جامعه ایران، درمانگر ارائه‌دهنده این پروتکل و بیماران دریافت‌کننده دوره درمانی، امکان‌پذیر به نظر می‌رسد. این یافته، زمینه را برای واری‌های بیشتر در راستای تعیین کارآمدی و اثربخشی این برنامه درمانی در چارچوب کارآزمایی‌های گسترده فراهم می‌کند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۱۱/۱۱



کلیدواژه‌ها

اختلالات اضطرابی، امکان‌سنجی، امکان‌پذیری، نورتون، گروه درمانی شناختی - رفتاری.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

shairigm@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است.

مقدمه

اضطراب، یکی از کلیدی‌ترین هیجان‌های منفی [۱] است که با احساساتی چون عصبی بودن، نگرانی و دل‌مشغولی نسبت به خطری احتمالی، مشخص می‌شود [۲]. اختلالات اضطرابی، با تابلوی ترس و اضطراب مفرط و آشفتگی‌های رفتاری مرتبط تعریف می‌شوند [۳]. این تابلو، چنان شدت دارد که به پریشانی معنادار یا آسیب معنادار در حیطه‌های کارکرد شخصی، خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی یا حیطه‌های مهم دیگر می‌انجامد [۴]. اختلالات اضطرابی، با نرخ شیوع ۱ در ۵/۵ نفر در جمعیت عمومی، شایع‌ترین دسته اختلالات روانی به‌دست آمده است [۵ و ۶] شروع زودرس و سیر مادام‌العمر، عدم بهبود خودبه‌خودی این اختلالات را نشان می‌دهد [۶].

در راستای درمان اختلالات اضطرابی، برنامه‌های درمانی متنوعی تدوین شدند که بسته به بنیان‌های سبب‌شناختی مورد تأیید خود و از دریچه‌ای که به اضطراب و نشانه‌شناسی‌های آن می‌پرداخته‌اند، اضطراب و برچسب‌های تشخیصی اختلالات اضطرابی را هدف قرار داده‌اند. در میان این رویکردهای درمانی مختلف، رفتاردرمانی شناختی (CBT)^۱ از رویکردهای روان‌درمانی برخوردار از پشتوانه تجربی^۲ [۷ و ۸] است. این رویکرد، در ابتدا با شناسایی تعداد فزاینده‌ای از تشخیص‌های متمایزتر روانی در ویراست‌های مختلف راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM)^۳، رویکرد تشخیص-محور^۴ در بسته‌های درمانی استقرار یافت [۹]. با این حال، به دلیل همبودی بالا میان اختلالات روانی [۵] و هم‌پوشانی قابل ملاحظه بین اختلالات روانی در نشانه‌ها و معیارها با یکدیگر، فرایندهای فراتشخیصی مشترک، به جای فرایندهای منحصر به فردی که سبب آغاز و تداوم اختلالات واحد شناخته شده بودند، مورد توجه قرار گرفتند [۱۰ و ۱۱] که به تحول مدل‌های درمانی نوینی انجامید که تحت عنوان «درمان‌های فراتشخیصی» رفته رفته گرد هم آمدند؛ درمان‌هایی که در معنای گسترده خود، به‌طور همزمان، چند اختلال همبود را هدف قرار می‌دهند [۱۲].

مرور پژوهش‌های معطوف به رویکرد فراتشخیصی در رفتاردرمانی شناختی، پروتکل یکپارچه [۱۳] و درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی [۱۴] را به‌عنوان برجسته‌ترین^۵ پروتکل‌های فراتشخیصی معرفی نموده است [۱۵]. درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی، در قالب یک پروتکل ۱۲ جلسه‌ای معطوف به دسته اختلالات اضطرابی مطرح شد که در جلسات دو ساعته و همراه با ۶-۸ بیمار در گروه، به کمک یک یا دو درمانگر برگزار می‌شود [۱۵]. پژوهش‌های متعددی اثربخشی پروتکل فراتشخیصی نورتون را روی نمونه‌های اضطرابی که از نظر تشخیصی، نامتجانس هستند و گروه‌هایی با تشخیص‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۶، اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)^۷، اختلال وحشت‌زدگی، گذرهراسی^۸ و هراس خاص^۹ تأیید نموده‌اند [۱۶ - ۲۶].

ادبیات پژوهشی، ویژگی‌های متمایزی درباره پروتکل فراتشخیصی گروهی برای اختلالات اضطرابی نورتون [۱۴] مطرح نموده است. پروتکل نورتون، تنها روی یک دسته از اختلالات روانی، اختلالات اضطرابی متمرکز است و بهبود آن‌ها را در اجرای پروتکل خویش دنبال می‌کند [۹]. رفتاردرمانی شناختی فراتشخیصی گروهی نورتون، بدو^{۱۰} در چارچوب گروهی طراحی شده [۱۴]؛ گرچه به چارچوب فردی نیز تعمیم یافته‌است [۲۷]. پروتکل نورتون، متمرکز بر یک فرایند یکپارچه در آسیب‌شناسی است که علاوه بر این که بر عاطفه منفی صحنه می‌گذارد، ترس مفرط^{۱۱} را در این فرایند یکپارچه مورد توجه قرار می‌دهد و رویکردی یکپارچه به شیوه اجرای درمان دارد [۱۵]. این پروتکل، علاوه بر عاطفه منفی که مکانیسم زیربنایی مشترک در آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی از نگاه بارلو است [۱۳]، در مدل آسیب‌شناختی خود نسبت به اختلالات اضطرابی، علاوه بر عاطفه منفی، به ترس بیش از حد^{۱۱} [۱۴]، اضطراب صفت^{۱۲}،

5 . Most Prominent

6 . Generalized Anxiety Disorder (GAD)

7 . Social Anxiety Disorder (SAD)

8 . Agoraphobia

9 . Specific Phobia

10 . Excessive Fear

11 . Excessive Fear

12 . Trait Anxiety

1 . Cognitive Behavior Therapy (CBT)

2 . Empirically Supported

3 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

4 . Diagnosis-Specific

جدول شماره ۱. خلاصه ساختار جلسات پروتکل فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی [۱۴]

محتوای جلسه	اهداف	جلسه	
		عنوان	نوبت
معارفه (درمانگر و اعضا به هم)، مرور قواعد گروه	آغاز درمان	معارفه و آموزش	۱
چرا برخی افراد مسائل مربوط به اضطراب را تجربه می‌کنند؟، مؤلفه‌های سه‌گانه اضطراب، ماریپیج رو به پائین اضطراب	آموزش روانی		
آموزش و خودپایی، بازسازی شناختی اختصاصی، مواجهه تدریجی، بازسازی شناختی فراگیر، تکلیف منزل	مرور عناصر ساختاری درمان		
مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی	مرور جلسه قبل و تکالیف	کار بیشتر روی اضطراب و اهمیت افکار	۲
بنیان انطباقی مؤلفه‌های اضطراب، اهمیت افکار	آموزش روانی		
ارائه منطق راهبرد، آموزش افکار خودآیند	بازسازی شناختی		
مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها	مرور جلسه قبل و تکالیف	چالش با افکار اضطرابی	۳
آموزش خطاهای شناختی (بیش‌برآورد احتمال پیامد منفی، فاجعه‌سازی، درگیر فکرها، غیرسودمند شدن)، چالش با افکار خودآیند از طریق پرسش‌های جدلی ^۱ ، ارائه پاسخ‌های منطقی	بازسازی شناختی		
مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها	مرور جلسه قبل و تکالیف	مواجهه	۴-۹
تعیین اهداف رفتاری، استفاده از مقیاس ذهنی واحدهای پریشانی (SUD)	برنامه‌ریزی مواجهه‌ها		
اجرای مواجهه، خلاصه‌سازی ^۲ مواجهه پس از پایان مواجهه	اجرای مواجهه		
مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها	مرور جلسه قبل و تکالیف	بازگشت به افکار	۱۰
آموزش شناختی درباره سبک اضطرابی و افکار خودآیند، مرور و کشف مجدد خطاهای فکر کردن	بازسازی شناختی در زندگی روزمره		
جدل با سبک اضطرابی، بررسی شواهد خطاهای شناختی	آموزش شناختی درباره سبک اضطرابی و افکار خودآیند		
مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها	مرور جلسه قبل و تکالیف	تلطیف سبک‌های عاطفی منفی	۱۱
شناسایی موقعیت‌های برانگیزان گرایش‌های کلی اضطرابی و تجربه دیگر عواطف منفی	شناسایی و مشاهده مضامین بنیادین		
گفتگوی جدلی و بررسی شواهد	کسب مهارت‌های چالش شناختی برای افکار خودآیند آتی		
مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها	مرور جلسه قبل و تکالیف	پیشگیری از عود و نتیجه‌گیری از درمان	۱۲
برنامه‌ریزی فعالیت و پاداش	حفظ دستاوردها و تداوم پیشرفت		
مرور مهارت‌های آموخته‌شده، بهنجارسازی تجربه عود، ایجاد امید به غلبه بیمار بر عودها به کمک مهارت‌ها	مقابله با عوامل استرس‌زا، عودها و تجربه‌های بد		
بحث گسترده درباره عناصر درمان که بیشترین و کمترین سودمندی را برای بیماران داشتند؛ و درسی که هر یک از بیماران، در تجربه درمان آموختند.	نتیجه‌گیری از درمان		
—	زمان‌بندی ارزیابی‌های پس از درمان (اختیاری)		

1 . Disputing
2 . Debriefing

ارائه شده است. بوون و همکاران [۲۹] بر این باورند که مطالعات امکان‌سنجی، هشت حوزه کلی را تعیین می‌کنند؛ مقبولیت^۷، تقاضا^۸، پیاده‌سازی^۹، عملی بودن^{۱۰}، انطباق^{۱۱}، یکپارچه‌سازی^{۱۲}، بسط^{۱۳} و آزمون با کارآمدی محدود^{۱۴}. پرسش‌هایی که در ارتباط با مؤلفه‌های مختلف امکان‌سنجی، چه از نگاه بوون و چه در دسته‌بندی‌های متفاوت دیگر پژوهشگران، مطرح می‌کنند، دربردارنده محتوایی است که هدف پاسخ آن‌ها در مطالعات مرتبط، متخصصان (پنل متخصصان)، درمانگر ارائه‌دهنده درمان و بیماران دریافت‌کننده برنامه درمانی بوده‌اند [۲۹، ۳۱، ۳۲ و ۳۳].

با توجه به اهمیت امکان‌سنجی برنامه‌های درمانی برای اجرا در بافتار فرهنگی جدید، مطالعه حاضر در پی آن بر آمده است که در گام مقدماتی امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی، اعتبار این پروتکل درمانی را در نمونه‌های ایرانی با معیارهای امکان‌سنجی از نگاه متخصصان، درمانگر ارائه‌دهنده پروتکل و بیمارانی که این درمان را دریافت نموده‌اند، مورد مطالعه قرار دهد. از این رو، هدف این پژوهش، امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی است.

روش

مطالعه حاضر، در دو گام عمده طراحی و اجرا شده است. در گام نخست، امکان‌سنجی پروتکل از دیدگاه متخصصان صورت گرفت. پس از دریافت نظر متخصصان منبسی بر برخورداری پروتکل از ملاک‌های مناسب امکان‌سنجی، در گام دوم، درمانگر ارائه‌دهنده جلسات پروتکل، به صورت جلسه به جلسه در انتهای جلسات درمان، نظر خود را درباره امکان‌سنجی پروتکل ثبت نمود و در انتهای دوره درمانی نیز سنجش از نگاه بیمارانی که دوره درمانی را به اتمام رسانده بودند، انجام شد.

روان‌رنجورخویی^۱ [۱۷]، حساسیت اضطرابی^۲، نیاز بالا به کنترل^۳ و عدم تحمل ابهام^۴ [۱۵] توجه دارد. نورتون، مؤلفه بنیادینی که درمان خود را بر آن جهت بخشیده، اجتناب رفتاری می‌داند و بر همین اساس، بر مواجهه^۵، به شکل سنتی خود پایبند است و هدف تنظیم هیجان را در کنار مواجهه، با کمک بازسازی شناختی دنبال می‌کند [۱۵]. پروتکل فراتشخیصی نورتون، عمدتاً بر پایه دو مؤلفه درمانی سنتی در رفتار درمانی - شناختی، مواجهه و بازسازی شناختی استوار است و همین ساده‌تر بودن مدل درمانی، آموزش و اجرای درمان برای درمانگر را تسهیل می‌کند. این امر، خود با سهولت درمانگر در به اشتراک گذاشتن مفهوم-پردازی مورد به بیمار و درک بهتر و آسان‌تر برای بیمار نیز همراه است. سادگی مدل درمانی، امکان تعمیم کاربست درمان را برای افرادی که دچار نقصان‌های شناختی مشکلات توجه، نقصان‌های حافظه و یا هوشبهر پائین هستند، فراهم می‌نماید [۱۵] گروه تحقیقاتی نورتون، در توجه به عدم تجانس تشخیصی بیماران در گروه درمانی پروتکل فراتشخیصی خویش، مطرح نموده‌اند زمانی که امکان تشکیل گروه‌های متجانس تشخیصی وجود ندارد، اجرای پروتکل فراتشخیصی در گروه‌های نامتجانس اضطرابی، ارجحیت دارد [۲۸].

جدول شماره ۱، خلاصه ساختار جلسات پروتکل فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی را در ابعاد مختلف ساختاری، محتوایی، بهره‌وری بیماران و پژوهش‌ها نشان می‌دهد.

گام نخست، در به کارگیری مداخلات درمانی در یک بوم، بر پایه قضاوت درباره امکان‌سنجی^۶ آن‌ها صورت می‌گیرد [۲۹]. هدف مطالعات امکان‌سنجی معمولاً این است که درباره نحوه کار کردن یک مداخله، درک مناسبی را برای پژوهشگران فراهم کنند تا زمینه اجرای یک کارآزمایی بالینی، ممکن گردد [۳۰].

در مرور ادبیات پژوهشی مربوط به مفهوم امکان‌سنجی، دسته‌بندی‌های مختلفی از مؤلفه‌های زیربنایی این مفهوم

7. Acceptability
8. Demand
9. Implementation
10. Practicality
11. Adaptation
12. Integration
13. Expansion
14. Limited-Efficacy Testing

1. Neuroticism
2. Anxiety Sensitivity
- 3 Heightened Need for control
4. Intolerance of Uncertainty (IU)
5. Exposure
6. Feasibility

طرح

مطالعه کنونی در گام نخست، پیرو طرح دلفی^۱ بود. گام دوم این مطالعه در دل طرح شبه‌آزمایشی^۲ با پیش‌آزمون- پس‌آزمون، مرحله پیگیری و فهرست انتظار اجرا شد^۳ و در این مسیر، درمانگر در هر جلسه معیارهای امکان‌سنجی را تکمیل می‌کرد و بیمار نیز در انتهای درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌سنجی این پروتکل ارائه نمود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری، در گام نخست دربرگیرنده متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی بود که ضمن شناخت بنیان‌های نظری الگوهای درمان شناختی - رفتاری و فراتشخیصی، مطابق با این رویکرد درمانی در اختلالات روانی فعالیت بالینی داشتند. نمونه متخصصان در این مطالعه، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس به دست آمد. پس از پیگیری عدم دریافت پاسخ کامل از ۱۵ متخصصان دعوت‌شده و کنار گذاشتن پاسخ‌های ناقص، نهایتاً نظر ۹ متخصص نسبت به مشخصه‌های امکان‌سنجی پروتکل درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی [۱۴] مورد تحلیل قرار گرفت.

مطالعه دوم، علاوه بر درمانگر اجراکننده پروتکل، دربردارنده تمامی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال حمله وحشت‌زدگی، اختلال گذرهراسی و اختلال هراس اختصاصی شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۲ طی مراجعه به مراکز درمانی، هریک از تشخیص‌های یادشده را دریافت نمودند. انتخاب شرکت‌کنندگان، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند [۳۴] از بین تمامی بیمارانی صورت گرفت که در سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ به درمانگاه بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش جمهوری اسلامی، مجموعه مراکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی، مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز مشاوره دانشگاه شاهد و مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی شریف مراجعه داشتند.

تشخیص اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر، اضطراب

اجتماعی، حمله وحشت‌زدگی، گذرهراسی و هراس اختصاصی) را دریافت نمودند، واجد معیارهای ورود بودند و برای مشارکت در این پژوهش با رضایت آگاهانه، داوطلب شده بودند. پس از بررسی معیارهای ورود و خروج، اخذ مصاحبه توسط روان‌شناس و روان‌پزشک، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تعداد ۸ نفر (۴ نفر با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، ۳ نفر با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و ۱ نفر با همبود دو اختلال اضطراب اجتماعی و فراگیر) انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان، دوره درمانی فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی را در محل شعب یک (ولنجک) و دو (بلوار کشاورز) مجموعه مراکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی به‌صورت حضوری دریافت نمودند.

ابزارها

پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان / بالینگران

این پرسش‌نامه توسط ضرغامی [۳۶] برای بررسی هفت مؤلفه امکان‌سنجی [۲۹] تدوین شده است. این ابزار، در نسخه اولیه خود [۳۶] شامل ۲۹ گویه است. با توجه به این که یکی از گویه‌ها در موارد کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک / نوجوان)، برای در نظر گرفتن رفع نیاز والدین طراحی شده بود، در پژوهش حاضر نسخه ۲۸ گویه‌ای پرسش‌نامه به‌کار گرفته شد. این نسخه مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق، یکپارچه‌سازی و گسترش را مورد سنجش قرار می‌دهد.

گزینه‌های پاسخ در مقیاس شش نقطه‌ای از ۱ (اصلاً تا ۶ (خیلی‌زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۳۶] و نشان می‌دهند که هر معیار تا چه اندازه با برنامه درمانی مورد نظر مرتبط است.

پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای متخصصان / بالینگران

این پرسش‌نامه توسط ضرغامی [۳۶] برای بررسی پنج مؤلفه امکان‌سنجی تدوین شده است. این ابزار، در نسخه اولیه خود [۳۶]، ۱۸ گویه دارد. با توجه به این که یک گویه در موارد کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک / نوجوان)، برای در نظر گرفتن رفع نیاز والدین طراحی شده بود، در پژوهش حاضر نسخه ۱۷ گویه‌ای پرسش‌نامه به‌کار گرفته شد که مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا،

1. Delphi

2. Quasi-Experimental

۳. طرح کامل این کارآزمایی، در قالب مطالعه‌ای مستقل، در دست انتشار قرار دارد [۳۵].

الکترونیک، برای مطالعه دو نسخه خلاصه مبسوط و چکیده پروتکل فراتشخیصی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی، و اعلام نظر خود درباره این پروتکل، با پاسخ به پرسش‌نامه امکان‌سنجی نسخه متخصصان و دریافت پاسخ نهایی از ۹ نفر از اساتید محترم؛

۲. اجرای پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای درمانگر در انتهای هر جلسه درباره مؤلفه‌های امکان‌سنجی پروتکل توسط درمانگر تکمیل و وارد فرایند تحلیل شد؛

۳. تکمیل پرسش‌نامه امکان‌سنجی پروتکل برای بیماران؛ پس از پایان یافتن دوره درمانی به بیماران ارائه و پاسخ‌های آن‌ها در انتهای جلسه پایانی (جلسه دوازدهم) دریافت شد.

تحلیل آماری

برای ارزیابی کمی اعتبار محتوای جلسات پروتکل درمانی طبق نظر متخصصان، درمانگر و بیماران شرکت‌کننده در جلسات درمان از محاسبه مجموع نمرات و میانگین هر مقوله، بهره برده می‌شود. معیار مورد نظر برای امکان‌پذیر بودن هر مقوله مورد واریسی، مقیاس میانگین و بالاتر بوده است. CVI نیز، به عنوان شاخص ارزیابی اعتبار محتوا [۳۷ - ۴۰] در مورد پرسش‌نامه امکان‌سنجی برای متخصصان/ بالینگران و پرسش‌نامه امکان‌سنجی برای بیماران (به جهت این که توسط بیش از یک نفر تکمیل می‌شوند) بنا به فرمول زیر محاسبه شد [۳۷].

$$CVI = \frac{n}{N}$$

در فرمول یادشده، n تعداد گزینه‌های «مرتبط» و «مرتبط اما نیاز به بازبینی» که هر متخصص برای هر گویه انتخاب کرده (به دو گزینه دیگر امتیازی تعلق نمی‌گیرد)، و N تعداد کل پاسخ‌هاست. مقدار حداقل قابل قبول برای CVI برای پذیرش محتوای مورد اشاره در گویه‌ها، به توصیه هیرکاس^۵ و همکاران [۴۱]، ۰/۷۹ در نظر گرفته شده است (۰/۷۹ و بالاتر). نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای سؤال برانگیز بودن^۶ محتوای مورد اشاره و نیاز به بازنگری و اصلاح، و نمره کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل قبول^۷ بودن

اجرا، کاربرد، انطباق را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس شش نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۳۶].

پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای بیماران

این پرسش‌نامه توسط ضراغی [۳۶] برای بررسی سه مؤلفه پذیرش، اجرا و کاربرد در امکان‌سنجی تدوین شده است. این ابزار، ۱۲ گویه دارد و مؤلفه‌های پذیرش، اجرا، کاربرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۳۶].

درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی

این پروتکل، در پی مطالعات گروه دکتر پیتربی. نورتون در دانشگاه هیوستون در قالب یک برنامه درمانی ۱۲ جلسه‌ای معطوف به دسته اختلالات اضطرابی تدوین و منتشر شد [۱۴]. جدول ۱، خلاصه ساختار جلسات پروتکل را نشان می‌دهد. پژوهش‌های متعددی اثربخشی پروتکل فراتشخیصی نورتون را روی نمونه‌های اضطرابی که از نظر تشخیصی، نامتجانس هستند و گروه‌هایی با تشخیص‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱، اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)^۲، اختلال وحشت‌زدگی، گذرهراسی^۳ و هراس خاص^۴ تأیید نموده‌اند [۱۶ - ۲۶]. این پروتکل، در توافقی با مکاتبه با دکتر نورتون و ارتباط با تیم همکار ایشان، دریافت و فرایند ترجمه کتابچه راهنمای آن توسط پژوهشگران مطالعه حاضر انجام شد.

روند اجرای پژوهش

۱. در راستای امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان:

ارسال دعوت‌نامه به ۱۵ نفر از اساتید محترم روان‌شناسی که نسبت به رفتاردرمانی شناختی و رویکرد فراتشخیصی از شناخت و مهارت لازم برخوردار بودند، از طریق پست

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
2. Social Anxiety Disorder (SAD)
3. Agora Phobia
4. Specific Phobia

* به‌رغم انتشار رسمی کتابچه راهنمای «درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی» در سال ۲۰۱۲م، نورتون مطالعات مربوط به تأثیر این پروتکل را پس از کار روی رساله دکتری خود با دکتر هوپ آغاز کرده بود و از حدود ۱۰ سال پیش از انتشار کتابچه راهنما، نتایج این مطالعات در دسترس قرار دارند.

5. Hyrkäs, K.
6. Questionable
7. Unacceptable

آن ویژگی خواهد بود.

یافته‌ها

گام نخست: امکان‌سنجی پروتکل از نگاه متخصصان

در راستای امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، از ۹ نفر از اساتید محترم پاسخ دریافت شد. از این ۹ متخصص (۶ زن و ۳ مرد)، ۸ نفر روان‌شناس بالینی و یک نفر

روان‌شناسی تربیتی بودند که دست‌کم پنج سال فعالیت بالینی در رویکرد رفتار درمانی - شناختی و مدل‌های درمانی زیر مجموعه آن را داشته‌اند. به‌علاوه، ۵ تن از آن‌ها علاوه بر فعالیت مستمر بالینی، در تدریس سرفصل‌های مرتبط روان‌درمانی دست داشته‌اند. جدول شماره ۲، شاخص اعتبار محتوا (CVI)، شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و

امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان (n=۹)

شاخص‌های توصیفی						CVI			گویه	
ردیف	توصیف کلی هر گویه	تعداد پاسخ‌ها	CVI	توصیف	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
۱	تأثیر بر رفع نیاز بیماران ایرانی	۹	۱	مرتبط	۵/۱۱	۰/۶۰	۴	۶	۰/۱۸	۱/۱۳
۲	تمایل متخصص به استفاده روی بیماران اضطرابی	۸	۰/۸۹	مرتبط	۴/۸۹	۱/۰۵	۳	۶	-۰/۵۵	-۰/۵۵
۳	جذابیت برای بیماران ایرانی	۹	۱	مرتبط	۴/۷۸	۰/۶۷	۴	۶	۰/۲۵	-۰/۰۴
پذیرش										
۴	همانگی با فرهنگ غالب ایران	۹	۱	مرتبط	۵	۰/۷۱	۴	۶	۰	-۰/۲۹
۵	تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران	۹	۱	مرتبط	۵	۰/۵۰	۴	۶	۰	۴/۰۰
۶	امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران	۹	۱	مرتبط	۵/۱۱	۰/۶۰	۴	۶	۰/۰۲	۱/۱۳
۷	وجود مطالبه برای اجرا در ایران	۹	۱	مرتبط	۴/۷۸	۰/۶۷	۴	۶	۰/۲۵	-۰/۰۴
تقاضا										
۸	قابلیت اجرایی برنامه	۹	۱	مرتبط	۵/۱۱	۰/۳۳	۵	۶	۳/۰۰	۹/۰۰
۹	کفایت ۱۲ جلسه برای اجرای اهداف	۸	۰/۸۹	مرتبط	۴/۳۸	۱/۱۱	۲	۶	-۱/۰۰	۲/۳۴
۱۰	دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۹۰' تا ۱۲۰'	۸	۰/۸۹	مرتبط	۴/۸۹	۰/۷۸	۴	۶	۰/۲۲	-۱/۰۴
۱۱	مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا	۹	۱	مرتبط	۵	۰/۷۱	۴	۶	۰	-۰/۲۹
۱۲	مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	۹	۱	مرتبط	۵/۱۱	۰/۶۰	۴	۶	۰/۰۲	۱/۱۳
اجرا										
۱۳	مقرون‌به‌صرفه بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی	۹	۱	مرتبط	۵/۳۳	۰/۷۱	۴	۶	-۰/۶۱	-۰/۲۹
۱۴	مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی	۹	۱	مرتبط	۵/۳۳	۰/۷۱	۴	۶	-۰/۶۱	-۰/۲۹
۱۵	تأثیرات مثبت برنامه بر بیماران ایرانی	۹	۱	مرتبط	۴/۷۸	۰/۶۷	۴	۶	۰/۲۵	-۰/۰۴
۱۶	توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی	۹	۱	مرتبط	۴/۸۹	۰/۶۰	۴	۶	-۰/۰۲	۱/۱۳

ادامه جدول شماره ۲. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان (n=۹)

شاخص های توصیفی						CVI			گویه	
دیف	توصیف کلی هر گویه	تعداد پاسخ ها	CVI	توصیف	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
۱۷	مقرون به صرفه بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی	۹	۱	مرتبط	۵/۴۴	۰/۵۳	۵	۶	۰/۲۷	-۲/۵۷
۱۸	ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه	۹	۱	مرتبط	۵/۶۷	۰/۵۰	۵	۶	-۰/۸۶	-۱/۷۱
۱۹	تعداد مؤلفه های مهم پرداخته نشده*	۸	۰/۸۹	مرتبط	۴/۴۴	۰/۸۸	۳	۶	۰/۲۱	۰/۱۴
۲۰	امکان محتوای جلسات در ایجاد انعطاف در درمان	۸	۰/۸۹	مرتبط	۴/۵۶	۰/۸۸	۳	۶	-۰/۲۱	۰/۱۴
۲۱	انسجام محتوای جلسات	۹	۱	مرتبط	۵/۴۴	۰/۵۳	۵	۶	۰/۲۷	-۲/۵۷
کاربرد										
۲۲	انطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی	۹	۱	مرتبط	۵/۴۴	۰/۷۳	۴	۶	-۱/۰۱	۰/۱۹
۲۳	امکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	۹	۱	مرتبط	۵/۱۱	۰/۶۰	۴	۶	۰/۰۲	۱/۱۳
انطباق										
۲۴	احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود	۹	۱	مرتبط	۴/۷۸	۰/۸۳	۴	۶	۰/۵۰	-۱/۲۸
یکپارچه سازی										
۲۵	نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی*	۶	۰/۶۷	نامرتبط	۴/۱۱	۱/۳۶	۲	۶	۰/۱۳	-۰/۷۸
۲۶	تناسب برنامه با اهداف سازمانی	۹	۱	مرتبط	۵/۱۳	۰/۶۰	۴	۶	-۰/۰۷	۱/۱۹
۲۷	میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه های سلامت روان ایران	۹	۱	مرتبط	۴/۸۹	۰/۷۸	۴	۶	۰/۲۲	-۱/۰۴
۲۸	امکان گسترش برنامه در کشور	۸	۰/۸۹	مرتبط	۴/۷۵	۰/۶۱	۳/۷۱	۵/۶۷	-۰/۰۵	-۰/۳۶
گسترش										
امکان سنجی کلی										
					۴/۹۷	۰/۴۲	۴/۴۹	۵/۵۶	۰/۳۴	-۱/۶۰

* به لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس‌سازی لحاظ شده است.

قبول و غیرمرتبط بودن گویه است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر متخصصان، هدف فقط محتوای مرتبط با یک مورد (گویه ۲۵: نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی) نامرتبط به نظر می‌رسد.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها، مقوله‌ها و همچنین کل پرسش‌نامه، بنا به پاسخ‌دهی ۹

نتایج مندرج در جدول شماره ۲، شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات هر مقوله و کل پرسش‌نامه را بر اساس نظر متخصصان نشان می‌دهد. با استناد به توصیه هیرکاس و همکاران [۴۱]، مقدار CVI قابل قبول، ۰/۷۹ (مرتبط بودن محتوای گویه) در نظر گرفته شده است (۰/۷۹ و بالاتر). نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای نیاز گویه به بازبینی، و نمره کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل-

میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل در نظر گرفته شده است.

گام دوم

۱. امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل از نگاه درمانگر

متخصص شرکت‌کننده در این بخش از پژوهش «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) و «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی متخصصان، ۴/۹۷ و انحراف استاندارد آن، ۰/۴۲ به‌دست آمده است. با توجه به نتایج جدول ۲، نمرات

جدول شماره ۳. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی جلسه به جلسه از دیدگاه درمانگر (n=۱۲ جلسات)

ردیف	توصیف کلی گویه	CVI			شاخص‌های توصیفی				
		تعداد پاسخ‌ها	CVI	توصیف	میانگین ۱۲ جلسه	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی
۱	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار	۱۲	۱	مرتبط	۵/۹۲	۰/۲۹	۵	۶	-۳/۴۶
۲	تمایل به استفاده از محتوای جلسه برای بیماران اختلالات اضطرابی	۱۲	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	-
۳	جذابیت جلسه برای بیماران اختلالات اضطرابی	۱۲	۱	مرتبط	۵/۴۲	۰/۵۱	۵	۶	-۲/۲۶
پذیرش									
۴	هم‌هنگی با ساختار فرهنگی غالب ایران	۱۲	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	-
تقاضا									
۵	قابلیت اجرایی برنامه جلسه	۱۲	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	-
۶	دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۹۰' تا ۱۲۰'	۱۲	۱	مرتبط	۵/۸۳	۰/۳۹	۵	۶	-۲/۰۶
۷	مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا				۵/۷۵	۰/۲۹	۵	۶	-۱/۶۰
۸	مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	۱۲	۱	مرتبط	۵/۳۳	۰/۶۵	۴	۶	-۰/۴۴
اجرا									
۹	تأثیرات مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	۱۲	۱	مرتبط	۵/۶۷	۰/۴۹	۵	۶	-۱/۶۵
۱۰	تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن	۱۲	۱	مرتبط	۵/۵۰	۰/۵۲	۵	۶	-۲/۴۴
۱۱	ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه	۱۲	۱	مرتبط	۵/۹۲	۰/۲۹	۵	۶	-۳/۴۶

ادامه جدول شماره ۳. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی جلسه به جلسه از دیدگاه درمانگر (n=۱۲ جلسات)

ردیف	توصیف کلی گویه	CVI			شاخص‌های توصیفی					
		تعداد پاسخ‌ها	CVI	توصیف	میانگین ۱۲ جلسه	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشدگی
۱۲	نعطاف محتوای جلسه	۱۲	۱	مرتبط	۵/۹۲	۰/۲۹	۵	۶	-۳/۴۶	۱۲
۱۳	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده*	۱۰	۰/۸۳	مرتبط	۳	۰/۷۴	۲	۲	۰	-۰/۸۶
۱۴	نسجام محتوای جلسه	۱۲	۱	مرتبط	۵/۰۸	۰/۶۷	۴	۶	-۰/۰۹	-۰/۱۹
کاربرد										
۱۵	انطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی برنامه	۱۲	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	-	-
۱۶	قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی	۱۲	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	-	-
۱۷	امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	۱۲	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	-	-
انطباق										
امکان‌سنجی کلی										
					۵/۶۱	۰/۱۵	۵/۸۱	۵/۶۰	۰/۰۸	-۰/۷۰

* به لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس‌سازی لحاظ شده است.

گویه‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی متخصصان [۳۶]. میانگین ۵ به بالا، بیانگر امکان‌پذیری «زیاد» است.

۲. امکان‌سنجی پروتکل از نگاه بیماران دریافت‌کننده درمان

اعضای گروه درمانی، شامل ۸ بیمار (۵ زن و ۳ مرد) بوده است که از آن‌ها چهار نفر، تشخیص اولیه اختلال اضطراب اجتماعی، ۳ نفر، تشخیص اولیه اختلال اضطراب فراگیر و یک نفر، همبود دو تشخیص اختلالات اضطراب اجتماعی و فراگیر را دریافت نمودند. دامنه سنی بیماران بین ۲۱ تا ۴۲ سال و میزان تحصیلات آن‌ها، کارشناسی (۳ نفر) و کارشناسی ارشد (۵ نفر) بوده است. از بین کل بیماران، شش نفر سابقه دریافت دارو درمانی داشتند که از این شش نفر، سه نفر، در طول دوره درمانی نیز تحت دارودرمانی (رژیم دارویی ثابت در طول دوره) قرار داشتند.

نتایج مندرج در جدول شماره ۳، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسش‌نامه را در دوره گروه درمانی از دیدگاه درمانگر نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر درمانگر، همه گویه‌ها مرتبط تلقی می‌شود. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها، مقوله‌ها و هم‌چنین کل پرسش‌نامه، بنا به پاسخ‌دهی درمانگر، «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) و «خیلی زیاد» (۶) به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و کل پرسش‌نامه امکان‌سنجی درمانگر را در ۱۲ جلسه، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی درمانگر، ۵/۶۱ و انحراف استاندارد آن، ۰/۱۵ به‌دست آمده است. با توجه به نتایج جدول ۳، نمرات میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل به‌دست آمده است. با تکیه بر توصیف کیفی میانگین نظرات درمانگر، بنا به نمره‌گذاری

جدول ۴. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه بیماران (n=۸)

ردیف	گویه	CVI			شاخص‌های توصیفی				
		تعداد پاسخ‌ها	CVI	توصیف	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی
۱	میزان رضایت کلی از برنامه	۸	۱	مرتبط	۵/۶۳	۰/۵۲	۵	۶	-۲/۲۴
۲	کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار	۸	۱	مرتبط	۵	۰/۵۳	۴	۶	۳/۵۰
۳	میزان تمایل برای معرفی برنامه به دوستی با مشکلات مشابه	۸	۱	مرتبط	۵/۲۵	۰/۷۱	۴	۶	-۰/۲۳
۴	تمایل به استفاده مجدد از برنامه یا برنامه‌ای مشابه در صورت نیاز	۸	۱	مرتبط	۵/۳۸	۰/۷۴	۴	۶	-۰/۱۵
۵	جذابیت برنامه برای بیماران	۸	۱	مرتبط	۵/۲۵	۰/۷۱	۴	۶	-۰/۲۳
پذیرش									
۶	کفایت ۱۲ جلسه، برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه	۸	۱	مرتبط	۴/۶۳	۴/۶۳	۴	۶	-۰/۱۵
۷	کفایت زمان ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه در هر جلسه برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه	۸	۱	مرتبط	۴/۶۳	۴/۶۳	۴	۶	-۰/۱۵
۸	قابل فهم بودن مفاهیم و محتوای تمرین جلسات	۸	۱	مرتبط	۴/۷۵	۴/۷۵	۴	۵	-۱/۴۴
اجرا									
۹	تأثیر مثبت برنامه بر بیمار	۸	۱	مرتبط	۵/۲۵	۰/۷۱	۴	۶	-۰/۲۳
۱۰	تأثیر منفی برنامه بر بیمار*	۸	۱	مرتبط	۴/۸۸	۰/۳۵	۴	۵	-۲/۸۳
۱۱	میزان تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار	۸	۱	مرتبط	۴/۸۸	۰/۳۵	۴	۵	-۲/۸۳
۱۲	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته شده در هر جلسه	۸	۱	مرتبط	۵/۱۳	۰/۳۵	۵	۶	۲/۸۳
کاربرد									
امکان‌سنجی کلی									
					۵/۰۳	۰/۳۱	۴/۵۰	۵/۵۰	-۰/۳۰
					۵/۰۵	۰/۲۹	۴/۵۸	۵/۵۰	-۰/۲۶

* به لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد، اما با توجه به تأثیر معکوسش بر مفهوم گسترش (مقوله) مستقیم وارد شدند و نمره مستقیم لحاظ شده است.

«متوسط» و «زیاد» به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و کل پرسش‌نامه امکان‌سنجی، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی بیماران، ۵/۰۵ و انحراف استاندارد آن، ۰/۲۹ به‌دست آمده‌است.

جمع‌بندی امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

جدول شماره ۵، نتایج مربوط به امکان‌سنجی متخصصان، درمانگر و بیماران را به‌صورت همزمان نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول شماره ۴، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسش‌نامه را در دوره درمانی از دیدگاه بیماران عضو گروه درمانی نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر بیماران، همه گویه‌ها مرتبط به‌نظر می‌رسند. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین گویه‌ها، «متوسط» و «زیاد» به‌دست آمده است. میانگین مقوله‌ها به‌جز مقوله اجرا که از نظر بیماران، «متوسط» (۴) تا ۴/۹۹ به‌دست آمده، «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) حاصل شده است. کل پرسش‌نامه نیز همان‌طور که بازتاب گویه‌هاست،

جدول ۵. میانگین نمرات هر مقوله و کل پرسش‌نامه از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران در اعضای گروه درمانی

مقوله	متخصصان		درمانگر		بیماران	
	میانگین	توصیف کیفی	میانگین	توصیف کیفی	میانگین	توصیف کیفی
پذیرش	۴/۹۳	متوسط	۵/۷۸	زیاد	۵/۵۰	زیاد
تقاضا	۴/۹۷	متوسط	۶	خیلی زیاد		
اجرا	۴/۹۰	متوسط	۵/۷۳	زیاد	۴/۶۷	زیاد
کاربرد	۵/۱۰	زیاد	۵/۱۸	زیاد	۵/۰۳	زیاد
انطباق	۵/۲۸	زیاد	۶	خیلی زیاد		
یکپارچه‌سازی	۴/۷۸	متوسط				
گسترش	۴/۷۲	متوسط				
کل مؤلفه‌های امکان‌سنجی	۴/۹۷	متوسط	۵/۶۱	زیاد	۵/۰۵	زیاد

۱ = اصلاً؛ ۲ = خیلی کم؛ ۳ = کم؛ ۴ = متوسط؛ ۵ = زیاد؛ ۶ = خیلی زیاد

تا چه حد می‌توان این برنامه برای اجرا روی جمعیت هدف با وجود بعضی محدودیت‌ها، اما نه با کنترل کامل موفقیت‌آمیز باشد یا در عمل، مطابق با دستورالعمل اصلی اجرا شود؟ را متوسط، درمانگر و بیماران، آن را بالا توصیف نمودند. «کاربرد» - این که تا چه حد می‌توان این برنامه را با استفاده از منابع و شرایط موجود بدون مداخله خارجی روی جمعیت هدف اجرا نمود؟ - از سوی متخصصان، درمانگر و بیماران بالا توصیف شد. «انطباق» - هنگامی که این برنامه به شکل جدیدی تبدیل می‌شود، یا روی جمعیت متفاوتی به کار گرفته می‌شود تا چه حد قابل اجرا است؟ - از سوی متخصصان، زیاد، از سوی درمانگر خیلی بالا ارزیابی گردید. در نهایت، دو مقوله «یکپارچه‌سازی» - این که تا چه حد

در بررسی مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، در فرایند درمان، به‌طور کلی، امکان‌پذیری پروتکل «متوسط» و از نظر درمانگر و بیماران شرکت‌کننده، «بالا» گزارش شد. البته در بررسی نتایج مقوله‌ها به تفکیک یافته‌های متفاوتی به‌دست آمد. در مورد مقوله‌ها، میزان «پذیرش» - این که تا چه حد این برنامه، به‌صورت مناسب، رضایت‌بخش و جذاب قضاوت می‌شود - از نظر متخصصان، متوسط و از نظر درمانگر و بیماران، بالا توصیف شد. میزان «تقاضا» - این که تا چه حد این برنامه با فرهنگ منطبق می‌شوند و ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان قصد استفاده مداوم از آن را دارند؟ - از نگاه متخصصان، متوسط، از نگاه درمانگر خیلی بالا به‌دست آمد. متخصصان، «اجرا» - این که

این برنامه با سیستم موجود هماهنگی دارد یا با زیرساخت‌های موجود در سیستم، متناسب است؟- و «گسترش» - این که این برنامه تا چه حد می‌تواند به عنوان یک درمان یا خدمت جدید گسترش پیدا کند؟- که تنها از نگاه گروه متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفته‌بود، متوسط گزارش شد.

در مجموع، ملاحظات، نشان می‌دهد میزان پذیرش از نظر متخصصان، متوسط و از نظر درمانگر و بیماران بالا توصیف شده است. میزان تقاضا، از نگاه متخصصان، متوسط، از نگاه درمانگر خیلی بالا به‌دست آمده است. متخصصان میزان اجرا را متوسط و درمانگر و بیماران، آن را بالا آن را کم توصیف نموده‌اند. کاربرد از سوی متخصصان، درمانگر و بیماران بالا توصیف شده است. انطباق از سوی متخصصان بالا و از سوی درمانگر خیلی‌بالا ارزیابی شده است. در نهایت، پس از دو مقوله یکپارچه‌سازی و گسترش که تنها از نگاه گروه متخصصان، متوسط گزارش شده است، میزان کلی امکان‌سنجی در مجموع، از هر منظر متخصصان متوسط و از منظر درمانگر و بیماران، بالا ارزیابی شده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، درمانگر و بیماران، به‌طور کلی، بیانگر امکان‌پذیری پروتکل است. به نظر می‌رسد همان‌گونه که در مطالعات امکان‌سنجی در روان‌شناسی مطرح می‌شود، این مطالعات غالباً از منظر پیامد مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند؛ به این معنا که به‌جای آزمودن روند مداخله، مقیاس‌های پیامد یا تکنیک‌های پژوهشی برای استفاده در مطالعه اصلی، تنها به سنجش پیامدهای درمان پرداخته‌اند. مطالعات مروری متعدد درباره پژوهش‌های مداخله‌ای منتشر شده (پژوهش در حیطه‌های سلامت عمومی و سلامت روان)، نشان داده‌اند که برخی مطالعات با عنوان «کارآزمایی‌های امکان‌سنجی»، به‌جای تمرکز بر مسائل روش‌شناختی، عمدتاً بر پیامدهای درمان تأکید داشته‌اند.

در اهدافی که اورسموند و کوهن [۴۴] برای اجرای مطالعات امکان‌سنجی مطرح کرده‌اند، چهار هدف نخست، آشکارا در ارتباط با فرهنگ و بافتاری است برای نخستین‌بار

در آن اجرا می‌شود؛ از جمله سنجش ظرفیت گمارش و ویژگی‌های نمونه حاصل از آن، روند گردآوری و اصلاح داده‌ها و مقیاس‌های پیامدی، مقبولیت و مناسبت مداخله و روند مطالعه و نیز ارزیابی منابع و توانایی اداره و اجرای مطالعه و مداخله. این موارد مجدداً بر اهمیت توجه به نقش فرهنگ و تفاوت‌های فرهنگی در ضرورت اجرای مطالعات امکان‌سنجی تأکید می‌کند. این امر، با توجه به عمده پیامدهایی که در مداخله‌های روان‌شناختی هدف قرار می‌گیرند (نشانه‌ها یا اختلالات بالینی) و با در نظر گرفتن تأکید صریح DSM-5-TR بر نقش تفاوت‌های فرهنگی [۳] نیز تأیید می‌شود.

از این رو، پژوهش حاضر در راستای قابلیت اجرای پروتکل در مقیاسی محدود، کوشید با سنجش دیدگاه متخصصان این حوزه، درمانگر مجری پروتکل و بیمارانی که دریافت‌کننده این برنامه درمانی بوده‌اند، و رای پیامدها و پیش از آن، ضمن بررسی فرایندها و مکانیسم‌های احتمالی اثر این برنامه، نیازهای تجربی و ملاحظات منحصربه‌فردی [۲۹] را که ممکن است در انتقال پروتکل به نمونه‌های فرهنگ ایرانی را مطرح باشد، شناسایی کند. بنابراین، هرچند که هر سه گروه متخصصان، درمانگر به‌کارگیرنده درمان و نیز بیمارانی که درمان را دریافت نموده‌اند، ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌هایی بوده‌باشند که نتایج امکان‌سنجی را تحت‌الشعاع قرار دهد، اما به‌عنوان یک یافته محدود، برخی ابعاد را پیش از اجرا و برخی ابعاد را مرتبط با فرایند اجرا نمایان می‌سازد. همچنین، تخصصانی که دیدگاه آنان درباره امکان‌پذیری پروتکل اخذ شد، در حوزه رفتاردرمانی - شناختی آموزش دیده و فعال بودند، اما به‌شکل ویژه و متمرکز در رویکرد فراتشخیص تخصص نداشتند. مسأله‌ای که می‌تواند از زاویه‌ای دیگر بر نتایج اثرگذار باشد. افزون بر این با وجود تعیین یک بازه زمانی برای برگزاری پنل تخصصی (در بستر گوجل‌میت) و ارسال دو یادآوری برای حضور در این نشست، به‌دلیل عدم استقبال متخصصان، چنین جلسه‌ای برگزار نشد.

در مرور ادبیات پژوهشی، مطالعه‌ای که دقیقاً تحت عنوان «امکان‌سنجی» درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری کنونی باشد، یافت نشد. با این حال مطالعات مشابهی در زمینه امکان‌سنجی پروتکل‌های درمانیبا استفاده

دستیابی به چنین یافته‌هایی نقش داشته باشد. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم برگزاری جلسه نشست متخصصان^۳ و محدود شدن نتایج به گزارش‌های حاصل از اجرای ابزار مداد - کاغذی بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در امکان‌سنجی پروتکل‌های درمانی جدید، علاوه بر استفاده از ابزارهای سنجش امکان‌پذیری، نشست‌های حضوری یا مجازی با متخصصان در بازه زمانی مناسب برگزار شود و از روش‌های مکمل، از جمله مصاحبه‌های کیفی، برای دستیابی به دیدگاه‌های دقیق‌تر متخصصان، درمانگران و بیماران استفاده گردد.

در مقالات مربوط به درمان فراتشخیصی گروهی شناختی- رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی، مطالعات مقدماتی با اهداف مشابه در بررسی تعیین تأثیر این پروتکل گزارش کرده‌اند که نتایج پژوهش حاضر با آن‌ها همسو است و به نظر می‌رسد این پروتکل «بالقوه در نمونه‌ای کوچک کار می‌کند [۴۳]». این همسویی، تا حدی با ماهیت زیربنایی پروتکل نورتون نیز قابل توضیح است؛ چراکه این پروتکل بر راهبردهای کلاسیک در رفتار درمانی - شناختی، از جمله فعال‌سازی رفتاری در قالب مواجهه‌درمانی و بازسازی شناختی، استوار است. با توجه به اینکه پروتکل‌های تشخیص - محور شناختی - رفتاری در فرهنگ ایران، امکان‌پذیری مناسبی نشان داده و زمینه برای بررسی کارآمدی و اثربخشی گسترده‌تر آن‌ها فراهم شده است، انتظار می‌رود پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر ابعاد مشترک اختلالات اضطرابی نیز در مطالعات اولیه، امکان‌پذیری مطلوبی نشان دهد.

منابع

- 1- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive Textbook of Psychiatry: Behavioral Sciences*. Walters Kluwer; 2017. Available from: <http://ndl.ethernet.edu.et › Benjamin J. Sadock.pdf>
- 2- Sperry L, editor. *Mental health and mental disorders: An encyclopedia of conditions, treatments, and well-being* [3 volumes]. Bloomsbury Publishing USA; 2015. Available from: <https://www.bloomsbury.com/us/mental-health-and-mental-disorders-9781440803833/>

از ابزارهای خودگزارش‌دهی انجام شده‌است. در برخی پژوهش‌ها، امکان‌پذیری پروتکل‌های رفتاردرمانی شناختی تنها از دیدگاه درمانگر سنجیده شده است [۴۷ و ۴۸]. در مطالعات مشابه دیگری، امکان‌سنجی تنها از نگاه درمانگر و بیماران بررسی شده است. از جمله در اجرای پروتکل‌های معطوف به پرخوابی [۳۲] و وسواس - بی‌اختیاری [۳۳]. همچنین، در برخی مطالعات، امکان‌سنجی پروتکل مرتبط با اضطراب [۳۱]، از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران ارزیابی است. در این پژوهش‌ها نیز، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، برنامه‌های مدخله‌ای امکان‌پذیر گزارش شده‌اند. در برخی موارد، افزون بر گزارش یافته‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و دامنه نمرات گویه‌ها) حاصل از اجرای ابزارهای خودگزارش‌دهی، در مواردی متخصصان، ضریب توافق (کاپا)^۱ بین پاسخ‌های متخصصان نیز به‌عنوان درجه‌بندی‌کننده^۲ محاسبه و گزارش گردید.

علاوه بر این، چند مطالعه کیفی نیز مشاهده شد که امکان‌سنجی را از طریق تحلیل محتوای مصاحبه‌های نیمه‌ساخت یافته با بیماران در پایان دوره درمانی بررسی کرده‌اند [۴۹ - ۵۱]. در پیگیری کیفی دیدگاه بیماران پیرو طرح کامل پژوهش حاضر نیز، مصاحبه نیمه‌ساخت یافته با بیماران در فاصله ۲ تا ۴ ماه پس از پایان یافته دوره درمانی انجام شد تا افزون بر دیدگاه بیماران نسبت به کل دوره درمانی، به جنبه‌هایی از امکان‌سنجی پروتکل نیز دست یابیم که از پاسخ‌های پرسشنامه قابل استخراج نبود. نتایج این واکاوی، در مقاله مستقلی ارائه گردیده است [۵۲].

همسویی نتایج پژوهش حاضر با مطالعات اشاره شده نشان می‌دهد با وجود اهمیت توجه به نقش فرهنگ و تفاوت‌های فرهنگی که می‌تواند خود، منبعی از پریشانی، تعارض و زمینه‌ساز بروز مشکلات روان‌شناختی باشد و نیز بر سبک‌های مقابله‌ای فرد و نحوه مواجهه او با اختلالات روانی تأثیر بگذارد [۵۳]، درمان فراتشخیصی گروهی شناختی- رفتاری نورتون در نمونه‌های ایرانی و در بافتار فرهنگی ایران، از نظر متخصصان، درمانگر و بیماران شرکت‌کننده، امکان‌پذیر ارزیابی شده است. همچنین کیفیت ارائه پروتکل درمانی متناسب با پیش‌زمینه‌های فرهنگی مشترک میان درمانگر و بیماران نیز می‌تواند در

1 . Kappa
2 . Rater

3 . Expert Panel

- 11-Mansell W, Harvey A, Watkins ER, Shafran R. Cognitive behavioral processes across psychological disorders: a review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2008; 1(3): 181-191.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.181>
- 12-Clark DA, Taylor S. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009; 23(1): 60-66.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.60>
- 13-Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, Ehrenreich-May J. *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press; 2011.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001>
- 14-Norton PJ. *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. New York: Guilford; 2012. Available from: <https://www.guilford.com/books/Group-Cognitive-Behavioral-Therapy-of-Anxiety/Peter-Norton/9781462504800>
- 15-Meidlinger PC, Hope DA. The new transdiagnostic cognitive behavioral treatments: commentary for clinicians and clinical researchers. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 46: 101-109.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.002>
- 16-Norton PJ, Hayes SA, Hope DA. Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety*. 2004; 20(4): 198-202.
<http://dx.doi.org/10.1002/da.20045>
- 17-Norton PJ, Hope DA. Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2005; 36(2): 79-97.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.07.002>
- 3- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition – Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- 4- World Health Organization. *The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. 11th ed. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 5- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):617-627.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- 6- Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JRT, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999; 60:427-435.
<http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v60n0702>
- 7- Castelnovo G. Empirically supported treatments in psychotherapy: towards an evidence-based or evidence-biased psychology in clinical settings? *Frontiers in Psychology*. 2010; Volume 1: 1-10.
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00027>
- 8- David D, Cristea I, Hofmann SG. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:4.
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00004>
- 9- Schaeuffele C, Schulz A, Knaevelsrud C, Renneberg B, Boettcher J. CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021; 14(1):86-113.
<https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- 10-Harvey AG, Watkins ER, Mansell W, Shafran R. *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004. Available from: <https://academic.oup.com/book/1289>

- 26-Norton PJ, Provencher MD, Kilby CJ, Roberge P. Impact of group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on comorbid diagnoses: results from a pragmatic randomized clinical trial in primary care. *Depression and Anxiety*. 2021; 38(7): 749-756. <https://doi.org/10.1002/da.23184>
- 27-Pearl S, Norton PJ. Transdiagnostic cognitive behavioural therapy for individuals with anxiety disorders: an open trial. *Behaviour Change*. 2021;38(2):73-83. <https://doi.org/10.1017/bec.2020.17>
- 28-Chamberlain LD, Norton PJ. An evaluation of the effects of diagnostic composition on individual treatment outcome within transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2013;42(1):56-63. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.748090>
- 29-Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009; 36(5): 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- 30-O'Cathain A, Hoddinott P, Lewin S, Thomas KJ, Young B, Adamson J, et al. Maximising the impact of qualitative research in feasibility studies for randomised controlled trials: guidance for researchers. *Pilot and Feasibility Studies*. 2015; 1(1): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40814-015-0026-y>
- 31-Crawley SA, Kendall PC, Benjamin CL, Brodman DM, Wei C, Beidas RS, et al. Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: feasibility and initial outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013; 20(2):123-133. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.07.003>
- 32-Ong JC, Dawson SC, Mundt JM, Moore C. Developing a cognitive behavioral therapy for hypersomnia using telehealth: a feasibility study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2020; 16(12): 2047-2062. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8750>
- 33-Hollmann K, Allgaier K, Hohnacker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*. 2021; 128(9): 1445-1459. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.989550>
- 18-Norton PJ. An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 2008; 39(3): 242-250. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.002>
- 19-Norton PJ, Philipp LM. Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: a quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2008; 45(2): 214-226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>
- 20-Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*. 2012; 29(10): 874-882. <https://doi.org/10.1002/da.21974>
- 21-Norton PJ. A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy*. 2012; 43(3): 506-517. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.011>
- 22-Norton PJ, Barrera TL, Mathew AR, Chamberlain LD, Szafranski DD, Reddy R, Smith AH. Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*. 2013; 30(2): 168-173. <https://doi.org/10.1002/da.22018>
- 23-Norton PJ, Paulus DJ. Toward a unified treatment for emotional disorders: update on the science and practice. *Behavior Therapy*. 2016; 47(6): 854-868. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>
- 24-Harris KR, Norton PJ. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for the treatment of emotional disorders: a group case study. *Clinical Case Studies*. 2018; 17(6): 387-405. <https://doi.org/10.1177/1534650118793938>
- 25-Roberge P, Provencher MD, Gaboury I, Gosselin P, Vasiliadis HM, Benoit A, et al. Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: a pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine*. 2020; 52(13): 2460-2470. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004316>

- 42-Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Medical Research Methodology*. 2010; 10(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-67>
- 43-Gadke DL, Kratochwill TR, Gettinger M. Incorporating feasibility protocols in intervention research. *Journal of School Psychology*. 2021; 84: 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.11.004>
- 44-Orsmond GI, Cohn ES. The distinctive features of a feasibility study: objectives and guiding questions. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2015; 35(3): 169-177. <https://doi.org/10.1177/1539449215578649>
- 45-Mohajan HK. Two criteria for good measurements in research: validity and reliability. *Annals of Spiru Haret University. Economic Series*. 2017; 17(4): 59-82. <https://doi.org/10.26458/1746>
- 46-Anastasi A. *Psychological testing*. Barahani MT, Translator. Tehran: University of Tehran; 2007. **[In Persian]**
- 47-Khodyakov D, Hempel S, Rubenstein L, Shekelle P, Foy R, Salem-Schatz S, et al. Conducting online expert panels: a feasibility and experimental replicability study. *BMC Medical Research Methodology*. 2011; 11: 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-174>
- 48-Field TA, Miller R, Beeson ET, Jones LK. Treatment fidelity in neuroscience-informed cognitive-behavior therapy: a feasibility study. *Journal of Mental Health Counseling*. 2019; 41(4): 359-376. <https://doi.org/10.17744/mehc.41.4.06>
- 49-Liu MY, Li Y, Lu AP, Han XJ. Feasibility analysis of the value of Q method in the classification and understanding of expert experience. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 2013; 9(11): 869-873. <https://doi.org/10.1007/s11655-012-1174-z>
- 34-Tongco MDC. Purposive sampling as a tool for informant selection. *Ethnobotany Journal*. 2007; 5:147-158. Available from: <https://ethnobotanyjournal.org/index.php/era/article/view/126>
- 35-Akhavan-Abiri F, Shaeiri MR, Farahani H, Taghva A. The efficacy of Norton transdiagnostic group cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in Iranian samples. Under publication; 2025.
- 36-Zarghami F. Efficacy and feasibility of the Unified Protocol of emotional disorders (UP) in 8-11 years old Iranian children with anxiety disorders and comorbid depressive symptoms [PhD thesis]. Shahed University; 2019. Available from: <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/785a9aef9c91e31e9afbb9d38956d14d> **[In Persian]**
- 37-Waltz CF, Bausell RB. *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis*. Philadelphia: F. A. Davis; 1981. Available from: <https://archive.org/details/nursingresearchd0000walt>
- 38-Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986; 35: 382-385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- 39-Grant JS, Davis LT. Selection and use of content experts in instrument development. *Research in Nursing & Health*. 1997;20:269-274. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199706\)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- 40-Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. 5th ed. New York: Springer; 2017. Available from: <https://tms.iau.ir/file/download/download/1661066554-measurement-in-nursing-and-health-research-waltz-2017.pdf>
- 41-Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(6): 619-625. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00036-1)

- 52-Akhavan-Abiri F, Shaeiri MR, Farahani H, Taghva A. The Iranian patients' lived experience of Norton transdiagnostic group cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. Under publication; 2025.
- 50-Mai SS, Goebel S, Jentschke E, van Oorschot B, Renner KH, Weber M. Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360 feedback. *BMC Palliative Care*. 2018; 17: 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0326-0>
- 53-Zarani F, Behzadpoor S, Babaei Z. Analysis of the role of culture in psychopathology. *Rooyesh*. 2017; 6(1):191-224. Available from: <http://frooyesh.ir/article-1-224-en.html>
[In Persian]
- 51-Bleyel C, Hoffmann M, Wensing M, Hartmann M, Friederich HC, Haun MW. Patients' perspective on mental health specialist video consultations in primary care: qualitative preimplementation study of anticipated benefits and barriers. *Journal of Medical Internet Research*. 2020; 22(4): e17330.
<https://doi.org/10.2196/17330>

برنامه درمان شناختی رفتاری واژینیس‌موس مبتنی بر زوجین: معرفی و امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

نویسندگان

محمدحسین اخوان تقوی^۱، رسول روشن چسلی^۲، محمدرضا شعیری^{۳*}، فاطمه اخوان‌عبیری^۴

۱. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. akhavanh34@gmail.com

۲. استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. rasolroshan@yahoo.com

۳. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۴. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. akhavan885@gmail.com

چکیده

مقدمه: اختلال درد تناسلی - لگنی مرتبط با دخول، از جمله کژکاری‌های جنسی است که موجب کاهش عملکرد و رضایت جنسی زوجین می‌شود و نیازمند مداخلات روان‌شناختی تخصصی است. برنامه‌های درمانی متعددی برای این اختلال طراحی شده است. هدف پژوهش حاضر، تعیین امکان‌پذیری برنامه تدوین‌شده درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین در کاهش درد و ترس، افزایش عملکرد و نیز رضایت جنسی زنان مبتلا به واژینیس‌موس و همسران آنان بود.

روش: این مطالعه حاضر در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست، با استفاده از طراحی دلفی صورت گرفت و در مرحله دوم، در متن یک طرح تک‌موردی انجام شد. در مرحله نخست، هفت متخصص پیش از شروع جلسات درمان، با مطالعه خلاصه مبسوط پروتکل، پرسش‌نامه امکان‌سنجی را تکمیل کردند. هم‌چنین، درمانگر پروتکل در پایان هر جلسه، پروتکل را براساس شاخص‌های امکان‌سنجی ارزیابی کرد. افزون بر این، هر شش شرکت‌کننده (سه زوج) در پایان درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌سنجی این پروتکل ارائه دادند.

نتایج: متخصصان، امکان‌پذیری برنامه را از نظر وضعیت و ضرورت مناسب ارزیابی کردند. آنان یزان امکان‌پذیری برنامه را در زمینه‌های پذیرش، کاربرد، انطباق و گسترش «زیاد» و در زمینه‌های تقاضا، اجرا و یکپارچه‌سازی «متوسط» گزارش کردند در مرحله دوم و طی اجرای برنامه تدوین‌شده درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زوجین انجام شد، درمانگر، امکان‌پذیری برنامه را در زمینه‌های پذیرش، تقاضا، کاربرد و انطباق «زیاد» و در اجرا «متوسط» ارزیابی کرد. بیماران نیز امکان‌پذیری برنامه را در مؤلفه‌های اجرا و کاربرد «زیاد» و در مؤلفه پذیرش «متوسط» توصیف کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: برنامه مدون درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مشارکت زوجین براساس دیدگاه متخصصان، بیماران و درمانگر، از امکان‌پذیری نسبتاً مطلوبی برخوردار است. این یافته، امکان واری‌های بیشتر کارآمدی و اثربخشی این پروتکل را در قالب کارآزمایی‌های بالینی فراهم می‌کند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۱۱/۱۱



کلیدواژه‌ها

واژینیس‌موس، امکان‌سنجی، امکان‌پذیری، زوج‌درمانی شناختی - رفتاری.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

shairigm@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است.

مقدمه

واژینیسموس^۱ در ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۲ انجمن روان پزشکی آمریکا، تحت عنوان «اختلال درد تناسلی- لگنی مرتبط با دخول» (GPPPD)^۳ مفهوم‌سازی شده است. این اختلال با معیارهایی از جمله ناتوانی در دخول واژینال، درد محسوس در واژن یا لگن در حین دخول یا تلاش برای دخول واژینال، ترس یا اضطراب محسوس از درد، قبل، حین یا بعد از دخول واژینال و انقباض ماهیچه‌های کف لگن هنگام تلاش برای دخول از راه واژن تعریف می‌شود. برای تشخیص، وجود یک یا چند مورد از این نشانه‌ها باید حداقل به مدت ۶ ماه تداوم داشته و موجب و پریشانی بالینی یا اختلال قابل توجه در روابط بین فردی شود [۱].

بر اساس نسخه بازنگری‌شده ویراست پنجم DSM (DSM-5-TR)^۴، شیوع این اختلال در میان زنان در محدوده سن باروری در سطح بین المللی بین ۸ تا ۲۸ درصد گزارش شده است [۲]. شیوع تصویر ذهنی منفی^۵ و باورهای ناسازگارانه در مورد دستگاه تناسلی در بین زنان مبتلا به واژینیسموس قابل توجه است و بسیاری از این زنان، خودپنداره منفی^۶، احساس بی‌کفایتی^۷ و فاجعه‌پنداری^۸ بالایی را تجربه می‌کنند [۳]. همچنین اختلال در تمامی جنبه‌های مرتبط با فعالیت جنسی در زنان مبتلا به درد جنسی مشاهده شده است [۴].

یافته‌ها حاکی از آن است که همسر این بیماران نیز سطوح پایین‌تری از رضایت جنسی و کارکرد جنسی را گزارش می‌کنند که می‌تواند بر صمیمیت زوجین تأثیر منفی بگذارد [۵]. در سبب‌شناسی^۹ و بیماری‌زایی^{۱۰} اختلال واژینیسموس، عوامل متعددی ممکن است نقش داشته باشند؛ از جمله عوامل جسمانی، ساختار ماهیچه‌ای کف

لگن هیپرتونیک، عوامل روانی، آسیب‌های جنسی، دلایل اجتماعی، فرهنگی و نیز ویژگی‌های مرتبط با شریک جنسی [۶-۸]. یافته‌های اخیر بیانگر آن است که زنان دارای واژینیسموس در صورت برخورداری از صمیمیت و حمایت همسران‌شان رضایت جنسی^{۱۱} بالاتری دارند [۹].

تاکنون روش‌های گوناگونی برای درمان واژینیسموس به کار گرفته شده است: از جمله مداخلات رفتاردرمانی - شناختی (CBT)^{۱۲}، اتساع‌دهنده‌های واژن^{۱۳}، حساسیت‌زدایی زدایی و پردازش مجدد از طریق حرکات چشم^{۱۴}، هیپنوتیزم درمانی^{۱۵} و درمان‌های دارویی [۱۰]. در این میان، درمان‌های شناختی - رفتاری بیش از هر روش درمانی دیگری با هدف کاهش درد و ارتقاء سطح بهزیستی جنسی به کار گرفته شده و دارای پیامدهای موفقیت‌آمیز شواهدمداری بوده‌است [۱۲، ۱۱]. در درمان دردهای تناسلی-لگنی مرتبط با دخول، معمولاً زنان به عنوان هدف اصلی مداخله در نظر گرفته می‌شوند؛ با این حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهد هنگامی که علاوه بر زنان، همسران آنان نیز در درمان شناختی - رفتاری مشارکت داده می‌شوند، سطح عملکرد و رضایت جنسی به‌طور معناداری افزایش می‌یابد [۱۳، ۱۴].

با توجه به فقدان برنامه‌ای با رویکرد مبتنی بر مشارکت زوجین در درمان واژینیسموس در داخل کشور که منطبق با اصول روش‌شناسی پژوهشی تدوین شده باشد، پژوهشگران حاضر با مبنا قرار دادن برنامه شناختی - رفتاری زوجی کورسینی^{۱۶} [۱۵] در کاهش درد زنان مبتلا به درد ناشی از تحریک دهلیز واژن^{۱۷}، برنامه مواجهه درمانی کمک درمانگر^{۱۸} ترکویله^{۱۹} [۱۶] در درمان واژینیسموس و نیز منابع دیگر [۲۲-۱۷]، اقدام به طراحی و تدوین یک برنامه درمانی جامع کردند. این برنامه به‌گونه‌ای طراحی شده است که هم نشانه‌های واژینیسموس را کاهش می‌دهد و هم رضایت جنسی زوجین را ارتقا بخشد. رویکرد این

- 1 . Vaginismus
- 2 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5)
- 3 . Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder
- 4 . DSM – 5th Edition - Text Revision (DSM-5-TR)
- 5 . Negative Mental Imagery
- 6 . Negative Self-Concept
- 7 . Feeling of Inadequacy
- 8 . Catastrophizing
- 9 . Etiology
- 10 . Pathogenesis

- 11 . Sexual Satisfaction
- 12 . Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
- 13 . Vaginal dilators
- 14 . Eye movement desensitization and reprocessing
- 15 . Hypnosis therapy
- 16 . Corsini-Munt
- 17 . Provoked Vestibulodynia
- 18 . Therapist-Aided Exposure Treatment
- 19 . Ter Kuile M

تجارب بالینی پژوهشگران با مراجعان ایرانی طی چند سال اخیر نیز در تدوین و سامان‌دهی این برنامه درمانی مورد استفاده قرار گرفته است.

برنامه، شناختی - رفتاری و مبتنی بر مشارکت فعال زوجین در جلسات درمانی است. برنامه مذکور شامل یک جلسه مقدماتی - ارزیابی و شش جلسه درمانی است. که خلاصه محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است. افزون بر این،

جدول ۱. شرح مختصری از طرح کلی جلسات بسته مدون درمان شناختی - رفتاری زوجی
واژینیسموس متمرکز بر زوجین^۱

ارزیابی مقدماتی	
معرفی درمانگر و زوج مراجعه‌کننده به یکدیگر، انگیزه دادن به زوجین برای درمان، توضیح طرح درمان، تنظیم برنامه درمان	
درمان (۶ جلسه‌ای)	
آموزش روان‌شناختی: ارائه اطلاعات درباره واژینیسموس، افسانه‌ها و باورهای نادرست درباره واژینیسموس، سوق دادن زوجین به معاشقه با اجتناب از دخول؛ واضح‌سازی ارزش‌های پذیرش و تعهد، تنفس ذهن‌آگاهی، توضیح گام به گام دیلاتاسیون/تکالیف: اهمیت تکالیف خانه، تمرین تنفس ذهن‌آگاهی، تمرینات دیلاتاسیون، کار با پرسش‌نامه درد و سکس	جلسه اول ۷۵ دقیقه
مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: تسهیل دربرون‌ریزی احساسات و اعتبار بخشی به پاسخ‌ها/تمرین در جلسه: مهارت‌های ارتباطی و تسهیل‌گری روابط زوجین/تکالیف: نکات ارتباطی و چرخش به سمت نیازهای همسر، ورزش کگل، ادامه تمرینات دیلاتاسیون، کار با پرسش‌نامه درد و سکس، تمرین تنفس ذهن‌آگاهی	جلسه دوم ۷۵ دقیقه
مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: مدل‌های پاسخ جنسی، نقش اضطراب و پیش‌بینی درد و ترس در رابطه جنسی، نگرش‌های زن و شوهر به اندام‌های تناسلی، نقش پاسخ‌های زوجی به تجربه ترس و درد زن بر عملکرد و رضایت جنسی/تکالیف: تن‌آرامی - مراقبه، ادامه تمرینات دیلاتاسیون، دادن و گرفتن (گام ۱). تن‌آرامی با هم و ماساژ غیر جنسی، افشای لحظات صمیمی مورد علاقه (صمیمیت جنسی)	جلسه سوم ۷۵ دقیقه
مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: گفتگوی جنسی، تعریف و بازتعریف روایت جنسی در زمینه ترس، درد و پیش‌نوازی، تسهیل‌گری میل و برانگیختگی جنسی، معرفی دفیوژن شناختی/تکالیف: ادامه تمرینات دیلاتاسیون، تسهیل‌گری میل و برانگیختگی جنسی، ادامه تمرینات دادن و گرفتن (گام ۲). تن‌آرامی با هم و ماساژ، کار با پرسش‌نامه درد و سکس	جلسه چهارم ۷۵ دقیقه
مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی و گفت و گو: میل و برانگیختگی جنسی، اسنادها درباره درد و ترس/تمرین در جلسه: دفیوژن شناختی/تکالیف: تمرین دفیوژن شناختی، ادامه تمرینات دیلاتاسیون، کار با پرسش‌نامه درد و سکس	جلسه پنجم ۷۵ دقیقه
مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: ابراز وجود با همسر، پیشرفت‌ها و پسررفت‌ها، جمع‌بندی اطلاعات آموخته شده/تکالیف: ادامه تمرین دفیوژن شناختی و ذهن‌آگاهی، ادامه تمرینات دادن و گرفتن (گام ۳). لمس جنسی و تمرکز بر ارگاسم، تمرینات دخول کامل/ملاحظات برای خاتمه درمان	جلسه ششم ۷۵ دقیقه

۱. این برنامه بارها در قسمت‌های متعدد، با محتوای متنوع از تکالیف و تکنیک‌ها از منابع مختلف تدوین، ترمیم و سامان داده‌شد و سپس برای گام‌های بعدی به شکل جدول ۱ تنظیم گردید.

دکتری) بود که از دانش و تجربه کافی در زمینه درمان شناختی - رفتاری برخوردار بوده و علاقه‌مند به همکاری در پژوهش و صرف زمان لازم برای آن بودند. نمونه متخصصان در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس به‌دست آمد. پس از پیگیری دریافت نکردن پاسخ کامل از همه متخصصان دعوت‌شده و کنار گذاشتن پاسخ‌های ناقص، در نهایت نظر ۷ متخصص (۳ زن، ۴ مرد، ۱ دانشجوی دکتری تخصصی و ۶ دکتری تخصصی) نسبت به مشخصه‌های امکان‌سنجی پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زوجین در درمان واژینیسموس مورد تحلیل قرار گرفت.

در گام دوم، علاوه بر درمانگر مجری پروتکل، سه زوج مبتلا به واژینیسموس از شهر کاشان در مطالعه شرکت کردند. انتخاب شرکت‌کنندگان مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند [۲۷] و از میان تمامی بیمارانی انجام شد که در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ به درمانگاه سلامت جنسی بیمارستان کارگرنژاد مراجعه کرده، تشخیص واژینیسموس را دریافت نموده، واجد معیارهای ورود و فاقد معیارهای خروج بودند و پس از اخذ مصاحبه توسط روان‌شناس، فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کرده بودند. سپس زنان مبتلا به واژینیسموس به همراه همسران خود، به صورت حضوری تحت درمان دوره شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین قرار گرفتند. زوجین یادشده، در پایان مداخلات، دیدگاه خود را نسبت به برنامه درمانی در ابعاد مختلف امکان‌سنجی گزارش نمودند.

ابزارها

پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان/بالینگران

این پرسش‌نامه توسط ضرغامی [۲۸] به‌منظور بررسی هفت مؤلفه امکان‌سنجی [۲۳] تدوین شده است. این ابزار در نسخه اولیه خود شامل ۲۹ گویه است. با توجه به اینکه یکی از گویه‌ها به‌طور اختصاصی برای کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک/نوجوان) و با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای والدین طراحی شده بود، این گویه در پژوهش حاضر حذف شد. در پژوهش حاضر، نسخه ۲۸ گویه‌ای پرسش‌نامه به‌کار گرفته شد که مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق، یکپارچه‌سازی و گسترش را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای

گام نخست، در به‌کارگیری مداخلات درمانی در یک بوم، بر پایه قضاوت درباره امکان‌سنجی^۱ آن‌ها صورت می‌گیرد [۲۳]. هدف مطالعات امکان‌سنجی معمولاً این است که درباره نحوه کار کردن یک مداخله، درک مناسبی را برای پژوهشگران فراهم کنند تا زمینه اجرای یک کارآزمایی کامل، ممکن گردد [۲۴]. مطالعه حاضر در پی آن بر آمده است که اعتبار این پروتکل درمانی را در نمونه‌های ایرانی با معیارهای امکان‌سنجی از نگاه متخصصان، درمانگر ارائه‌دهنده پروتکل و بیمارانی که این درمان را دریافت نموده‌اند، مورد مطالعه قرار دهد. از این رو، هدف این پژوهش، امکان‌سنجی برنامه شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین در درمان واژینیسموس در نمونه‌های ایرانی است.

روش

مطالعه حاضر، در دو گام عمده طراحی و اجرا شده است. در گام نخست، امکان‌سنجی پروتکل از دیدگاه متخصصان صورت گرفت. پس از دریافت نظر متخصصان مبتنی بر برخورداری پروتکل از ملاک‌های مناسب امکان‌سنجی، در گام دوم، درمانگر ارائه‌دهنده جلسات پروتکل، به‌صورت جلسه به جلسه در انتهای جلسات درمان، نظر خود را درباره امکان‌سنجی پروتکل ثبت نمود و در انتهای دوره درمانی نیز سنجش از نگاه بیمارانی که دوره درمانی را به‌اتمام رسانده بودند، انجام شد.

طرح

مطالعه کنونی در گام نخست، پیرو طرح دلفی^۲ بود [۲۵]، [۲۶]. گام دوم این مطالعه در دل یک طرح تک‌موردی^۳ اجرا شد و در این مسیر، درمانگر در هر جلسه معیارهای امکان‌سنجی را تکمیل می‌کرد و هر بیمار، همراه با همسر خود در انتهای درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌سنجی این پروتکل ارائه کردند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در گام نخست، شامل متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی یا دانشجویان دکتری روان‌شناسی بالینی (حداقل در مرحله اجرای رساله

1. Feasibility
2. Delphi
3. Single Case

متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی ا دانشجویان دکتری روان‌شناسی بالینی (حداقل در مرحله اجرای رساله) ارسال شد. دو نسخه برای «خلاصه میسوط» و «چکیده» پروتکل شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین برای درمان واژینیسوس را مطالعه کرده و نظر خود درباره این پروتکل از طریق تکمیل پرسشنامه امکان‌سنجی (نسخه متخصصان) اعلام کنند. در نهایت، پاسخ نهایی ۷ نفر از متخصصان دریافت و مورد تحلیل قرار گرفت؛ ۲. اجرای پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای درمانگر در انتهای هر جلسه درباره مؤلفه‌های امکان‌سنجی پروتکل توسط درمانگر تکمیل و وارد فرایند تحلیل شد؛ ۳. تکمیل پرسشنامه امکان‌سنجی پروتکل برای بیماران؛ پس از پایان یافتن دوره درمانی به بیماران ارائه، و پاسخ‌های آن‌ها در انتهای جلسه پایانی (جلسه هفتم) دریافت شد.

تحلیل آماری

برای ارزیابی کمی اعتبار محتوای جلسات پروتکل درمانی طبق نظر متخصصان، درمانگر و بیماران شرکت‌کننده در جلسات درمان از محاسبه مجموع نمرات و میانگین هر مقوله، بهره برده شد. معیار مورد نظر برای امکان‌پذیر بودن هر مقوله مورد واری، مقیاس میانگین و بالاتر بوده است. نسبت ارزیابی اعتبار محتوا (CVR)^۱ و شاخص ارزیابی اعتبار محتوا (CVI)^۲ محاسبه شد. مقدار حداقل قابل قبول برای CVR برای پذیرش محتوای مورد اشاره در گویه‌ها، به توصیه لاوشه^۳ و همکاران [۲۹]، ۰/۷۹ و بالاتر در نظر گرفته شده است. نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای سؤال برانگیز بودن^۴ محتوای مورد اشاره و نیاز به بازنگری و اصلاح، و نمره کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل قبول^۵ بودن آن ویژگی خواهد بود. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر ۰/۷۹ است [۲۶].

متخصصان شرکت‌کننده در امکان‌سنجی ضرورت برنامه، شامل هفت نفر می‌شدند (۴ مرد و ۳ زن). نتایج مرتبط با دیدگاه متخصصان در مورد ضرورت محتوا، تکنیک‌ها و تکالیف خانگی جلسات پروتکل در جدول شماره ۲ آمده است.

از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۲۸] و مشخص می‌کنند که معیار یادشده تا چه اندازه در ارتباط با برنامه درمانی است.

پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای متخصصان / بالینگران

این پرسشنامه توسط ضرغامی [۲۸] برای بررسی ۵ مؤلفه امکان‌سنجی تدوین شده است. این ابزار، در نسخه اولیه خود [۲۸]، ۱۸ گویه دارد. با توجه به اینکه یکی از گویه‌ها، به طور اختصاصی برای کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک / نوجوان)، و با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای والدین طراحی شده بود، این گویه در پژوهش حاضر حذف شد. در پژوهش حاضر، نسخه ۱۷ گویه‌ای پرسشنامه به کار گرفته شد که مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۲۸].

پرسشنامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای بیماران. این پرسشنامه توسط ضرغامی [۲۸] برای بررسی ۳ مؤلفه پذیرش، اجرا و کاربرد در امکان‌سنجی تدوین شده است. این ابزار، ۱۲ گویه دارد و مؤلفه‌های پذیرش، اجرا، کاربرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۲۸].

برنامه مدون شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین برای درمان واژینیسوس

این برنامه در پی مطالعات نویسندگان این مقاله در دانشگاه شاهد با مینا قرار دادن بسته‌های کورسینی [۱۵] و ترکوبله [۱۶] و دیگر منابع موجود داخلی و خارجی [۲۲-۱۷] در قالب یک برنامه درمانی هفت جلسه‌ای طراحی و تدوین شد که در دست انتشار است. هدف این برنامه درمانی، کاهش نشانه‌های واژینیسوس و بهبود عملکرد و رضایت جنسی زوجین براساس مشارکت فعال همسر در فرایند درمان است. خلاصه پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش

۱. در راستای امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان

دعوت‌نامه‌ای از طریق پست الکترونیک برای جمعی از

1. Content Validity Ratio (CVR)
2. Content Validity Index (CVI)
3. Lawshe CH
4. Questionable
5. Unacceptable

$$CVI = \frac{n}{N}$$

N_e : تعداد متخصصانی که گزینه ضروری را انتخاب کرده‌اند؛

N : تعداد کل متخصصان؛

یافته‌ها

n : تعداد متخصصانی که مرتبط و مرتبط اما نیاز به بازبینی

را انتخاب کرده‌اند.

در ادامه، یافته‌های مربوط به روایی محتوای جلسات پروتکل درمانی و امکان‌سنجی آن به تفکیک دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران ارائه شده‌است.

$$CVR = \frac{N_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

جدول ۲. میزان ضرورت محتوا، تکنیک‌ها و تکالیف مرتبط با جلسات درمان

مؤلفه	پرسش	تعداد کل γ	نسبت روایی محتوا (CVR)
محتوا	۱. محتوا و آشنایی با طرح درمان در جلسه ارزیابی	۶	۰/۷۱
	۲. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه نخست	۷	۱
	۴. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه دوم	۷	۱
	۶. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه سوم	۷	۱
	۸. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه چهارم	۷	۱
	۱۰. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه پنجم	۷	۱
	۱۲. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه ششم	۶	۰/۷۱
نمره کل			۰/۹۱
تکالیف	۳. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه نخست	۷	۱
	۵. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه دوم	۷	۱
	۷. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه سوم	۷	۱
	۹. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه چهارم	۷	۱
	۱۱. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه پنجم	۷	۱
	۱۳. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه ششم	۷	۱
نمره کل			۱
مجموع مؤلفه‌ها			۰/۹۵

اساس معیار ویلسون^۱ [۳۰] بالاتر از نقطه برش بحرانی قرار دارد که نشان از مناسب بودن امکان‌سنجی ضرورت توسط متخصصان دارد.

بر اساس نتایج جدول شماره ۲ میزان نسبت روایی محتوا برای همه عامل‌ها (بجز عامل ۱ و ۱۲)، مؤلفه‌های محتوا، تکالیف و مجموع این دو مؤلفه بالاتر از نقطه برش بحرانی براساس معیار لاوشه [۲۵] حاصل شد. همچنین، میزان نسبت روایی محتوای محتوا برای عامل‌های ۱ و ۱۲ نیز بر

1. Wilson FR

جدول شماره ۳. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان (n=۷)

گویه		CVI			شاخص‌های توصیفی				
ردیف	توصیف کلی هر گویه	تعداد پاسخ‌ها	CVI	توصیف	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی
۱	تأثیر بر رفع نیازهای بیماران ایرانی	۷	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	—
۲	تمایل متخصص به استفاده روی بیماران دچار واژینیس موس	۷	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	—
۳	جذابیت برای بیماران ایرانی	۷	۱	مرتبط	۴/۷۱	۰/۷۶	۴	۶	۰/۳۵
پذیرش									
۴	هماهنگی با فرهنگ غالب ایران	۷	۱	مرتبط	۴/۵۷	۰/۵۴	۴	۵	۰/۳۷
۵	تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران	۷	۱	مرتبط	۴/۵۷	۰/۵۴	۴	۵	۰/۳۷
۶	امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران	۷	۱	مرتبط	۴/۸۶	۰/۹۰	۴	۶	۰/۳۵
۷	وجود مطالبه برای اجرا در ایران	۷	۱	مرتبط	۴/۷۱	۰/۷۶	۴	۶	۰/۳۵
تقاضا									
۸	قابلیت اجرایی برنامه	۷	۱	مرتبط	۵/۱۴	۰/۳۸	۵	۶	۲/۶۵
۹	کفایت ۷ جلسه برای اجرای اهداف	۷	۰/۵۷	نامرتبط	۳/۷۱	۰/۷۶	۳	۵	۰/۳۵
۱۰	دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۷۵'	۷	۰/۸۵	مرتبط	۴/۵۷	۱/۱۳	۳	۶	۰/۲۴
۱۱	مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا	۷	۱	مرتبط	۴/۵۷	۰/۵۴	۴	۵	۰/۳۷
۱۲	مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	۷	۱	مرتبط	۴/۷۱	۰/۴۹	۴	۵	۰/۲۳
اجرا									
۱۳	مقرون به صرفه بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی	۷	۱	مرتبط	۵/۲۹	۰/۹۵	۴	۶	۰/۷۶
۱۴	مقرون به صرفه بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی	۷	۱	مرتبط	۵/۱۴	۰/۹۰	۴	۶	۰/۳۵
۱۵	تأثیر مثبت برنامه بر بیماران ایرانی	۷	۱	مرتبط	۴/۸۶	۰/۳۸	۴	۵	۲/۶۵
۱۶	توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی	۷	۱	مرتبط	۴/۴۳	۰/۵۴	۴	۵	۰/۳۷
۱۷	مقرون به صرفه بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی	۷	۱	مرتبط	۴/۸۶	۰/۶۹	۴	۶	۰/۱۷
۱۸	ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه	۷	۱	مرتبط	۵/۲۹	۰/۷۶	۴	۶	۰/۳۵

ادامه جدول شماره ۳. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان (n=۷)

گویه		CVI			شاخص‌های توصیفی				
ردیف	توصیف کلی هر گویه	تعداد پاسخ‌ها	CVI	توصیف	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی
۱۹	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده*	۷	۰/۸۵	مرتبط	۴/۴۳	۰/۹۸	۳	۶	۰/۲۸
۲۰	مکان محتوای جلسات در ایجاد نعطاف در برنامه	۷	۰/۸۵	مرتبط	۴/۴۳	۰/۹۸	۳	۶	۰/۲۸
۲۱	نسجام محتوای جلسات	۷	۱	مرتبط	۵/۲۹	۰/۴۹	۵	۶	۱/۲۳
کاربرد									
۲۲	نطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی	۷	۱	مرتبط	۵/۴۳	۰/۵۴	۵	۶	۰/۳۷
۲۳	مکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/اقتصادی متفاوت	۷	۱	مرتبط	۴/۷۱	۰/۷۶	۴	۶	۰/۶۰
انطباق									
۲۴	احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود	۷	۰/۸۵	مرتبط	۴/۸۶	۱/۰۷	۳	۶	۰/۷۷
یکپارچه‌سازی									
۲۵	نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی*	۷	۰/۸۵	مرتبط	۵/۱۱	۰/۷۹	۴	۶	۰/۲۴
۲۶	تناسب برنامه با اهداف سازمانی	۷	۱	مرتبط	۵/۱۴	۱/۰۷	۳	۶	۱/۵۲
۲۷	میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران	۷	۰/۸۵	مرتبط	۵/۲۹	۰/۴۹	۵	۶	۱/۲۳
۲۸	امکان گسترش برنامه در کشور	۷	۰/۸۵	مرتبط	۵	۰/۸۲	۴	۶	۰
گسترش									
امکان‌سنجی کلی									
		۴/۹۲	۰/۴۳	۴/۳۶	۵/۴۱	۰/۱۲	۵/۸۳		

* به‌لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس‌سازی لحاظ شده‌است.

اجرای اهداف) نامرتبط به‌نظر می‌رسد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها، مقوله‌ها و هم‌چنین کل پرسش‌نامه، بنا به پاسخ‌دهی ۷ متخصص شرکت‌کننده در این بخش از پژوهش «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) تا «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) - به‌جز گویه ۹ با میانگین ۳/۷۱ - به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی متخصصان، ۴/۹۲ و انحراف استاندارد آن، ۰/۴۳ - به‌دست آمده است. با توجه به نتایج جدول ۳، نمرات میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل در نظر گرفته‌شده است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۳، شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات هر مقوله و کل پرسش‌نامه را بر اساس نظر متخصصان نشان می‌دهد. با استناد به توصیه هیرکاس و همکاران [۳۱]، مقدار CVI قابل قبول، ۰/۷۹ (مرتبط بودن محتوای گویه) در نظر گرفته شده است (۰/۷۹ و بالاتر). نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای نیاز گویه به بازبینی، و نمره کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل قبول و غیرمرتبط بودن گویه است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر متخصصان، هدف فقط محتوای مرتبط با یک مورد (گویه ۱۲: کفایت ۷ جلسه برای

جدول شماره ۴. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی جلسه به جلسه از دیدگاه درمانگر (n=۶ جلسات)

ردیف	توصیف کلی گویه	CVI			شاخص‌های توصیفی					
		تعداد پاسخ‌ها	CVI	توصیف	میانگین ۶ جلسه	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
۱	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار	۶	۱	مرتبط	۵/۱۷	۰/۴۱	۴/۶۷	۵/۶۷	۰/۵۰	-۱/۴۸
۲	تمایل به استفاده از محتوای جلسه روی بیماران دچار واژینیسوس	۶	۱	مرتبط	۵/۵۰	۰/۴۱	۵	۶	۰/۵۰	-۱/۴۸
۳	جذابیت برای بیماران دچار واژینیسوس	۶	۱	مرتبط	۵/۱۱	۰/۹۷	۵	۵/۳۳	۰/۹۷	-۱/۸۸
پذیرش										
۴	همه‌پندگی با ساختار فرهنگی غالب ایران	۶	۱	مرتبط	۵/۷۸	۰/۱۷	۵/۶۷	۶	۰/۹۷	-۱/۸۸
تقاضا										
۵	قابلیت اجرایی جلسه	۶	۱	مرتبط	۵	۰	۵	۵	—	—
۶	دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۷۵'	۶	۱	مرتبط	۴/۶۷	۰/۳۷	۴/۳۳	۵	۰	-۳/۳۳
۷	مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا	۶	۱	مرتبط	۵	۰	۵	۵	—	—
۸	مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	۶	۱	مرتبط	۴/۸۹	۰/۱۲	۴/۷۸	۵	۰	-۳/۳۳
اجرا										
۹	تأثیر مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	۶	۱	مرتبط	۵	۰/۸۹	۴	۶	۰	-۱/۸۸
۱۰	تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن	۶	۱	مرتبط	۵/۳۳	۰	۵/۳۳	۵/۳۳	—	—
۱۱	ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه	۶	۱	مرتبط	۵/۰۶	۰/۸۳	۴	۵/۶۷	-۰/۸۷	-۱/۹۲
۱۲	انعطاف محتوای جلسه	۶	۱	مرتبط	۵	۰	۵	۵	—	—
۱۳	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده*	۶	۱	مرتبط	۶	۰	۶	۶	—	—
۱۴	انسجام محتوای جلسه	۶	۱	مرتبط	۵	۰	۵	۵	—	—
کاربرد										
۱۵	انطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی	۶	۱	مرتبط	۵	۰	۵	۵	—	—
۱۶	قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی	۶	۱	مرتبط	۵	۰	۵	۵	—	—
۱۷	امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران سطوح اجتماعی/اقتصادی متفاوت	۶	۱	مرتبط	۵	۰	۵	۵	—	—
انطباق										
امکان‌سنجی کلی										
					۵/۱۵	۰/۱۷	۴/۹۷	۵/۳۵	۰/۳۰	-۲/۱۶

* به‌لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس‌سازی لحاظ شده‌است.

پرسش‌نامه امکان‌سنجی درمانگر را در ۶ جلسه، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی درمانگر، ۵/۱۵ و انحراف استاندارد آن، ۰/۱۷ به‌دست آمده است. با توجه به نتایج جدول شماره ۴، نمرات میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل به‌دست آمده است. با تکیه بر توصیف کیفی میانگین نظرات درمانگر، بنا به نمره‌گذاری گویه‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی متخصصان [۲۸]، میانگین ۵ به بالا، بیانگر امکان‌پذیری «زیاد» است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۴، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسش‌نامه را در دوره گروه درمانی از دیدگاه درمانگر نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر درمانگر، همه گویه‌ها مرتبط تلقی می‌شود. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها، مقوله‌ها و هم‌چنین کل پرسش‌نامه، بنا به پاسخ‌دهی درمانگر، «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) و «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و کل

جدول ۵. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه بیماران (n=۶)

ردیف گویه	CVI			شاخص‌های توصیفی				
	تعداد پاسخ‌ها	CVI	توصیف	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی
۱ رضایت کلی از برنامه	۶	۱	مرتبط	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۱/۸۸
۲ کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار	۶	۱	مرتبط	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۱/۸۸
۳ پیشنهاد شرکت در برنامه به دوستی با مشکلاتی شبیه مشکلات بیمار	۶	۱	مرتبط	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۱/۸۸
۴ تمایل بیمار به استفاده از برنامه یا برنامه مشابه دیگر، در صورت نیاز مجدد به کمک	۶	۱	مرتبط	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۱/۸۸
۵ جذابیت برنامه برای بیماران	۶	۱	مرتبط	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۱/۸۸
پذیرش								
۶ کفایت ۷ جلسه، برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه	۶	۱	مرتبط	۵	۰/۶۳	۴	۶	۲/۵۰
۷ کفایت زمان ۷۵ دقیقه در هر جلسه برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه	۶	۱	مرتبط	۵	۰/۶۳	۴	۶	۲/۵۰
۸ قابل‌فهم بودن مفاهیم و محتوای تمرین جلسات	۶	۱	مرتبط	۵/۳۳	۰/۵۲	۵	۶	-۱/۸۸
اجرا								
۹ تأثیر مثبت برنامه بر بیمار	۶	۱	مرتبط	۵/۳۳	۰/۵۲	۵	۶	-۱/۸۸
۱۰ تأثیر منفی برنامه بر بیمار*	۶	۱	مرتبط	۵	۰	۵	۵	—
۱۱ تناسب انجام فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار	۶	۱	مرتبط	۵/۳۳	۰/۵۲	۵	۶	-۱/۸۸
۱۲ تناسب تکالیف طراحی‌شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته‌شده برای بیمار	۶	۱	مرتبط	۴/۵۰	۰/۵۵	۴	۵	-۳/۳۳
کاربرد								
امکان‌سنجی کلی								
	۴/۹۰	۰/۲۶	۴/۵۰	۵/۲۵	۰/۴۶	۰/۶۳	۰/۴۵	—

* به‌لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد، اما با توجه به تأثیر معکوسش بر مفهوم گسترش (مقوله) مستقیم وارد شدند و نمره مستقیم لحاظ شده‌است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۵، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسشنامه را در دوره درمانی از دیدگاه بیماران عضو گروه درمانی نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر بیماران، همه گویه‌ها مرتبط به نظر می‌رسند. همان گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین گویه‌ها، «متوسط» و «زیاد» به دست آمده‌است. میانگین مقوله‌ها به جز مقوله اجرا که از نظر بیماران، «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) به دست آمده، «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) حاصل شده‌است. کل پرسشنامه نیز همان طور که بازتاب

گویه‌هاست، «متوسط» و «زیاد» به دست آمده‌است. در شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و کل پرسشنامه امکان‌سنجی، میانگین کل نمرات پرسشنامه امکان‌سنجی بیماران، ۴/۹۰ و انحراف استاندارد آن، ۰/۲۶ به دست آمده است.

جمع‌بندی امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

جدول شماره ۶، نتایج مربوط به امکان‌سنجی متخصصان، درمانگر و بیماران را به صورت همزمان نشان می‌دهد.

جدول شماره ۶. میانگین نمرات هر مقوله و کل پرسشنامه از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

مقوله	متخصصان		درمانگر		بیماران	
	میانگین	توصیف کیفی	میانگین	توصیف کیفی	میانگین	توصیف کیفی
پذیرش	۵/۵۷	زیاد	۵/۲۶	زیاد	۴/۶۷	متوسط
تقاضا	۴/۶۸	متوسط	۵/۷۸	زیاد		
اجرا	۴/۵۴	متوسط	۴/۸۹	متوسط	۵/۱۱	زیاد
کاربرد	۴/۸۹	متوسط	۵/۲۳	زیاد	۵/۰۴	زیاد
انطباق	۵/۰۷	زیاد	۵	زیاد		
یکپارچه‌سازی	۴/۸۶	متوسط				
گسترش	۵/۱۳	زیاد				
کل مؤلفه‌های امکان‌سنجی	۴/۹۲	متوسط	۵/۱۵	زیاد	۴/۹۰	متوسط

۱ = اصلاً؛ ۲ = خیلی کم؛ ۳ = کم؛ ۴ = متوسط؛ ۵ = زیاد؛ ۶ = خیلی زیاد

در بررسی مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، درمانگر پروتکل و بیماران شرکت کننده در فرایند درمان به طور کلی، امکان‌پذیری پروتکل «متوسط» گزارش شد. البته در بررسی نتایج مقوله‌ها به تفکیک، یافته‌های متفاوتی به دست آمد. در مورد مقوله‌ها، میزان «پذیرش» - این که تا چه حد این برنامه، به صورت مناسب، رضایت‌بخش و جذاب قضاوت می‌شود - از نظر متخصصان و درمانگر، بالا یا زیاد و از نظر بیماران، متوسط توصیف شد. میزان «تقاضا» - این که تا چه حد این برنامه با فرهنگ منطبق می‌شوند و ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان قصد

استفاده مداوم از آن را دارند؟. از نگاه متخصصان، متوسط، از نگاه درمانگر، بالا یا زیاد به دست آمد. متخصصان و درمانگر، «اجرا» این که تا چه حد می‌توان این برنامه برای اجرا روی جمعیت هدف با وجود بعضی محدودیت‌ها، اما نه با کنترل کامل، موفقیت‌آمیز باشد یا در عمل، مطابق با دستورالعمل اصلی اجرا شود؟ را متوسط و بیماران، آن را بالا یا زیاد توصیف نمودند. «کاربرد» این که تا چه حد می‌توان این برنامه را با استفاده از منابع و شرایط موجود بدون مداخله خارجی روی جمعیت هدف اجرا نمود؟ از سوی متخصصان، متوسط و از سوی

درمانگر و بیماران، بالا یا زیاد توصیف شد. «انطباق»؛ هنگامی که این برنامه به شکل جدیدی تبدیل می‌شود، یا روی جمعیت متفاوتی به کار گرفته می‌شود تا چه حد قابل اجرا است؟ از سوی متخصصان و درمانگر بالا یا زیاد، ارزیابی گردید. در نهایت، دو مقوله «یکپارچه‌سازی»؛ این که تا چه حد این برنامه با سیستم موجود هماهنگی دارد یا با زیرساخت‌های موجود در سیستم، متناسب است؟ و «گسترش»؛ این که این برنامه تا چه حد می‌تواند به عنوان یک درمان یا خدمت جدید گسترش پیدا کند؟- که تنها از نگاه گروه متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفته بود، به ترتیب، متوسط و بالا یا زیاد گزارش شد.

در مجموع، ملاحظات، نشان می‌دهد میزان پذیرش از نظر متخصصان و درمانگر، بالا یا زیاد و از نظر بیماران، متوسط توصیف شده است. میزان تقاضا، از نگاه متخصصان، متوسط و از نگاه درمانگر بالا یا زیاد به دست آمده است. متخصصان و درمانگر، میزان اجرا را متوسط و بیماران آن را بالا یا زیاد توصیف نموده‌اند. کاربرد از سوی متخصصان، متوسط و از سوی درمانگر و بیماران، بالا یا زیاد توصیف شده است. انطباق از سوی متخصصان و درمانگر، بالا یا زیاد ارزیابی شده است. در نهایت، پس از دو مقوله یکپارچه‌سازی و گسترش که تنها از نگاه گروه متخصصان، به ترتیب، متوسط و بالا یا زیاد گزارش شده است، میزان کلی امکان‌سنجی در مجموع، از هر سه منظر متخصصان و بیماران، متوسط و از منظر درمانگر، بالا یا زیاد ارزیابی شده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین امکان‌پذیری برنامه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین در کاهش درد و ترس، افزایش عملکرد و رضایت جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس و همسران آنان از سه منظر متخصصان، درمانگر مجری و بیماران انجام شد. متخصصان امکان‌پذیری برنامه را در دو بعد وضعیت و ضرورت مناسب و در زمینه‌های پذیرش، کاربرد، انطباق و گسترش بالا، و در زمینه تقاضا، اجرا و یکپارچه‌سازی، متوسط ارزیابی نمودند.

میزان پذیرش برنامه حاضر از نظر متخصصان و درمانگر، بالا و از نظر بیماران، متوسط توصیف شده است. می‌توان چنین در نظر گرفت که از نگاه سه گروه مخاطب این

سنجش، برنامه مذکور به اندازه کافی رضایت‌بخش و از جذابیت لازم برخوردار است. متخصصان، میزان تقاضا را متوسط و درمانگر آن را بالا ارزیابی نموده‌اند. به عبارت دیگر، از نظر آن‌ها برنامه با توجه به ساختار فرهنگی غالب جامعه با اندک تأثیرات منفی از امکان اجرا برخوردار است. میزان اجرایی بودن برنامه از دیدگاه متخصصان و درمانگر، متوسط و از دیدگاه بیماران، بالا ارزیابی شد. این ارزیابی بدان معناست که اجرای برنامه حاضر در بالین براساس نظر درمانگر و بیماران، شدنی است و می‌توان با بهره‌گیری از راهنمای درمان به اهداف درمانی مورد نظر در هر جلسه متناسب با زمان تعیین‌شده دست یافت و بیمار هم از تکالیف و تمرینات متناسب با اهداف درمانی هر جلسه بهره‌مند شود. میزان کاربردی یا عملی بودن برنامه، از دیدگاه هر سه گروه متخصصان، درمانگر و بیماران، بالا ارزیابی شده است. بدین معنا که هر سه گروه در این مطالعه، برنامه مذکور را از نظر مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی و اقتصادی، میزان تأثیرات مثبت و یا احیاناً منفی و نیز از نظر انسجام و انعطاف‌پذیری محتوای درمان مناسب ارزیابی کرده‌اند. همچنین، ارتباط اجزای این محتوا با هم، مناسب گزارش نموده‌اند. شرکت‌کنندگان این درمان را شامل مؤلفه‌های درمانی ضروری، مهم و عاری مؤلفه‌های غیرضروری دانسته‌اند. متخصصان و درمانگر، میزان انطباق برنامه را بالا ارزیابی کرده‌اند. بدین معنا که رویکرد شناختی - رفتاری برنامه را با نظریه‌های زیربنایی مکتب شناختی - رفتاری، و محتوای آن را با تنوع فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی ایران منطبق دانسته‌اند. میزان یکپارچگی برنامه از دیدگاه متخصصان متوسط ارزیابی شده است که نشان می‌دهد زیرساخت‌های فیزیکی، اجتماعی موجود برای اجرای برنامه درمانی کنونی و تداوم استفاده از این برنامه در نظام درمانی موجود تا حدی مناسب ارزیابی می‌شود. میزان گسترش برنامه از دیدگاه متخصصان بالا ارزیابی شده است که نشان می‌دهد این برنامه از قابلیت ادغام در نظام سلامت روان کشور و گسترش در دیگر مراکز درمانی برخوردار است.

در مرور ادبیات پژوهشی، مطالعه‌ای که دقیقاً تحت عنوان «امکان‌سنجی» درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین کنونی باشد، یافت نشد. اما کورسینی و همکاران

[۳۲] برنامه شناختی رفتاری زوجی در درمان وستبولودینیای تحریک شده را امکان‌سنجی نمودند، که همسو با پژوهش حاضر، امکان‌پذیری مناسب داشته است. این همسویی نشان می‌دهد امکان‌سنجی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر زوجین مبتنی بر پروتکل کورسینی در نمونه‌های ایرانی و در بافتار فرهنگی ایران مورد تأیید متخصصان، درمانگر و بیمارانی است که همگی برخاسته از همین بوم هستند. به‌علاوه، کیفیت ارائه پروتکل درمانی متناسب با پیش‌زمینه‌های فرهنگی مشترکی که بین درمانگر و بیمار وجود دارد نیز، خود، امری تأثیرگذار در دستیابی به چنین یافته‌هایی است. البته در یافته امکان‌سنجی پروتکل از نگاه بیماران، آن‌چه به‌دست آمد، علاوه بر نظر بیمارانی که واجد تشخیص بوده‌اند، به‌فراخور بافتاری که اختلال در آن نمود می‌یابد، برخاسته از نظر همسران این بیماران نیز بوده که گرچه در بروز و تداوم این آسیب‌شناسی همراه بیمار بوده‌اند، اما خود، مستقیماً تشخیص دریافت ننموده‌اند. چنین سنجشی، گزارش امکان‌پذیری را علاوه بر تجربه بیمار از درمان و کیفیت بهبود خود که از نگاه و تجربه همسر بیمار نیز نشان داده است. این درمان تدوین‌شده، به‌صورت زوج‌محور طراحی شده است. تکمیل پرسش‌نامه از سوی هر دو زوج، علاوه بر این که درک بهتری نسبت به شرایط جنسی، روانی و عاطفی زوجین، نیازها، انتظارات و چالش‌های مشترک آن‌ها را فراهم می‌کند می‌تواند نشان‌دهنده این واقعیت باشد که کیفیت مشارکت همسر در روند بهبودی بیمار، می‌تواند متأثر از برآیند درمان است. به بیان دیگر، نتایج درمان ممکن است به‌طور همزمان بر دیدگاه بیمار و همسر او نسبت به امکان‌پذیری پروتکل اثرگذار باشد. با این حال، پویایی‌های رابطه زناشویی زوجین در ابعاد مختلف می‌تواند بر برداشت آنان از امکان‌پذیری درمان نیز سایه افکند و در نتیجه، پیامد نهایی امکان‌سنجی را از نگاه بیماران و همسرانشان تحت تأثیر قرار دهد.

پژوهش حاضر در راستای ارزیابی پروتکل شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین، با هدف کاهش درد و ترس، افزایش عملکرد و رضایت جنسی زنان مبتلا به واژینیسوس و همسران آنان، در مقیاسی محدود انجام شد. این مطالعه تلاش کرد با سنجش دیدگاه متخصصان این حوزه، درمانگر مجری پروتکل پرداخته و بیماران دریافت‌کننده درمان، و رای پیامدها و پیش از آن، ضمن

بررسی فرایندها و مکانیسم‌های احتمالی اثر این برنامه بررسی کنند. همچنین، این پژوهش در پی شناسایی نیازهای تجربی و ملاحظات منحصربه‌فردی [۲۳] بود که ممکن است در انتقال این پروتکل در بستر فرهنگ ایرانی ضروری باشد.

با این حال، باید توجه داشت که دیدگاه‌های هر سه گروه متخصصان، درمانگر به‌کارگیرنده درمان و نیز بیمارانی که درمان را دریافت نموده‌اند، ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌هایی بوده‌باشند که نتایج امکان‌سنجی را تحت‌الشعاع قرار دهد. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های مطالعه به‌عنوان یک یافته محدود، برخی ابعاد را پیش از اجرا و برخی ابعاد را مرتبط با فرایند اجرا نمایان می‌سازد.

نکته قابل توجه دیگر آن است که متخصصانی در ارتباط با امکان‌پذیری این پروتکل، از دیدگاه آن‌ها بهره گرفتیم، در حوزه رفتاردرمانی شناختی آموزش دیده و به فعالیت مشغول بوده‌اند، اما به‌شکل ویژه و متمرکز در درمان اختلالات جنسی تخصص نداشتند. این موضوع نیز می‌تواند از منظر دیگری بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، عدم برگزاری جلسه نشست متخصصان^۱ بود که موجب شد نتایج به گزارش‌های حاصل از اجرای ابزار مداد - کاغذی از هریک از متخصصان، درمانگر و بیماران محدود باشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود در امکان‌سنجی پروتکل‌های درمانی جدید، در کنار استفاده از ابزار سنجش امکان‌پذیری، نشست‌های حضوری یا مجازی متخصصان نیز برگزار شود و از روش‌های دیگری غیر از پرسش‌نامه، مثل مصاحبه برای دستیابی به دیدگاه متخصصان، درمانگران مجری و بیماران استفاده گردد.

از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، نقصان در اشراف و دسترسی به تمامی برنامه‌های مؤثر در مورد واژینیسوس در گستره‌های جغرافیایی خارج از ایران بود. این موضوع می‌تواند سبب شده باشد برخی مؤلفه‌های بالقوه مفید در درمان واژینیسوس، در فرآیند تدوین برنامه کنونی مورد غفلت قرار گیرد. همچنین، عدم دسترسی به برنامه‌های ویژه و پیوست به برنامه کنونی برای کژکاری‌های جنسی احتمالی مردان (که ممکن است به‌صورت ثانویه در نتیجه واژینیسوس همسر رخ دهد) و نیز فقدان برنامه‌های ویژه و

- 4- Lopez-Brull A, Perez-Dominguez B, Blasco-Ortiz C, Morales-Baixauli M, Nahon I, Casaña-Granell J. Assessing Sexual Functioning with the Female Sexual Function Index in Women Suffering from Genito-Pelvic Pain Penetration Disorder Undergoing a Therapeutic Educational Program. *Am J of Sex Educ.* 2024; 19(3): 337-46. doi:10.1080/15546128.2023.2243809
- 5- Alizadeh A, Farnam F. Coping with dyspareunia, the importance of inter and intrapersonal context on women's sexual distress: a population-based study. *Reproductive Health.* 2021; 18:1-11. doi:10.1186/s12978-021-01206-8
- 6- Ter Kuile MM, Weijenborg P. A woman who never could have coitus: treatment of lifelong vaginismus. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology: A Competency-Oriented Approach.* 2017; 297-309. doi:10.1007/978-3-319-40404-2_17
- 7- Pithavadian R, Chalmers J, Dune T. The experiences of women seeking help for vaginismus and its impact on their sense of self: An integrative review. *Women's Health.* 2023; 19: 17455057231199383. doi:10.1177/17455057231199383
- 8- Kurban D, Eserdag S, Yakut E, Mishra PC. The treatment analysis of the patients suffering from vaginismus and the correlation with the psychological issues. *International journal of reproduction, contraception, obstetrics and gynecology.* 2021; 10(4): 1328-36. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20211107
- 9- Charbonneau-Lefebvre V, Rosen NO, Bosisio M, Vaillancourt-Morel M-P, Bergeron S. An attachment perspective on partner responses to genito-pelvic pain and their associations with relationship and sexual outcomes. *The Journal of Sex Research.* 2021; 58(2): 235-47. doi:10.1080/00224499.2020.1761936
- 10- Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, et al. Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine.* 2018; 15(12): 1752-64. doi:10.1016/j.jsxm.2018.10.003
- 11- Turk D. A cognitive-behavioral perspective on the treatment of individuals experiencing chronic pain. C Turk Dennis, J Gatchel, Robert (Eds), *Psychological Approaches to Pain Management: a practitioner's handbook.* 2018: 115-37. doi:10.1016/s1098-7339(03)00392-4

پیوست به برنامه کنونی برای درمان دیگر نشانه‌های احتمالی واژینیسموس به جز درد و ترس (مانند چنندش) از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود.

در این مسیر، پیشنهاد می‌شود افزودن دست کم دو جلسه یادآور به برنامه درمانی کنونی، به فاصله‌های ۱۵ و ۴۵ روز پس از پایان درمان، بتواند به تثبیت و بهبود بیشتر نتایج کمک کند. همچنین اجرای پژوهش‌های گسترده‌تر پیشنهاد می‌شود تا زمینه طراحی پیوست‌های مکمل برای برنامه درمانی فراهم شود؛ از جمله پیوست‌هایی که درمان کژکاری‌های جنسی ثانویه در همسر را هدف قرار دهد یا مداخلاتی که سایر نشانه‌های مرتبط با واژینیسموس مانند چنندش از دستگاه تناسلی خود یا همسر، یا فوبیای مرتبط چنندش از دستگاه تناسلی خود یا همسر، یا فوبیای مرتبط با آلت تناسلی همسر را پوشش دهد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به‌هدف امکان‌سنجی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زوجین در درمان واژینیسموس در نمونه‌های ایرانی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، درمانگر و بیماران، به‌طور کلی، امکان‌پذیری پروتکل را نمایان ساخته است.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5).* Washington DC: APA; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- 2- American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition – Text Revision (DSM-5-TR).* Washington DC: APA; 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787
- 3- Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Khiabani A. Sexual penetration cognitions in women with genito-pelvic pain and penetration disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sexual and Relationship Therapy.* 2023; 38(4): 638-52. doi:10.1080/14681994.2021.1894327

- 20-Tadayyon M, Rezaei A, Mollaei-Nezhad M, Shirali K. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Terrifying Thoughts of Women with Primary Vaginismus: A Single-Case Trial. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 19 (39): 25-34. doi:10.22038/ijogi.2017.8418 **[In Persian]**
- 21-Bergeron S, Pâquet M, Steben M, Rosen NO. Perceived partner responsiveness is sexual well-being in couples with genito-pelvic pain. *Journal of family psychology*. 2021; 35(5):628-638. doi:10.1037/fam0000829
- 22-Bokaie M, & Bostani Khalesi Z. Couple therapy and vaginismus: a single case approach. *Journal of sex & marital therapy*. 2019; 45(8): 667-672. doi:10.1080/0092623X.2019.1610126
- 23-Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*. 2009; 36(5): 452-457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002
- 24-O'Cathain A, Hoddinott P, Lewin S, Thomas KJ, Young B, Adamson J, ... et al. Maximising the impact of qualitative research in feasibility studies for randomised controlled trials: guidance for researchers. *Pilot and feasibility studies*. 2015; 1(1): 1-13. doi:10.1186/s40814-015-0026-y
- 25-Pashaeizad H. A Glance to Delphi Method. *Peyke Noor Journal*. 2008; 6(1): 64-79. <https://sid.ir/paper/128723/fa> **[In Persian]**
- 26-Rahmani A, Vaziri Nezhad R, Ahmadi Nia H, Rezaeian M. Methodological Principles and Applications of the Delphi Method: A Narrative Review. *JRUMS*. 2020; 19 (5): 515-538. doi:10.29252/jrums.19.5.515 **[In Persian]**
- 27-Tongco MDC. Purposive sampling as a tool for informant selection. *Ethnobotany Journal*. 2007; 5: 147-158. doi:10.17348/era.5.0.147-158
- 28-Zarghami F. Efficacy and feasibility of the Unified Protocol of emotional disorders (UP) in 8-11 years old Iranian children with anxiety disorders and comorbid depressive symptoms. [Ph.D. Thesis] in Clinical Psychology, Shahed University. 2019. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/785a9aef9c91e31e9afbb9d38956d14d> **[In Persian]**
- 12-Işık C, Aslan E. The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: a randomized controlled study. *International Urogynecology Journal*. 2023; 34(3): 683-92. doi:10.1007/s00192-022-05204-7
- 13-Ergani SY. Evaluation of Sexual Function and Satisfaction Before and After Therapy in Couples Who Applied With The Diagnosis of Vaginismus. *ACH Medical Journal*. 2023; 2(3): 146-51. doi:10.5505/achmedj.2023.46855
- 14-Bergeron S, Pâquet M, Steben M, Rosen NO. Perceived partner responsiveness is associated with sexual well-being in couples with genito-pelvic pain. *Journal of Family Psychology*. 2021; 35(5): 628. doi:10.1037/fam0000829
- 15-Corsini-Munt S, Bergeron S, Rosen NO, Mayrand MH, Delisle I. Feasibility and preliminary effectiveness of a novel cognitive-behavioral couple therapy for provoked vestibulodynia: a pilot study. *The journal of sexual medicine*. 2014; 11(10): 2515-27. doi:10.1111/jsm.12646
- 16-Ter Kuile MM, Melles R, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, van Lankveld JJ. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list control trial of efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013 Dec; 81(6): 1127. doi:10.1037/a0034292
- 17-Mohammadi A. The Effect of Cognitive behavioral Therapy on Anxiety, Sexual Function Improvement, and Merital Satisfaction in the Patients with Vaginismus [master's thesis]. Payam e Noor University; 2012. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/e5af7067401cb191a5694d9254568acb> **[In Persian]**
- 18-Edalatian, R. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Improvement of Vaginism Disorder and Sexual Satisfaction [master's thesis]. Tabriz University; 2012. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/c30d5a37d3d4639d3544c02e68206c7d> **[In Persian]**
- 19-Hamid N, Dehghani-Zadeh Z, Firoozi AA. The Effect of Cognitive Behavior Therapy on the Sexual Function of Women with Vaginism Disorder. *The Iranian of Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 20 (15): 1 -11. doi:10.22038/ijogi.2012.6151 **[In Persian]**

- 31-Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(6): 619-625. doi:10.1016/s0020-7489(03)00036-1
- 32-Corsini-Munt S, Bergeron S, Rosen N. O, Mayrand M. H, Delisle I. Feasibility and preliminary effectiveness of a novel cognitive-behavioral couple therapy for provoked vestibulodynia: a pilot study. *The journal of sexual medicine*, 2014; 11(10): 2515-2527. doi:10.1111/jsm.12646
- 29-Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975; 28: 563-575. doi:10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
- 30-Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *J Measurement evaluation in counseling development*. 2012; 45(3): 197-210. doi:10.1177/0748175612440286

Research Article

Couple-based Cognitive Behavioral Therapy Program for Vaginismus: Introduction and the Feasibility from the perspectives of the Experts, the Therapists, and the Patients

Authors

Mohammad Hossein Akhavan Taghavi¹, Rasoul Roshan Chesli²,
Mohammad Reza Shaeiri^{3*}, Fatemeh Akhavan-Abiri⁴

-  1. Ph.D. Graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavanh34@gmail.com
-  2. Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. rasolroshan@yahoo.com
-  3. Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
-  4. Ph.D. Graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavan885@gmail.com

Abstract

Receive Date:
21/09/2025

Accept Date:
31/01/2026



Introduction: Genito-pelvic pain disorder is one of the sexual dysfunctions associated with penetration that reduces the couple's sexual performance and satisfaction, required to psychological interventions and therapeutic programs have been designed to recover it. The present study aimed to determine the feasibility of a developed couple-based cognitive behavioral therapy program in reducing pain and fear, increasing sexual performance and satisfaction in women with vaginismus and their partners.

Method: The present study was conducted in the first stage following a Delphi design and the second stage in a single-case design. Thus, 7 experts completed a feasibility questionnaire by reading the detailed protocol summary before starting the therapy sessions. In addition, the protocol therapist evaluated the protocol in terms of feasibility criteria at the end of each session, and each of the 6 people (3 couples) under treatment also presented their views on the feasibility criteria of this protocol at the end of the treatment.

Results: The experts evaluated the feasibility of the program from the dimensions of the appropriate situation and necessity. Experts considered the feasibility of the program “much” in the areas of acceptability, practicality, adaptation, and expansion, and “moderate” feasible in the areas of demand, implementation, and integration, which means it required a more detailed evaluation. In the second stage performed during the course of developed couple-based cognitive behavioral therapy program, the therapist evaluated the feasibility of the program “much” in the areas of acceptability, demand, practicality, and adaptation, and “moderate” in the implementation. Patients described the feasibility of the program as “much” in the components implementation, and practicality, and “moderate” in the acceptability.

Discussion and conclusion: The developed cognitive-behavioral therapy program based on couple participation has indicated relatively appropriate feasibility according to the opinions of experts, patients, and therapist.

Keywords

Vaginismus, Feasibility, Cognitive Behavioral Couple Therapy.

Corresponding
Author's E-mail

shairigm@gmail.com

This article was extracted from the first author's Ph.D. thesis in Clinical Psychology.

Extended Abstract

Introduction

Vaginismus is defined as a genital-pelvic pain disorder related to penetration and is characterized by the following criteria: inability to achieve vaginal penetration, perceived pain in the vagina or pelvis during or attempting vaginal penetration, perceived fear or anxiety about pain before, during, or after vaginal penetration, and pelvic floor muscle contractions during vaginal penetration [1]. Recent findings suggest that women with vaginismus experience greater sexual satisfaction when they experience intimacy and support from their partners [9]. Various methods have been used to treat vaginismus, including cognitive behavioral therapy (CBT), vaginal dilators, eye movement desensitization and reprocessing, hypnotherapy, and pharmacotherapy [10]. In the meantime, cognitive behavioral therapies have been used to reduce pain and improve sexual well-being with successful evidence-based outcomes [12, 11]. The lack of a program with a couple-based approach to the treatment of vaginismus in Iran led the present researchers to design and develop a comprehensive treatment program based on Corsini's couple cognitive behavioral program [15] to reduce pain in women with pain caused by vaginal vestibular stimulation, the Ter Kuile's therapist-assisted exposure therapy program [16] in the treatment of vaginismus, and other sources. This program was designed and developed in the form of a 7-session treatment program that is currently being published. The goal of the aforementioned treatment program is to reduce the symptoms of patients with vaginismus and improve the sexual function and satisfaction of couples based on the active participation of the partner.

Method

In the first step, the current study was conducted following the Delphi design, and in the second step, through a single-case design. In addition to the experts in the first step, the therapist completed the feasibility criteria in each session, and the patients also presented their perspectives on the feasibility criteria of this protocol at the end of the treatment.

The statistical population in the first step included psychology experts with PhD degrees, and in the second study, in addition to the therapist implementing the protocol. In addition to the therapist implementing the

protocol, the sample of experts in this study was 7 people, and the sample of patients was 6 people (3 couples), which was obtained based on the purposive sampling method.

In addition to the developed cognitive-behavioural couple therapy, the instruments included the overall protocol feasibility questionnaire for experts, the session-by-session protocol feasibility questionnaire for therapist, and the overall protocol feasibility questionnaire for patients [21]. To quantitatively assess the protocol feasibility, the calculation of the total scores and the average of each component was used. CVR and CVI were also calculated as an index of content validity evaluation for the feasibility questionnaire for experts, therapist, and the feasibility questionnaire for patients (since they are completed by more than one person and in the case of therapist, more than one session)

Results

In the review of all feasibility components from the perspective of experts and patients participating in the treatment process, the feasibility of the protocol was reported as "moderate", while the therapist reported it as "much". When examining the results of the components separately, different findings were obtained. The level of acceptability was described as much from the perspective of experts and the therapist, and much from the perspective of patients. The level of demand was moderate from the perspective of experts and high from the perspective of therapists. Experts and therapists described the level of implementation as moderate, and patients described it as much. Practicality was described as much by all three audiences of experts, therapists, and patients. Adaptation was assessed as much by both experts and the therapist. Finally, after the two categories of integration and expansion, which were reported as moderate and much, respectively only from the perspective of the expert group, the overall level of feasibility was assessed as moderate from the perspectives of experts and patients, and much from the perspective of the therapist. (See table 1). The CVR was confirmed the necessity of the developed protocol by experts for all factors based on Wilson's criteria. The CVI calculation indicates that in the experts' version, the goal of just content related to one item (item 12: the adequacy of 7 sessions to implement the objectives) seems "irrelevant". In the therapist and patient versions, all items were found to be "relevant" (see Table 2).

Table 1. Mean Scores of each Component and the Questionnaire Totally from the Viewpoint of Experts, Therapist, and the Patients

component	Experts		Therapist		Patients	
	mean	description	mean	description	mean	description
Acceptability	5.57	high	5.26	high	4.67	moderate
Demand	4.68	moderate	5.78	high		
Implementation	4.54	moderate	4.89	moderate	5.11	high
Practicality	4.89	moderate	5.23	high	5.04	high
Adaptation	5.07	high	5	high		
Integration	4.86	moderate				
Expansion	5.13	high				
Total Feasibility	4.92	moderate	5.15	high	4.90	moderate

Table 2. Items' CVI for each Component Item in the Experts, Therapist, and the Patients' Versions of the Questionnaire

Component	Experts		Therapist		Patients	
	Average Score	Description	Average Score	Description	Average Score	Description
Acceptability	1	relevant	1	relevant	1	relevant
Demand	0.97	relevant	1	relevant	—	—
Implementation	0.90	relevant	1	relevant	1	relevant
Practicality	0.97	relevant	0.99	relevant	1	relevant
Adaptation	1	relevant	1	relevant	—	—
Integration	0.93	relevant	—	—		
Expansion	0.91	relevant	—	—		

Conclusion

The present study was conducted to introduce and assess the feasibility of a Couple-based cognitive behavioural therapy program for vaginismus. In the literature review, no study was found that specifically assessed the feasibility of current cognitive-behavioural couple therapy, but Corsini et al. [27] assessed the feasibility of a cognitive-behavioural couple program in the treatment of stimulated vestibular dystonia, which was found to be feasible in line with the present study. This alignment shows that the feasibility of cognitive-behavioural couple therapy based on the Corsini protocol in Iranian samples and the Iranian cultural context is approved by experts, therapists, and patients who all come from the same background. In addition, the quality of the treatment protocol provision, appropriate to the common cultural backgrounds that exist between the therapist and patients, is also influential in achieving such findings.

To assess the feasibility of the protocol on a limited scale, the present study attempted to determine the

empirical needs that may require unique considerations [27] in transferring the protocol to Iranian cultural samples, beyond the consequences and before, while examining the processes and possible mechanisms of the effect of this program. Therefore, although all three groups of experts, the therapist who applied the treatment, and the patients who received the treatment, may have been affected by biases that overshadowed the results of the feasibility study, as a limited finding, it reveals some dimensions before implementation and some dimensions related to the implementation process.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: The endorsement of the Research Ethics Committee of Shahed University (Tehran - Iran) has been obtained, bearing the identifier “IR.SHAHED.REC.1401.034”.

Funding: This study was self-funded.

Conflict of Interest: The authors declare no competing interests.

Research Article

Feasibility of Norton Transdiagnostic Group Cognitive-Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Iranian Samples: The Viewpoint of Experts, Therapist, and Patients

Authors

Fatemeh Akhavan-Abiri¹, Mohammad Reza Shaeiri^{2*}, Hojjatollah Farahani³,
Arsia Taghva⁴

-  1. Ph.D. Graduate of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavan885@gmail.com
-  2. Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
-  3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. h.farahani@modares.ac.ir
-  4. Professor, Department of Psychiatry, Military Psychiatry 505 Hospital, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ataghva@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
21/09/2025

Accept Date:
31/01/2026



Introduction: Anxiety disorders are among the most common mental disorders for which protocols have been developed and applied in accordance with theoretical perspectives focused on these disorders. Since the first step in implementing new interventions in a context is based on judging their feasibility, the aim of the present study was to evaluate the feasibility of Norton's transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders in Iranian samples.

Method: The present study was conducted in the first step following a Delphi design and the second step within a quasi-experimental design with pre-test, post-test, follow-up phases, and waiting list. In this way, 9 experts completed a feasibility questionnaire before starting the group therapy by reading the detailed protocol summary. In addition, the protocol therapist evaluated the protocol in terms of feasibility criteria at the end of each session, and every 8 patients in the group therapy group also presented their views on the feasibility criteria of this protocol at the end of the treatment.

Results: The protocol's feasibility was generally deemed appropriate by examining all feasibility categories from the viewpoints of experts, the protocol therapist, and patients participating in the treatment process. All components were obtained "relative" from the perspective of experts, therapist, and patients, considering the Content Validity Index (CVI) for the dimensions and components of feasibility.

Discussion and conclusion: Norton transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders seems feasible in Iranian samples from the perspective of experts in Iranian society, the therapist providing this protocol, and the patients undergoing the treatment period. This finding paves the way for further investigations to determine the efficacy and effectiveness of this treatment program within the framework of large-scale trials.

Keywords

Anxiety Disorders, Feasibility, Norton, Group Cognitive - Behavioral Therapy.

Corresponding
Author's E-mail

shairigm@gmail.com

This article was extracted from the first author's Ph.D. thesis in Clinical Psychology.

Extended Abstract

Introduction

Anxiety disorders are defined by a pattern of excessive fear and anxiety and associated behavioural disturbances [3]. Cognitive behavioural therapy (CBT) is an empirically supported psychotherapy approach [7,8]. Due to the high comorbidity among mental disorders [5] and the considerable overlap between mental disorders in symptoms and criteria, common processes have been considered [10, 11] led to the development of new treatment models that have gradually come together under the name of “transdiagnostic treatments”; treatments that, in their broadest sense, target multiple comorbid disorders simultaneously [12]. Transdiagnostic Cognitive-Behavioural Group Therapy for Anxiety Disorders (TGCBT) [14] is one of the most prominent transdiagnostic protocols [15], with numerous studies confirming its efficacy and effectiveness on diagnostically heterogeneous anxiety samples and groups with diagnoses of Generalized Anxiety Disorder (GAD), Social Anxiety Disorder (SAD), Panic Attack Disorder (PAD), agoraphobia, and specific phobia [16-26]. Since the first step in implementing therapeutic interventions in a context is based on a judgment about their feasibility [29], and given that this protocol has not been used in Iranian society so far, the present study aims to evaluate the feasibility of TGCBT in Iranian samples.

Method

In the first step, the current study was conducted following the Delphi design, and in the second step, through a quasi-experimental design with pretest - post-test. In addition to the experts in the first step, the therapist completed the feasibility criteria in each session, and the patients also presented their perspectives on the feasibility criteria of this protocol at the end of the treatment.

The statistical population in the first step included psychology experts with PhD degrees, and in the second study, in addition to the therapist implementing the protocol, included all patients with anxiety disorders in Tehran who received any of the aforementioned diagnoses during their visits to medical centres in 2023 and 2024. In

addition to the therapist implementing the protocol, the sample of experts in this study was 9 people, and the sample of patients was 8 people, which was obtained based on the purposive sampling method.

In addition to the TGCBT, the instruments included the overall protocol feasibility questionnaire for experts, the session-by-session protocol feasibility questionnaire for therapist, and the overall protocol feasibility questionnaire for patients [36]. To quantitatively assess the protocol feasibility, the calculation of the total scores and the average of each component was used. CVI was also calculated as an index of content validity evaluation for the feasibility questionnaire for experts, therapist, and the feasibility questionnaire for patients (since they are completed by more than one person).

Results

In the review of all feasibility components from the perspective of experts, therapist, and patients participating in the treatment process, the feasibility of the protocol was reported as "high". However, when examining the results of the components separately, different findings were obtained. The level of acceptability was described as moderate from the perspective of experts and high from the perspective of therapist and patients. The level of demand was high from the perspective of experts and patients and very high from the perspective of therapist. Experts and therapist described the level of implementation as high, and patients described it as moderate. Practicality was described as high by all three audiences of experts, therapist, and patients. Adaptation was assessed as high by experts and patients and very high by the therapist. Finally, after the two categories of expansion and integration, which were reported as high only from the perspective of the expert group, the overall level of feasibility was assessed as high from all three perspectives of experts, therapist, and patients (See table 1). The CVI calculation indicates that in the experts' version, the goal of just content related to one item (item 26: program implementation needs cost and organizational infrastructure) seems “irrelevant”. In the therapist and patient versions, all items were found to be "relevant" (See table 2).

Table 1. Mean Scores of each Component and the Questionnaire Totally from the Viewpoint of Experts, Therapist, and the Patients

component	Experts		Therapist		Patients	
	mean	description	mean	description	mean	description
Acceptability	4.93	moderate	5.78	high	5.50	high
Demand	4.97	moderate	6	very high		
Implementation	4.90	moderate	5.73	high	4.67	moderate
Practicality	5.10	high	5.18	high	5.03	high
Adaptation	5.28	high	6	very high		
Integration	4.78	moderate				
Expansion	4.72	moderate				
Total Feasibility	4.97	moderate	5.61	high	5.05	high

Table 2. Items' CVI for each Component Item in Experts, Therapist, and the Patients' Versions of the Questionnaire

Component	Experts		Therapist		Patients	
	Average Score	Description	Average Score	Description	Average Score	Description
Acceptability	0.96	relevant	1	relevant	1	relevant
Demand	1	relevant	1	relevant	1	relevant
Implementation	0.96	relevant	1	relevant	1	relevant
Practicality	0.98	relevant	0.97	relevant	1	relevant
Adaptation	1	relevant	1	relevant	1	relevant
Integration	1	relevant				
Expansion	0.89	relevant				

Conclusion

The present study was conducted to assess the feasibility of Norton TGCBT for anxiety disorders in Iranian samples. The findings indicated that the overall feasibility components from the perspectives of experts, therapist, and patients demonstrated the feasibility of the protocol generally. It seems that, as often in feasibility studies in psychology, these studies have been evaluated more from an outcome perspective, meaning that instead of testing the intervention process, outcome measures, or research techniques for use in the main study, they only measure the outcomes of the treatment. In the present study, although all three groups of experts, the therapist who applied the treatment, and the patients who received the treatment may have been affected by biases that could have affected the feasibility results, as a limited finding, it reveals some dimensions before implementation and some dimensions related to the implementation process. In the literature on Norton TGCBT for anxiety disorders, preliminary studies that pursued a similar goal of determining the effectiveness of this protocol were noted. The results of the present study were consistent with them,

and this protocol appears to potentially work in a small sample. This consistency is partly due to the underlying dimensions of the Norton protocol, which are based on more classical treatment strategies in cognitive behaviour therapy; that is, behavioural activation in the form of exposure therapy and cognitive restructuring.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: The endorsement of the Research Ethics Committee of Shahed University (Tehran - Iran) has been obtained, bearing the identifier "IR SHAHED.REC.1402.126", alongside the formal submission of the research proposal to the Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT), which is cataloged under the reference code "76032." The paper is extracted from the Ph.D. Thesis in Clinical Psychology presented on 19.01.2025.

Funding: This study was self-funded.

Conflict of Interest: The authors declare no competing interests.

Research Article

Designing and Content Validation of Feasibility Questionnaires from the Perspectives of Experts, Clinicians, and Patients

Authors

Firouzeh Zarghami¹, Mohammad Reza Shaeiri^{2*}, Zahra Shahrivar³,
Fatemeh Akhavan-Abiri⁴

-  1. Ph.D. Graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. firouzeh.zarghami@gmail.com
-  2. Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
-  3. Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. sharivar@sina.tums.ac.ir
-  4. Ph.D. Graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavan885@gmail.com

Abstract

Receive Date:
21/09/2025

Accept Date:
31/01/2026



Introduction: In a new culture, implementing treatment initially requires assessing and confirming the feasibility programs. Given the importance of feasibility in the expansion of psychotherapy programs, the present study aimed to develop and content validate the feasibility questionnaires from the perspectives of experts, therapist/clinician, patients (and in the case of children and adolescents, patients' parents).

Method: The present study followed a descriptive-survey design. After searching the literature on the concept of feasibility and developing 4 versions of the feasibility questionnaire from the perspectives of experts, therapist/clinician, patients, and patients' parents (in the case of children and adolescents), the content validity of the questionnaires was determined according to the opinions of 10 experts by calculating the content validity index (CVI) and content validity ratio (CVR) among psychologists who were at least doctoral students and had clinical experience of at least 5 years, selected based on a purposive sampling method.

Results: By removing unacceptable items, the content validity of the final version of the general feasibility questionnaire for experts was confirmed with 29 items by removing 9 items, the session-by-session feasibility questionnaire with 18 items by removing 4 items, the parent feasibility questionnaire with 15 items by removing 2 items, and the patients (child) feasibility questionnaire with the same 12 items without removing any items.

Discussion and conclusion: Despite the accessibility of similar feasibility tools, the present study attempted to present, for the first time, a coherent set of questionnaires for assessing the feasibility of therapeutic interventions, while paying attention to the greatest possible content comprehensiveness, focusing on the perspectives of different audiences such as experts, clinicians, patients, and in the case of children and adolescents, patients' parents. In addition to adaptability to therapeutic programs, these questionnaires are able to assess the feasibility with respect to other programs.

Keywords

Feasibility, Questionnaire, Experts, Clinician, Therapist, Patients, Parents.

Corresponding
Author's E-mail

shairigm@gmail.com

This article was extracted from the first author's Ph.D. thesis in Clinical Psychology.

Extended Abstract

Introduction

The first step in implementing treatment programs in a new culture is to judge their feasibility [1]. In a feasibility study, researchers employ mechanisms to improve generalizability [2]. Feasibility studies in psychotherapy seek to answer the question: "Does the treatment program work in a small sample?" [2].

In reviewing the research literature related to the concept of feasibility and the various categories that have been proposed for the underlying components of this concept, Bowen et al. [1] believe that feasibility studies identify eight general areas: acceptability, demand, implementation, practicality, adaptation, integration, extension, and limited efficacy testing. These components, among the various existing categories of the concept of feasibility, have looked at the concept of feasibility from a broader and more comprehensive angle and have proposed feasibility assessment through the passage of the aforementioned eight components.

The authors of the present study, reviewing studies in the field of feasibility of treatment protocols, did not find a comprehensive tool that considers the various components of feasibility in the evaluation to achieve an appropriate standard for feasibility assessment. Therefore, the present study aimed to develop and content validate the questionnaires in feasibility assessment that cover the feasibility components considered by Bowen et al. [1] from the perspectives of experts, clinicians, participants, and, in the case of children and adolescents, the patients' parents.

Method

The present study followed a descriptive-survey design. After searching the literature on the concept of feasibility and developing 4 versions of the feasibility questionnaire from the perspectives of experts, clinicians, patients, and patients' parents (if the patients are children or adolescents), among psychologists who were at least doctoral students and had a clinical experience of at least 5 years, based on a purposive sampling method, the content validity of the questionnaires was determined according to the viewpoint of 10 experts by calculating the Content Validity Index (CVI) and Content Validity Ratio (CVR).

The instruments used in the present study were the General Feasibility Questionnaire for Experts/Clinicians [7], the Session-by-Session Feasibility Questionnaire for Experts/Clinicians [7], the General Feasibility Questionnaire for Parents [7], and the General Feasibility Questionnaire for Children [7], which were developed and implemented while conducting a clinical trial focused on the Transdiagnostic Protocol for Children's Emotional Disorders (UP-C).

In developing the feasibility questionnaires in four general versions for experts/clinicians, session-by-session

for specialists/clinicians, parents, and children, each version was adapted to its audience in terms of having the appropriate components, considering the concept of feasibility components.

Results

Based on the the calculated CVI and CVR, "unacceptable" or "questionable" items were removed and the final version of the general feasibility questionnaire for experts/clinicians was confirmed with 29 items after 9 items were removed, the session-by-session feasibility questionnaire for experts/clinicians was confirmed with 18 items after 3 items were removed, the parent feasibility questionnaire was confirmed with 15 items after 2 items were removed, and the child feasibility questionnaire was confirmed with 12 items without any items being removed.

In the general feasibility questionnaire from the experts' perspective, items that did not obtain an acceptable index of content validity and were therefore removed were related to the following: the degree of satisfaction of the treatment program (in acceptability), the degree of negative impact of the treatment program on the cultural structure of Iran (in demand), the degree of success of the treatment program (in implementation), the ability to implement with quality based on available resources, the negative impact on the patients, the economic cost-effectiveness for patients and the degree of unnecessary components in the treatment program (in practicality), and the degree of negative impact on the country's mental health programs (in integration). In the session-by-session feasibility questionnaire for experts/clinicians, items were removed that referred to the degree of satisfaction with the treatment program (in acceptability), the degree of success of the treatment program (in implementation), and the degree of negative impact on patients (in practicality). Finally, in the general feasibility questionnaire from the parents' perspective, the items that were removed were related to the attractiveness of the treatment program for parents (in acceptability) and the extent of the negative impact of the treatment program on patients (in practicality). Conceptually, the removed items can be viewed from two perspectives; first, items that are related to the positive aspects of the treatment program, such as the degree of satisfaction, attractiveness, and success of the treatment program, its feasibility, and cost-effectiveness, and second, items that assess the negative or dismissive aspects of the treatment program, such as the degree of negative impact of the treatment program on the cultural structure of Iran (in demand), the degree of negative impact on patients, and the amount of unnecessary components in the treatment program (in practicality), and finally, the degree of negative impact on the country's mental health programs (in integration).

Conclusion

The present study aimed to develop and content

validate of feasibility questionnaires from the perspectives of experts, clinicians, participants, and in the case of children and adolescents, their parents. The findings obtained from the experts' perspective confirmed the content validity of the four versions of the feasibility questionnaire, which were developed based on the feasibility components considered by Bowen et al. (2009), while deleting some items. Although a review of the research literature related to assessing the feasibility of psychotherapy protocols found tools that are used in this field and, in addition, aim to assess the perspectives of the experts, therapists, and patients from different angles [3,5,11], no tool was found that consistently attempted to pay comprehensive attention to the dimensions of feasibility as much as possible and in some way provide the arena for comprehensive assessment of those dimensions. In cases where efforts were made to develop and present a tool aimed at more comprehensively assessing the underlying components of feasibility [12], no separation of the questionnaire audience was observed to

obtain perspectives from different angles; the perspective of the expert who examines the treatment program from outside the space of its implementation, the therapist who is directly involved in the challenges of implementing the treatment program, the participants and patients who directly receive the structure and content of this treatment program under the guidance of the therapist. However, the present study attempted to present, for the first time, a coherent set of questionnaires for assessing the feasibility of therapeutic interventions, while taking into account the greatest possible content comprehensiveness, focusing on the perspectives of various audiences such as experts, clinicians, patients, and in the case of children and adolescents, their parents

Ethical Considerations

Funding: This study was self-funded.

Conflict of Interest: The authors declare no competing interests.

Research Article

Feasibility Study: The What, the Why, and the Place on Clinical Psychology

Authors

**Fatemeh Akhavan-Abiri¹, Mohammad Reza Shaeiri^{2*}, Hojjatollah Farahani³,
Arsia Taghva⁴**

 1. Ph.D. Graduate of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavan885@gmail.com

 2. Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. h.farahani@modares.ac.ir

 4. Professor, Department of Psychiatry, Military Psychiatry 505 Hospital, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ataghva@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
21/09/2025

Accept Date:
31/01/2026



Abstract

Evidence-based interventions must undergo rigorous feasibility assessments after being designed and introduced to the scientific community in the health system. The judgment about their feasibility conforms, to some extent, to a basis to select new interventions as the first step. Feasibility studies seek to answer whether the intervention works in a small sample. If the answer is positive, the research progresses towards a full-scale study, such as a randomized controlled trial. The present article intends to refer to this concept by looking at the origin of feasibility studies and their place in psychology. It will then outline the necessity of conducting feasibility studies by considering their various components, the objectives of these studies, the importance of cultural differences, in an operational manner, and the steps to conduct a feasibility study. Just as psychometric properties of psychological testing instruments need to be studied when they are introduced into a new culture, a new psychotherapy program will need to overcome the methodological bottleneck of a feasibility study to be applied in its target culture to determine its suitability for expansion into the new context.

Keywords

Feasibility, Clinical Trial, Cultural Differences, Psychotherapy

**Corresponding
Author's E-mail**

shairigm@gmail.com

This article was extracted from the first author's Ph.D. thesis in Clinical Psychology.

Extended Abstract

Introduction

As one of the fundamental goals in any health system, the use of evidence-based interventions is possible if the interventions undergo rigorous feasibility assessments after being designed and introduced to the scientific community. The first step in selecting potential interventions is based, to some extent, on a judgment about their feasibility [1].

“Feasibility” is a well-known term in the literature review that has repeatedly been heard by capital analysts and investors. Feasibility studies often examine the risks to reveal whether the economic climate is suitable for the active and effective implementation of a proposed business [3].

In addition to the scope of economics and business, feasibility has also been used in the domains of other sciences, each of which has described different patterns and conditions. In the field of management, feasibility studies are defined as a process that predicts the outcome of a research investigation or assessment of a planned project with potential benefits, allowing for the proper

screening and evaluation of the outputs of any business prospect and the requirements for starting a project [4].

Feasibility Studies in Psychology

The further application and expansion of feasibility studies in psychology provides an opportunity to both improve intervention outcome research and bridge the knowledge-practice gap. In psychotherapy, feasibility studies seek to answer the question: “Does the treatment program work in a small sample?” [5].

If there is a need to create, increase, or continue social activity and participation concerning the proposed intervention, or there are few previous published studies, or the existing data are obtained using a specific intervention technique, the necessity to conduct a feasibility study is raised.

In the review of the research literature related to the concept of feasibility, components were introduced by different authors, each in the proportion and with a specific definition in the text of the concept of feasibility. The proposed components of feasibility are presented separately by the introducing authors in Table 1.

Table 1. The Classification of Feasibility Components Based on Three Perspectives*

Gadke et al., 2021	Tickle-Degnen, 2013	Bowen et al., 2009
Social Validity	—	Acceptability
Recruitment Capability	—	Demand
Implementation	Management Assessment	Implementation
Practicality	Resources Assessment	Practicality
Adaptability	—	Adaptation
Integration	—	Integration
Generalizability	—	Expansion
Design procedure	Scientific Assessment	Limited-efficacy testing
Effectiveness		
Data Collection	Process Assessment	—

*In this table, the conceptually related components has been placed in the same row, in accordance with the explanation provided for the concept of each component in the text of the article.

In presenting the objectives pursued by feasibility studies, Orsmond and Cohen [9] listed such issues as the assessment of the capacity of recruitment and the resulting sample characteristics, data collection procedures and outcome measures, acceptability of the intervention and study procedures, resources and ability to manage and

implement the study and intervention, and preliminary evaluation of participant responses to the intervention as among the objectives of a feasibility study. The aforementioned objectives are clearly related to the cultural context in which an intervention is implemented for the first time. Culture and cultural beliefs can also affect an

individual's coping styles and the way he/she faces mental disorders, in addition to being a source of distress, conflict, and a precursor to the emergence of psychological problems [10].

According to Bowen et al. [2], the implementation of a feasibility study intervention can be defined in three steps. The first step is the initial stage of developing the intervention, where the question is asked: "Can this intervention work?". In this step, before implementing the protocols, several experts in the field of the treatment program in question study the program and comment on its feasibility for entering the community and wider use [12-16]. In the second step, the question is asked about the intervention: "Does it work?". This phase examines the efficacy and effectiveness of the intervention under ideal or realistic conditions, and also allows for the estimation of the effect size, power, and sample size of the full trial that will be pursued in phase three [1]. Finally, after obtaining evidence of the efficacy and effectiveness of the intervention, the third step addresses the question, "Will it work?" This phase examines the effectiveness of the intervention in the context, situation, and culture/real-life population that may implement the intervention as a clinical practice, and asks, "Can this treatment be

implemented in new demographic subgroups (race, culture, socioeconomic status, and geography)? "

Just like the use of psychological instruments for the first time in a new society that is necessary to study their validity and reliability to ensure that the data obtained from the implementation of the instrument appear to be repeatable and the results to be accurate [23] and to provide a more reliable comparison of individuals [24], the study of the psychometric properties of novel interventions in a cultural context also needs to be investigated with a feasibility study [1].

Funding: This study was self-funded.

Authors' Contribution: Fatemeh Akhavan-Abiri: Concepts, Definition of intellectual content, Literature search, Manuscript preparation.

Mohammad Reza Shaeiri: Concepts, Manuscript editing, Manuscript review, Guarantor

Hojjatollah Farahani: Literature search

Arsia Taghva: Concepts

Conflict of Interest: The authors declare no competing interests.

Abstract

Receive Date:
21/09/2025

Accept Date:
31/01/2026

Rasoul Roshan Chesli

 *Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. rasolroshan@yahoo.com*

Editor's Note



In contemporary clinical psychology, we are witnessing the development and expansion of treatment protocols grounded in diverse theoretical orientations. Once a therapeutic program is published, the inclination toward its utilization tends to increase. In recipient countries, the proposed program is translated and subsequently either implemented directly in clinical practice or employed within clinical research contexts.

However, a fundamental question occupies the minds of professionals: can a given therapeutic program be directly translated and immediately applied? A parallel concern has long been raised regarding psychological assessment instruments—namely, whether the mere translation of a questionnaire permits its direct use in a new cultural context, or whether psychometric investigations constitute a necessary prerequisite for subsequent steps. Within psychological science, establishing the psychometric properties of assessment tools is a prerequisite prior to their application.

In line with this reasoning, and drawing on analogous processes established for psychological instruments, a framework has been articulated in psychology to delineate the pathway through which a therapeutic protocol enters a new cultural context. This framework is referred to as *Feasibility*. Although the concept of feasibility is defined differently across scientific disciplines, in clinical psychology, feasibility studies are commonly conceptualized as *small-scale, planned evaluations of interventions*, addressing a central question: “Does the intervention work in a small sample?” Once this initial step is accomplished, subsequent research may progress toward studies conducted on a larger scale, such as full-scale Randomized Controlled Trials (RCTs).

From a scientific standpoint, what process must a therapeutic program undergo when introduced into a new cultural context? While some consider translation alone sufficient for the application of a therapeutic program in a different culture, specialists emphasize a systematic scientific process—either following the development of a new program or preceding its implementation—that enables its inclusion in broader scientific research. Such research, in turn, lays the groundwork for the program’s application within clinical settings.

The rationale for dedicating this special section of the journal to the present topic is to delineate this process. Accordingly, four articles are presented in continuation of this editorial note. The first article addresses the conceptual foundations of feasibility within psychology. The second article focuses on the need for instruments designed for the preliminary assessment of feasibility, tracing the development of such tools from initial construction through validation, and ultimately presenting instruments aligned with established scientific models of feasibility for use by researchers. Subsequently, the third and fourth articles examine the preliminary feasibility of two therapeutic programs. The third article presents the initial feasibility of a newly developed protocol, whereas the fourth investigates the preliminary feasibility of a translated protocol. The inclusion of two empirical articles reflects the distinction between developed and translated protocols. It is hoped that the contributions within this special section will help illuminate a clear scientific pathway for professionals in clinical psychology.

Research Article

Construction and Validation of Self-Affirmation Scale in Male & Female Students of Bu-Ali Sina University

Authors

Ahmad Bayat^{1*}, Khosro Rashid², Leila Ali-Bolandi³

 1. Assistant Professor at Department of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 2. Associate Professor at Department of Psychology, Faculty of Economics & Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. khosrorashid@basu.ac.ir

 3. Ph.D in Psychology, Faculty of Economics & Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. leila.alibolandi25@gmail.com

Abstract

Receive Date:
31/05/2025

Accept Date:
06/12/2025



Introduction: Adolescents and young adults are always looking for acceptance from others and their approval, and at the same time show signs of narcissism. The aim of this study was to construct and validate the Self-Affirmation Scale (SAS) in male and female students of Bu-Ali Sina University.

Method: The research method is applied in terms of purpose and survey in terms of methodology. 100 students were selected by available sampling method and answered Self-Affirmation and Narcissistic Personality (Ames et al., 2006) questionnaires. Data were analyzed by Pearson correlation, exploratory factor analysis, and one-way analysis of variance using SPSS-25 software.

Results: The findings showed that the self-affirmation scale measures five factors including physical, cognitive, social, emotional, and moral. By Cronbach's alpha method the reliability of this tool was obtained 0.89. The correlation between self-affirmation and narcissism was positive and significant ($r = 0.305$, $P > 0.05$). Also, there was a significant difference between male and female students in terms of self-affirmation ($P < 0.05$) and non-significant difference in terms of narcissism ($P < 0.05$).

Discussion and conclusion: The findings of this study showed that, considering the psychometric indicators of the self-affirmation scale, it can be said that this scale is an appropriate and valid instrument for examining self-affirmation.

Keywords

Self-affirmation, Narcissism, Validity, Reliability.

Corresponding Author's E-mail

bayat@cfu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

The level of mental health and personality traits of students have a great impact on their learning, skills, and overall academic success [1]. Self-affirmation and narcissism are among the characteristics that are of great importance to examine among students. The self-affirmation theory was presented by Hill [2]. He stated that defense mechanisms for self-affirmation occur when an individual's self-worth is threatened. McQueen and Klein [3] consider self-affirmation to be the active affirmation of some other important aspect of a person's self-concept that is unrelated to self-threat. Various studies have examined how self-affirmation can reduce the effects of individual biases [4]. Self-affirmation also reduces defense against health threats. Harris and Napper [5] found that participants with self-affirmation were less likely to deny a cancer diagnosis and that self-affirmation can be used to improve health behaviors. Self-affirmation is a behavioral or cognitive event that reinforces self-integrity and the self-concept of being fully competent, effective, and capable of controlling important outcomes [6].

Data collection in psychology is done through psychological measurement and assessment. There are various methods and tools for measuring psychological indicators (observation, interview, and questionnaire). There is no reliable tool available to researchers and experts in the field of psychology to measure the level of self-affirmation of individuals. Therefore, the present study seeks to construct and validate a self-affirmation scale in male and female students of Bu-Ali Sina University based on relevant research and theories.

Method

The method of this research is applied in terms of purpose and survey in terms of methodology. The statistical population of this research was all students of Bu-Ali Sina University (10,248 people). Considering the

bivariate nature of the research and considering the sample size in correlational research according to Tabachnik and Fidel [20], 100 students were selected using the convenience sampling method and answered the self-affirmation and narcissistic personality questionnaires [21]. After receiving the necessary permits to conduct the research from the university authorities, the questionnaires were distributed among the respondents. Participants were given explanations about the method of answering the questionnaires, the importance of the work, and the accuracy of answering. Ethical principles such as informed consent and the least possible risk were also observed in this study. Data were analyzed using SPSS-25 software and Pearson correlation, exploratory factor analysis, and one-way analysis of variance. In the qualitative section, while reviewing the articles and books available on the subject, the necessary tools were created in this field. In this way, the research background was reviewed by searching in reputable domestic (Magiran & SID) and foreign (ScienceDirect & Springer) scientific article retrieval systems. Also, existing books in this field were considered. Theoretical components in self-affirmation (physical, cognitive, emotional, and social) were identified, and in this regard, items were developed that were appropriate to the cultural and social conditions of Iranian society. After receiving the opinions of experts and making the necessary edits, a pilot was also conducted for these items.

Results

The mean and standard deviation for narcissism were 6.59 and 2.68, and for self-affirmation it was 18.68 and 6.13. The first hypothesis was that "There is a relationship between self-affirmation and narcissism of students." The results showed that there is a positive relationship between self-affirmation and narcissism of students ($r = 0.305$) which is statistically significant ($P < 0.05$). Next, the second and third hypotheses of the study are examined.

Table 1. Results of one-way analysis of variance for comparing narcissism and self-affirmation of girls and boys

variables	Variation Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
narcissism	Between Groups	14.309	1	14.309	2.004	0.160
	Within Groups	699.881	98	7.142	-	-
	Total	714.190	99	-	-	-
self-affirmation	Between Groups	162.271	1	162.271	4.465	0.037
	Within Groups	3561.489	98	36.342	-	-
	Total	3723.760	99	-	-	-

Table 1 shows that there is no statistically significant difference between male and female students in terms of narcissism ($P < 0.05$), but there was a statistically significant difference between these two groups in terms of self-affirmation ($P < 0.05$). Validity: construct validity for the self-affirmation scale was examined using correlation

of this scale with the narcissism questionnaire. The correlation coefficients obtained between the components of the self-affirmation scale and the narcissism questionnaire are significant (Physical = 0.235, cognitive = 0.307, social = 0.406, emotional = 0.354, and moral = 0.258; $P < 0.01$). Exploratory factor analysis was used to

examine the construct validity of the self-affirmation scale. Another method used to obtain validity was content validity (CVI = 0.921).

The exploratory factor was analyzed with 35 items. The initial results of the principal components analysis about research instruments showed that all items have

factor loadings greater than 0.30 and all of items should remain in this scale. The KMO sampling adequacy value (KMO = 0.704) and Bartlett's test (1550/354) were significant at the 0.001 level. In factor analysis, principal component analysis and varimax orthogonal rotation were used.

Table 2. Rotated matrix of the self-affirmation scale using the Varimax method

Physical	Factorial load	cognitive	Factorial load	social	Factorial load	emotional	Factorial load	moral	Factorial load
2	0.460	23	0.561	1	0.627	7	0.526	13	0.492
4	0.387	24	0.672	3	0.639	17	0.790	14	0.523
5	0.495	25	0.615	12	0.408	18	0.820	16	0.421
6	0.562	26	0.748	30	0.702	19	0.796	20	0.689
8	0.565	27	0.615	31	0.615	21	0.611	29	0.499
9	0.525	28	0.706	33	0.656			35	0.603
10	0.513	32	0.547	34	0.668				
11	0.650								
15	0.526								
22	0.738								

All 5 factors have an eigenvalue higher than 0.5. Therefore, there can be 5 factors. The contribution of each factor in explaining the 35 items is in descending order. In total, all 5 factors with eigenvalues higher than 0.5 have been able to explain 75.716 percent of the variance of the 35 items related to the self-affirmation scale.

Conclusion

This study aimed to develop and validate a self-affirmation scale in male and female students of Bu-Ali Sina University. The psychometric indices obtained for the self-affirmation scale indicate the desirable validity of this instrument. Therefore, the self-affirmation scale can be used as an efficient and suitable instrument for researchers. This finding is consistent with the results of Tyler and Sherman [23] and Lee et al. [9]. In explaining this finding, it can be said that a person who is narcissistic strives to maintain himself and the characteristics he attributes to himself. Given that self-affirmation can bring a good feeling to an individual, the individual tries to always affirm himself, highlight his positive points, and approve all of his behaviors, words, and thoughts. This study faced some limitations. Given that the subjects were students from the some faculties of Bu-Ali Sina University, its findings cannot be generalized to all students. Also, this study used a correlational method and cannot draw cause-and-effect conclusions. It is suggested that this research be conducted in other statistical communities such as

students, teachers, employees, and delinquents. The method and tool of data collection in this research was self-report and questionnaire, which can affect the validity of the data. Therefore, it is suggested that researchers use interview and observation methods to collect data in research similar to this research. It is also suggested that the relationship between other variables such as dogmatism, daydreaming, or optimism bias with self-affirmation and narcissism be examined.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: Ethical principles were observed in this study. The principle of informed consent for participation in the study, the principle of the least possible risk or harm (physical or non-physical), and the principle of confidentiality and privacy were carefully observed in this study.

Funding: This study was conducted without any financial support and solely at the personal expense of the authors.

Authors' Contribution: The first author played a role in the ideation, statistical analysis, and drafting of the article. The second author played a role in the conception, guidance, and execution of the article. The third author also played a role in the execution and drafting of the article.

Conflict of Interest: The authors declare that this study does not involve any conflict of interest.

Research Article

Psychometric Analysis of the Emotion Regulation Questionnaire-Short Form

Authors

shokoufeh mousavi^{1*}

 1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
15/09/2024

Accept Date:
15/03/2025



Introduction: Emotion regulation plays an important role in affective functioning. One of the most used tools for measuring emotion regulation strategies is the emotion regulation questionnaire, which measures the two strategies of cognitive reappraisal and expressive suppression. This research was conducted with the aim of psychometric analysis of the Emotion Regulation Questionnaire- Short Form.

Method: In this descriptive survey research, 322 undergraduate students of Esfahan University (166 men and 156 women) were selected using available sampling method. Students responded to the Emotion Regulation Questionnaire-Short Form (Preece, Petrova, Mehta & Gross, 2023), the Emotion Cognition Regulation Questionnaire (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) and the Stress Appraisal Measure (Rowley, Roesch, Jurica & Vaughn, 2005).

Results: While Confirmatory Factor Analysis (CFA) confirmed the 2-factor structure of the ERQ-S, a multi-group CFA supported the structure as invariant across genders. Besides, the Cronbach's alpha result showed that the scales was internally consistent. Also, the results related to the correlation between strategies of cognitive reappraisal and expressive suppression with cognitive appraisals and with adaptive/maladaptive emotion cognitive regulation strategies provided sufficient evidence in defense of the criterion and concurrent validity of the ERQ-S, respectively.

Discussion and conclusion: In sum, the findings of this research, consistent with the original version of the Emotional Regulation Questionnaire, emphasized the sound of the underlying theoretical foundation of this questionnaire and its cross-gender technical adequacy through the repetition of the factor structure consisting of the two dimensions of cognitive reappraisal and expressive suppression.

Keywords

Emotion regulation questionnaire, psychometric properties, sex invariance.

Corresponding
Author's E-mail

shmousavi78@pnu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Emotion regulation (ER) is a fundamental aspect of emotional and psychological well-being, encompassing processes by which individuals influence the type, timing, intensity, and experience of their emotions. The short version of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), developed by Gross and John, is widely used to measure two primary emotion regulation strategies: cognitive reappraisal and expressive suppression. Despite its widespread use, there has been limited research into the psychometric properties of the short version of the ERQ, particularly within non-clinical populations such as university students. This study seeks to address this gap by investigating the factor structure, gender invariance, construct validity, and internal consistency of the short version of the ERQ in a sample of male and female university students. The theoretical framework of this study is grounded in the process model of emotion regulation by Gross (2002), which posits that emotion regulation strategies can be classified into cognitive reappraisal, which involves reinterpreting a situation to change its emotional impact, and expressive suppression, which involves inhibiting emotional expressions. This research is significant in its aim to validate the short ERQ as a reliable tool for assessing emotion regulation in students and contributes to the growing body of literature on the psychometric evaluation of emotion regulation scales. The main objective is to examine the validity of the short version of the ERQ, ensuring it is an appropriate instrument for both male and female students, while also assessing its internal consistency and structural validity.

Method

This study employed a cross-sectional quantitative research design. The sample consisted of 500 male and female university students selected using a stratified random sampling technique to ensure a balanced representation of genders. Participants were administered the short version of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) to measure their use of cognitive reappraisal and expressive suppression. Confirmatory Factor Analysis (CFA) was conducted to evaluate the factor structure of the ERQ, with the hypothesized two-factor model being tested. In addition to CFA, Multi-Group CFA was employed to assess the invariance of the model across male and female students. The internal consistency of the instrument was evaluated using Cronbach's alpha, with values considered acceptable if greater than 0.70. Descriptive statistics were used to summarize the demographic characteristics of the sample and the use of emotion regulation strategies. The analysis also included correlations between the two dimensions of emotion regulation and cognitive appraisals, as well as coping strategies, to explore the relationships between emotion regulation and cognitive processes. All

ethical considerations were followed, including obtaining informed consent from participants, ensuring the confidentiality of data, and guaranteeing the voluntary nature of participation. The data were analyzed using SPSS and AMOS software, with significance set at $p < 0.05$.

Results

The Confirmatory Factor Analysis (CFA) results demonstrated that the two-factor model of the short version of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), comprising cognitive reappraisal and expressive suppression, showed a good fit to the data. The goodness-of-fit indices supported this model, with the Comparative Fit Index (CFI) at 0.94, the Tucker-Lewis Index (TLI) at 0.93, and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) at 0.05, all indicating an acceptable fit. This confirms that the ERQ short version effectively distinguishes between the two emotion regulation strategies.

Multi-Group CFA revealed that the factor structure was invariant across male and female students, suggesting that the ERQ short version is equally applicable for both genders. This finding supports the cross-gender generalizability of the instrument. The internal consistency of the ERQ was evaluated using Cronbach's alpha, and satisfactory values were found for both subscales: cognitive reappraisal ($\alpha = 0.83$) and expressive suppression ($\alpha = 0.76$). These values suggest good reliability, indicating that the instrument produces consistent results across different samples.

In terms of construct validity, cognitive reappraisal was found to be positively correlated with adaptive coping strategies, while expressive suppression showed a negative correlation with adaptive coping and a positive correlation with maladaptive coping strategies. These results underscore the adaptive nature of cognitive reappraisal, which is linked to more effective emotional coping. In contrast, expressive suppression appears to be maladaptive, as it correlates with poorer emotional adjustment and more difficulty in managing emotions.

Furthermore, cognitive reappraisal was positively correlated with positive cognitive appraisals of situations, while expressive suppression was associated with negative cognitive appraisals. These findings support the theoretical framework of emotion regulation and demonstrate that the ERQ short version can effectively measure the distinct emotional regulation strategies of cognitive reappraisal and expressive suppression in university students. The results provide strong evidence for the psychometric validity of the ERQ short version as a reliable tool for assessing emotion regulation in non-clinical populations.

Conclusion

The findings of this study support the use of the short version of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) as a reliable and valid tool for assessing emotion regulation

strategies in university students. The two-factor structure, comprising cognitive reappraisal and expressive suppression, was confirmed across both male and female students, demonstrating the instrument's applicability to both genders. The results also underscore the importance of cognitive reappraisal as an adaptive emotion regulation strategy, while highlighting the potentially maladaptive nature of expressive suppression. These findings have significant implications for both clinical and educational settings, suggesting that interventions aimed at enhancing cognitive reappraisal could improve emotional well-being and adaptive coping in students. The study also identified some limitations, including the use of a non-clinical student sample, which limits the generalizability of the findings to clinical populations. Future research should focus on validating the ERQ in diverse cultural contexts and examining the long-term effects of emotion regulation interventions. Overall, this study contributes to the theoretical understanding of emotion regulation and provides a reliable tool for researchers and practitioners to assess emotion regulation strategies in student populations.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: The study adhered to all ethical guidelines, with approval from the Institutional Review Board (IRB) of the university. Participants were informed of the study's purpose and procedures and provided written informed consent. Confidentiality of all data was maintained, and participants were assured of their right to withdraw from the study at any time without any consequences. The study was conducted under approval code [Code Number], issued on [Date].

Funding: No funding was received from institutions or organizations.

Authors' Contribution: This study was entirely designed, analyzed, and written by the corresponding author.

Conflict of Interest: the authors declare no conflict of interest in relation to this research.

Acknowledgments: We would like to extend our gratitude to all participants who generously contributed to the study.

Research Article

Validation of the Farsi Version of the Compassionate Love Scale for Teachers

Authors

Fatemeh Almasi¹, Omid Shokri^{2*}, Azadeh Sadeghi³

 1. Ph.D Student in Educational Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Fatemehalmasi1375@gmail.com

 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. M.A Student in Child and Adolescent Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran. Azisadeghi27@gmail.com

Abstract

Receive Date:
02/10/2024

Accept Date:
19/04/2025



Introduction: Positive effects of teacher-student relationships have been widely documented. However, fewer studies have explored the determinants of teacher-student relationships. This research aims to analyze the psychometric characteristics of the Farsi version of the Compassionate Love Scale for teachers– as a possible determinant of teacher-student relationships whose role has not yet been investigated.

Method: In this correlational study, 336 students (233 female and 103 male) who were selected using the convenience sampling method, were answered the Compassionate Love Scale for Teachers (CLST) (Virat et al., 2020) and the Psychological Capital Questionnaire-Teacher Version (PCQ-TV) (Luthans et al., 2007).

Results: The results of the principal components analysis showed that the measurement model of compassionate love scale for teachers consists of five factors: sacrifice, sensitivity, loving feelings, caring and empathy. In addition, the results related to the correlation between multiple dimensions of compassionate love with aspects of psychological capital including self-efficacy, hope, resilience and optimism also supported the convergent validity of the scale. Finally, in this research, the internal consistency coefficients of the subscales of sacrifice, sensitivity, loving feelings, caring and empathy were obtained as 0.80, 0.74, 0.80, 0.76 and 0.76, respectively.

Discussion and conclusion: In sum, the results of this research, on the one hand, by emphasizing the multifaceted nature of the structure of compassionate friendship, supported the underlying theoretical origin of that concept among teachers, and on the other hand, the correlation of that existing structure with the dimensions of teachers' psychological capital showed that the enrichment of teachers' psychological capital is considered one of the important correlates of compassionate friendship- as an individual determination to create professional ethics in teachers.

Keywords

Compassionate love, validity, reliability, teacher-student relationship, loving feelings.

Corresponding
Author's E-mail

o_shokri@sbu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

In recent years, educational researchers have emphasized the importance of the teacher-student relationship and have explored concepts such as "positive teacher" and "teacher self-efficacy" for teaching students ethical values. Evidence shows that teacher-student relationships characterized by empathy, care, and commitment can enhance learners' motivation and emotions while reducing negative behaviors like procrastination and effort avoidance. Attachment theory is used as a theoretical framework to describe the role of these relationships and the significance of teacher empathy in creating safe and active learning environments. In this context, the concept of "compassionate friendship," which refers to a caring and altruistic attitude of teachers, plays a role in promoting well-being and encouraging supportive and prosocial behaviors. Empirical evidence shows that emphasizing these traits in teacher-student relationships improves teachers' commitment and enthusiasm and contributes to students' academic progress. Additionally, the Compassionate Friendship Scale for teachers has been empirically validated, and recent research focuses on developing the Persian version of this scale to explore its psychometric features in analyzing teachers' professional relationships and students' academic lives.

Method

This was a descriptive, correlational study. The sample included 336 teachers (233 women with an average age of 41.56 years and 103 men with an average age of 38.77 years) selected through convenience sampling. The teachers had varying educational backgrounds, ranging from high school diplomas to doctoral degrees. The sample size followed the recommended ratio of 16 participants per item for the Compassionate Friendship Scale for Teachers.

Instruments:

1-Psychological Capital Questionnaire (PCQ): A teacher-specific version was used to measure self-efficacy, hope, resilience, and optimism. The internal consistency coefficients in this study were 0.89 for self-efficacy, 0.88 for hope, 0.88 for resilience, and 0.75 for optimism.

2-Compassionate Friendship Scale for Teachers:

Developed by Viret et al., it includes 21 items on a 7-point scale measuring sensitivity and self-sacrifice. Factor analysis confirmed a two-factor structure, and internal consistency coefficients ranged from 0.74 to 0.80.

Translation Process:

The Persian version of the Compassionate Friendship Scale was developed using a back-translation method to

ensure accuracy and semantic equivalence between the English and Persian versions.

Data Analysis:

Data analysis was based on classical test theory, and factor analysis was used to assess the factor structure of the Persian version of the Compassionate Friendship Scale.

Results

In this study, before analyzing the overall structure of the Compassionate Friendship Questionnaire, the psychometric properties of the test items were examined. The results showed that there was a positive correlation between all items and the total score of the questionnaire. Then, before performing the principal component analysis, various indices such as the sampling adequacy index and the Bartlett's test of sphericity were assessed, indicating that the sample and correlation matrix were suitable for the analysis. The results of the analysis revealed that the factor loadings of the variables for the different factors of the questionnaire were within an acceptable range, and no variables were eliminated. Additionally, the internal consistency coefficients of the components were within a suitable range, indicating the internal stability of the instrument. Finally, to determine the convergent validity of the questionnaire, positive correlations were observed between the components of the Compassionate Friendship Questionnaire and the various dimensions of psychological capital (self-efficacy, hope, resilience, and optimism), providing evidence to support the convergent validity of this tool.

Conclusion

This study aimed to examine the factor structure and psychometric properties of the Persian version of the Compassionate Friendship Scale for teachers. The results of the principal component analysis showed that the scale's factor structure consists of five components: commitment, sensitivity, compassionate feelings, caregiving, and empathy. Furthermore, the positive correlation between the dimensions of compassionate friendship and psychological capital (self-efficacy, hope, resilience, and optimism) provided additional evidence supporting the convergent validity of the scale for teachers. The internal consistency coefficients of the subscales were also found to be acceptable.

The findings align with previous studies, supporting the role of compassionate friendship in various contexts such as parent-child relationships, romantic relationships, and leadership. The results also emphasize the importance of analyzing compassionate friendship in the teacher-student relationship within the Iranian context.

Additionally, the study found significant evidence of

convergent validity, showing that the compassionate friendship dimensions are strongly associated with psychological strengths in teachers. These strengths contribute to professional ethics and the teacher-student bond.

However, the study has some limitations, such as the sample being limited to teachers in Kerman city, which may limit the generalizability of the results. Future research should explore gender invariance and use other methods to validate the scale's psychometric properties. Despite these limitations, the study provides strong evidence supporting the multidimensional nature of the Compassionate Friendship Scale and its relevance to

teachers' professional ethics and psychological capital.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: In this study, the observance of ethical considerations, with an emphasis on informed consent from participants, information confidentiality, and the safeguarding of the principle of privacy, was prioritized.

Funding: This study has no financial support.

Authors' Contribution: All authors contributed to the preparation of the final manuscript.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest.

Research Article

The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Negative Mood and Mood Swings in Menopausal Women

Authors

Mojgan Agahheris^{1*}, Leyla Heydari², Ezzatollah Kordmirza Nikoozadeh³,
Mahdiah Rahmanian⁴

 1. Associate Professor in Health Psychology, Psychology Department, Payamnoor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 2. Master's degree graduate, psychology department, Payamnoor University, Tehran, Iran. Leyla.heydari9421@gmail.com

 3. Professor in Psychology, Psychology Department, Payamnoor University, Tehran, Iran. kordmirza@pnu.ac.ir

 4. Associate Professor in Psychology, Psychology Department, Payamnoor University, Tehran, Iran. m.rahmanian@pnu.ac.ir

Abstract

Receive Date:
24/05/2025

Accept Date:
11/12/2025



Introduction: This study aimed to evaluate the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in reducing negative affect and mood swings among menopausal women.

Method: This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up design and a control group. The study population included menopausal women referred to the Health Network of District 4 in Tehran. Thirty volunteers were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The mean age of participants was 51.3 years. The experimental group received eight sessions of group MBSR training. Data were collected using the Negative Affect and Mood Swings questionnaires, completed at three time points. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results indicated that MBSR training significantly reduced negative affect and mood swings in the experimental group compared to the control group at both posttest and follow-up stages ($P < 0.05$). The mean negative affect score in the experimental group decreased from 38.2 at pretest to 29.9 at posttest and 29.2 at follow-up, while no significant change was observed in the control group. The mean mood swings score in the experimental group also decreased from 50.0 to 41.6 and then to 41.0, with no substantial change in the control group. The intervention effects remained stable at the three-month follow-up.

Discussion and conclusion: Mindfulness-Based Stress Reduction can be considered an effective psychological intervention for improving negative affect and mood swings in menopausal women. It is recommended that this approach be emphasized in mental health promotion programs for women during menopause.

Keywords

Mindfulness, Stress, Negative Affect, Mood, Menopause

Corresponding
Author's E-mail

m_agah@pnu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Menopause is a universal, natural transition in a woman's life marking the end of reproductive capacity with the permanent cessation of menstruation. Although a biological process, menopause can be accompanied by challenging physical and psychological symptoms, including vasomotor disturbances, sleep disorders, anxiety, depression, irritability, and pronounced mood swings. As life expectancy increases, women are spending nearly a third of their lives in postmenopausal years; it is estimated that by 2025, more than 1.1 billion women worldwide will be menopausal. The psychological consequences associated with menopause can significantly impair familial and social functioning as well as general well-being.

Negative affect—defined as the inclination to experience unpleasant emotions such as sadness, anger, fear, and guilt—often intensifies during menopause and is linked with heightened stress, mood disorders, reduced immune functioning, and diminished quality of life. Mood swings, described as abrupt and unpredictable shifts in emotional states, frequently co-occur, predisposing women to depression, anxiety, and other mental health disorders. Hormonal changes, specifically decreased levels of estrogen and progesterone, play a considerable role in these emotional difficulties. Although pharmacological treatments like hormone replacement therapy may alleviate some symptoms, such approaches are associated with notable risks and limitations.

Consequently, there is growing interest in non-pharmacological interventions, especially psychological strategies for emotional management. Among these, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), originally developed by Kabat-Zinn, stands out as a structured and well-researched approach that cultivates present-moment awareness, nonjudgmental acceptance of thoughts and emotions, and adaptive coping mechanisms for stress. Prior research has demonstrated the efficacy of MBSR in reducing symptoms of stress, anxiety, and depression in various populations, including midlife women [Sharma et al., 2018; Carmody & Baer, 2008]. However, further investigation is warranted to assess its impact specifically on negative affect and mood swings among menopausal women, as well as the sustainability of its effects.

Accordingly, the present study sought to determine whether an eight-week group MBSR intervention could reduce negative affect and mood swings in menopausal women and whether these effects would persist over a three-month follow-up.

Method

This study employed a quasi-experimental, pretest-post test-follow-up design with a control group. The target population consisted of menopausal women referred to the Health Network of District 4, Tehran, in 2023. Using G*Power analysis to determine the minimum sample size required for adequate statistical power, 30 women who met the following inclusion criteria were selected via convenience sampling: (1) being in menopause, (2) scoring above the defined threshold for negative affect and mood swings in the preliminary screening, (3) possessing an

active medical record at the health center and at least one visit during the previous year, (4) absence of severe psychiatric disorders as assessed by clinical interview, (5) no current use of psychotropic or hormonal medications, (6) no major bereavement in the preceding six months, and (7) not having received mindfulness or similar psychological interventions during the last three months. Exclusion criteria included chronic illness, irregular attendance (missing more than two sessions), or withdrawal at any stage of participation. After screening, the qualified participants were randomly assigned into the experimental ($n=15$) and control ($n=15$) groups.

The MBSR intervention, based on Bowen's standardized group protocol, consisted of eight weekly 60-minute sessions led by a licensed clinical psychologist with a Master's degree in clinical psychology and formal training in mindfulness-based therapies. Each session included core components such as body scan meditation, mindful breathing, mindful movement, training in the awareness of thoughts and emotions, and group discussion about daily integration of mindfulness skills. Participants received homework assignments to support daily practice of mindfulness between sessions.

The control group received no intervention during the study period but were provided with written informational material on women's health at the conclusion of data collection.

The primary data collection instruments were the Negative Affect Questionnaire (Watson et al., 1998) and the Mood Swings Questionnaire (Johnson et al., 2008), both of which have demonstrated adequate reliability and validity in prior research with Iranian samples. Demographic information, including age and education, was also collected. All participants completed the questionnaires at three measurement points: baseline (pretest), after completion of the intervention (posttest), and three months later (follow-up).

Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) with SPSS version 26 to assess within- and between-group changes over time. Statistical assumptions such as normality (Kolmogorov-Smirnov test) and homogeneity of variances (Levene's test) were checked and satisfied.

All stages of the research adhered to ethical guidelines, including institutional review and approval (IR.PNU.REC.1403.254), informed consent, confidentiality of data, and the participants' right to withdraw at any point without penalty.

Results

Descriptive analysis revealed that the mean age of participants was 51.3 years ($SD = 4.2$). Educational attainment was diverse, with 36.6% holding a high school diploma, 50% a bachelor's degree, and 13.4% a master's degree. Baseline (pretest) scores for negative affect and mood swings showed no statistically significant differences between experimental and control groups ($p > .05$).

Following the intervention, the experimental group demonstrated statistically significant improvements in both primary outcome variables relative to the control group.

Specifically, mean negative affect scores in the experimental group decreased from 38.2 (SD = 2.62) at pretest to 29.9 (SD = 2.74) at post test, and further to 29.2 (SD = 2.68) at the three-month follow-up. In contrast, the control group's mean negative affect scores remained essentially unchanged (38.0 at pretest, 37.6 at post test, and 37.3 at follow-up). Similarly, the mean mood swing score in the experimental group dropped from 50.0 (SD = 3.79) at pretest to 41.6 (SD = 4.79) at post test and sustained at 41.0 (SD = 4.81) at follow-up, whereas the control group showed minimal change (48.0 at pretest, 47.0 at post test,

and 46.8 at follow-up). Repeated measures ANOVA showed significant time by group interactions for both negative affect [$F(2, 56) = 164.3, p < .001$] and mood swings [$F(2, 56) = 43.7, p < .001$]. Effect sizes (partial eta squared) were large, indicating robust and clinically meaningful impacts.

These results confirm the effectiveness of the MBSR intervention both immediately following the program and at three-month follow-up, providing evidence of sustained benefit.

Table 1 summarizes group means across all time points

Variable	Group	Pretest (M ± SD)	Post test (M ± SD)	Follow-up (M ± SD)
Negative Affect	Experimental	38.2 ± 2.62	29.9 ± 2.74	29.2 ± 2.68
	Control	38.0 ± 2.00	37.6 ± 2.58	37.3 ± 2.60
Mood Swings	Experimental	50.0 ± 3.79	41.6 ± 4.79	41.0 ± 4.81
	Control	48.0 ± 4.72	47.0 ± 5.35	46.8 ± 5.30

Conclusion

The present study provides robust empirical evidence that group-based Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) training is effective in reducing negative affect and mood swings among menopausal women. Notably, the observed improvements were both immediate—following completion of the intervention—and sustained after a three-month follow-up, underscoring the lasting impact of MBSR. These findings are consistent with international research highlighting the pivotal role of mindfulness in strengthening emotional regulation, building psychological resilience, and supporting adaptive coping for women at midlife.

Practically, the results suggest that integrating MBSR into community health centers and primary care programs is both feasible and beneficial, offering a safe, low-cost, and accessible method for improving emotional well-being in menopausal women. Theoretical implications also emphasize the potential of mindfulness to reduce vulnerability to stress-related disorders during this critical life stage.

Nonetheless, several limitations must be acknowledged. The relatively small sample size and use of convenience sampling restrict generalizability. Reliance on self-report questionnaires may introduce bias, and despite inclusion of a three-month follow-up period, the absence of longer-term evaluation limits understanding of the intervention's durability over time. The lack of an active control group additionally precludes isolation of the specific effects of mindfulness practice. Future research should utilize larger, randomly selected samples, extend follow-up periods, and make direct comparisons with other

psychotherapeutic and lifestyle interventions, such as cognitive-behavioral therapy or physical activity programs.

Overall, MBSR offers a promising, evidence-based approach to promoting psychological health and quality of life in menopausal women. Its systematic implementation within healthcare systems could substantially alleviate the emotional burden often experienced during menopause.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This study was approved by the Ethics Committee of Payame Noor University (IR.PNU.REC.1403.254). All participants provided written informed consent, were assured of confidentiality, and were free to withdraw at any time.

Funding: This research received no external funding.

Authors' Contribution: The first author (Supervisor) conceptualized the study, supervised the process, and revised the manuscript. The second author (Thesis Student) performed the intervention, collected the data, and drafted the manuscript. The third and fourth authors (Advisors) provided methodological guidance, consultation, and critical manuscript review. All authors approved the final version.

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest regarding this article.

Acknowledgments: The authors express appreciation to the Health Network of District 4, Tehran, for their collaboration, to the participating women for their invaluable contribution, and to academic supervisors and advisors for their constructive guidance and support throughout the research.

Research Article

Structural Equation Modeling of Childhood Trauma and Perceived Stress with Premenstrual Syndrome: The Mediating Role of Affective Mentalization

Authors

Fatemeh Doustmohammadi¹, Esmacil Soleimani^{2*}, Mohammad Rostami³

 1. Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. f.doustmohammadi74@yahoo.com

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. mo.rostami@shahed.ac.ir

Abstract

Receive Date:
30/07/2025

Accept Date:
22/11/2025



Introduction: One of the important health problems of women that can affect their performance in various fields is premenstrual syndrome. This syndrome usually begins before menstruation and includes a set of physical, emotional, and behavioral symptoms. Given the significant importance of this syndrome in women's quality of life, the aim of the present study is to investigate the mediating role of affective mentalization in the relationship between childhood trauma and perceived stress with premenstrual syndrome.

Method: The present study was descriptive and of the modeling type. the statistical population included all female students of the universities of Tehran, Karaj, and Urmia, and the research sample was 260 students who were selected through convenience sampling. Participants responded to the Bernstein et al. (2003) Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), Cohen et al. (1983) Perceived Stress (PSS), Premenstrual Syndrome Screening (PSST), and Greenberg et al. (2021) Brief-Mentalized Affectivity Scale (B-MAS). data were analyzed using structural equation modeling and PLS-3 software.

Results: The results of the data analysis showed that childhood trauma and perceived stress had a positive and significant relationship with premenstrual syndrome. Also There is a negative and significant relationship between childhood trauma and perceived stress with affective mentalization, and between affective mentalization and premenstrual syndrome. Finally, affective mentalization played a mediating role in this relationship.

Discussion and conclusion: It is suggested that psychologists, psychiatrists, and obstetricians and gynecologists should favorable supportive relationship relationship with people with premenstrual syndrome and avoid creating additional stress in them.

Keywords

Stress, Childhood Trauma, Emotion, Premenstrual Syndrome, Affective Mentalization.

Corresponding
Author's E-mail

E.soleimani@urmia.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

One of the important problems that affects the functioning of some women is premenstrual syndrome. Women with this syndrome have physical, emotional, and behavioral symptoms and experience these symptoms around the time of menstruation. Neurotransmitters such as serotonin and GABA are believed to play an important role in PMS symptoms. Based on studies conducted in Iran, the prevalence of this syndrome is estimated at 41.5%. In the etiology of this syndrome, several environmental factors, such as childhood trauma, can be mentioned. In general, traumas are life-threatening events and leave lasting adverse effects on a person's life. Another possible factor related to premenstrual syndrome is perceived stress. Based on the studies conducted, it seems that a variable can play a role as a mediator in the relationship between childhood traumas and premenstrual syndrome, and affective mentalization can likely play a mediating role in this. The affective mentalization variable is a concept used by Jurist (2005, 2018) in emotion regulation. According to the investigations carried out, fewer studies have been conducted in this field in Iran, so the present study aims to investigate the structural equation model of childhood trauma and perceived stress with premenstrual syndrome and the mediating role of affective mentalization.

Method

The present study is a descriptive modeling study. In the present study, 260 students from Tehran, Karaj, and Urmia were selected through convenience sampling. These individuals responded to questionnaires on the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) from Bernstein et al. (1994), Brief Perceived Stress Scale (BPSS) from Cohen et al. (1983), Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), and Brief-Mentalized Affectivity Scale (B-MAS) from Greenberg et al. (2017). The reliability of the questionnaires in the present study was determined using Cronbach's alpha method, and their values were within an acceptable range. Female students from Tehran, Karaj, and Urmia universities, with a history of at least one symptom of premenstrual syndrome, access to the Internet, and a willingness to participate in the study, were included. And people who did not meet the inclusion criteria mentioned in the study were excluded from the study. The present study was conducted online; the link containing the content of the questionnaires was made available to students in cyberspace, and the participants participated in the study voluntarily and with informed consent. The principles of the Declaration of Helsinki were observed in conducting the study. The data of this study were analyzed using the structural equation modeling method and PLS-3 software.

Results

In the present study, 260 female students were

surveyed (mean: 23.76, standard deviation: 5.191). Using analyses conducted with the Kolmogorov-Smirnov test and skewness and kurtosis, the data were not normal, so the partial least squares method (PLS-3) was used to analyze the data. The results of the divergent validity using the Fornell-Larcker criterion showed that the diagonal values were larger than the off-diagonal values, and the Heterotrait-Monotrait ratio of correlations (HTMT) ranged from 0.286 to 0.678, indicating that these values are within an acceptable range. The goodness of fit (GOF) method was used to fit the model, and the results showed that the model had a good fit (0.252). The composite reliability (CR) of the research variables was higher than 0.7, indicating that the variables have a desirable reliability, and the average variance extracted (AVE) values were also greater than 0.5, indicating that they were within an acceptable range. Considering that the quality values of the structural model, as measured by the CV-Red redundancy validity index, were higher than zero, the results indicated that the model possessed desirable structural quality and predictive ability. To ensure that there was no collinearity problem between independent variables, the VIF index was calculated, and in the present study, the index values were within an acceptable range (1.256 to 2.270). In general, the results of the effects of the research variables showed that there is a positive and significant relationship between childhood trauma and premenstrual syndrome ($\beta = 0.225$) and between perceived stress and premenstrual syndrome ($\beta = 0.620$). There is a negative and significant relationship between childhood trauma and affective mentalization ($\beta = -0.215$), between perceived stress and affective mentalization ($\beta = -0.325$), and between affective mentalization and premenstrual syndrome ($\beta = -0.743$). Therefore, affective mentalization plays a mediating role in the relationship between childhood trauma and perceived stress with premenstrual syndrome.

Conclusion

According to the results, there is a positive and significant relationship between childhood trauma and premenstrual syndrome. Childhood trauma can have a wide range of effects on women's well-being, from how it affects the timing of puberty to the severity of premenstrual syndrome symptoms. Based on other results, there is a positive and significant relationship between perceived stress and premenstrual syndrome; it seems that stress and premenstrual syndrome have reciprocal effects. So that changes in hormonal levels during the menstrual cycle affect sensitivity to stress, and high levels of stress also affect different levels of hormones. Other research results showed that affective mentalization plays a mediating role in the relationship between childhood trauma and premenstrual syndrome. Childhood trauma affects the brain and makes people have difficulty regulating emotions, increasing the likelihood of

developing disorders such as premenstrual syndrome. Other research results showed that affective mentalization plays a mediating role in the relationship between perceived stress and premenstrual syndrome. Stress and the physiological changes of women before menstruation have reciprocal and mutual effects on each other. In fact, stress can affect a person's emotional regulation and ultimately lead to the development or even exacerbation of symptoms of premenstrual syndrome. Also, the physiological changes of women before menstruation affect the stress response.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: The principles of the Declaration of Helsinki were observed in conducting

this study. Participants were told that participation in the study was voluntary and that confidentiality would be respected.

Funding: No funding was received for this research.

Authors' Contribution: FDM was the main investigator and wrote the first draft of the manuscript. ES supervised the study, and MR contributed to the study design. All authors read and approved the final manuscript.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest in this study.

Acknowledgments: The authors of this study are grateful to all participants in the study.

Research Article

The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Quality of Life in Women with Psoriasis

Authors

Nahid Shaban¹, Marjan Alizadeh^{2*}, Mozhgan Sepahmansour³

 1. Ph.D. Student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. nahid.shaban@iau.ac.ir

 2. Assistant Professor, Department of Clinical and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. drsepahmansour@iau.ac.ir

Abstract

Receive Date:
06/06/2025

Accept Date:
06/12/2025



Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease linked to heightened stress levels and a substantial negative impact on patients' quality of life and their ability to tolerate distress. The purpose of this study was to comparison of the comparing effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy on quality of life in women with psoriasis.

Method: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of the research was all women with psoriasis who referred to the dermatology clinics of Tehran city in autumn of year 2024. Then the number of 45 women patients diagnosed by a physician were randomly divided into two groups, including an cognitive-behavioral therapy group (15 women), compassion-focused therapy group (15 women) and a control group (15 women). Then the first experimental group underwent 8 sessions of 90 minute cognitive-behavioral therapy and the second experimental group underwent 10 sessions of 90 minute of compassion-focused therapy. To collect data Dermatology life quality index (DLQI) of Finlay and Khan (1994). Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 28.

Results: The results showed that both interventions had a significant effect on quality of life ($P < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy on quality of life ($P < 0.05$).

Discussion and conclusion: Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy can be used as a treatment method to on quality of life in women with psoriasis and priority of use in in increase quality of life women with psoriasis is with compassion-focused therapy.

Keywords

cognitive-behavioral therapy, compassion-focused therapy, psoriasis, quality of life.

Corresponding
Author's E-mail

M.alizadeh@iau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Psoriasis is a chronic inflammatory disease that affects approximately 2–3% of the world's population, and the pathogenesis of psoriasis is complex and involves dysregulation of immune regulation, increased proliferation, and angiogenesis. Several comorbidities have been associated with psoriasis, including psoriatic arthritis, cardiovascular disease, metabolic syndrome, obesity, inflammatory bowel disease, and psychiatric disorders that are associated with systemic inflammation. In addition to these physical and physiological problems, people with psoriasis experience psychological and emotional problems, including low levels of quality of life. Psoriasis affects most psychosocial areas of a patient's life, and coping with these everyday life issues remains a challenge for patients in their daily lives, so the goal of psoriasis management should include measures to improve quality of life along with long-term remission of physical symptoms. Numerous studies have shown the role of psoriasis in reducing the quality of life of patients and have found that psoriasis is a significant threat to reducing the quality of life of these patients. Due to such problems, it is important to use psychological interventions for these patients. The purpose of this study was to comparison of the comparing effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy on quality of life in women with psoriasis.

Method

This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of the research was all women with psoriasis who referred to the dermatology clinics of Tehran city in autumn of year 2024. Then the number of 45 women patients diagnosed by a physician were randomly divided into two groups, including an cognitive-behavioral therapy group (15 women), compassion-focused therapy group (15 women) and a control group (15 women). Then the first experimental group underwent 8 sessions of 90 minute cognitive-behavioral therapy and the second experimental group underwent 10 sessions of 90 minute of compassion-focused therapy. To collect data Dermatology life quality index (DLQI) of Finlay and Khan (1994). The inclusion criteria for the study were the absence of chronic physical diseases such as cancer, etc., according to the individual's self-report, at least one year after receiving a psoriasis diagnosis, and an age range of 20 years and above (because the sample was selected from married women). Also, missing more than 2 sessions in the treatment process, receiving psychotherapy services in parallel and simultaneously, having experience with one of the treatments examined in the present study, and incomplete completion of the questionnaires in the post-test and

follow-up stages were exclusion criteria. Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 28.

Results

Based on the results, the mean and standard deviation of age in the cognitive-behavioral therapy group were 34.73 and 2.91; the mean and standard deviation of age in the compassion-focused therapy group were 33.40 and 3.27; and the mean and standard deviation of age in the control group were 34.20 and 3.34. The F statistic obtained from comparing the means of the 3 groups in the age variable was $F=0.67$, which is not statistically significant ($\text{sig}=0.518$), indicating that the 3 groups of women were similar in terms of age. In terms of academic, in the compassion-focused therapy group, 1 people had a diploma (6.6%), 2 had an associate's degree (13.33%), 6 people had a bachelor's degree (40%), and 6 people had a master's degree or higher (40%). In the cognitive-behavioral therapy group, 2 people had a diploma (13.33%), 4 people had an associate's degree (26.67%), 4 people had a bachelor's degree (26.67%), and 5 people had a master's degree or higher (33.33%). In the control group, 2 people had a diploma (13.33%), 3 people had an associate's degree (20%), 6 people had a bachelor's degree (40%), and 4 people had a master's degree or higher (67.26%). The chi-square analysis statistic resulting from comparing the frequency and percentage of the 3 groups in terms of education was Chi-Square = 1.97, which is not statistically significant ($\text{sig} = 0.923$), indicating that the three groups of women were similar in terms of education. The results showed that both interventions had a significant effect on quality of life ($P<0.05$). Then, a pairwise comparison of the mean modified of the test stages (pre-test, post-test, and follow-up) in quality of life was examined, and the results showed that cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy had an effect on quality of life and its dimensions in the post-test stage, and their therapeutic effects were persistent and stable after 2 months. The results also showed that the mean difference between the compassion-focused therapy group and the control group was greater than the mean difference between the cognitive-behavioral therapy group and the control group, which indicates that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy on the quality of life of women with psoriasis.

Conclusion

Compassion can manifest in three different directions (streams of compassion): the compassion we feel for others, the compassion we feel on behalf of others, and the compassion we have for ourselves (self-compassion). The primary goal of compassion-based therapy is to cultivate compassionate motivation in all three directions, allowing distress to be regulated through our evolved physiological

infrastructures, which are activated in response to dependent behaviors. How compassion-focused therapy can improve quality of life compassion-focused therapy can be said to eliminate shame and self-criticism by activating our pain-relieving system, which is related to compassion, satisfaction, and safety. The goal of many compassion-focused therapy exercises is to connect with the pain-relieving system by creating a compassionate mind, thus creating a sense of security, satisfaction, and peace, which in turn can eliminate shame and self-criticism. Therefore, when a person with psoriasis participates in compassion therapy sessions, they develop a compassionate mind and will feel less shame and self-criticism due to their disease, which will be effective in improving their quality of life. Therefore, it is reasonable to say that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy in improving the quality of life in women with psoriasis. Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy can be used as a treatment method to on quality of life in women with psoriasis and priority of use in increase quality of life women with psoriasis is with compassion-focused therapy.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: In this study, ethical considerations were meticulously observed, including: obtaining informed consent from women with psoriasis to participate in therapeutic interventions; assuring participants that their responses would not be

analyzed individually but as part of a group, with confidentiality guaranteed and no access granted to any third party; explaining the study process to all participants; informing them about the study's objectives, the harmlessness of the intervention, and its potential benefits; clarifying the expertise and qualifications of the intervention providers; assuring participants of the scientific foundation of the method; and notifying them of their right to withdraw freely at any stage of the study. Participants were also informed that a competent organization, such as the university, would oversee the research process. Additional measures included emphasizing the voluntary nature of the study, providing answers to their questions, offering access to the results upon request, and ensuring that intensive therapeutic sessions would be made available to the control group after the follow-up phase. Furthermore, this study received ethical approval under the code IR.IAU.CTB.REC.1403.192 from the Ethics in Research Committee of the Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Funding: The study was conducted without the funding of any institution or organization.

Authors' Contribution: The first author is the main researcher of this study. The second author is the supervisors and third author as advisor. This article is taken from a doctoral thesis of the first author.

Conflict of Interest: According to the authors, this article has no funding or conflict of interest.

Research Article

Introduction and use of techniques based on memetic psychology in the treatment of major depressive disorder: A qualitative case study

Authors

Mohsen Amiri¹, Jahangir Karami^{2*}

 1. Psychology Postdoctoral researcher, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran. mohsen.amiri@razi.ac.ir

 2. Associate Professor Professor, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
27/12/2024

Accept Date:
28/07/2025



Introduction: Major depression is one of the disorders that can severely affect the patient's quality of life and in the worst case can cause suicidal thoughts in the patient and even suicide attempts. Therefore, the aim of the present study was to introduce techniques based on memetic psychology and examine their effect on major depressive disorder.

Method: The present study was a qualitative case study. The statistical population of this study consisted of all people diagnosed with major depressive disorder living in Kermanshah in 2024. To select the research sample, a purposive sampling method was used and one subject diagnosed with major depressive disorder was selected using a diagnostic interview based on DSM-5. The participant underwent memetic psychology-based interventions for 10 weeks.

Results: Finally, the use of the diagnostic interview based on DSM-5, Beck Depression Inventory-2, researcher observations, and patient self-report showed that the use of techniques based on memetic psychology, including Mapping the self, Meme maps, and Deconstructing Memes, is effective in treating major depressive disorder.

Discussion and conclusion: The results of this study showed that memetic psychology, as a sub-branch of cultural evolution, can have appropriate explanatory power in how mental disorders arise and persist. Therefore, given the positive effect of techniques based on memetic psychology in the present study, this study was able to create a basis for developing protocols based on memetic psychology in the future.

Keywords

cultural evolution, Memetic psychology, Mapping the self, Meme maps, Deconstructing Memes, major depressive disorder.

Corresponding
Author's E-mail

j.karami@razi.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Depression constitutes a significant global mental health challenge [1]. According to the World Health Organization (WHO), major depressive disorder impacts over 244 million individuals worldwide and represents the primary cause of disability on a global scale [2]. Extensive evidence highlights the high prevalence of major depressive disorder and its association with substantial economic burdens and costs [3, 4, 5, 6]. Severe forms of depression may culminate in suicide [7], with over 60% of individuals attempting suicide globally being diagnosed with major depressive disorder [11]. In the exploration of factors contributing to mental disorders such as depression, the role of culture and cultural evolution in its broadest sense cannot be overlooked [12]. Among the theories of cultural evolution, memetic theory stands out for its considerable explanatory power in this context [16].

Memetic theory proposes that cultural phenomena are fundamentally based on a primary genetic system, which in turn establishes a secondary form of evolution [18]. In this framework, Dawkins introduced the concept of the "meme" as a cultural transmission unit within the discourse of evolutionary theory [16]. What is broadly referred to as culture consists of competing memes. These memes are transmitted from one mind to another in a manner similar to the propagation of genes through sperm and ova [20], and they may contribute to the development of mental disorders [21]. Certain memes undergo divergent evolution, conflicting with the organism's survival and welfare [21]. Such deleterious memes are often instilled during childhood by adults, peers, or through exposure to demeaning individuals [21]. Considering the pivotal role of

memes in the genesis of mental disorders, developing accessible mental health models to address harmful memes is essential [21]. The present study aims to extract and introduce therapeutic techniques derived from memetic psychology literature, aiming to evaluate their effectiveness in addressing major depressive disorder.

Method

This study employed a qualitative case-study design. The target population included individuals diagnosed with major depressive disorder residing in Kermanshah in 2024. Purposive sampling was utilized to select participants, as this approach facilitates an in-depth understanding of individual experiences and aids in the development or refinement of theoretical constructs [31]. Consistent with similar high-quality studies [25, 26], a single participant was selected for detailed analysis.

Research tools comprised the following:

1. A semi-structured diagnostic interview, utilized to confirm the participant's diagnosis and assess progress post-treatment sessions.
2. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), administered to measure the severity of depression, with specific attention to cognitive and behavioral dimensions.
3. A memetic self-narrative [24, 25, 26], employed to identify harmful memes and pathological memeplexes.
4. A memetic map [27], used to reconstruct the participant's life story and uncover the origins of harmful memes.
5. Memeplex deconstruction [21], a methodological intervention designed to dismantle and disrupt pathological memeplexes.

Therapeutic Protocol Derived from Memetic Psychology

Session Number	Session Content
Session 1	Evaluation of Memetic: - Reviewing the patient's memodynamic to identify memes and memetic conflicts contributing to major depressive disorder. - The memetic formulation involves identifying the patient's problems and reaching an agreement on therapeutic goals and gradual changes at the meme level.
Session 2	Treatment of memes with broad range: Controlling situations to prevent worsening memetic conflicts, including recommendations like acid consumption, sleep hygiene, exercise, and light exposure management. Teaching task execution during sessions.
Session 3	Addressing conflicting memes: Replacing harmful conflicting memes with socially acceptable ones. Discussing strategies to foster social support and participation while addressing these conflicts.
Session 4	Drawing Mapping the self: Identifying memes and conflicts, establishing links with reference memes causing current symptoms to promote adjustment and progress in resolving memetic conflicts.
Session 5	Continuing exploration of the Mapping the self for deeper understanding.
Session6	Discovering meme roots: Constructing the meme maps to trace origins, separating injection sources and reference memes, while addressing emotions tied to these sources.
Session7	Continuation of constructing the meme maps and addressing emotional associations.
Session8	Deconstructing pathological memes using Deconstructing Memes techniques.
Session9	Continuation of Deconstructing Memes sessions.
Session10	Teaching Critical thinking: Reengineering cognitive filters to prevent future entry of harmful memes. Drawing and reviewing a new Mapping the self to solidify therapeutic achievements, inspire motivation, and anticipate future challenges for treatment.

Research Procedure Following an extensive explanation of the methodology of the therapeutic sessions and the research objectives, the participant formally provided written consent to take part in the study. Subsequently, the participant engaged in ten 60-minute weekly therapeutic sessions. Within these sessions, the participant's Mapping the self and meme maps were collaboratively constructed. These elements formed the foundation for psychotherapy, which was carried out through systematic analysis, interpretation, and application of the Deconstructing Memes technique. 4 months after the conclusion of the intervention sessions, a follow-up assessment was conducted. The participant was invited for an additional session to reassess the symptoms of major depressive disorder using DSM-5 criteria and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Results

The depiction of the Mapping the self revealed 27 distinct memes. The Mapping the self constructed for Ayda revealed a central and dominant meme referred to as "The Repressed Child," which was surrounded by several interconnected and reinforcing memes, including "The Shy Meme," "The Helpless and Weak Meme," "The Low Self-Confidence Meme," "The Oppressed Meme," "The Wounded Meme," "The Ashamed Meme," and "The Dependent Meme." These secondary memes collectively supported and sustained the dominance of "The Repressed Child" meme. Within this overarching memplex, three distinct sub-memplexes emerged. Ayda linked "The Dependent Child" meme to "The Helpless and Weak Meme" and "The Low Self-Confidence Meme." Additionally, she connected "The Ashamed Meme" to "The Shy Meme." These connections illuminated two central thematic memplexes—one centered around helplessness and the other around shame—both of which were closely related to the dominant "Repressed Child" meme. Protective and adaptive memes, such as "The Playful Meme" and "The Hopeful Meme," were also identified. However, their influence was considerably diminished due to the overwhelming dominance of the helplessness and shame-related memplexes, which pushed the "Playful and Cheerful Child" memplex to the periphery.

The participant's Meme Plans identify key Gestational Meme Events contributing to the development of the meme of helplessness and weakness, including overly cautious parental behaviors and a passive, dependent maternal figure.** These Gestational Meme Events laid the foundation for subsequent Developmental Meme Events that further reinforced this meme. These Developmental Meme Events included reliance on others, avoidance of initiating tasks, diminished curiosity, recurring self-doubt, and the habitual delegation of responsibilities.

The participant's Meme Plans highlight critical Gestational Meme Events that influenced the emergence of the meme of helplessness and weakness, such as overly cautious parenting styles and a passive, dependent maternal figure.** These Gestational Meme Events provided the basis for subsequent Developmental Meme Events that solidified this meme further. The Developmental Meme Events encompassed reliance on others, avoidance of initiating tasks, reduced curiosity, persistent self-doubt,

and the habitual delegation of responsibilities.

Conclusion

Two dominant pathological memplexes were identified as the core elements supporting the participant's pathological selfplex. Through gaining insight and initiating new behavioral patterns, the participant was able to disrupt the components of two prominent memplexes—helplessness-weakness and defectiveness-shame—by employing Deconstructing Memes, thereby constructing a revised selfplex. This transformation allowed the participant to envision, for the first time, their "Repressed Child" breaking free from its cage, moving freely toward their desires, symbolizing the emergence of a healthy meme within the individual. The use of Mapping the Self techniques provided profound insights into the origins of these memplexes and their connections to the participant's depressive symptoms. With this awareness, the participant successfully differentiated pathological memes from non-pathological ones and came to a deep, experiential acceptance of their ability to modify pathological memes within their selfplex or replace them with healthier alternatives. Mapping the Self also enabled the participant to confront events and figures that contributed to the creation of the pathological memplexes while simultaneously experiencing and resolving the hidden emotions associated with them. The technique of Deconstructing Memes was applied across multiple sessions, targeting the pathological memplexes of helplessness and defectiveness-shame, and succeeded in introducing and embedding novel meanings into the participant's cognitive framework. The findings of this study suggest a potential foundation for designing future memetic psychology-based intervention protocols. Conducted as a qualitative case study with a single participant, this research aimed to provide a thorough investigation of one specific case. However, the generalizability of the findings is considerably limited. It is not feasible to definitively assert the effectiveness of these interventions across individuals of the same or different genders, or across diverse ethnic and cultural groups. Future research should involve experimental designs with larger sample sizes and control groups to assess the efficacy of these techniques within varied populations. Additionally, it is recommended to compare the outcomes of memetic psychology-based therapy with those of other therapeutic approaches through quantitative experimental designs.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: In this study, ethical standards including informed consent and confidentiality were observed. This study has an ethics code with the number IR.RAZI.REC.1403.020 from Razi University.

Funding: This study was conducted without financial support from any institution or organization.

Authors' Contribution: Dr. Mohsen Amiri developed the original idea and the protocol, Dr. Jahangir Karami supervised the project.

Conflict of Interest: There are no conflicts of interest in this research.

Research Article

Evaluation of the structural equation model of drug craving based on personality traits and time perspective in patients undergoing maintenance treatment with methadone

Authors

Shiva Rahimipour¹, Zahra Zanjani^{2*}

 1. Master of Clinical Psychology, Shahab Danesh University, Qom Iran.
Rahimipourshiva08@gmail.com

 2. Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
09/04/2025

Accept Date:
10/11/2025



Introduction: Craving has attracted the attention of many researchers who study factors related to substance abuse. The present study aimed to investigate the structural equation model of craving in patients undergoing methadone maintenance treatment based on personality traits and time perspective.

Method: The present research design was fundamental in terms of its purpose and descriptive-cross-sectional in terms of its method of collecting data, using the correlational structural equation modeling method. The research population included patients undergoing methadone maintenance treatment in Tehran and the selected sample included 270 people who were selected through convenience sampling. To conduct the present study questionnaires such as craving, five-factor personality, and time perspective were used, and SPSS-21 and AMOS-21 software were used to analyze the data.

Results: The proposed model has a good fit. Also, the direct effect of personality traits on craving and time perspective is significant. Personality traits can predict drug craving in patients undergoing methadone maintenance treatment through time perspective. The results of the model fitting showed that the personality traits of neuroticism and conscientiousness indirectly affect drug craving through time perspective.

Discussion and conclusion: Time perspective plays a protective role against relapse and paying attention to it can be of great importance in the treatment of drug cravings. Therefore, it is suggested that this construct be used to promote the psychological health of patients undergoing methadone maintenance treatment.

Keywords

craving, personality traits, time perspective.

Corresponding
Author's E-mail

z_zanjani2005@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Craving and the resulting cognitive changes are recognized in nearly all addiction theories as core characteristics of substance dependence, as well as key factors in predicting, treating, and preventing relapse [16]. Therefore, identifying this phenomenon, its related factors, and strategies for its regulation is of significant importance. One of the variables that plays a critical role in the experience of craving is personality traits. These traits are considered distal determinants of behavior [23], meaning that they exert their effects indirectly through more immediate (proximal) factors [24]. There is a general consensus that the influence of personality traits on behavior is often mediated by other intervening variables [23]. Several studies have investigated the mediating mechanisms that link personality traits to various behaviors, including substance use and addiction. This study proposes that time perspective functions as one of those mediators in the relationship between personality traits and drug craving. Roughly ten studies have reported significant associations between personality traits and time perspective [23]. As a result, it may be more effective for professionals to intervene at the level of time perspective, rather than attempting to change underlying personality traits. This is because time perspective is thought to be a more flexible individual characteristic and a more proximal predictor of substance use. Given that research examining the causal relationships between these constructs is limited, the present study aims to design and test a structural model that integrates them within a logical framework.

Method

The present study employed a basic-applied design and utilized a correlational survey method analyzed via structural equation modeling (SEM). The statistical population included all patients undergoing methadone maintenance treatment in addiction treatment centers in Tehran in 2023. Sampling was conducted using a non-random convenience method, and 320 individuals were initially selected. After obtaining informed consent and

explaining the research procedure, participants were provided with the research questionnaires. Ultimately, after excluding incomplete or invalid responses, 270 participants were included in the final analysis. The instruments used in this study were as follows: Drug Craving Questionnaire, developed by Federdi, Barerfan, and Ziaei (2008), which measures drug-related thoughts, fantasies, and temptation to use. NEO Personality Inventory, developed by McCrae and Costa (1985), assessing the Big Five personality traits. Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI), developed by Zimbardo and Boyd (1999), to measure time perspective dimensions. Coordination was made with four addiction treatment centers in Tehran to conduct data collection. After obtaining informed consent, participants completed the questionnaires. Descriptive statistics (mean, standard deviation, etc.) were used to summarize the data. To test the research hypotheses, structural equation modeling was applied using AMOS 21 software.

Results

The demographic analysis of the 270 participants revealed that 16.7% were aged 20–29, 34.1% aged 30–39, 31.5% aged 40–49, and 17.8% aged 50–59. Regarding duration of methadone treatment, 18.9% had been in treatment for up to 1 year, 30% for 2 years, 13% for 3 years, and 34.8% for 4 years. The normality of the data was assessed using skewness and kurtosis coefficients, which fell within the acceptable range of -2 to +2, confirming that the data were normally distributed. The correlation matrix (Table 1) revealed significant relationships among the study variables. The initial path analysis showed that several direct paths between variables were not statistically significant. Consequently, those paths were removed to improve the model fit (Figure 1). The fit indices (Table 2) demonstrated an excellent model fit for the revised structural model. The standardized path coefficients for indirect effects, along with bootstrap analysis, indicated that the personality traits of neuroticism and conscientiousness predict drug craving through the mediating role of time perspective among patients receiving methadone maintenance treatment.

Table 1. Correlation matrix of research variables

Variables	1	2	3	4	5	6	7
Neuroticism	-0/82						
Extraversion	0/37	-0/34					
Openness	0/048	-0/011	-0/158				
Agreeableness	0/76	-0/74	0/34	0/030			
Conscientiousness	0/81	-0/79	0/38	-0/04	0/79		
Time perspective	-0/27	0/35	-0/08	0/03	-0/22	-0/21	
Craving	0/70	0/61	-0/25	0/02	-0/63	-0/66	0/27

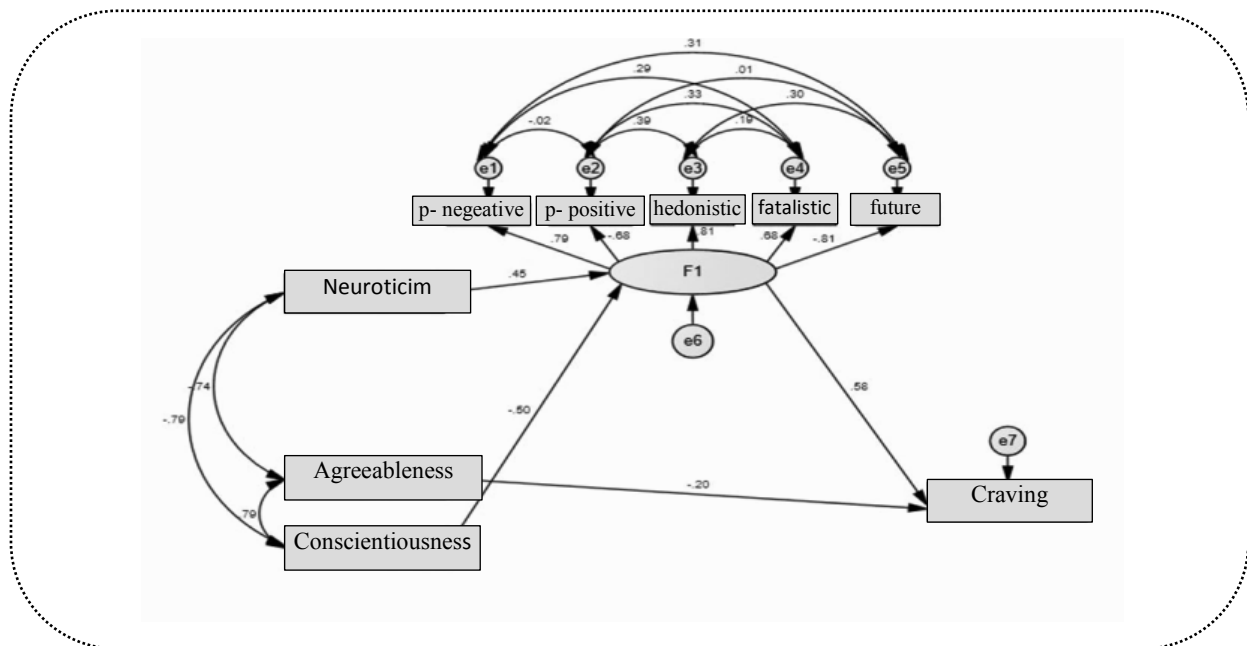


Figure 1. A modified model of the relationship between personality traits and drug craving with the mediation of time perspective

Table 2. Goodness-of- fit indices for the measurement

Indices	Fit indices		
	Initial model	final model	Accepted range
$\frac{\chi^2}{df}$	6/892	3/028	<5
RMSEA	0/148	0/07	<0/08
GFI	0/92	0/97	>0/9
AGFI	0/91	0/98	>0/9
CFI	0/90	0/98	>0/9
NFI	0/90	0/97	>0/9

Conclusion

The present study was conducted to investigate the structural equation model of drug craving based on personality characteristics and time perspective in patients undergoing maintenance treatment with methadone. The results of data analysis confirmed the suitability of the proposed model. Thus, patients undergoing maintenance treatment with methadone who are high in neurotic personality traits and low in extroversion, agreeableness, and conscientiousness personality traits experience higher cravings, which results are in line with studies [19,23,50]. Also, the desire to consume is higher in patients who have a lower positive future and past perspective and a negative past perspective, present hedonistic, present fatalistic and a higher time perspective score, which is also in line with the results of studies [54, 40, 23]. The results of the model fitting showed that the personality traits of neuroticism and conscientiousness affect drug craving indirectly through time perspective. And agreeableness has a direct effect on craving. Since people with substance use disorders have common personality traits such as high neuroticism, low conscientiousness, and agreeableness [19]. The mediating

role of time perspective in the relationship between personality traits and craving for drugs has been shown in the present study because time perspective is more flexible compared to personality traits and is more influenced by environmental factors [29,26]. And it can be affected by psychological interventions. Paying attention to the time perspective can be effective in the field of addiction.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This article is from the first author's master's thesis. The thesis defense session was on 2024/3/9. Participants were free to leave the study at any time and assured of the confidentiality of their information.

Funding: This study was conducted without the support of any institution or organization.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest concerning this article.

Acknowledgments: We hereby appreciate all the patients undergoing maintenance treatment with methadone who assisted us in the research.

Research Article

The Effectiveness of Positive Psychology Training on Lifestyle, Happiness, and Psychological Capital of Patients with Type II Diabetes

Authors

Yaser Moradi¹, Hamid Atashpour^{2*}, Mohammad forouhar³

 1. Ph.D student, Health Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran. Psy1879moradi@gmail.com

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

 3. Adjunct professor at guilan university. Faculty of Humanities. Education and consulting department. dr.forouahr@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
19/05/2025

Accept Date:
12/10/2025



Introduction: The aim of the present study was to determine the effectiveness of positive psychology training on lifestyle, happiness, and psychological capital of patients with type II diabetes in Semirom County in 2016-2017.

Method: This semi-experimental study was a pre-test-post-test type with a control and experimental group and a follow-up period. The statistical population of the study was people with type 2 diabetes in Semirom County, from whom 30 people were selected through convenient sampling according to the inclusion and exclusion criteria, and were assigned to two experimental groups (15 people) and control (15 people). Then, the experimental group underwent positive psychology training (Rashid, 2008) for 14 sessions (one 90-minute session per week) and after the end of the intervention sessions, a post-test was taken from both groups (experimental and control). And a month later, the follow-up phase was conducted. In this study, the Lali Lifestyle Questionnaire (2012) (LSQ) was used to assess lifestyle, the Oxford Argyle and Lowe Happiness Questionnaire (1989) (OHQ) was used to assess happiness, and the Luthans Psychological Capital Questionnaire (2007) (PCQ) was used to assess psychological capital. Finally, the repeated measures analysis of variance test and SPSS version 27 software were used to analyze the data.

Results: The results of data analysis using repeated measures analysis of variance showed that positive psychology training had a significant effect on lifestyle ($p < 0.01$), happiness ($p < 0.01$), and psychological capital ($p < 0.01$) in patients with type 2 diabetes. And this result was also stable in the follow-up phase.

Discussion and conclusion: The findings of the present study indicated that positive psychology plays an important and fundamental role in improving the lifestyle, happiness, and psychological capital of patients with type II diabetes. This can be of interest to counselors.

Keywords

Lifestyle, Psychological Capital, Happiness, Type II Diabetes Positive Psychology.

Corresponding
Author's E-mail

hamidatashpour@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Diabetes is a chronic metabolic disease characterized by elevated plasma glucose levels due to inadequate insulin secretion or increased insulin resistance. According to the International Diabetes Federation, approximately 463 million people aged 20 to 79 years had diabetes in 2019. Many factors affect type 2 diabetes. These factors include lifestyle, happiness, and psychological capital. Lifestyle modification plays an important role in the lives of people with diabetes. Also, psychological capital has been defined as a positive psychological capacity consisting of self-efficacy, optimism, hope, and resilience, which plays an important role in people's positive evaluation of the situation and causes greater dynamism and mastery in people with diabetes in life. On the other hand, there is a need to improve the psychological capital of diabetic patients as an important and influential factor in the mental health and better self-care of these patients. One of the interventions that has an important and practical role in the mental health of individuals is the intervention based on positive psychology. Today, positive psychology and its related interventions have attracted the attention of many researchers and therapists due to their cheapness, simplicity, and accessibility. Accordingly, the aim of the present study is to investigate the effect of positive psychology interventions on the lifestyle, happiness, and psychological capital of patients with type 2 diabetes in Semirom city.

Method

This semi-experimental study was a pre-test-post-test type with a control and experimental group and a follow-up period. The statistical population of the study was people with type 2 diabetes in Semirom city, the independent variable of the study was positive psychology training, and the dependent variables were lifestyle, happiness, and psychological capital. The statistical population of the study included 212 people with type 2 diabetes at Seyed Al-Shohada Hospital in Semirom. According to the inclusion criteria (age between 30 and 50 years, literacy, and lack of concurrent intervention similar to the present intervention) and the exclusion criteria (absence of more than 2 sessions), 30 of them (male and female) were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups (15) and control groups (15). Then, the experimental group underwent positive psychology training (Rashid, 2008) for 14 sessions (one 90-minute session per week), and after the intervention sessions, a post-test was administered to both groups (experimental and control). A follow-up phase was conducted one month later. In this study, the Lali Lifestyle Questionnaire (2012) (LSQ) was used to assess lifestyle, the Oxford Argyle and Lowe Happiness Questionnaire (1989) (OHQ) was used to assess happiness, and the

Luthans Psychological Capital Questionnaire (2007) (PCQ) was used to assess psychological capital. Finally, the repeated measures analysis of variance test, the Bonferroni post hoc test, and SPSS version 27 software were used to analyze the data.

Results

The results of data analysis using repeated measures analysis of variance showed that positive psychology training had a significant effect on lifestyle ($p < 0.01$), happiness ($p < 0.01$), and psychological capital ($p < 0.01$) in patients with type 2 diabetes. This result was also stable in the follow-up phase. The Ben Forni test results also showed the difference between the average groups (testing, control and follow-up), which indicated increased lifestyle scores, happiness and psychological capital in the test group.

Conclusion

The findings of the present study indicated that positive psychology plays an important and fundamental role in improving the lifestyle, happiness, and psychological capital of patients with type 2 diabetes. Positive psychology interventions emphasize the capabilities of patients. This has led diabetics to pay more attention to their strengths and positive points despite their illness, and as a result, they gain more control and mastery over their lives, and as a result, their lifestyle, happiness, and psychological capital improve. Also, in positive psychology interventions, the energy gained from paying attention to strengths and positive points, finding solutions, and focusing on positive, realistic, and achievable goals leads to an improvement in the level of psychological capital of diabetic patients. At the end of any study, a number of limitations are usually encountered, the most important limitation of the present study being the lack of a follow-up period. Therefore, it is suggested that the effects of positive psychology intervention be investigated in the long term. In addition, in order to improve the lifestyle and, consequently, self-care of diabetic patients, as well as to promote their mental health, and ultimately strengthen psychological capital as a positive psychological resource and capacity that plays a role in various aspects of diabetic patients' lives, emphasis should be placed on positive psychology interventions in addition to drug treatments.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: Ethical principles are considered in this research.

Funding: The paper was extracted from Yaser Moradi's master's thesis.

Authors' Contribution: All authors equally contributed to preparing this article.

Conflict of Interest: The authors declared no conflict of interest.

Research Article

The Effect of a Physical Fitness Exercise Program Based on Physical Literacy on Weight Loss and increasing Mental Excitement of Overweight Female Students

Authors

Saeideh Akbari¹, Nahid Talebi^{2*}

 1. M.Sc in Physical Education, Department of Physical Education and Sports Sciences, Faculty of Humanities, Shahid University, Tehran, Iran. s.akbari7568@gmail.com

 2. Associate Professor, Department of Physical Education and Sports Sciences, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
09/03/2025

Accept Date:
10/11/2025



Introduction: The prevalence of overweight among Iranian children and adolescents is increasing for various reasons, and inactivity is one of the most important factors. Recently, the concept of physical literacy has emerged as a key concept for promoting active behavior and improving behavioral and mental health in adolescents. The purpose of this study was to investigate the effect of a physical fitness exercise program based on physical literacy on weight loss and increasing mental excitement of overweight female students.

Method: In this quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and control group design, 32 overweight female high school students (12 to 17 years old) were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental and control groups of 16 people. The experimental group engaged in physical fitness exercises based on physical literacy for 8 weeks, while the control group did not receive any intervention. The required data were collected using physical fitness tests and a questionnaire on subjective vitality and physical literacy. Data analysis was performed using dependents t testes and univariate, and multivariate analysis of covariance.

Results: The results of the research show a significant increase in the level of physical fitness, physical literacy, mental excitement and a significant decrease in the total body weight and body mass index of the subjects ($p < 0.05$).

Discussion and conclusion: Based on the results of the study, it seems necessary to pay more attention to implementing physical literacy-based sports activities in schools to control weight and improve mental excitement, especially for overweight female students.

Keywords

Exercise; Physical Literacy; Weight loss; Mental Excitement; Adolescence; Overweight.

Corresponding
Author's E-mail

talebi@shahed.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Some of the diseases associated with a sedentary and inactive lifestyle include overweight and obesity, cardiovascular disease, high blood pressure, type 1 diabetes, and mental health issues, such as depression, anxiety disorders, and decreased vitality. Adolescence is a critical stage in the effort to shape sustainable health behaviors. Good physical fitness in childhood and adolescence is the basis of a healthy lifestyle and an important indicator of current and future health status, as high levels of physical fitness in childhood and adolescence have a positive impact on health in adulthood. Physical activity and fitness behaviors in adolescence determine future physical activity behaviors in adulthood. In addition, it provides many benefits to adolescents. In this regard, the Global Action Plan for Physical Activity 2018-2030 states that, quality physical education and supportive school environments can provide physical and health literacy for a long-term healthy and active lifestyle. Overweight and obese adolescents have low levels of physical activity and fitness. However, the development of physical literacy to improve health indicators in overweight and obese adolescents has been less studied. This need is felt to research to investigate the effect of physical fitness exercises based on physical literacy on weight loss and increasing mental excitement in overweight female students and demonstrates the necessity of the present study.

Method

This study was an applied-quasi-experimental study with a pretest-posttest design and was conducted using a control group and a questionnaire. The statistical population was all overweight female high school students (with a body mass index of 85th to 95th percentile) in Qarchak County, Tehran Province in the academic year 1402-1403. Using purposive sampling, 32 overweight students between the ages of 12-17 years and meeting the inclusion criteria for this study were randomly assigned to two experimental and control groups of 16 people based on their preferences. The experimental group combined physical fitness exercises based on physical literacy for 8 weeks. In this research, the required data were collected using physical fitness tests, and mental vitality questionnaire. The physical literacy training program for the experimental group was conducted for 20 minutes before the physical fitness exercises, including introducing the concept of physical literacy and its necessity as a lifelong process, explaining the development of competence in various skills and physical fitness, a healthy lifestyle and its relationship with physical fitness and physical literacy, the skills necessary to achieve physical literacy, centers for promoting physical literacy, the consequences of using physical literacy, the skills

necessary to achieve physical literacy, and different areas of physical literacy. The height and weight of the students were measured with of a medical scale. The level of mental vitality was assessed by means of a paper-based questionnaire. The intervention protocol for the experimental group consisted of eight weeks of 45 to 55-minute training, which was performed three sessions per week. The intensity of the training was determined in advance by means of a pre-test, the percentage of ability in various physical fitness indicators, and was added to the training load weekly with a gradual increase of between 3 and 5%. The training items for each session included (10 minutes of warm-up, 30 minutes of main exercises, and 5 minutes of cool-down). The main exercises included 20-meter running, stationary exercises, agility, flexibility, coordination, and muscular endurance. During this period, the control group did not exercise. Descriptive statistics were used to describe the data, Shapiro-Wilk test was used to examine the normality of data distribution, analysis of covariance test was used to compare between groups, and dependent t-test was used to determine the difference between pre-test and post-test at a significance level ($P < 0.05$) using SPSS 27 software.

Results

Based on the results obtained there is a significant difference in the variables of weight, body mass index, maximum oxygen consumption, flexibility, sit-ups, plank and mental vitality in the experimental group between the pre-test and post-test. In the control group, there is a significant difference in the variables of weight, maximum oxygen consumption, flexibility, sit-ups and mental vitality between the pre-test and post-test ($p < 0.05$). So that in the control group, the weight in the post-test is higher than the pre-test. The maximum oxygen consumption in the post-test is lower than the pre-test. Flexibility in the post-test is lower than the pre-test. Mental vitality in the post-test is lower than the pre-test.

Based on the results obtained from the analysis of covariance related to the two experimental and control groups in the research variables, with the source of group changes and considering $p < 0.05$, with 95% confidence, a significant difference was observed in the variables of female students in the two control and experimental groups (pre-test effect adjustment). Therefore, it can be said that the physical fitness training program based on physical literacy has a positive effect on weight loss and mental vitality of overweight female students.

Conclusion

The aim of the current research was to investigate the effect of a physical fitness exercise program based on physical literacy on weight loss and mental vitality of overweight female students. The findings of this research showed that the application of the selected exercise program led to a decrease in poundage and body mass

index and an increase in the level of physical fitness, material literacy, and mental excitement of overweight students in the experimental group compared to the control group. This increase has been in all areas of physical fitness and physical literacy and their impact on vitality and mental vitality. Because students are considered the active and dynamic pole of society and unfortunately, due to their intellectual and mental preoccupation, they engage in less physical activity during their studies and after their free time, it is very important to pay attention to the quality of their physical and mental abilities. On the other hand, the more accurate and realistic information is provided, the more feasible it will be to plan and present the program, practice, and provide facilities by trainers and planners. What makes more research in this field necessary is the lack of sufficient information about the process of change. The state of physical fitness, cardiorespiratory fitness, and changes in weight and mental vitality of different age groups in the country, and especially research limitations in the women sector, especially the youth group. It is recommended that teachers and physical education instructors design exercises based on physical literacy in order to provide sports knowledge and increase the physical fitness level of students during physical education lessons. It is recommended that education officials prioritize the importance and necessity of teaching and

developing physical literacy in schools. Researchers interested in this topic are also advised to conduct more complete and extensive research in future studies.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This research is based on accepted ethical principles and recommendations to conduct scientific research in all stages of design, implementation,

Analysis and compilation of the results was implemented and all ethical codes, including informed presence, and freedom to withdraw from the study, were taken into consideration. The current final proposal was approved by the Shahid University Research Ethics Committee.

Ethics ID: IR.SHAHED.REC.1402

IRCT Id: IRCT20210413050949N2

Funding: This research has no specific financial support from any specific organization or institution.

has not been received.

Authors' Contribution: All authors have participated in the design, implementation and writing sections of the present study.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest in writing this article.

Research Article

Comparitive Study of the Effectiveness of Individual and Couple Emotion-Focused Therapy on Experience in Close Relationship-Relationship Structure (Attachment Security) in Couples with Extramarital Relationships

Authors

Fahime Ghafourian Mohebi¹, Marziyeh Alivandi Vafa^{2*}, Roya Rasouli³,
Mohammad Arash Ramezani⁴

 1. Department of Psychology, Ta, C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
fahime.ghafourianmohebi@iau.ac.ir

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Ta, C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. m.alivand@iaut.ac.ir

 4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. m_ramezani@sbu.ac.ir

Abstract

Receive Date:
26/02/2025

Accept Date:
29/07/2025



Introduction: Various factors at the personality and psychological levels, such as attachment styles, both separately and in interaction with each other, affect the relationship between couples and lead to an increase in their tendency toward marital infidelity. The purpose of this study was to conduct a comparative study of the effectiveness of individual and couple emotion-focused therapy on experience in close relationship- relationship structure (attachment security) in couples with extramarital relationships.

Method: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design, including a control group and a follow-up of 2 months. The statistical population consisted of all couples with extramarital relationships in Karaj city during the autumn of 2024. In the first stage, 60 couples were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group consisting of 15 couples) and 2 control groups (each group also consisting of 15 couples). The experimental group underwent emotion-focused therapy by Greenberg & Goldman (2008), while the control group received no training and remained on the waiting list. To collect data, the Experience in Close Relationships - Relationship Structure (ECR-RS) scale developed by Fraley et al. (2011) was used. Data analysis was performed using SPSS-28 software, employing analysis of variance with repeated measures and Bonferroni correction.

Results: The results of the study showed that individual and couple emotion-focused therapy had a significant effect on attachment security ($P < 0.05$). In addition, the results of the Bonferroni post hoc test indicated that couple emotion-focused therapy is more effective than individual emotion-focused therapy on the close relationship structure (attachment security) in couples with extramarital relationships ($P < 0.05$).

Discussion and conclusion: Based on the results of the present study, it can be concluded that individual and couple emotion-focused therapy can be utilized as treatment methods to improve attachment security in couples with extramarital relationships, with priority given to couple emotion-focused therapy.

Keywords

emotion-focused therapy, attachment security, extramarital relationships.

Corresponding
Author's E-mail

dr.vafa@iau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Family is one of the most important social systems and functions, and the foundation of family formation is marriage. Marriage, as the most significant and highest social custom for fulfilling the emotional and security needs of individuals, has always been upheld, and its continuity and survival depend on the persistence of the marital bond. One of the factors that threaten the marital contract and can sometimes lead to divorce and separation is marital infidelity or extramarital affairs, which involve establishing intimate, emotional, virtual, and sexual relationships with someone other than one's spouse. Legally, in some countries, this act is subject to criminal punishment. On the other hand, it is believed that engaging in extramarital affairs can be influenced by the quality of attachment experienced, which in the realm of couples is described as attachment security, also referred to as attachment tendencies. Various factors at the personality and psychological levels, such as attachment styles, both separately and in interaction with each other, affect the relationship between couples and increase their tendency toward marital infidelity. The purpose of this study was to comparative study of the effectiveness of individual and couple emotion-focused therapy on experience in close relationship- relationship structure (attachment security) in couples with extramarital relationships.

Method

This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design, including a control group and a follow-up period of 2 months. The statistical population consisted of all couples with extramarital relationships in Karaj city during the autumn of 2024. In the first stage, 60 couples were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group consisting of 15 couples) and 2 control groups (each group also consisting of 15 couples). The experimental groups underwent emotion-focused therapy, while the control groups received no training and remained on the waiting list. The criteria for entry into the study included infidelity of at least one of the partners, informed consent to participate, experience of more than 6 months of extramarital relationships, psychological health (not using psychiatric drugs), age over 18 years for both partners, having at least a diploma degree, and a marriage history of one year or more. Additionally, the criteria for exiting the study included absence from more than 2 sessions in emotion-focused therapy (both couple and individual methods), simultaneous participation in other courses and therapeutic interventions during the study, and unwillingness to continue. To collect data, the Experience in Close Relationships - Relationship Structure (ECR-RS) scale developed by Fraley et al. (2011) was used. Data analysis was performed using SPSS-28 software, employing

analysis of variance with repeated measures and Bonferroni correction.

Results

The assumption of variance analysis of sphericity is not respected. Violation of the default assumption of sphericity causes the F statistic of variance analysis to be inaccurate. To solve this problem and increase the accuracy of the F statistic, the degrees of freedom are corrected using the Greenhouse-Geisser and Huynh-Feldt methods. According to Stevens' suggestion, if the epsilon value is greater than 0.75, then the Huynh-Feldt correction should be used; if epsilon is smaller than 0.75 or there is no information about sphericity, the Greenhouse-Geisser correction is applied. In the present study, the epsilon value for the Greenhouse-Geisser index for sleep quality is smaller than 0.75, so the Greenhouse-Geisser epsilon was used. Therefore, taking into account the Greenhouse-Geisser correction, the results of the analysis of variance test with repeated measurements are reported in tables to investigate the differences in the research sample across the three stages of pre-test, post-test, and follow-up of the close relationship structure (attachment security). The results of the study showed that individual and couple emotion-focused therapy had a significant effect on attachment security ($P < 0.05$). In addition, the results of the Bonferroni post hoc test indicated that couple emotion-focused therapy is more effective than individual emotion-focused therapy on the close relationship structure (attachment security) in couples with extramarital relationships ($P < 0.05$).

Conclusion

The use of emotion-focused couple therapy among couples, in the context of emotional adjustment and awareness, can be effective in creating intimate and close relationships. In general, emotion-focused couple therapy is a therapeutic approach that focuses on the involvement of emotions in persistent patterns of incompatibility among couples with marital problems. This approach attempts to uncover vulnerable emotions in each partner and facilitate the couple's ability to express these emotions in a safe and loving manner. It is believed that processing these emotions in a secure context creates healthier and newer interaction patterns that calm the level of turmoil, increase love and intimacy, and ultimately lead to a more satisfying relationship. Theorists of this type of couple therapy claim that it is one of the most valid empirical forms of couples therapy. A review of the findings from various studies provides strong empirical evidence of the effectiveness of emotion-focused therapy in relieving couples from distress and helping them to be more responsive to each other's needs, available to one another, and more compassionate with each other, all of which can help reduce levels of anxious and avoidant attachment styles in couples. Based on the results of the present study, it can be concluded that

individual and couple emotion-focused therapy can be used as treatment methods to enhance attachment security in couples with extramarital relationships, with a priority on couple emotion-focused therapy.

Keyword

emotion-focused therapy, attachment security, extramarital relationships.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: In this study, ethical considerations were meticulously observed, including: obtaining informed consent from couples with extramarital relationships to participate in therapeutic interventions; assuring participants that their responses would not be analyzed individually but as part of a group, with confidentiality guaranteed and no access granted to any third party; explaining the study process to all participants; informing them about the study's objectives, the harmlessness of the intervention, and its potential benefits; clarifying the expertise and qualifications of the intervention providers; assuring participants of the scientific foundation of the method; and notifying them of

their right to withdraw freely at any stage of the study. Participants were also informed that a competent organization, such as the university, would oversee the research process. Additional measures included emphasizing the voluntary nature of the study, providing answers to their questions, offering access to the results upon request, and ensuring that intensive therapeutic sessions would be made available to the control group after the follow-up phase. Furthermore, this study received ethical approval under the code IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.292 from the Ethics in Research Committee of the Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Funding: The study was conducted without the funding of any institution or organization.

Authors' Contribution: The first author is the main researcher of this study. The second and third author is the supervisors and fourth author as advisor. This article is taken from a doctoral thesis of the first author.

Conflict of Interest: According to the authors, this article has no funding or conflict of interest.

Research Article

Determining the effectiveness of systemic-behavioral family therapy on coping styles and cognitive flexibility in type 1 diabetic adolescents

Authors

Zohreh Ghaderi¹, Mahboobe Taher^{2*}, Shahnaz Nouhi³, Javad Esmaeeli⁴

 1. Department of psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
nooshin.ghaderi1705@gmail.com

 2. Department of psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
(Corresponding Author)

 3. Department of psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
psynut.sh@gmail.com

 4. Department of Mathematics, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Jesmaeilbastam@gmail.com

Abstract

Receive Date:
03/02/2025

Accept Date:
09/08/2025



Introduction: Diabetes is a metabolic and chronic disease that has a significant impact on the psychological factors of adolescents. Therefore, the aim of this research was to determine the effectiveness of behavioral systemic family therapy on coping styles and cognitive flexibility in type 1 diabetic adolescents.

Method: This study was a semi-experimental type with a pre-test and post-test design with two experimental and control groups. The statistical population was typing 1 diabetic adolescents aged 14-18 years old in Tehran and their parents in 2019, from which 30 volunteers were randomly selected and placed in two experimental and control groups. Then the questionnaires of Freudenberg and Luise (1993) coping styles and Dennis and Vanderwaal (2010) cognitive flexibility were completed by both groups. Then, family therapy was performed on the experimental group. And again, the questionnaires were presented to both groups. Data were analyzed using SPSS version 24 software and covariance analysis method.

Results: The results showed that in the sub-scales of coping styles including referring to others ($P=0.012$) and problem-oriented ($P<0.001$) between the two experimental and control groups in the post-test There was a significant difference in cognitive flexibility subscales including alternatives ($P=0.002$), control ($P>0.001$) and alternatives for human behavior. ($P>0.001$) There was a significant difference between the two experimental and control groups in the post-test.

Discussion and conclusion: Therefore, behavioral systemic family therapy can be used to improve and correct the psychological factors of type 1 diabetic adolescents.

Keywords

behavioral systemic family therapy, coping styles, cognitive flexibility, adolescent, type 1 diabetes.

Corresponding
Author's E-mail

Mahboobe.Taher@iaui.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Diabetes is a metabolic and chronic disease that affects the psychological factors of individuals, especially adolescents. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of systemic behavioral family therapy on coping styles and cognitive flexibility in adolescents with type 1 diabetes. Resilience not only prepares a person to cope with stress. Researchers believe that it positively affects the well-being and comfort of individuals in the interactive environment of the family and community. The family can also play a very important role in managing adolescent diabetes, which includes systemic behavioral family therapy and has four components: problem-solving training, communication training, cognitive restructuring, and structural-functional family therapy. Shakerian and Amini (2019) in their study titled The Effect of Family-Centered Empowerment Model-Based Education on Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetics showed that the mean scores before and after the intervention in the dimensions of blood sugar control, diet control, and self-care behaviors were significantly different. Therefore, helping families with diabetic adolescents is both cost-effective and prevents other problems from becoming acute in adulthood. (Therefore, the families of these adolescents need more education, awareness, and support. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of systemic behavioral family therapy on coping styles and cognitive flexibility in type 1 diabetic adolescents.

Method

This research utilized a semi-experimental design featuring a pre-test-post-test format, incorporating both control and experimental groups. The statistical sample comprised adolescents with type 1 diabetes aged between 14 and 18, as well as their parents (both fathers and mothers) in 2010. A total of 30 participants were intentionally chosen for the study and subsequently randomly assigned into two groups: one experimental and one control, each containing 15 individuals. Instruments utilized in this research: Adolescent Coping Scale This questionnaire, created by Friedenberg and Lewis in 1993, is grounded in Lazarus' theory and consists of a long form with 80 items across 18 subscales. Cognitive Flexibility Questionnaire Developed by Dennis and Vanderwaal in 2010, this concise self-report tool contains 20 questions scored on a 7-point Likert scale. Systemic behavioral family therapy (This therapeutic approach was adapted from Kar's Systemic Family Therapy Model in 2020 and consists of 8 sessions lasting 90 minutes each. The approach to implementation was as follows: After individuals visited the Iranian Diabetes Association in Tehran, 30 eligible adolescents and their parents were selected, then randomly split into an experimental group

and a control group, with 15 participants in each. Following this, questionnaires were provided to the adolescents before the initiation of the treatment. Subsequently, the systemic behavioral family therapy was administered throughout 8 sessions, each lasting 90 minutes, exclusively to the adolescents and parents in the experimental group, while the control group received no treatment. Data analysis comprised two segments: descriptive statistics followed by inferential statistics.

Results

The data analysis was conducted in two stages: descriptive statistics and inferential statistics. In the descriptive statistics stage, frequency, percentage, mean, and standard deviation were utilized, while inferential statistics involved the Kolmogorov-Smirnov test to assess data normality and the Levene test to evaluate the equality of variances, along with examining the homogeneity of the regression lines' slopes through the interaction effect of the pre-test group in the regression model. Ultimately, a univariate analysis of covariance was applied. The analysis was executed using SPSS version 24 software, with a significance level set at 0.05. According to the results obtained, the experimental group's scores improved in comparison to the control group for both coping styles and cognitive flexibility variables. However, the control group did not show any significant changes. Before applying the multivariate analysis of covariance, the Kolmogorov-Smirnov and Levene tests were employed to verify adherence to the required assumptions. The Kolmogorov-Smirnov test conducted on the research variables at the post-test stage indicated that the normality assumption was upheld ($p < 0.05$). Additionally, Levene's test corroborated that the homogeneity of variances assumption was also maintained ($p < 0.05$). Given that the relationship between the dependent and covariate variables was linear for both the control and experimental groups, it can be concluded that the assumption of a linear relationship is satisfied. The analysis of covariance results for the different coping styles and cognitive flexibility variables revealed significant differences in the coping style subscales of reference to others ($P = 0.012$) and problem-focused coping ($P < 0.001$) between the experimental and control groups in the post-test, after accounting for the pre-test effect. Furthermore, a significant difference was noted in the cognitive flexibility subscales of alternatives ($P = 0.002$), control ($P < 0.001$), and alternatives to human behavior ($P < 0.001$) between the experimental and control groups in the post-test, after controlling for the pre-test effect.

Conclusion

The objective of the current research was to evaluate the impact of systemic behavioral family therapy on the coping mechanisms and cognitive flexibility of adolescents diagnosed with type 1 diabetes. The findings from the analysis of covariance indicated that systemic behavioral

family therapy enhanced coping strategies and cognitive flexibility in adolescents with type 1 diabetes. These findings align with the research conducted by Shakerian and Amini (2019) and Sargazi Shad et al. (2019). Additionally, they agree with Al-Haider et al. (2020), who demonstrated that family involvement can mitigate potential complications related to diabetes from the effect of systemic behavioral family therapy on the coping skills of adolescents with type 1 diabetes, it can be said that this therapeutic approach helps young people manage diabetes and cope with stress and anxiety by strengthening family support and cooperation during critical times. This intervention allowed families to recognize dysfunctional behavior patterns and strengthen adolescents' coping styles (Haines et al., 2016). In addition, parents received training and exercises to strengthen skills such as active listening, expressing healthy emotions, and problem solving. (Carr, 2020). The study had several limitations, including the restriction to adolescents with type 1 diabetes consulting at the Iranian Diabetes Association in Tehran and their parents. Another limitation was that data collection relied on self-reporting scales. Additionally, the absence of a follow-up period after the conclusion of treatment sessions posed another limitation. Future research is encouraged to incorporate follow-up periods to assess the long-term

effectiveness of the treatment method on adolescents with diabetes.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This article is taken from a doctoral thesis and has the code of ethics IR.IAU.SHAHROOD.REC.1400.044. All ethical principles were followed in this research.

Funding: This study was carried out without the financial support of any institution or organization.

Authors' Contribution: This article is taken from the doctoral thesis of Mrs. Zohreh Ghaderi and she is also the executor of the article. In this research, Dr. Mahbobeh Taher is introduced as the first supervisor and also the responsible author of the article, and Dr. Shahnaz Nouhi is introduced as the second supervisor. and Mr. Dr. Esmaili are introduced as a consultant professor in this research.

Conflict of Interest: There was no conflict of interest in presenting the research results.

Acknowledgments: I express my utmost gratitude to the teenagers and families who have been persistently and lovingly accompanying me in this research, and to the Iranian Diabetes Association and Yar Shirin Association for the Support of Diabetic Children.

Research Article

The role of personality traits and psychological capital in predicting risky behaviors in orphaned adolescents

Authors

Mahsa Razmgar¹, Seyed Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei^{2*}, Sosan Rahimi³,
Alireza Rajaei⁴, Hamid Nejat⁵

 1. Ph.D. candidate in counseling, Department of counseling, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran. Razmgar.mahsa@gmail.com

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of psychology, Torbat-e- Jam branch, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran. sussanrahimi7@hotmail.com

 4. Professor, Department of psychology, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran. rajaei.46@yahoo.com

 5. Assistant Professor, Department of Counseling, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran. drnejat54@mshdiau.ac.ir

Abstract

Receive Date:
17/02/2025

Accept Date:
28/07/2025



Introduction: Considering the importance of adolescence and the potential crises during this period, especially among vulnerable groups, this study aimed to investigate the role of personality traits and psychological capital in predicting high-risk behaviors in orphaned adolescents.

Method: This research was a descriptive-correlational study. The statistical population consisted of all orphaned adolescents aged 13 to 18 years (both boys and girls) living in welfare centers under the supervision of the Welfare Organization in Mashhad. A total of 300 participants were selected using a census method. The study utilized the Iranian Adolescent Risk-Taking Scale (IARS), the NEO Five-Factor Personality Inventory (NEO), and the Psychological Capital Questionnaire (PCQ). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Pearson correlation and stepwise regression) via SPSS-21 software.

Results: The findings indicated that personality traits such as conscientiousness, agreeableness, and neuroticism ($p < 0.0001$, $R^2 = 0.206$) and components of psychological capital, including hope and optimism ($p < 0.0001$, $R^2 = 0.067$), were significant predictors of high-risk behaviors.

Discussion and conclusion: Therefore, it is recommended to focus on individual differences among these adolescents and design programs to enhance hope and optimism as a means to increase resilience and prevent the emergence of high-risk behaviors in this population.

Keywords

Personality traits, psychological capital, high-risk behaviors, orphaned adolescents.

Corresponding
Author's E-mail

rasool1340@um.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Currently, the prevalence of high-risk behaviors is one of the most pressing global concerns (Mann et al., 2017). Adolescents are at risk for a wide range of health-related risky behaviors, including violence, substance use, smoking, and unhealthy eating habits (Harris et al., 2019). Moreover, losing parents is undoubtedly a traumatic experience that impacts the development of orphaned children. An orphan is defined as a child under 18 who has lost one or both parents for any reason (UNICEF, 2008).

Personality traits play a crucial role in shaping behavior, with one prominent model being the Five-Factor Model (FFM) by McCrae and Costa. This model includes extraversion, agreeableness, conscientiousness, neuroticism, and openness to experience (McCrae & Costa, 2008). These dimensions are considered universal and form the basis of more specific traits (Gao et al., 2020; as cited in Mousavi et al., 2023).

Another important construct considered in this study is psychological capital. Luthans and Jensen (2005) define psychological capital as comprising four positive psychological resources: self-efficacy, optimism, hope, and resilience. These components include: 1. Self-efficacy: Confidence in taking on challenging tasks and putting forth the effort needed to achieve success. 2. Optimism: Positive attributions regarding current and future success. 3. Hope: Perseverance toward goals and adjusting strategies when necessary. 4. Resilience: Recovering or even thriving after adversity.

Adolescents, especially those in underprivileged or marginalized situations, often lack the competencies (knowledge, attitudes, behaviors) required to prevent risky behaviors. Consequently, addressing the vulnerabilities of this population is of critical importance. Given the increasing prevalence of high-risk behaviors among adolescents. Therefore, the aim of this study is to examine the role of personality traits and psychological capital in predicting risky behaviors among orphaned adolescents.

Method

This descriptive-correlational study targeted orphaned adolescents aged 13–18 years (both boys and girls) residing in welfare centers under the supervision of the Welfare Organization in Mashhad in 2024. A minimum sample size of 300 participants was determined considering the predictors, criteria, and components, with a census method applied. Participants voluntarily completed the Iranian Adolescent Risk-Taking Scale (IARS), the NEO Five-Factor Inventory (NEO), and the Psychological Capital Questionnaire (PCQ) anonymously. Descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation and stepwise multiple

regression) were used for data analysis via SPSS-21 software.

Results

The sample comprised 45.3% girls and 54.7% boys, with the majority (48.3%) in grades 7–9. About 50% were first-borns. The mean age was 15.57 years ($SD = 1.60$), ranging from 13 to 18 years.

Pearson correlations revealed significant relationships between risky behaviors and the following personality subscales: neuroticism ($r = 0.213$), openness to experience ($r = -0.217$), agreeableness ($r = -0.352$), and conscientiousness ($r = -0.395$) at $p < 0.01$, and extraversion ($r = 0.129$) at $p < 0.05$. Among psychological capital components, self-efficacy ($r = 0.146$, $p < 0.05$) and hope ($r = -0.201$, $p < 0.01$) were negatively and significantly associated with risky behaviors, while no significant relationship was found for resilience and optimism.

Stepwise regression analysis indicated that conscientiousness, agreeableness, and neuroticism significantly predicted risky behaviors, explaining 20.6% of the variance ($R^2 = 0.206$, $p < 0.0001$). Regarding psychological capital, hope alone explained 4.1% of the variance in risky behaviors. Adding optimism increased the explained variance to 6.7% ($R^2 = 0.067$, $p < 0.0001$).

Conclusion

The findings highlight the significant relationship between personality traits and risky behaviors, with conscientiousness and agreeableness negatively predicting such behaviors, and neuroticism positively predicting them. Personality traits play a critical role in how adolescents face challenges and pursue their goals, as personality reflects stable qualities distinguishing individuals (Crisp et al., 2015). Agreeable individuals tend to align with societal norms, reducing their inclination toward risky behaviors, while conscientious individuals avoid harmful actions due to long-term planning and strong self-control.

Psychological capital, particularly hope and optimism, also played a significant role in mitigating risky behaviors. Previous studies (e.g., Karasikova, Lester, & Harms, 2015) have similarly highlighted the protective effects of psychological capital. Optimistic individuals tend to display effective coping strategies, better social relationships, and greater mental and physical well-being (Lau et al., 2014; as cited in Khoshroo Rudbarkhi et al., 2022).

Recognizing individual differences in personality and strengthening protective psychological and social factors are critical in reducing risky behaviors among orphaned adolescents. It is recommended to provide specialized training to professionals and caregivers in orphan care centers to enhance these protective factors.

Among the limitations of this study, it should be noted that since the research was conducted on orphaned adolescents, some participants may have had limited literacy, which could have affected the accuracy of their responses to the questionnaires. Additionally, the use of self-report questionnaires might introduce bias in the responses. Therefore, it is recommended that future studies employ methods such as interviews to achieve more comprehensive and precise conclusions.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This study was approved by the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Mashhad Branch (Code: IR.IAU.MSHD.REC.1403.066). Legal authorization was obtained from the Khorasan Razavi Welfare Organization on April 14, 2024. This manuscript is derived from the first author's doctoral dissertation.

Funding: No financial support was received for this study.

Authors' Contribution: Mahsa Razmgar: Conceptualization,

Data curation, Investigation, Project administration, Writing – original draft, Writing – review and editing

Seyed Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei: Formal analysis, Methodology, Project administration, Software, Writing – review and editing

Sosan Rahimi: Conceptualization, Supervision, Project administration, Writing – review and editing

Alireza Rajaei: Supervision, Writing – review and editing

Hamid Nejat: Conceptualization, Supervision, Writing – review and editing

All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgments: The authors would like to extend their sincere appreciation to all individuals who participated in this study, including the adolescents residing in orphan care centers, their supervisors and counselors, as well as the Mashhad Welfare Organization for its valuable collaboration and support.

Research Article

The Relationship between Stressful Life Events and Non-Suicidal Self-Injury among Students: The Mediating Role of Generalized Anxiety and Depression

Authors

Milad Shakeri¹, Ahmad Mansouri^{2*}

 1. Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
milad.shakeri@iau.ir

 2. Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
14/09/2025

Accept Date:
08/09/2025



Introduction: While the relationship between stressful life events and non-suicidal self-injury has been explored, there has been less focus on the mediating factors involved, particularly generalized anxiety. Therefore, the primary aim of this study was to examine the roles of generalized anxiety and depression as mediators in the relationship between stressful life events and non-suicidal self-injury among students.

Method: The current research method was fundamental, cross-sectional, and descriptive of the correlation type. The study's statistical population consisted of all undergraduate students enrolled at the universities of Neyshabur during the academic year 2023-2024. A sample of 521 undergraduate students was selected using multi-stage cluster sampling method. The instruments utilized in this study included the Life Stressful Events Screening Questionnaire, the Beck Depression Inventory-13, the Generalized Anxiety Disorder 7-item, and the Deliberate Self-Harm Inventory. The research data were analyzed using SPSS software version 26 and LISREL software version 8.8, employing the structural equation modeling.

Results: The results of the study revealed a relationship between stressful life events, generalized anxiety, depression, and non-suicidal self-injury. Specifically, the findings indicated that generalized anxiety and depression mediate the connection between stressful life events and non-suicidal self-injury among students.

Discussion and conclusion: Stressful life events, generalized anxiety, and depression significantly influence non-suicidal self-injury among students. Researchers and experts in psychology should focus on these variables to develop effective pathological models and treatment strategies.

Keywords

Depression, generalized anxiety, non-suicidal self-injury, stressful life events, students.

Corresponding
Author's E-mail

mansoury_am@iau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

The transition from adolescence to adulthood brings a host of new stressors, including leaving home, financial independence, seeking romantic relationships, and, for many, the pursuit of higher education. While this period is a time of significant growth, it is also marked by instability in key areas such as employment, finances, housing, and relationships, which makes it a crucial phase for the development of psychological issues, including self-harm, non-suicidal self-injury (NSSI), and suicide (Kingsbury et al., 2021). Although the university years provide valuable educational, personal, and social opportunities, they are also a critical time for the emergence of psychological disorders and risky behaviors, including NSSI (Kiekens et al., 2019). Adolescents and young adults, in particular, are at heightened risk for engaging in NSSI and suicide (Tseng et al., 2025). NSSI refers to intentional, often painful physical harm—such as cutting, burning, hitting, or biting—performed to alleviate negative emotions, resolve interpersonal issues, or induce positive emotional states, without the intention of causing death (American Psychiatric Association, 2022). While it may provide temporary relief, NSSI can lead to long-term physical, psychological, and social consequences, including infections, guilt, shame, suicidal thoughts, and the development of additional mental health disorders (Wilkinson et al., 2022). The prevalence of NSSI in Iranian adolescents and students is notably high, with lifetime rates of 21.4% and 29.3%, respectively (Abbasi-Ghahramanloo et al., 2024).

Various factors are associated with NSSI, such as childhood maltreatment, difficulties in emotion regulation, psychological distress, social support, and family functioning (Ghadari et al., 2020; Rostami & Mansouri, 2024). Stressful life events (SLEs) are another important factor linked to NSSI (Wei et al., 2022). According to the diathesis-stress model, individuals may have a predisposition to certain behaviors, like NSSI, but it is SLEs that often trigger these behaviors (Barlow et al., 2023). Research shows a connection between SLEs and NSSI in adolescents (Ye et al., 2024; Mansouri et al., 2022) and students (Hamza et al., 2021). Anxiety disorders, particularly generalized anxiety disorder (GAD), are also strongly linked to NSSI. Individuals with GAD and social anxiety disorder (SAD) are more likely to engage in NSSI, independent of mood disorders or substance use (Chartrand et al., 2012). Studies have found significant correlations between GAD symptoms and NSSI in adolescents and young adults (Sun et al., 2023; Jiao et al., 2022). GAD is characterized by excessive worry, difficulty concentrating, irritability, and sleep disturbances (American Psychiatric Association, 2022). GAD has a particularly significant role in the development of NSSI, as

its chronic nature makes it resistant to treatment (Khodayarifard et al., 2017).

Depression is another key factor in the onset of NSSI. Symptoms of depression include persistent sadness, loss of interest in activities, fatigue, and suicidal thoughts (American Psychiatric Association, 2022). A significant portion of individuals with depression or bipolar disorder have engaged in self-injury (Wang et al., 2021). Research shows that depression is a major contributor to NSSI in adolescents (Yi et al., 2022; Lee et al., 2021). Adolescents with depression who engage in NSSI tend to experience higher levels of anxiety, helplessness, and sleep disturbances compared to those without NSSI (Yi et al., 2022). Depression plays a central role in the development of NSSI among both adolescents and young adults (Jiao et al., 2022; Sun et al., 2023).

Although the relationship between SLEs and NSSI has been extensively studied, the underlying mediating mechanisms are not fully understood. Depression and generalized anxiety symptoms are possible mediators in this relationship. Research has shown that depression mediates the connection between SLEs and NSSI in adolescents (Wei et al., 2022; Wan et al., 2023). Other studies have indicated that depression and anxiety mediate this relationship in young adults (Jiang et al., 2022). Additionally, emotional regulation difficulties and internalized symptoms like anxiety and depression are also found to mediate the relationship between SLEs and NSSI (Zhou et al., 2024). For example, depression mediates the link between peer victimization and NSSI in adolescents (Li et al., 2022) and parental rejection and NSSI (Zhu et al., 2020). Other variables, including social avoidance, rumination, and cyberbullying, have also been found to mediate the relationship between SLEs and NSSI (Ding et al., 2024; Becker et al., 2023). Although research on the mediating role of generalized anxiety in the relationship between SLEs and NSSI is limited, some studies suggest that anxiety plays a mediating role between cyberbullying and NSSI (Zhu et al., 2021; Zhang et al., 2022). The primary aim of this study is to examine the mediating roles of generalized anxiety disorder and depression in the relationship between SLEs and NSSI. This investigation could provide valuable insights into the psychological processes underlying NSSI, ultimately contributing to more effective prevention and intervention strategies for adolescents and young adults at risk.

Method

This is a descriptive-correlational, cross-sectional, and fundamental research study using structural equation modeling. The study population consists of all undergraduate students enrolled in universities in the city of Neyshabur during the academic year 2023-2024. The sample includes 521 undergraduate students, selected through multi-stage cluster sampling. First, two

universities were selected from the universities in Neyshabur: The University of Neyshabur (N= 2800) and the Islamic Azad University, Neyshabur Branch (N= 7863). In the second step, among the faculties of the University of Neyshabur (Faculty of Arts, Faculty of Basic Sciences and Engineering, Faculty of Literature and Humanities, and Faculty of New Technologies and Interdisciplinary Studies), the Faculty of Arts and the Faculty of Basic Sciences and Engineering were chosen. Similarly, from the faculties of the Islamic Azad University, Neyshabur Branch (Faculties of Basic Sciences, Humanities, and Engineering), the Faculty of Humanities and the Faculty of Basic Sciences were randomly selected. In the third step, classes were chosen randomly from the selected faculties until the desired sample size was achieved. It has been suggested that for model-based research, the sample size should be at least 200 individuals, or at least 20 participants per variable (Meyers et al., 2016). In total, 540 questionnaires were distributed. The inclusion criteria were being an undergraduate student, aged between 18 and 40 years, and willingness to participate in the study. The exclusion criteria included incomplete or invalid questionnaires. The research tools included the Life Stressful Events Screening Questionnaire (LSESQ), the Beck Depression Inventory - 13-item version (BDI-13), the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), and the Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI). The research data were analyzed using SPSS software version 26 and LISREL software version 8.8, employing the structural equation modeling (SEM).

Results

The results show the following: a) There is a direct relationship between LSEs and NSSI ($p < 0.05$), b) There is a direct relationship between LSEs and generalized anxiety ($p < 0.05$), c) There is a direct relationship between LSEs and depression and its dimensions ($p < 0.05$), d) There is a direct relationship between generalized anxiety NSSI ($p < 0.05$), e) There is a direct relationship between depression and NSSI ($p < 0.05$). The assumptions of interval measurement, normality, and relationships between the variables of the study were met. To examine the mediating role of generalized anxiety and depression in the relationship between SLEs and NSSI, structural equation modeling was used. The initial results showed that the direct effect of SLEs on generalized anxiety ($p < 0.05$, $\beta = 0.71$, $t = 12.42$) and depression ($p < 0.05$, $\beta = 0.75$, $t = 13.12$) was significant. The direct effect of generalized anxiety ($p < 0.05$, $\beta = 0.22$, $t = 3.56$) and depression ($p < 0.05$, $\beta = 0.48$, $t = 7.01$) on SLEs was significant. The indirect effect of SLEs on NSSI through generalized anxiety and depression was significant ($p < 0.01$, $\beta = 0.51$, $t = 9.76$). The fit indices for the this model, including Chi-square, Comparative Fit Index (CFI), Normed Fit Index (NFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Incremental Fit Index (IFI), Goodness of Fit Index (GFI), and Root Mean

Square Error of Approximation (RMSEA), were 396.43 ($p = 0.01$), 0.95, 0.94, 0.94, 0.95, 0.92, and 0.092, respectively. According to existing sources (Meyers et al., 2016), fit indices should be greater than 0.90, and RMSEA should be less than 0.08. Although the fit indices of this model are favorable, due to the RMSEA being above 0.08, model modification was performed. The results showed that the direct effect of SLEs on generalized anxiety ($p < 0.05$, $\beta = 0.75$, $t = 12.21$) and depression ($p < 0.05$, $\beta = 0.82$, $t = 13.13$) was significant. The direct effect of generalized anxiety ($p < 0.05$, $\beta = 0.20$, $t = 3.93$) and depression ($p < 0.05$, $\beta = 0.47$, $t = 6.33$) on NSSI was significant. The indirect effect of SLEs on NSSI through generalized anxiety and depression was significant ($p < 0.01$, $\beta = 0.53$, $t = 9.70$). The fit indices for the final model, including Chi-square, CFI, NFI, NNFI, IFI, GFI, and RMSEA, were 313.07 ($p = 0.01$), 0.96, 0.95, 0.95, 0.96, 0.93, and 0.08, respectively. These results indicate that the model fit indices are above 0.90, and the RMSEA is 0.08, suggesting a good fit for the model. In other words, generalized anxiety and depression mediate the relationship between SLEs and NSSI.

Conclusion

The main objective of this study was to explore the mediating role of generalized anxiety and depression in the relationship between SLEs and NSSI among students. The findings align with previous research involving adolescents (Ye et al., 2024; Zhou et al., 2024; Mansouri et al., 2022; Wei et al., 2022; Wan et al., 2023), students (Hamza et al., 2021), and young adults (Zhang et al., 2024), showing a significant relationship between SLEs and NSSI. The study revealed that students who experienced more SLEs reported higher levels of NSSI. The findings also showed that SLEs significantly impact generalized anxiety and depression, with a clear relationship between them. This supports previous studies indicating a connection between SLEs and anxiety (Zhou et al., 2024; Jiang et al., 2022; Zhang et al., 2022), as well as depression (Zhou et al., 2024; Liu et al., 2023; Wan et al., 2023; Wei et al., 2022). Based on these results, it can be concluded that students who undergo more SLEs are likely to report more symptoms of generalized anxiety and depression. According to the diathesis-stress model, SLEs are crucial in the development of NSSI, generalized anxiety, and depression.

Furthermore, the study found that generalized anxiety symptoms influence NSSI in students, which is consistent with previous research linking anxiety disorders, particularly generalized anxiety, to NSSI. For instance, Sun et al. (2023) reported a correlation between anxiety, measured by the generalized anxiety scale (GAD-7), and NSSI in hospitalized adolescents and adults. Similarly, Jiao et al. (2022) identified a relationship between generalized anxiety disorder (GAD) symptoms and NSSI in

adolescents, while Peters et al. (2019) showed that anxiety disorders, such as GAD, are related to NSSI. Therefore, it can be concluded that NSSI behaviors are more prevalent in students with higher levels of GAD symptoms. The study also indicated that depression affects NSSI, with a significant relationship between depression and NSSI. This finding is in line with earlier studies (Sun et al., 2023; Jiao et al., 2022; Peng et al., 2024; Wang et al., 2021) which have shown that depression plays a critical role in predicting NSSI. For example, Sun et al. (2023) emphasized the role of depression in predicting NSSI in hospitalized adolescents and adults, and similar results have been found in studies involving adolescents and young adults. Based on these results, it can be concluded that NSSI behaviors are more prevalent in students who experience higher levels of depression.

Ultimately, the results showed that generalized anxiety and depression mediate the relationship between SLEs and NSSI in students. These findings suggest that when students encounter life stressors, they may develop symptoms of generalized anxiety and depression, which in turn are closely linked to NSSI. In other words, life stress events can influence this behavior through generalized anxiety and depression. Although no research has been found specifically examining the mediating role of generalized anxiety and depression in the relationship between SLEs and NSSI in students, Jiang et al. (2022) found that emotions such as depression and anxiety mediate the relationship between negative life events and NSSI in adolescents. Zhou et al. (2024) observed that emotion regulation and internalized symptoms such as anxiety and depression mediate the relationship between SLEs and NSSI in adolescents. Wei et al. (2022) and Wang et al. (2023) reported that depression mediates the relationship between SLEs and NSSI in adolescents. Other studies have found that depression mediates the relationship between peer victimization and NSSI in adolescents (Li et al., 2022), parental rejection and NSSI in adolescents (Zhu et al., 2020), students' attitudes toward suicide and frustrated interpersonal needs with NSSI in students (Park et al., 2022), neuroticism and NSSI in students (Liao et al., 2022), and cyber-victimization and NSSI in adolescents (Liu et al., 2023). Other research has shown that depression, along with other variables such as social avoidance (Ding et al., 2024), mentalization (Yang et al., 2025), experiential avoidance (Ding et al., 2022), and cyberbullying (Baker et al., 2023), mediates the

relationship between SLEs and NSSI in adolescents and young adults. Zhou et al. (2024) reported that anxiety mediates the relationship between cyber-victimization and NSSI in adolescents. Zhang et al. (2022) found that anxiety mediates the relationship between negative life events and NSSI in adolescents. Although the current study was conducted with students, most of the studies mentioned above focus on adolescents.

In conclusion, this study demonstrates that SLEs indirectly lead to NSSI in students through generalized anxiety and depression. The findings underscore the significant role of generalized anxiety and depression in the development of NSSI. Preventive measures, including awareness campaigns, early identification of at-risk individuals, and timely interventions, are critical. Additionally, therapeutic approaches such as stress management, mindfulness, emotion regulation, cognitive-behavioral therapy, and schema therapy can play a vital role in preventing and treating NSSI. However, the study has limitations, such as its cross-sectional and descriptive nature, which prevents causal inferences. Longitudinal studies would provide more detailed insights into the relationships between these variables. Furthermore, the reliance on self-report measures may introduce response biases, so future research using interviews and observations could yield more accurate data.

Ethical Considerations

The ethical considerations of this research included maintaining confidentiality of information, avoiding harm to participants, and obtaining written informed consent.

Compliance with Ethical Guidelines: This article is taken from the master's thesis of the first author, which has the code of ethics IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1403.006 from the ethics committee in biomedical research of Islamic Azad University, Neyshabur branch.

Funding: This research did not have any financial support from centers, institutions, and organizations.

Authors' Contribution: The first author was the senior author, the second was the supervisor.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors sincerely appreciate the students who participated in this study. This research was conducted without financial support from any research or non-research organizations.

Research Article

Investigating the structural model of couples' sexual health based on dark tetrad personality traits with the mediating role of marital burnout in Married students

Authors

Esmail Soleimani^{1*}, Mohammad Rostami², Ali Fathalian³

 1. Associate Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran.
(Corresponding Author)

 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.
mo.rostami@shahed.ac.ir

 3. Ph.D Student, Psychology, Urmia University, Urmia, Iran. fa.fath96@gmail.com

Abstract

Receive Date:
24/01/2025

Accept Date:
09/08/2025



Introduction: Sexual health is a vital component of marital satisfaction that is influenced by psychological and personality factors. This study aimed to investigate the structural model of couples' sexual health based on dark tetrad personality traits (narcissism, Machiavellianism, psychopathy, and sadism) and the mediating role of marital boredom.

Method: The research method was descriptive-correlational and structural equation modeling. The statistical population included married students aged 25 to 50 at Urmia University in 1403, of whom 250 were selected by convenience sampling. The research tools included Larson's standard sexual health questionnaire (1998), Yousefi's dark four personality traits (2018), and Pines' marital burnout (1997). Data analysis was performed using SPSS 26 and lisrel 10 software.

Results: The results of structural equation modeling indicated significant relationships between dark personality traits and marital burnout, as well as between marital burnout and couples' sexual health ($p < 0.01$). A significant direct relationship was also observed between dark personality traits and sexual health ($p < 0.05$). Path analysis revealed that marital burnout played a significant mediating role in the relationship between dark personality traits and sexual health, such that dark traits led to lower sexual health through increased marital burnout. The variables in the model were able to explain approximately 59% of the variance in couples' sexual health. The model fit indices (RMSEA = 0.053, CFI = 0.92, GFI = 0.88) confirmed a good fit of the structural model.

Discussion and conclusion: Based on the findings, marital burnout serves as a significant mediator that intensifies the negative impact of dark personality traits on sexual health. Individuals with dark tetrad, especially narcissism and psychopathy often exhibit controlling and unempathetic behaviors, which increase emotional exhaustion in the relationship and ultimately reduce satisfaction and quality in sexual interactions. Therefore, to enhance sexual health in couples, it is essential to consider personality factors and address marital burnout through empathy training, effective communication skills, and couples counseling.

Keywords

Sexual health, dark tetrad personality traits , marital burnout, Sexual satisfaction, students.

Corresponding
Author's E-mail

e.soleimani@urmia.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Sexual health plays a crucial role in marital satisfaction and overall well-being. It encompasses physical, emotional, and psychological aspects, all of which contribute to a fulfilling intimate relationship. However, various psychological and personality-related factors influence sexual health in couples. Recent research highlights the impact of dark tetrad personality traits—narcissism, Machiavellianism, psychopathy, and sadism—on relationship dynamics. These traits often lead to manipulative behaviors, emotional detachment, and a lack of empathy, which can disrupt marital harmony and sexual satisfaction. This study investigates the mediating role of marital burnout, characterized by emotional exhaustion and reduced intimacy, in the relationship between personality traits and sexual health. Despite existing studies on individual components of marital dissatisfaction, there is a research gap regarding the structural model that integrates dark tetrad traits, marital burnout, and sexual health. Therefore, this study aims to examine the structural model of couples' sexual health based on dark personality traits, considering marital burnout as a mediating factor.

Method

This study employed a descriptive-correlational design with structural equation modeling (SEM) to analyze the relationships between variables. The statistical population consisted of married students aged 25 to 50 at Urmia University in 2024, from which a sample of 250 individuals was selected through convenience sampling. Data collection was conducted using standardized questionnaires: Larson's Sexual Health Questionnaire (1998), Yousefi's Dark Tetrad Personality Traits Scale (2018), and Pines' Marital Burnout Scale (1997). SPSS 26 and Lisrel 10 software were used for statistical analysis. Pearson correlation coefficients and SEM were applied to test the relationships among variables. Ethical considerations included obtaining informed consent from all participants, ensuring confidentiality and anonymity of their data, and allowing them the right to withdraw at any stage without consequences.

Results

Findings revealed significant relationships between dark tetrad personality traits, marital burnout, and sexual health. The dark personality traits exhibited a positive correlation with marital burnout ($\beta = 0.64, p < 0.01$), indicating that individuals with higher dark personality tendencies experienced higher levels of emotional exhaustion in their marriages. Additionally, marital burnout negatively correlated with couples' sexual health

($\beta = -0.53, p < 0.01$), suggesting that increased emotional detachment and fatigue contribute to decreased sexual satisfaction. Furthermore, a direct negative relationship was observed between dark tetrad traits and sexual health ($\beta = -0.42, p < 0.05$), although this effect was weaker than the indirect effect mediated by marital burnout. The model demonstrated good fit indices ($\chi^2/df = 1.89$, RMSEA = 0.053, CFI = 0.92, GFI = 0.88), confirming the robustness of the proposed structural framework.

Conclusion

The findings reveal that dark personality traits, mediated by marital burnout, can exert a significant impact on the sexual health of couples. Marital burnout serves as a significant mediator that intensifies the negative impact of dark personality traits on sexual health. Individuals with traits linked to darkness—particularly narcissism and sociopathy—often struggle to foster healthy emotional and sexual connections with their partners. This difficulty stems from tendencies such as controlling behaviors, a lack of empathy, and the exploitation of others. Marital burnout, characterized by dimensions like physical fatigue, emotional exhaustion, and psychological depletion, serves as a mediating factor. It amplifies emotional and psychological strain, fostering negative perceptions of one's partner and diminishing the motivation to sustain or enhance the sexual relationship.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This study was conducted following ethical principles and guidelines for research involving human participants. Participants provided informed consent before participating in the study, and they were assured of the confidentiality and anonymity of their responses. Furthermore, they were informed that their participation was voluntary, and they had the right to withdraw from the study at any time without any consequences.

Funding: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors. All expenses related to data collection and analysis were covered by the authors.

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest regarding the publication of this study. The research findings have been presented objectively, without any external influence or bias.

Acknowledgments: The authors sincerely appreciate all participants who took the time to complete the study's questionnaires. Additionally, we extend our gratitude to Urmia University for supporting the ethical approval process.

Research Article

Predicting Social Network Addiction Based on Personality Traits: The Mediating Role of Self-Esteem

Authors

Mahshad Tasnimi¹, Solmaz Dabiri^{2*}, Seyed Ali Hosseini Almadani³

 1. *Ph.D Candidate of Psychology, Department of Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. m.tasnimi@iau-tnb.ac.ir*

 2. *Assistant Professor, Department of Educational Psychology and Personality Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*

 3. *Assistant Professor, Department of Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. hosseini-almadani@iau-tnb.ac.ir*

Abstract

Receive Date:
12/02/2025

Accept Date:
08/09/2025



Introduction: Social network addiction is increasingly prevalent among university students, affecting their academic performance and mental well-being. The aim of this study was to predict social network addiction based on personality traits with the mediating role of self-esteem among university students.

Method: This study employed a descriptive correlational research design, emphasizing path Analysis. The statistical population consisted of students from the Islamic Azad University. A multistage cluster random sampling method was used, resulting in a sample size of 439 participants. Data were collected using the Mobile-Based Social Network Addiction Questionnaire (Khajeh Ahmadi et al., 2016), the NEO Five-Factor Inventory-Short Form (Costa & McCrae, 1989), and the Rosenberg Self-Esteem Questionnaire (1965). Path analysis was employed for data analysis, and data were processed using SPSS and AMOS software.

Results: The findings revealed that personality traits were associated with social network addiction both directly and indirectly through the mediating role of self-esteem. Self-esteem negatively mediated the relationship between extraversion, agreeableness, openness to experience, and conscientiousness and social media addiction, while positively mediating the relationship between neuroticism and social media addiction. Furthermore, self-esteem directly and negatively predicted social media addiction.

Discussion and conclusion: The findings highlight the importance of self-esteem in reducing social media overuse. Strengthening self-esteem and promoting responsible digital habits such as social network management strategy may help mitigate social network addiction among students.

Keywords

Social network addiction, personality traits, self-esteem.

Corresponding
Author's E-mail

s.dabiri@iau-tnb.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

In today's digital age, social networking platforms have become an integral part of daily life, influencing the way individuals communicate, share information, and engage in social interactions. While these platforms offer numerous benefits, excessive and uncontrolled use can lead to social network addiction, a type of behavioral dependency characterized by an individual's inability to regulate time spent on social media and an increasing psychological and emotional reliance on these platforms. This overuse can negatively affect various aspects of life, including academic performance, work productivity, and overall well-being. Furthermore, prolonged engagement with social networks may contribute to mental health challenges such as stress, anxiety, and decreased self-esteem.

Among different age groups, young adults and university students are particularly vulnerable to social network addiction due to their inclination toward frequent online communication and their widespread use of technology for both academic and social purposes. Given the significance of personality traits in shaping behavioral tendencies, it is essential to explore their role in predisposing individuals to social media overuse. Additionally, self-esteem, as a key psychological factor, may influence how personality traits contribute to addictive behaviors.

This study aims to examine whether self-esteem mediates the relationship between personality traits and social network addiction, offering insights into potential psychological mechanisms underlying excessive social media use.

Method

This study employed a descriptive correlational design with an emphasis on path analysis to examine the relationships between variables. A quantitative approach was used, and data were collected through structured questionnaires. The statistical population consisted of students from Islamic Azad University, from one of the branches in Tehran province. These students were enrolled in undergraduate, master's, and doctoral programs during the 2023–2024 academic year. A multistage cluster random sampling method was applied, resulting in a final sample size of 439 participants.

To assess social network addiction, the Mobile-Based Social Network Addiction Questionnaire developed by Khajeh Ahmadi et al. (2016) was used. This 23-item instrument was adapted from Young's (1998) Internet Addiction Questionnaire and includes four key factors identified through exploratory factor analysis: personal functioning, time management, self-control, and social relationships. Responses were rated on a five-point Likert scale, with higher scores indicating greater dependency on social networks.

The Short Form of the NEO Five-Factor Personality Inventory, developed by Costa and McCrae (1989), was used to measure five personality traits: neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness, and

conscientiousness. This instrument consists of 60 items, with each trait assessed through 12 items. Responses were recorded on a five-point Likert scale, where higher scores indicate a stronger presence of the trait in the individual.

To evaluate self-esteem, the Rosenberg Self-Esteem Scale (1965) was administered. This questionnaire consists of 10 items measuring overall self-esteem and personal self-worth. It assesses life satisfaction and self-perception, with responses recorded using a four-point Likert scale, where higher scores reflect higher levels of self-esteem.

Results

The study included 439 students, comprising 345 women and 94 men, with a mean age of 23.48 years and a standard deviation of 4.19 years. Among the participants, 12 (2.7%) were associate degree students, 349 (79.5%) were undergraduate students, 59 (13.4%) were pursuing master's degrees, and 19 (4.3%) were doctoral students. Additionally, 381 participants (86.8%) were single, 46 (10.5%) were married, and 3 (0.7%) were divorced. Correlations between variables were aligned with theoretical expectations. After evaluating and confirming the research assumptions, the model's fit with the collected data was analyzed using path analysis in AMOS 24.0.

A path analysis model was developed to assess the relationship between personality traits and social network addiction, considering the mediating role of self-esteem. The model demonstrated a good fit, confirming that personality traits influence social network addiction both directly and indirectly through self-esteem. Among personality traits, conscientiousness and openness to experience negatively predicted social network addiction, indicating that individuals with these traits were less likely to develop addictive behaviors.

Results showed that self-esteem negatively mediated the relationship between extraversion, agreeableness, openness to experience, and conscientiousness with social network addiction, while positively mediating the relationship between neuroticism and social network addiction. Personality traits and self-esteem together accounted for 35% of the variance in social network addiction among students.

The findings also revealed that self-esteem had a significant negative correlation with social network addiction. Lower self-esteem was associated with increased social media dependence, while higher self-esteem reduced the likelihood of addiction. Individuals with high self-esteem relied less on external validation through likes and comments, using social media in a more balanced manner. Conversely, those with low self-esteem sought validation and attention through social networks, making them more prone to addiction.

Overall, self-esteem played a protective role,

moderating the effects of personality traits on social network addiction. Students with high self-esteem and positive personality traits were less likely to develop addiction, while those with low self-esteem and high neuroticism were at greater risk.

Conclusion

In summary, the findings highlight the importance of self-esteem in reducing social media overuse. Extraverted individuals, who prefer face-to-face social interactions, agreeable individuals with strong empathy and cooperation skills, open-to-experience individuals who seek diverse and enriching experiences, and conscientious individuals with effective time management and goal-setting abilities are less likely to engage in excessive social media use. On the other hand, individuals with low self-esteem and high neuroticism tend to be more dependent on social networks due to emotional instability and a higher tendency to experience negative emotions such as anxiety and worry.

One of the key limitations of this study is that the findings are based on data collected from students at Islamic Azad University in Tehran province, which means that generalizing the results to students from other universities should be done with caution. Additionally, due to the higher number of female participants compared to male participants, the demographic distribution may have influenced the study's outcomes, as the majority of respondents were women.

Providing psychological counseling in universities to help students strengthen their self-esteem can be beneficial in reducing excessive reliance on external validation from social media. Practices such as self-acceptance, recognizing personal values, and developing individual skills can help students cultivate a stronger sense of intrinsic self-worth, preventing excessive social media use. Additionally, introducing time management tools and training can serve as an effective strategy for reducing

dependency on social media, encouraging students to engage in more productive activities.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This study was conducted in accordance with ethical research standards and guidelines. The paper is derived from a PhD dissertation and follows all institutional and academic ethical protocols. The research was reviewed and approved by the relevant university ethics committee, ensuring that all procedures adhered to ethical principles, including informed consent, confidentiality, and voluntary participation. The Research Committee of the University approved the PhD dissertation on January 27, 2025, under the approval ID: IR.IAU.TNB.REC.1403.233.

Funding: No external funding was received for this study. The research was conducted independently without financial support from any organization or funding agency.

Authors' Contribution: This study was a collaborative effort involving three authors. Mahshad Tasnimi, the PhD candidate was responsible for conceptualizing the research, conducting data collection and analysis, and drafting the manuscript. The supervisor, Dr. Solmaz Dabiri, provided guidance throughout the research process, including study design, methodology, and critical revisions. The reader, Dr. Seyed Ali Hosseini Almadani, contributed to the review and refinement of the manuscript, ensuring clarity and coherence in the final version. All authors reviewed and approved the final manuscript before submission.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest regarding this study.

Acknowledgments: The authors would like to express their sincere gratitude to the university officials for their support in facilitating this research. Special thanks also go to the students who participated in the study, contributing valuable insights that made this research possible.

Research Article

Comparison of the effectiveness of the Parent Management Training- Oregon Model (PMTO) and Behavioral Parent Training (BPT) on the resilience in childrens aged 7 to 10 years with externalizing problems

Authors

Tayyebah Jafari¹, Sara Aghababei^{2*}, Sayyed Abbas Haghayegh³,
Zohreh Ranjbar Kohan⁴

 1. Ph.D student in Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. jafari6311@gmail.com

 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Ashrafi Esfahani University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

 3. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Abbas_Haghayegh@yahoo.com

 4. Assistant Professor..Faculty member of Amin nonprofit institute of higher education, Fouladshahr, Iran. zohreh_300@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
08/03/2025

Accept Date:
03/08/2025



Introduction: The most significant issue in the psychological pathology of children is behavioral problems that arise during growth and development. This study aimed to compare the effectiveness of the Parent Management Training- Oregon Model (PMTO) and Parent Behavioral Training (BPT) on the resilience of children with externalizing problems aged 7 to 10 years.

Method: The present research design was applied, semi-experimental, with a pre-test-post-test and follow-up with a control group. The statistical population of the study consisted of all children with externalizing behavioral problems aged 7 to 10 in the 2023-2024 academic year in Zarinshahr County. Sixty mothers of children with externalizing problems were selected through convenience sampling to participate in the study. The research tools included the Achenbach Child Behavior Checklist (1991) and the Connor-Davidson Resilience Scale (2003). The interventions of the Oregon Model Parent Management Training (PMTO) and Parent Behavioral Training (BPT) were conducted in 10 sessions of 120 minutes each, once a week, on the samples of the two experimental groups, while the control group received no intervention. After the completion of the sessions, post-tests were conducted for all three groups, and follow-up assessments were carried out one.

Results: According to the findings, there was no significant difference in resilience between the Parent Management- Oregon (PMTO) and Parent Behavioral Training (BPT) groups at the level of ($p < 0.05$), but a significant difference was observed between these two groups and the control group. In other words, in both intervention groups, the means decreased from pre-test to post-test and follow-up.

Discussion and conclusion: The results indicate that the Oregon Model emphasizes creating a warm, supportive, and predictable parent-child relationship. This strengthens the sense of security and attachment, which is essential for resilience. Children who feel love, acceptance, and understanding can better cope with stress and difficulties. Additionally, the Parent Behavioral Training model by Barkley, which emphasizes the complex nature of behavior, addresses emotional and developmental issues, and provides parents with skills to create a nurturing environment, contributes to improving long-term positive outcomes.

Keywords

Parent Management Training- Oregon Model (PMTO), Behavioral Parent Training , externalizing behaviors, resilience.

Corresponding
Author's E-mail

sara.aghababaei@ymail.com

Extended Abstract

Introduction

Mental disorders include a wide range of them in childhood and adolescence. Most of the child's psychology problem is the behavioral problems that occur during growth and development. The characteristics of such behaviors are a negative impact on the process of growth and ability to adapt properly to the environment and disturb the lives of others. Among these behavioral problems in childhood and adolescence, behavioral problems have been defined as destructive and obvious activities or activities, and often with severe aggression, inability to interact with adults, which are the consequences of others to the individual. The characteristics of children with behavior disorder that are faced with resilience is reduced. Resilience is a dynamic concept. Most of the resilience definitions include overcoming stress or disadvantage or relative resistance to environmental risks. Resilience, in its essence, is an interactive concept to describe a combination of serious danger experiences and a relatively positive psychological consequence, despite those experiences. One of the successful therapies in the field of out-of-the-way parent management training (PMTO) is an intervention strategy that has merged the theory, research and practical application over three decades. PMTO is basically created to help families with children and adolescents who show anti-social, aggressive and other external behaviors, including delinquency and substance abuse. PMTO focuses on parental education in five main ways of parenting: 1) Positive participation 2) Encouragement and encouragement of skill 3) Supervision 4) Problem Solving and 5) Creating restrictions. That helps parents understand situations from different perspectives by playing their own or their children. Other treatments examined in this study emphasize parental behavioral training (BPT) on the training of more effective behavior management approaches to prevent inappropriate behavior, promoting social behavior, and supporting a healthy parent and child relationship. Parent behavioral education is primarily based on the principles based on applied behavior analysis (ABA), in effective behavior management, behavioral skills training as a four-stage process including (1) training, (2) modeling, (3) training, and (4) feedback. Based on the above studies, both parental management approaches - Oregon model and parental behavioral training are effective in increasing resilience in children with out-of-the-art behavior. The main reason for comparing these two approaches is that both focus on positive parenting style and can be effective in improving resilience in children. Given that both approaches follow certain principles and programs, comparing these two approaches. Now, given the psychological and emotional harm of the students, the behavior of the students can be seriously harmed, and that the future social and educational life of the student can seriously harm it, appropriate measures to improve the psychological, emotional, emotional, and emotional components. Also, given the need to apply appropriate and timely treatment

methods, and on the other hand, by observing the efficiency of parental management training - Oregon model in external research and parental behavioral training to improve students' problems and to determine the impact and comparison of these two therapies, it can make the therapists a clear way to reduce their work.

Method

The method of this study is the semi-test type with a three-stage design (pre-test-post-test and follow-up) with the control group. The statistical population of this study included all mothers with children with problems of 7 to 10 years in ZarrinShahr in the academic year 1402-1403. The sample consisted of 60 mothers with children with problems of 7 to 10 years who were selected by sampling with the selection of the Akhanbach Behavioral Walk Questionnaire and the diagnostic interview and randomly appointed in three groups. The research tools included the Akhanbach child's behavioral questionnaire, the Connor - Davidson resilience scale (2003). To start the study after coordinating with the Zerrinshahr Department of Education, he went to elementary school boys' schools, and in the two-month period of 1403 out of 107 students introduced with behavioral problems by the school education staff with 78 mothers of these children were eliminated for entrance exams. Finally, 60 people, for example, were selected and mothers of these children were randomly replaced and divided into two groups of experimental (20 children with external behavior in the parental behavioral training group and 20 parent-Model Management Training Test 20 with children with outdated behavior in the certificate group). After executing the pre-test and the time and location of the intervention sessions, the Parent-Model Management Training Test (10 sessions) and parental behavioral training (10 sessions) were performed in three months in a 120-minute session with a one-month follow-up on the two groups, while the group was conducted. In the present study, the Parent Behavioral Training Protocol used from Barclay (2015) Book (2015) was eventually used in the parental behavioral training group of 3 and in the Parent Management Training Group - Oregon Model 2 and 5 certificates. In the analysis of the research data, the results were analyzed using repeated variance analysis of the SPSS-24 software.

Results

In this study, 50 mothers of children with externalizing behavior aged 7 to 10 years participated, 15 in the control group, 18 in the parent management training group, and 17 in the parent behavioral training group. Before conducting the covariance analysis, the necessary assumptions on the research variables were initially examined, and the assumption of normal distribution of scores, homogeneity of variance, the existence of a linear relationship between the scores of the dependent variable and the covariance variable in the control and experimental groups, homogeneity of regression slopes, and homogeneity of the covariance matrix were confirmed. The contents of the multivariate test table show that there is a significant difference between the experimental and control groups in terms of at least one of the dependent variables (resilience

subscales). The results obtained from multivariate analysis of covariance show that the overall F in the post-test stage is significant with a Wilks lambda value of 0.355 at the $P < 0.001$ level, which is evidence that the experimental interventions were effective in improving at least one of the dependent variables. In addition, according to the Wilks Lambda index, it can be concluded that the experimental interventions explain 40% of the variance in the increase in resilience scores. Based on the results of the Mancova test, there is a difference between the experimental and control groups in the evaluation components of the competence and resilience subscales ($P \geq 0.001$; $F = 1870/671$), negative emotions ($P \geq 0.001$; $F = -0.009/1998$), positive emotions ($P \geq 0.001$; $F = 302/447$), restraint ($P \geq 0.001$; $F = 569/891$) and spirituality ($P \geq 0.002$; $F = 508/923$) in the post-test. Based on the findings in the Bonferroni post-test, there is no significant difference between the two treatment groups in the competence and resilience subscale. But both groups had a significant difference with the control group at the $P < 0.01$ level. There was no significant difference between the two treatment groups in the positive emotions subscale of strength. Comparison of the means showed that the parent management group using the Oregon method was more effective. Both groups had a significant difference with the control group. There was no significant difference between the two treatment groups in the spirituality subscale. There was a significant difference between the parent management group using the Oregon method and the control group at the $P < 0.05$ level. There was no significant difference between the parent behavioral training group and the control group.

Conclusion

The results of the Multifunctional Cooring Analysis Test that there is a significant difference between the effectiveness of parental management training - Oregon Model (PMTO) and Parent Behavioral Education (BPT) on children's resilience with output problems of 5 to 5 years. Resilience is the ability to adapt good to adaptation, trauma, tragedy, threats or even important sources of stress. Its characteristic is the ability to reject difficult experiences through and with positive compatibility. This is not a fixed feature, but a set of skills and abilities that can be enhanced and enhanced over time through supportive relationships, positive experiences and effective coping strategies. PMTO teaches parents to provide more positive attention, affection and encouragement. Parents' safe and supportive relationship with the child acts as a protector against stress and trauma and provides a safe base for children to discover their world and strengthen their self-esteem. According to parental behavioral training, the Barclay model has emphasized the creation of a warm, accountable, and compatible parent-child relationship that enhances safe attachment. Children who are safely attached feel secure, love and support, which makes them more flexible in the face of challenges. They have a safe base for a return. Encouraging open and honest communication allows children to share their feelings and

concerns with their parents because they know they will be heard and understood. Parents learn how to help their children solve the problem, guide them in the process of identifying problems, creating solutions, evaluating options and implementing strategies. This gives the kids empowerment and reinforces their self-esteem. The findings are in support of the effectiveness of parental management training (PMTO) and parental behavioral training (BPT) to improve resilience in children with output behavior. The findings also suggested that parental management- Oregon Model (PMTO) had more effectiveness than parental-Barclay (BPT) behavioral training (BPT). Research often deals with the impact of therapeutic methods separately on psychological problems. The health and dynamics of the community are important in the health of the family and to provide the conditions for improved mother and mental status in any situation; Therefore, given the effectiveness of parental management training (PMTO) and parental behavioral training (BPT), it is expected that timely diagnosis and action to educate mothers with behavior by behavior is expected to be taken into account by counselors and psychologists trained in counseling centers. The limitations of this study can be noted that the present study has been conducted only in the field of male students, which should be cautious in generalizing the results to other groups and the gender of the girl. The statistical population of this study included students with out -of -the -art behavior of Zarrinshahr. Therefore, in generalizing the results of this study to other cities, it is necessary to examine the role of cultural differences; Because in different cities and cultures, the underlying, reinforced, and consolidating factors of behavioral problems may vary.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This article is extracted from a doctoral dissertation with code 1506483119995628700311629399119 in the field of psychology at Najafabad Islamic Azad University, Isfahan and has a research ethics code (IR.IAU.NAJAFABAD.REC. 2024.091). Before conducting the research, a consent form was completed by the participants and the respondents' information was kept confidential.

Funding: This study was conducted without financial support from any institution or organization.

Authors' Contribution: This article is based on the ph.D dissertation of the first author, and the second, third, and fourth authors served as supervisors and guides.

Conflict of Interest: There are no conflicts of interest among the authors.

Acknowledgments: On behalf of all the authors of the article, we would like to sincerely thank the officials of the Education Department of Zarrinshahr city and all the mothers of the students who helped in carrying out this research.

Research Article

The Effectiveness of Neurofeedback in Social and Behavioral Skills of Children with Autism Spectrum Disorder

Authors

Sahar Khoshsorour¹, Mohammad Narimani^{2*}

 1. Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
khoshsorour@uma.ac.ir

 2. Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
15/07/2025

Accept Date:
26/08/2025



Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by persistent impairments in reciprocal social interaction and communication across multiple contexts, along with restricted, repetitive, and stereotyped behaviors and interests. The aim of this study was to determine the effectiveness of neurofeedback on the social and behavioral skills of children with ASD.

Method: A single-subject ABA design was employed in this study. The statistical population included all children with ASD referred to the Paya Rehabilitation Center in northern Tehran in October 2019. Two 7-year-old children were selected through purposive sampling and received neurofeedback therapy in 40 sessions of 45 minutes, three times a week. The research instruments were the Social Skills Rating System (SSRS) and the Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC). Data were analyzed using visual inspection and Cohen's *d* effect size.

Results: Visual analyses of social skills, behavioral problems, and behavioral deficits indicated the positive effects of neurofeedback on ASD symptoms. In addition, effect size calculations using Cohen's *d* confirmed the effectiveness of the intervention during both the treatment and follow-up phases.

Discussion and conclusion: The findings of this study may inform treatment planning and clinical interventions aimed at reducing symptoms and improving rehabilitation outcomes in children with ASD.

Keywords

Autism Spectrum Disorder, Social skills, Behavioral skills, Neurofeedback.

Corresponding
Author's E-mail

narimani@uma.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Autism Spectrum Disorder (ASD) is marked by persistent deficits in social communication and interaction, alongside restricted and repetitive behaviors [1]. Social dysfunction has consistently been a defining and enduring feature of ASD from childhood through adulthood [4]. Children with ASD often struggle with initiating interactions, interpreting nonverbal cues, engaging in reciprocal conversations, and understanding others' perspectives [5]. These difficulties extend into broader challenges such as independent living, education, employment, and building social relationships. Deficits in essential social skills—like imitation, empathy, and joint attention—impede peer acceptance, academic success, and overall adjustment, often leading to isolation, anxiety, and depression in later life [6].

Beyond social impairments, behavioral problems are also prevalent among children with ASD [8], including both internalizing symptoms (e.g., anxiety, depression) and externalizing behaviors (e.g., aggression, hyperactivity) [9]. Nearly 50% exhibit severe behaviors like tantrums, self-injury, and violence, which limit intervention effectiveness and increase caregiver stress. Alarming, 40% of these children respond poorly to standard behavioral and pharmacological treatments [10].

Given the impact of these social and behavioral challenges, the need for effective therapeutic approaches is critical. Neurofeedback has gained growing clinical support as a non-invasive intervention targeting specific brain regions to promote self-regulation and neural plasticity [11, 12]. Studies have shown that children with ASD can learn to modulate brain activity, resulting in behavioral improvements and neural patterns more aligned with typical development [13–15]. Additionally, neurofeedback has been linked to enhanced social and cognitive functioning [16–19]. Considering the urgent need for accessible and effective interventions, this study aimed to determine the efficacy of neurofeedback on social and behavioral skills in children with ASD.

Method

A single-subject A-B-A design was used. The statistical population consisted of all children with ASD referred to Paya Rehabilitation Center in northern Tehran in October 2019, from which two 7-year-old children with high-functioning ASD were purposively selected. They received 40 neurofeedback sessions (45 minutes each, 3 times per week). Protocols included delta and theta inhibition (2–7 Hz), SMR and beta enhancement (12–15 Hz), and high-beta inhibition (22–30 Hz) at Cz, C4, and F3 sites.

Inclusion criteria were having a medical record with a confirmed DSM-5 diagnosis of high-functioning ASD by a psychiatrist, an IQ above 70 (WISC-IV), age between 6

and 10 years, no pharmacological or psychological treatment during the intervention, and parental consent. Exclusion criteria included epilepsy, Down syndrome, cerebral palsy, serious medical conditions, absence from intervention sessions, and lack of family cooperation.

Data were collected using the Social Skills Rating System (SSRS) and Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) and analyzed through visual inspection and Cohen's *d* effect size.

Results

Repeated measurements during baseline, mid-intervention, post-intervention, and two follow-up phases indicated positive effects of neurofeedback on autism-related symptoms. Visual analysis of raw scores showed increased levels and positive trends in social skills—including cooperation, assertiveness, responsibility, and self-control—during the intervention and follow-up phases, compared to baseline. Similarly, a downward trend was observed in problematic behaviors (externalizing, internalizing, and hyperactivity) and behavioral deficits (speech-language-communication, socialization, sensory/cognitive awareness, and physical/behavioral health), supporting the treatment goals.

Cohen's *d* effect sizes confirmed the meaningful clinical changes observed in visual analysis. Effect sizes from baseline to post-intervention ranged from medium to large across all domains ($d = 0.66$ to 0.90). Moreover, intervention effects remained stable during follow-up, with effect sizes ranging from small to medium ($d = 0.16$ to 0.51). Large effect sizes (e.g., $d = 0.84$ to 0.90) observed in certain domains of the single-subject ABA design reflect stable and meaningful clinical improvements. However, due to the small sample size and sensitivity of effect size metrics, these results should be interpreted cautiously and supported by visual analysis.

Overall, the results indicate that neurofeedback was effective in enhancing social functioning and reducing behavioral difficulties and deficits in both children. These findings support the use of neurofeedback as a potentially beneficial intervention for children with ASD.

Conclusion

The findings of this study demonstrated that neurofeedback was effective in reducing behavioral problems and enhancing social skills in children with ASD. Recent qEEG analyses in individuals with ASD have revealed a characteristic U-shaped profile, which, besides serving as a diagnostic biomarker, may guide treatment. This U-shaped signature reflects significantly increased low-frequency bands (delta, theta) and high-frequency bands (high beta), alongside reduced mid-frequency alpha bands compared to typically developing peers, possibly due to GABAergic dysfunction in inhibitory circuits [37].

Elevated slow-wave activity (delta and theta) is associated with distractibility, mind-wandering, poor

concentration, slowed reaction time, impaired judgment, and anxiety. High theta levels have been linked to inattention and certain depressive disorders, while theta reduction correlates with improved executive functioning and consequent cognitive-behavioral enhancement. Normal delta activity supports emotional connection, creativity, and intuitive perception. Executive dysfunction and attention deficits correlate with increased slow waves (4–8 Hz) in central and frontal cortices, accompanied by decreased SMR and beta (13–21 Hz) amplitudes. Notably, in autistic children, slow waves abnormally remain elevated even during wakefulness [37].

Given the association between slow-wave dominance and impaired impulse control, decreased attention, and arousal dysregulation, suppressing delta and theta activity may induce behavioral improvements, particularly increased arousal and attention. Prior studies confirm that theta suppression combined with low beta enhancement leads to positive behavioral changes such as reduced impulsivity, hyperactivity, and irritability in daily life [38].

Neurofeedback trains individuals to shift attention from internal states to external stimuli, improving cognitive performance. Children with ASD often exhibit hyperexcitable nervous systems, resulting in attention deficits and poor functioning [24]. Our intervention focused on enhancing beta (12–15 Hz) activity to increase alertness and concentration, thereby improving cognitive and behavioral outcomes.

Moreover, neurofeedback-induced brain activity modulation leads to behavioral changes, including social behaviors, which are rooted in cognitive processes. Feedback provided during training enhances brain function, subsequently improving behavior. According to theory of mind, a core deficit in ASD is impaired attribution and awareness of one's own and others' mental states. Neurofeedback, by providing real-time feedback on brain activity, fosters this awareness, resulting in improved cognitive skills and social functioning. The current study's findings can inform therapeutic planning and clinical interventions aimed at symptom reduction and rehabilitation in children with ASD.

In the present study, the intensive nature and time demands of the neurofeedback sessions occasionally resulted in participants missing a limited number of

sessions. To minimize the potential impact of these absences, make-up sessions were arranged as promptly as possible, preferably within the same week. This study's findings, while promising, should be viewed cautiously due to methodological constraints. The single-case design with only two participants limits generalizability and increases susceptibility to individual variability. The within-subject design (in which each participant is compared with themselves at different phases) inherently reduces some variability but also limits external validity. The lack of a control group and reliance on parent-reported outcomes further restrict causal inference and may introduce bias. Additionally, the observed effect sizes may be inflated due to the small sample and within-subject design. Future research with larger samples, control conditions, and blinded assessments is needed to confirm these results.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This study was conducted in accordance with ethical standards. Participation was entirely voluntary, and written informed consent was obtained from the legal guardians of both participants. No physical or psychological harm was caused to the participants during the course of the study.

Funding: This research received no external funding from any institutions, organizations, or grant agencies.

Authors' Contribution: Both authors contributed equally and significantly to the conceptualization, methodology, and final approval of the study. Sahar Khoshsorour was responsible for data collection, implementation of neurofeedback intervention, statistical analyses, and drafting the original manuscript. Mohammad Narimani supervised the study, provided overall guidance, and made significant contributions to the review and revision of the manuscript. Both authors read and approved the final manuscript.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments: The authors would like to express their sincere appreciation to the management of Paya Rehabilitation Center for their kind support. Special thanks are also extended to the participants and their parents for their patience and valuable cooperation during this study.

Research Article

The Effectiveness of Barlow's Unified Protocol Transdiagnostic Treatment on Self-Injurious Behavior, Experiential Avoidance, and Neuroticism in Women with Non-Suicidal Self-Injury

Authors

Zeinab Golmakani¹, Ali Mashhadi^{2*}, Imanollah Bigdeli³

 1. M.Sc, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. zeynabgolmakani2000@gmail.com

 2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author)

 3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. ibigdeli@um.ac.ir

Abstract

Receive Date:
16/04/2025

Accept Date:
20/09/2025



Introduction: Non-suicidal self-injury (NSSI) is a growing concern, incurring substantial public health costs. Accordingly, this research aims to examine the effectiveness of Barlow's unified protocol transdiagnostic treatment on self-injury behavior, experiential avoidance and neuroticism in individuals with non-suicidal self-injury.

Method: This quasi-experimental study used a pretest-posttest design with a control and follow-up group. The statistical population comprised all women aged 18-27 (In this age range, self-injurious behavior peaks) who, in 1403, presented to counseling centers in Mashhad with non-suicidal self-injury. The sample included 30 participants, volunteer-selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 8 individual therapy sessions; the control group, treatment post-follow-up Data were collected using the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS), the neuroticism subscale of the Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI), and the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) at pre-test, post-test, and follow-up. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance in SPSS-26.

Results: The findings indicated a statistically significant difference in the frequency and severity of self-injurious behavior (encompassing both intrapersonal and interpersonal functions), neuroticism, and experiential avoidance between the experimental and control groups at both post-test and follow-up phases of the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol ($p < 0.01$). The η^2 effect sizes for the between-group effects on these variables were 0.13, 0.52, 0.51, 0.27, 0.35, and 0.41, respectively. Moreover, the interactive effect between time and group levels was significant for all variables ($p < 0.01$). Importantly, the treatment effects on all variables in the experimental group were sustained at the follow-up assessment.

Discussion and conclusion: Based on these results, the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol shows promise as an effective intervention for self-injurious behavior. Therefore, its future implementation is crucial for reducing non-suicidal self-injury and its associated factors.

Keywords

Barlow's Unified Protocol Transdiagnostic Treatment, Experiential Avoidance, Neuroticism and Non-Suicidal Self-injury

Corresponding Author's E-mail

mashhadi@um.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Nonsuicidal self-injury (NSSI) is a significant issue that has garnered the attention of mental health professionals in recent years and encompasses any deliberate harm to bodily tissue without suicidal intent that is not culturally acceptable. This disorder, in addition to creating physical and psychological problems for individuals, imposes substantial costs on families and the public health system. One of the crucial factors for engaging in NSSI behavior is experiential avoidance, which refers to an individual's attempts to avoid or escape unwanted thoughts and emotions. Another factor associated with NSSI and positively predicting it is neuroticism. Due to difficulties in emotion regulation and the use of maladaptive emotion regulation strategies when experiencing distressing emotions, neurotic individuals resort to NSSI as an escape route to avoid their emotions, consequently reinforcing this behavior in them. Barlow's Unified Protocol Transdiagnostic Treatment for Emotional Disorders is one of the effective treatments for NSSI. Given that no research has simultaneously examined the effectiveness of this treatment on NSSI behavior, experiential avoidance, and neuroticism, the aim of the present study is to investigate the effectiveness of the Unified Protocol on the frequency and intensity of NSSI behavior, experiential avoidance, and neuroticism in women with NSSI.

Method

The research employed a quasi-experimental pre-test-post-test control group design with a two-month follow-up. The statistical population in this study consisted of all women aged 18 to 27 years (In this age range, self-injurious behavior peaks) who had referred to counseling centers in Mashhad in the year 1403 due to non-suicidal self-injurious behavior. The sampling method was voluntary. Data collection was conducted using the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS), the neuroticism subscale of the Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI), and the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ).

The Unified Protocol included the following components: Session 1: Addressing the pros and cons of treatment to enhance motivation and setting goals for therapy sessions; Session 2: Introduction to the three components of emotions; Session 3: Focusing on the impact of thoughts on emotions and behaviors, emphasizing the maladaptive nature of this cycle; Session 4: Mindfulness training regarding emotions: learning to observe experiences; Session 5: Identifying and creating flexibility in cognitive errors; Session 6: Explaining avoidance of emotions and emotion-driven behaviors; Session 7: Awareness of emotion-driven behaviors and awareness of bodily sensations; and Session 8: Involves

imaginal and in-vivo exposure to emotions.

For data collection, initial coordination was made with counseling centers, and after obtaining approval, 38 female volunteers referred and were assigned to experimental and control groups. Eight individuals withdrew from the study due to lack of willingness, and 30 participants were evaluated. The experimental group received individual treatment for 8 sessions. The control group received the treatment after the follow-up period. Assessments occurred at pre-test, post-test, and a two-month follow-up. ANOVA with repeated measures and Bonferroni post-hoc tests were used in SPSS-26 for data analysis.

Results

The descriptive statistics indicate that the scores of the control and experimental groups were approximately similar in the pre-test phase for the variables of frequency of self-injurious behavior, intensity of self-injurious behavior, experiential avoidance, and neuroticism. However, in the post-test and follow-up phases, the mean scores of the experimental group showed a decrease compared to the control group in the aforementioned variables. Before presenting the results of the repeated measures analysis of variance, the underlying assumptions were examined and confirmed using Box's M test, Mauchly's test, and the chi-square test.

The results of the ANOVA with repeated measures show a significant difference in the frequency of self-injurious behavior, severity of self-injurious behavior (including intrapersonal and interpersonal functions), experiential avoidance, and neuroticism across the pre-test, post-test, and follow-up phases in the Unified Protocol treatment ($p < 0.01$). The results regarding the interactive effect between time and group on the frequency and severity of self-injurious behavior (including intrapersonal and interpersonal functions), experiential avoidance, and neuroticism indicate that this interaction is statistically significant ($p < 0.01$). The proportion of within-group variance explained by this interaction effect of time and group is 0.32, 0.86, 0.75, 0.68, 0.61, and 0.82, respectively. The results pertaining to the between-group effects indicate that there is a statistically significant difference between the experimental and control groups in the scores of the variables: frequency of self-injurious behavior, intensity of self-injurious behavior (intrapersonal and interpersonal functions), experiential avoidance, and neuroticism ($p < 0.01$). In other words, for the aforementioned variables, a significant difference exists between the participants in the control group and the experimental group. The eta squared (η^2) effect size for these variables is 0.13, 0.52, 0.51, 0.27, 0.35, and 0.41, respectively.

Furthermore, according to the Bonferroni post-hoc test results, a significant difference exists in the post-test between the experimental and control groups for all

research variables ($p < 0.01$), indicating the effectiveness of this treatment on the variables of frequency of self-injurious behavior, intensity of self-injurious behavior, experiential avoidance, and neuroticism. On the other hand, the presence of a significant difference in the follow-up phase ($p < 0.01$) indicates that the effects of the treatment on all research variables were maintained at the follow-up.

Conclusion

Based on the research findings, it can be concluded that Unified protocol effectively reduces the frequency and intensity of self-injurious, experiential avoidance, and neuroticism. By focusing on mindfulness training regarding emotions, correcting cognitive errors, fostering psychological flexibility, and promoting adaptive behaviors, this treatment improves non-suicidal self-injurious behavior, experiential avoidance, and neuroticism. During the treatment process, clients gain mindfulness and acceptance of their emotions, consequently increasing their distress tolerance and reducing their engagement in avoidant behaviors such as non-suicidal self-injurious behavior to escape negative emotions. This research faced limitations including a small sample size, the use of short forms of questionnaires, and a short follow-up period. Future researchers are recommended to select a larger sample, utilize longer forms of questionnaires, and consider a longer follow-up period. Given the effectiveness of this treatment on non-suicidal self-injurious behavior, it is essential to provide preventive and therapeutic interventions in the form of

educational sessions for these young individuals to gain insight into and accept their emotions, as well as to replace maladaptive behaviors and self-injurious behaviors with effective ones and to cope with their emotions effectively.

Keywords

Barlow's Unified Protocol Transdiagnostic Treatment, Experiential Avoidance, Non-Suicidal Self-injury, Neuroticism.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: This research was conducted after receiving approval number IR.UM.REC.1403.110 from the Ethics Committee of Ferdowsi University of Mashhad. To ensure ethical considerations, principles such as voluntary participation, freedom to withdraw, and confidentiality of information were strictly adhered to.

Funding: This research was not funded. The researchers would like to express their sincere gratitude to all participants for their collaboration.

Authors' Contribution: This research is an extract from the thesis of the first author and the corresponding author of the thesis supervisor.

Conflict of Interest: There were no conflicts of interest associated with this research.

Acknowledgments: The researchers would like to express their sincere gratitude to all participants for their collaboration.

Contents

“Some Guerries In Clinical Psychology And Personality”

.....

The Effectiveness of Barlow's Unified Protocol Transdiagnostic Treatment on Self-Injurious Behavior, Experiential Avoidance, and Neuroticism in Women with Non-Suicidal Self-Injury

Golmakani, Z., Mashhadi, A. and Bigdeli, I. ٤٠٩

The Effectiveness of Neurofeedback in Social and Behavioral Skills of Children with Autism Spectrum Disorder

Khoshsorour, S. and Narimani, M. ٤٠٦

Comparison of the effectiveness of the Parent Management Training- Oregon Model (PMTO) and Behavioral Parent Training (BPT) on the resilience in childrens aged 7 to 10 years with externalizing problems

Jafari, T., Aghababei, A., Haghayegh, S.A. and Ranjbar Kohan, Z. ٤٠٣

Predicting Social Network Addiction Based on Personality Traits: The Mediating Role of Self-Esteem

Tasnimi, M., Dabiri, S. and Hosseini Almadani, S.A. ٤٠٠

Investigating the structural model of couples' sexual health based on dark tetrad personality traits with the mediating role of marital burnout in Married students

Soleimani, E., Rostami, M. and Fathalian, A. ٣٩٨

The Relationship between Stressful Life Events and Non-Suicidal Self-Injury among Students: The Mediating Role of Generalized Anxiety and Depression

Shakeri, M. and Mansouri, A. ٣٩٤

The role of personality traits and psychological capital in predicting risky behaviors in orphaned adolescents

Razmgar, M., Rasoolzadeh Tabatabaei, S.K., Rahimi, S., Rajaei, A. and Nejat, H. ٣٩١

Determining the effectiveness of systemic-behavioral family therapy on coping styles and cognitive flexibility in type 1 diabetic adolescents

Ghaderi, Z., Taher, M., Nouhi, Sh. and Esmaeeli, J. ٣٨٨ / 8

Comparitive Study of the Effectiveness of Individual and Couple Emotion-Focused Therapy on Experience in Close Relationship- Relationship Structure (Attachment Security) in Couples with Extramarital Relationships

Ghafourian Mohebi, F., Alivandi Vafa, M., Rasouli, R. and Ramezani, M.A. ٣٨٥

The Effect of a Physical Fitness Exercise Program Based on Physical Literacy on Weight Loss and increasing Mental Excitement of Overweight Female Students

Akbari, S. and Talebi, N. ٣٨٢

The Effectiveness of Positive Psychology Training on Lifestyle, Happiness, and Psychological Capital of Patients with Type II Diabetes

Moradi, Y., Atashpour, H. and forouhar, M. ٣٨٠

Evaluation of the structural equation model of drug craving based on personality traits and time perspective in patients undergoing maintenance treatment with methadone

Rahimipour, Sh. and Zanjani ٣٧٧

Contents

Introduction and use of techniques based on memetic psychology in the treatment of major depressive disorder: A qualitative case study

Amiri, M. and Karami, J. ۳۷۴

The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Quality of Life in Women with Psoriasis

Shaban, N., Alizadeh, M. and Sepahmansour, M. ۳۷۱

Structural Equation Modeling of Childhood Trauma and Perceived Stress with Premenstrual Syndrome: The Mediating Role of Affective Mentalization

Doustmohammadi, F., Soleimani, E. and Rostami, M. ۳۶۸

The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Negative Mood and Mood Swings in Menopausal Women

Agahheris, M., Heydari, L., Kordmirza Nikoozadeh, E. and Rahmanian, M. ۳۶۵

“Personality and Clinical Evaluation”

.....

Validation of the Farsi Version of the Compassionate Love Scale for Teachers

Almasi, F., Shokri, O. and Sadeghi, A. ۳۶۲

Psychometric Analysis of the Emotion Regulation Questionnaire-Short Form

mousavi, Sh. ۳۵۹

Construction and Validation of Self-Affirmation Scale in Male & Female Students of Bu-Ali Sina University

Bayat, A., Rashid, Kh. and Ali-Bolandi, L. ۳۵۶

“Culture and Knowledge Expanding In Personality And Clinical Psychology”

.....

Editor’s Note

Roshan Chesli, R. ۳۵۵

Feasibility Study: The What, the Why, and the Place on Clinical Psychology

Akhavan-Abiri, F., Shaeiri, M.R., Farahani, H. and Taghva, A. ۳۵۲

Designing and Content Validation of Feasibility Questionnaires from the Perspectives of Experts, Clinicians, and Patients

Zarghami, F., Shaeiri, M.R., Shahrivar, Z. and Akhavan-Abiri, F. ۳۴۹

Feasibility of Norton Transdiagnostic Group Cognitive-Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Iranian Samples: The Viewpoint of Experts, Therapist, and Patients

Akhavan-Abiri, F., Shaeiri, M.R., Farahani, H. and Taghva, A. ۳۴۶

Couple-based Cognitive Behavioral Therapy Program for Vaginismus: Introduction and the Feasibility from the perspectives of the Experts, the Therapists, and the Patients

Akhavan Taghavi, M.H., Roshan Chesli, R., Shaeiri, M.R. and Akhavan-Abiri, F. ۳۴۳

In The Name Of God

Journal of Clinical Psychology & Personality

Vol. 24, No. 1, Serial 46, Spring & Summer 2026

License Holder: Shahed University

Chairman: Rasol Roshan Chesli

Editor-in-Chief: Rasol Roshan Chesli

Administrative Assistant: Maryam Qasempour

Literary Editor (English): Mila Malekolkalami

P-ISSN: 2345-2188

E-ISSN: 2345-4784

This publication has scientific and research accreditation based on the approval of the National Scientific Publications Commission (Ministry of Science, Research and Technology) since June 1, 2001

The permission to publish this journal, titled "Clinical Psychology and Personality" (formerly titled: Daneshvar Behaviour), has been approved by the Press Supervision Board of the Ministry of Culture and Islamic Guidance.

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 Sepehrian 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