



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۲، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۱

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

۳

- ۵ بررسی اثربخشی نوروفیدبک در اصلاح دامنه امواج مغزی و میزان توجه دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی
محمد نریمانی، سوران رحیمی، عباس ابوالقاسمی، محمد علی نظری، عادل زاهد
- ۲۵ بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان - محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج های مراجعه کننده به ...
اسماعیل اسنبور، علی محمد نظری، باقر شانی ناگر، شهرزاد شتاتی
- ۳۹ اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و سبک اسناد دانشجویان ...
نگار اصغری پور، رخساره یکه یزدان دوسته فاطمه زرگر
- ۵۳ رابطه کمال گرایی، سبک های دفاعی و نشانه های افسردگی در دانشجویان
محدثه نامجو، سید موسی کافی، منصور حکیم جوادی، مسعود غلامعلی اواسانی، سید رقیه آتشکار
- ۷۷ تاثیر آموزش و تمرینات تن آرامی بر میزان اضطراب و پیشرفت تحصیلی
منیر کلانتر قریشی، فلور رضایی کارگر، فریبرز درتاج، مهدی شاه نظری
- ۹۳ اختلالات روانی شایع در سو: مصرف کنندگان مواد
ایمان الله بیگلری، علی محمد رضایی، اسحق رحیمیان بوگر
- ۱۰۹ مقایسه سوگیری توجه نسبت به محرک های وسواسی در افراد وسواسی و عادی
سعيد آذر آئين، جواد صالحی فردی
- ۱۲۵ بررسی تاثیر روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به ...
شیمایحیدری، عباسعلی الهیاری، پرویز آزاد فلاح
- ۱۴۳ اثربخشی آموزش خودمتمایز سازی بر افزایش میزان سازگاری نوجوانان خانواده های طلاق
سمیه کاظمیان، معصومه اسماعیلی
- ۱۵۳ ساخت و اعتباریابی پرسشنامه رفتار کار آفرینانه برای مشاوره شغلی
کاترین فکری، عبدالله شفیق آبادی، رحمت الله نورانی پور، قسی احقر
- ۱۶۵ بررسی ارتباط ادراک از خدا با خودپنداره و خودکارآمدی با توجه به متغیرهای فردی در میان ...
پیرام علی قنبری هاشم آبادی، سید محمد حسن اشرفه محمد رضا قنبری هاشم آبادی
- ۱۸۱ بررسی رابطه بین دلبستگی ایمن - ناایمن با شناخت های ناکارآمد دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد
سید علی کیمیایی، حسن گرجیان مهبانی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

(تفکیک شده از مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

سال ۲، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۱

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

پروانه انتشار نشریه: نامه شماره ۱۲۴۱۱۴۰۵ مورخ ۸۳/۲/۱۲

به استناد مجوز ۸۹/۳/۱۱/۱۰۵۰۳۴ مورخ ۸۹/۱۲/۱۴ کمیسیون نشریات علمی کشور

دارای اعتبار علمی - پژوهشی است.

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)

- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)

و در پایگاه Magiran نیز در دسترس قرار دارد

مدیر مسؤول : دکتر بختیار شعبانی ورکی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد

سر دبیر : دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

هیات تحریریه :

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرفاف	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر امیر امین یزدی	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر نورمحمد بخشانی	دانشیار علوم پزشکی زاهدان
دکتر محمدعلی بشارت	استاد دانشگاه تهران
دکتر فریبرز درتاج	دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر جواد صالحی فدردی	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر سید محمود طباطبایی	استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

داوران این شماره :

دکتر محمد رضا آهنچیان، دکتر محمد جواد اصغری، دکتر نورمحمد بخشانی، دکتر فرشاد بهاری، دکتر ایمان اله بیگدلی، دکتر داوود حسینی نسب، دکتر حسین حسن آبادی، دکتر علی دلاور، دکتر جواد صالحی فدردی، جعفر طالبیان شریف، دکتر زهرا طبیبی، دکتر محمد سعید عبدخدایی، دکتر کیومرث فرحبخش، دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دکتر حسین کارشکی، دکتر علی کیمیایی، دکتر مرتضی مدرس غروی، دکتر علی مشهدی، دکتر سید ابوالقاسم مهری نژاد، دکتر محمد نریمانی، دکتر ناصر یوسفی

کارشناس مجله : علی نقدی دولو

مجله در ویراستاری، تنظیم و تلخیص مطالب آزاد است. ترتیب مقاله ها نشان دهنده ارزش علمی یا شخصیت نویسندگان نیست. دیدگاه های مندرج در نوشته ها الزاما مبین نظر مجله نیست.

✧ برای دریافت راهنمایی نحوه نگارش مقاله، لطفا به وبگاه مجله مراجعه نمایید. ✧

نشانی دفتر مجله: مشهد، پردیس دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی،

صندوق پستی ۱۵۱۸- کد پستی ۹۱۷۷۹۴۸۹۹۱

دور نگار : ۰۵۱۱ ۸۷۸۳۰۱۲

تلفن : ۰۵۱۱ ۸۸۰۳۶۸۷

آدرس وبگاه مجله : <http://tpccp.um.ac.ir>

فهرست مندرجات

- ۵ بررسی اثربخشی نوروفیدبک در اصلاح دامنه امواج مغزی و میزان توجه دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی
محمد نریمانی، سوران رجبی، عباس ابوالقاسمی، محمد علی نظری، عادل زاهد
- ۲۵ بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان - محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج های مراجعه کننده به ...
اسماعیل اسدپور، علی محمد نظری، باقر ثنائی ذاکر، شهرزاد شقاقی
- ۳۹ اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و سبک اسناد دانشجویان ...
نگار اصغری پور، رخساره یکه یزدان دوست، فاطمه زرگر
- ۵۳ رابطه کمال گرایی، سبک های دفاعی و نشانه های افسردگی در دانشجویان
محدثه نامجو، سید موسی کافی، منصور حکیم جواد، مسعود غلامعلی لواسانی، سیده رقیه آتشکار
- ۷۷ تأثیر آموزش و تمرینات تن آرامی بر میزان اضطراب و پیشرفت تحصیلی
منیر کلاتر قریشی، فلور رضایی کارگر، فریبرز درتاج، مهدی شاه نظری
- ۹۳ اختلالات روانی شایع در سوء مصرف کنندگان مواد
ایمان الله بیگدلی، علی محمد رضایی، اسحق رحیمیان بوگر
- ۱۰۹ مقایسه سوگیری توجه نسبت به محرک های وسواسی در افراد وسواسی و عادی
سعیده آذرائین، جواد صالحی فدردی
- ۱۲۵ بررسی تأثیر روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به ...
شیمای حیدری، عباسعلی اللهیاری، پرویز آزاد فلاح
- ۱۴۳ اثربخشی آموزش خودمتمایز سازی بر افزایش میزان سازگاری نوجوانان خانواده های طلاق
سمیه کاظمیان، معصومه اسماعیلی
- ۱۵۳ ساخت و اعتباریابی پرسشنامه رفتار کارآفرینانه برای مشاوره شغلی
کاترین فکری، عبدالله شفیع آبادی، رحمت الله نورانی پور، قدسی احقر
- ۱۶۵ بررسی ارتباط ادراک از خدا با خودپنداره و خودکارآمدی با توجه به متغیرهای فردی در میان ...
بهرام علی قنبری هاشم آبادی، سید محمد حسن اشرف، محمدرضا قنبری هاشم آبادی
- ۱۸۱ بررسی رابطه بین دلبستگی ایمن - ناایمن با شناخت های ناکارآمد دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد
سید علی کیمیایی، حسن گرجیان مهربانی



نریمانی، محمد؛ رجبی، سوران؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نظری، محمد علی؛ زاهد، عادل (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی نوروفیدبک در اصلاح دامنه امواج مغزی و میزان توجه دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۲۴-۵.

بررسی اثربخشی نوروفیدبک در اصلاح دامنه امواج مغزی و میزان توجه دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی

دکتر محمد نریمانی^۱، سوران رجبی^۲، دکتر عباس ابوالقاسمی^۳، دکتر محمد علی نظری^۴، دکتر عادل زاهد^۵

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۲۷

چکیده

هدف این مطالعه تعیین اثربخشی نوروفیدبک در اصلاح دامنه امواج مغزی و میزان توجه دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی می‌باشد. نمونه این مطالعه ۳۱ نفر دانش آموز پسر نارساخوان مراجعه کننده به مرکز ویژه ناتوانی‌های یادگیری اردبیل بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. روش مطالعه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده است. برای جمع آوری داده‌ها از دستگاه نوروفیدبک (NFT)، آزمون عملکرد پیوسته (CPT)، آزمون اختلال خواندن و مقیاس تجدیدنظر شده هوش و کسلر کودکان استفاده شد. تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری‌های مکرر بهبودی معناداری را در آزمون عملکرد پیوسته یعنی (پاسخ‌های صحیح، خطای حذف و خطای ارائه) و امواج مغزی مورد اندازه گیری (دامنه فرکانس دلتا و تتا) در طی جلسات آموزش نوروفیدبک و پیگیری بعد از دو ماه، نشان داد. همچنین معناداری تعامل بین زمان و گروه نیز برای هر سه مقیاس (پاسخ‌های صحیح، خطای حذف و خطای ارائه) و برای دو دامنه امواج دلتا و تتا نشاندهنده بهبودی معنادار در گروه نوروفیدبک بود. یافته‌های این پژوهش حاکی از کارایی نوروفیدبک و پایداری آن به عنوان یک شیوه درمانی در درمان مشکلات توجه و اصلاح امواج مغزی دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی است.

کلید واژه ها: نوروفیدبک، نارساخوانی، امواج تتا و دلتا، توجه

^۱. استاد گروه روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی Narimani@uma.ac.ir

^۲. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه خلیج فارس

^۳. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

^۴. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه تبریز

^۵. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

مقدمه

مشخصه اختلال خواندن یا نارساخوانی^۱، ناتوانی برای بازشناسی واژه‌ها، خواندن کند و نادرست و فهم ضعیف است (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷). ناتوانی در خواندن یکی از حوزه‌های مهم است که معمولاً مشکلات بیشتری برای دانش آموزان ناتوان در یادگیری به وجود می‌آورد. در این فرایند پیچیده شناختی هم‌زمان مهارت‌های مختلفی از جمله حفظ توجه، بازداری تکانه‌ها^۳، حافظه و ... درگیر می‌شوند (تارویان، نیکلاس و فاوست^۴، ۲۰۰۷).

میزان توجه یادگیرندگان به موضوع درس از عوامل اصلی در امر آموزش و یادگیری است به طوری که بندورا تأکید می‌کند که مرحله ابتدایی هر یادگیری با توجه آغاز می‌شود و اگر توجه کافی نباشد، یادگیری فرد خدشه‌دار می‌گردد (هارتمن و هانفالوی^۵، ۲۰۰۲). توجه یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های عالی ذهن است و به تنهایی یکی از جنبه‌های اصلی ساختار شناختی است که در ساختار هوش، حافظه و ادراک نیز نقش مهمی دارد (گلاس و هالیاک^۶، ۱۹۸۶).

نارسایی توجه^۷ یکی از هسته‌های اصلی اختلال‌های یادگیری است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۸، ۲۰۰۰؛ دوپال^۹ و همکاران، ۲۰۰۱؛ بوم^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴؛ سیدمن^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ سوانسون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۶؛ سوانسون و ژرمن^{۱۳}، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند کودکان دارای اختلال یادگیری نسبت به کودکان بهنجار در جستجوی دیداری^{۱۴} عملکرد ضعیف‌تری دارند. حتی بعضی از یافته‌ها نشان می‌دهد نارسایی توجه در این افراد تا سنین بزرگسالی نیز ادامه دارد (فارون^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۱؛ ماسون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های ارزشمندی در ارتباط با شناسایی منشاء عصبی و زیستی اختلال نارساخوانی نیز به انجام

^۱ . dyslexia

^۲ . Sadock & Sadock

^۳ . impulses control

^۴ . Taroyan, Nicolson and Fawcett

^۵ . Hartman & Hunfalvay

^۶ . Glass & Holyoak

^۷ . Attention deficit

^۸ . American Psychiatric Association

^۹ . Dupal

^{۱۰} . Bohm

^{۱۱} . Seidman

^{۱۲} . Swanson

^{۱۳} . Jerman

^{۱۴} . visual scanning

^{۱۵} . Faraone

^{۱۶} . Mason

رسیده و به نتایج قابل توجهی منتهی شده است (فرناندز^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). شیویتز^۲ و شیویتز (۲۰۰۶) معتقدند که علم عصب شناختی^۳ و آموزش خواندن ارتباط بسیار نزدیکی با یکدیگر دارند. شواهد عصب شناختی نشان می‌دهند که خواندن در مغز انجام می‌گردد و به سیستم‌های مغزی ای که در زبان گفتاری استفاده می‌شوند، وابسته است (راموس^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). اگرچه پژوهش در این زمینه نسبتاً جدید است، با وجود این محققان در تشخیص سیستم‌های عصبی خواندن (برای مثال اسنولینگ^۵، ۲۰۰۰ به نقل از راموس و همکاران، ۲۰۰۳)، تشخیص نقص این سیستم‌ها در نارساخوان‌ها (پنولازی^۶ و همکاران، ۲۰۰۸) و درک سازوکارهای مرتبط با رشد روان خوانی (پرایس^۷، ۱۹۹۸)، پیشرفت قابل توجهی داشته‌اند. مطالعات نشان داده است که بیشترین فراوانی نابهنجاری EEG^۸ در کودکان دارای اختلال یادگیری، افزایش فعالیت تتا در مقایسه با همسالان بهنجار بوده است (جان^۹ و همکاران، ۱۹۸۳؛ هارمونی^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۰؛ آلوارز^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۲ به نقل از فرناندز و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸؛ چابوت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۱؛ فرناندز و همکاران، ۲۰۰۳؛ گاسر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۳) و کاهش فعالیت آلفا در حالت استراحت نیز در کودکان دارای اختلال یادگیری مشاهده شده است. این یافته‌ها مشخص می‌کند که تقویت کاهش کمیت تتا/آلفا برای کودکان دارای اختلال یادگیری و نابهنجاری EEG ممکن است منجر به بهبود ناهنجاری EEG در آنان گردد و در نهایت منجر به بهبود توانایی‌های شناختی و رفتاری در آن‌ها گردد (استرمن و اگنر^{۱۴}، ۲۰۰۶).

شیوه‌ای که به تازگی برای بهبود نابهنجاری‌های EEG بکارگرفته می‌شود، نوروفیدبک^{۱۵} است. نوروفیدبک یک فرایند شرطی سازی عامل^{۱۶} است به طوری که فرد می‌تواند یاد بگیرد تا فعالیت الکتریکی مغزش را تغییر دهد (تاتچر^{۱۷}، ۱۹۹۸). این شیوه روش غیرتهاجمی و بدون دردی است که طی

^۱. Fernandez

^۲. Shaywitz

^۳. neuroscience

^۴. Ramus

^۵. Snowling

^۶. Penolazzi

^۷. Price

^۸. Electro Encephalo Graphy

^۹. John

^{۱۰}. Harmony

^{۱۱}. Alvarez

^{۱۲}. Chabot

^{۱۳}. Gasser

^{۱۴}. Serman & Egner

^{۱۵}. neurofeedback

^{۱۶}. operant conditioning

^{۱۷}. Thatcher

آن حسگرهایی (الکتروود) به سر بیمار متصل می‌گردد (کایزر و اتمر^۱، ۲۰۰۰) و از طریق آن، ریتم‌ها و فرکانس‌های نابهنجار (بر اساس تشخیص‌های مبتنی بر موج نگار کمی مغزی^۲) به ریتم‌ها و فرکانس‌های بهنجار (یا نسبتاً بهنجار)، و به دنبال آن فرایندهای روان شناختی نابهنجار به فرایندهای روان شناختی بهنجار تغییر می‌کند (گانکلن و جانسون^۳، ۲۰۰۵).

نتایج اولیه مبنی بر تأثیرات درمانی نوروفیدبک توسط ویوریکا^۴ و استرمن (۱۹۶۸ و ۱۹۶۹) ارائه شد. در طول سه دهه گذشته، مطالعات بسیاری در زمینه درمان نوروفیدبک نشان داده است که این راهبرد در گستره وسیعی از موقعیت‌های آسیب شناسی روانی از قبیل اختلال سلوک^۵ و نارسایی توجه با و بدون فزون کنشی^۶ (روزیتز^۷، ۲۰۰۴)، توانمندی‌های شناختی (مارینوس^۸ و همکاران، ۲۰۰۹، زوفل^۹، هاستر^{۱۰} و هرمان، ۲۰۱۱)، و اختلال‌های یادگیری (فرناندز و همکاران، ۲۰۰۳؛ بکرا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۶؛ فرناندز و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸؛ مارینوس و همکاران، ۲۰۰۹) کاربرد دارد.

منطق نوروفیدبک ریشه در پژوهش‌های نوروفیزیولوژیکی دارد که نشان داده‌اند بین EEG و مکانیسم‌های تالامو کورتیکال زیرین که مسئول ریتم‌ها و فرکانس‌های EEG هستند، رابطه وجود دارد. به اعتقاد استرمن (۱۹۹۶) آسیب عصبی^{۱۲} می‌تواند ریتم‌ها و فرکانس‌های EEG را تغییر دهد و آموزش نوروفیدبک با هدف بهنجارسازی این ریتم‌ها می‌تواند موجب اثرات بالینی پایدار گردد. همسو با این فرضیه چندین مطالعه نشان داده‌اند که دانش آموزان مبتلا به اختلال‌های یادگیری و به ویژه نارساخوانی، دارای EEG نابهنجاری هستند به طوری که دارای فعالیت امواج کند به ویژه در دامنه تتا^{۱۳} و کاهش آلفا^{۱۴} نسبت به گروه همسالان بهنجار خود هستند (بکرا و همکاران، ۲۰۰۶).

از طرف دیگر، به اعتقاد ورنون^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۳) نورفیدبک مکانیسمی به کودک ارائه می‌دهد تا از طریق کاهش فعالیت موج آهسته و افزایش فعالیت موج سریع وضعیت قشری خود را بهنجار سازد.

¹. Kaiser & Othmer

². Quantiative Electro Encephalo Graphy (QEEG)

³. Gunkelman & Johnstone

⁴. Wywricka

⁵. conduct disorder

⁶. Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)

⁷. Rossiter

⁸. Marinus

⁹. Zoefel

¹⁰. Huster

¹¹. Becerra

¹². neuropathology

¹³. theta range

¹⁴. alpha

¹⁵. Vemon

بنابراین انتظار می‌رود کودک بتواند از طریق اصلاح نابهنجاری EEG، توجه و تمرکز بیشتری نشان داده و از میزان برانگیختگی بیشتری برخوردار شود.

گادس و ایگل^۱ (۱۹۹۴) گزارش دادند که ۸۰ درصد کودکان درمان شده، در آزمون هوشبهر، آزمون آزمون استاندارد شده پیشرفت تحصیلی و درجه بندی‌های والدین و معلمان پیشرفت معنی داری نشان دادند. فرناندز و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که نوروفیدبک موجب کاهش نسبت تتا/آلفا در کودکان دچار اختلال یادگیری شد و بهبود رفتاری بعد از اتمام درمان در آنان مشاهده شد و این بهبودی تا ۲ ماه بعد از درمان نیز مشاهده شد. بکرا و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای اثربخشی نوروفیدبک را در یک پیگیری^۲ ۲ ساله بررسی کردند و مشاهده کردند که کودکان دارای اختلال یادگیری که با نوروفیدبک درمان شده بودند در مقایسه با گروه کنترل، تغییرات رفتاری مثبت را که منعکس کننده بهبود نشانه‌های اختلال یادگیری بود، نشان دادند. همچنین فرناندز و همکاران (۲۰۰۷، ۲۰۰۸) نشان دادند که آموزش نوروفیدبک موجب بهبود فعالیت‌های شناختی و رفتاری و اصلاح EEG در کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری شده است. همچنین پیگیری‌های دو ماهه نیز نشان دهنده ثبات تغییرات بود به طوری که فراوانی باند تتا عمدتاً در ناحیه فرونتال چپ^۳ و سینگولیت^۴ کاهش یافت و باند آلفا در ناحیه تمپورال راست^۵ و فرونتال راست و باند بتا در تمپورال چپ، فرونتال راست و ناحیه قشری سینگولیت افزایش نشان داد. مارینوس و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی بر روی کودکان نارساخوان نشان دادند که نوروفیدبک موجب بهبود معنادار هجی کردن^۶ در گروه آزمایش شده است اما این تغییر در خواندن بدست نیامد. همچنین افزایش معناداری در به هم پیوستگی^۷ آلفا بدست آمد که ممکن است نشان دهنده تأثیر بهبود توجه بر تغییر معنادار هجی کردن باشد.

با وجود تمام پیشرفت‌ها و تلاش‌های علمی در مورد مطالعه شیوه‌های نوین در مباحث بالینی، مطالعه فرنسیس^۸ و همکاران (۱۹۹۷؛ به نقل از لرنر^۹، ۲۰۰۳) نشان داده است کودکانی که افت تحصیلی دارند، به رغم تلاش‌هایی که برای جبران عقب افتادگی آن‌ها انجام می‌شود، باز هم عقب افتادگی تحصیلی در

^۱. Gaddes and Edgell

^۲. follow-up

^۳. left frontal

^۴. cingulate

^۵. right temporal

^۶. spelling

^۷. coherence

^۸. Francis

^۹. Lerner

آن‌ها همچنان باقی می‌ماند. جوئل^۱ (۱۹۸۸) به نقل از لرنر، (۲۰۰۳) معتقد است کودکانی که در کلاس اول کندخوان بودند، به احتمال ۸۸ درصد در کلاس چهارم نیز ضعیف خوان خواهند بود. آلبرت شانکر^۲ (به نقل از لرنر، ۲۰۰۳) معتقد است کودکانی که نمی‌توانند خواندن، نوشتن و شمردن را تا کلاس چهارم و پنجم کاملاً بیاموزند، در کلاس‌های بالاتر هم نمی‌توانند این تکالیف را یاد بگیرند، فرقی نمی‌کند که چه نوع برنامه درمانی برای آن‌ها فراهم شود.

با علم به ناکافی بودن روش‌های رایج در درمان نارساخوانی، این سؤال مطرح است که آیا آموزش نوروفیدبک به عنوان یک شیوه جدید در بهبود فرایندهای روان‌شناختی و عصب‌شناختی دانش‌آموزان مبتلا به نارساخوانی مؤثر است؟

روش

الف- گروه نمونه

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان پسر نارساخوان مراجعه‌کننده به مرکز ویژه ناتوانی‌های یادگیری در شهرستان اردبیل در سال ۱۳۸۹ تشکیل می‌داد که تعداد آن‌ها برابر با ۱۵۰ نفر بود و در پایه‌های دوم تا پنجم ابتدایی مشغول به تحصیل بودند.

روش نمونه‌گیری: برای انتخاب نمونه موردنیاز از بین کلیه دانش‌آموزان ارجاع داده شده به مرکز که اختلال نارساخوانی بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR در آنان محرز شد، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر انتخاب شد، سپس آزمون‌های خواندن، CPT و الکتروانسفالوگرافی بر روی نمونه انتخاب شده اجرا شد.

در مرحله بعدی دانش‌آموزان نارساخوان در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شد. ضمناً انتخاب حجم نمونه ($n=40$) با توجه به روش مطالعه که آزمایشی است صورت گرفته است به طوری که حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی برای هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر کفایت می‌کند (کوهن^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). اما با توجه به عواملی از جمله ریزش گروه و ... تعداد ۲۰ نفر برای هر زیرگروه در نظر گرفته شد. در ادامه ۵ نفر از گروه کنترل و ۴ نفر از گروه آزمایشی از ادامه جلسات خودداری نمودند که در مجموع داده‌های بدست آمده از ۳۱ نفر تحلیل شد. دامنه سنی این افراد ۸-۱۱ سال با میانگین ۹/۲۵ و انحراف معیار ۱/۱۲ بود.

^۱. Joel

^۲. Albert Shanker

^۳. Cohen

ج- ابزارهای جمع آوری اطلاعات و روش اجرا

آزمون عملکرد پیوسته^۱ (CPT): این آزمون برای اولین بار در سال ۱۹۶۵ توسط رازولد^۲ و همکاران تهیه شد و به سرعت مقبولیت عام یافت. ابتدا این آزمون برای سنجش ضایعه مغزی بکار گرفته شد اما در دهه ۱۹۹۰ به عنوان متداولترین شیوه آزمایشگاهی در ارزیابی کودکان فزون کنش همراه با نارسایی توجه به کار رفت. هدف این آزمون سنجش نگهداری توجه و زود انگیختگی در این کودکان است (هادیان فرد و همکاران، ۱۳۸۷). در حقیقت آزمون عملکرد پیوسته یک آزمون واحد نیست. تاکنون گونه‌های مختلفی از آن جهت اهداف درمانی یا پژوهشی تهیه شده است. فرم فارسی آزمون که از طریق رایانه اجرا می‌شود؛ دارای اعداد فارسی به عنوان محرک است. از این تعداد ۳۰ محرک (۲۰ درصد) به عنوان محرک هدف می‌باشد. فاصله بین ارائه دو محرک ۵۰۰ میلی ثانیه و زمان ارائه هر محرک ۱۵۰ میلی ثانیه است (کارکام و سیگل^۳، ۱۹۹۳). ضرایب اعتبار (بازآزمایی) قسمت‌های مختلف آزمون در مطالعه هادیان فرد و همکاران (۱۳۷۹)، با فاصله ۲۰ روز روی ۴۳ دانش آموز پسر دبستانی انجام شد؛ در دامنه‌ای بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ قرار دارد. روائی آزمون با شیوه روائی سازی ملاکی از طریق مقایسه گروه بهنجار (۳۰ دانش آموز پسر دبستانی) و فزون کنشی همراه با نارسایی توجه (۲۵ دانش آموز پسر دبستانی) انجام گرفت. مقایسه آماری میانگین دو گروه در قسمت‌های مختلف آزمون، تفاوت معناداری را بین عملکرد این دو گروه نشان داد ($P < 0/001$).

آزمون اختلال در خواندن: این آزمون توسط شفیع و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای با عنوان طراحی و ساخت آزمون غربالگری تشخیص اختلال در خواندن در پایه‌های اول تا پنجم دانش آموزان مقطع ابتدایی در شهر اصفهان ساخته شده است. بدنه اصلی آزمون در هر پایه مرکب از یک متن صد کلمه‌ای و چهار سؤال درک مطلب است. این آزمون بر روی ۲۰۰ دانش آموز دختر و پسر در تمام پایه‌های اول تا پنجم مقطع ابتدایی و مجموعاً ۱۰۰۰ دانش آموز که به صورت تصادفی از کلیه نواحی پنج گانه شهر اصفهان انتخاب شده بودند، معیار شده است. به علاوه آزمون روی دو گروه نارساخوان و عادی اجرا گردیده است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که همبستگی نمرات دقت و سرعت خواندن با نمره کل آزمون بالا بوده است. پایایی آزمون با معیار آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است و تفاوت میانگین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال خواندن معنی دار بوده است ($p < 0/01$).

^۱. Continuous Performance Test

^۲. Rosvold

^۳. Corkum, and Siegel

مقیاس تجدیدنظر شده هوش و کسلر کودکان: این مقیاس توسط وکسلر (۱۹۶۹)، به منظور سنجش هوش کودکان تهیه شده است. این آزمون دارای ۱۲ خرده مقیاس می‌باشد (۶ خرده مقیاس کلامی و ۶ خرده مقیاس غیر کلامی). اعتبار این آزمون از طریق دونیمه کردن برای هوشبهر کلی ۰/۹۷، برای هوشبهر کلامی ۰/۹۷ و برای هوشبهر عملی ۰/۹۳ گزارش شده است (مارنات، ۱۹۹۰ ترجمه پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۷۵). در این پژوهش از فرم فارسی این مقیاس که توسط شهیم (۱۳۷۳) جهت سنجش هوش کودکان ۶ تا ۱۳ ساله هنجاریابی شده، استفاده گردیده است. اعتبار این آزمون با روش دونیمه کردن برای هوش کلی، هوش کلامی و هوش غیر کلامی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۹۶ گزارش شده است. همچنین همبستگی آزمون با پیشرفت تحصیلی ۰/۸۸ و با میزان باز آزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است. از این آزمون در مطالعه حاضر جهت بررسی بهنجار بودن بهره هوشی دانش آموزان نارساخوان استفاده شده است.

دستگاه نوروفیدبک (NFT):^۱ ابزاری است مجهز به سیستم رایانه‌ای، که جهت اجرای نوروفیدبک به کار برده می‌شود. این ابزار از تجهیزات مشاهده گری که به بدن وصل هستند (الکترودها) استفاده می‌کند تا به افراد اطلاعاتی درباره برخی از کارکردهای زیست شناختی بدنشان ارائه کند (لاورنس^۲، ۲۰۰۲) و طرز کار آن به این ترتیب است که یک جفت الکتروود روی پوست فرق سر و یک یا دو الکتروود هم روی لوبهای گوش قرار داده می‌شود. سپس با کمک تجهیزات الکترونیکی و رایانه‌ای و براساس وضعیت امواج مغزی فرد، یک پسخوراند دیداری و شنوایی (معمولاً در قالب یک بازی، تصویر، ویاسوت کامپیوتری) به فرد ارائه می‌شود. فرد طی مراحل بالاتر درمی‌یابد که می‌تواند با استفاده از امواج مغزی اش، این فیدبک‌ها را کنترل و تنظیم کند. تداوم این فرایند باعث بروز تغییراتی در وضعیت امواج مغزی و بهبود نابهنجاری‌های آن می‌شود (هاموند^۳، ۲۰۰۶). این وسیله جهت سنجش خط پایه امواج مغزی و اجرای جلسات درمانی به کار گرفته شد.

د- روش اجرای جلسات درمانی

پس از محرز شدن اختلال نارساخوانی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در کلیه دانش آموزان پایه‌های دوم تا پنجم ابتدایی ارجاع داده شده به مرکز ناتوانی‌های ویژه یادگیری شهرستان اردبیل، آزمون‌های تعریف شده در مطالعه حاضر اجرا شد و سپس با استفاده از روش جایگزینی تصادفی، دانش آموزان نارساخوان به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. لازم به ذکر است که نمونه انتخاب شده، در زمان اجرای نوروفیدبک درمان دیگری دریافت نمی‌کرد.

^۱. neurofeedback training

^۲. Lawrence

^۳. Hammond

گروه آزمایش تحت درمان نوروفیدبک به مدت ۱۰-۷ هفته و ۲۰ جلسه درمانی ۳۰ دقیقه‌ای به عنوان موقعیت آزمایشی قرار گرفت. لازم به ذکر است که در کارهای بالینی عمدتاً درمان نوروفیدبک شامل ۳۰ جلسه می‌باشد اما مطالعات فرناندز و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده است که اجرای نوروفیدبک در ۲۰ جلسه موجب بهبودی علایم می‌گردد لذا تعداد جلسات این مطالعه نیز به طور مشابه انجام شد. هر جلسه در ۹۰ ثانیه اول، خط پایه^۱ برای بیمار مشخص می‌شد و در طی جلسه، براساس این خط پایه تمرین صورت می‌گرفت. در هر جلسه ۶ تمرین وجود داشت که هر یک ۵ دقیقه به طول می‌انجامید و بین تمرین‌ها یک استراحت ۳۰ ثانیه‌ای در نظر گرفته شده بود. دانش آموزان، هم فیدبک دیداری و هم شنیداری دریافت می‌کردند.

در جلسه اول ارتباط بین دستگاه نوروفیدبک (FlexComp InfinityTM)^۲، بدن دانش آموز، کامپیوتر، و صفحه نمایش، تشریح می‌شد. دانش آموزان راهنمایی می‌شدند تا با کمک آرمیدگی و تمرکز بر صفحه نمایش، بازی‌های مورد نظر را با موفقیت انجام دهند. کوشش‌های موفق دانش آموز با تشویق‌های کلامی درمانگر همراه می‌شد و در پایان جلسه در صورت موفقیت وی در دو سوم موارد، یک کارت به وی داده می‌شد. دانش آموز می‌توانست با جمع کردن پنج کارت، آن‌ها را با اسباب بازی دلخواه خود عوض کند. محل نصب الکترودها و امواج مورد هدف بر اساس مطالعات پیشین (دموس^۳، ۲۰۰۴؛ والکر و نورمن^۴، ۲۰۰۶؛ آرنز^۵ و همکاران، ۲۰۰۷؛ پینولازی، اسپرونل و آنگریلی، ۲۰۰۸؛ ماریوس و همکاران، ۲۰۰۹) تعیین گردید به طوری که پروتکل درمانی به این شکل تعریف شد: سرکوب^۶ دلتا (۴-۱ هرتز) در T6 به مدت ۱۰ دقیقه و سرکوب تتا و دلتا (۷-۲ هرتز) در F7 به مدت ۲۰ دقیقه.

همچنین آستانه‌ها بر اساس الگوی (اسکوت^۷ و همکاران، ۲۰۰۵) تعریف شد به طوری که در ابتدا آستانه‌ها به نحوی تنظیم شد که چنانچه دانش آموز در ۲۰ درصد مواقع باندهای سرکوب شده را به مدت حداقل ۰/۲۵ ثانیه پایین‌تر از آستانه حفظ می‌کرد، تقویت (فیدبک دیداری و شنیداری) دریافت می‌کرد. در صورتی مراجع می‌توانست ۹۰ درصد مواقع و در دو کوشش پیاپی باند سرکوب شده را پایین‌تر از آستانه قرار دهد، آستانه بر اساس برنامه تغییر می‌کرد تا به آستانه بهینه نزدیک‌تر شود.

^۱ . baseline

^۲ . مدلی از دستگاه نوروفیدبک است که ۱۰ کاناله می‌باشد و جدیدترین نوع دستگاه است.

^۳ . Demos

^۴ . Walker and Norman

^۵ . Arns

^۶ . inhibit

^۷ . Scott

گروه کنترل نیز مشابه گروه آزمایش به روش نوروفیدبک کاذب^۱ به مدت ۱۰-۷ هفته و ۲۰ جلسه درمانی ۳۰ دقیقه‌ای در مرکز ناتوانی‌های ویژه یادگیری شهرستان اردبیل به عنوان موقعیت کنترل قرار گرفت. بعد از اتمام جلسات، مجدداً از دو گروه پس آزمون گرفته شد. در ادامه، پیگیری ۲ ماهه برای گروه آزمایش و گروه کنترل انجام گرفت.

۵- روش آماری: داده‌های این مطالعه با استفاده از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌های تحقیق:

یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد گروه آزمایش با تعداد ۱۶ نفر در یک دامنه سنی ۸-۱۱ سال با میانگین ۹/۲۵ و انحراف معیار ۱/۱۲ قرار دارند و گروه کنترل با تعداد ۱۵ نفر در یک دامنه سنی ۸-۱۱ سال با میانگین ۹/۱۳ و انحراف معیار ۱/۰۶ می‌باشند. از نظر پایه تحصیلی، ۵ نفر (۱۶/۱ درصد) در پایه دوم ابتدایی مشغول به تحصیل بودند، ۵ نفر (۱۶/۱ درصد) در پایه سوم ابتدایی، ۳ نفر (۹/۷ درصد) در پایه چهارم ابتدایی، و ۳ نفر (۹/۷ درصد) در پایه پنجم ابتدایی مشغول به تحصیل بودند. یافته‌های مربوط به سؤالات تحقیق در جدول‌های شماره ۱ و ۲ گزارش شده است.

جدول شماره ۱: نتایج تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری مکرر برای مقایسه گروه نوروفیدبک (n=۱۶) و گروه کنترل

(n=۱۵) در آزمون CPT

متغیر	گروه	پیش آزمون (SD) M	پس آزمون (SD) M	پیگیری (SD) M	F(۱ و ۲۹)			ES	
					گروه	زمان	تعامل	نوروفیدبک	کنترل
پاسخ‌های صحیح	نوروفیدبک	(۳/۱۵) ^a	(۴/۷۸) ^b	(۴/۷۳) ^b	۵/۰۰	۲۹/۹۴ ^{***}	۲۷/۱۸ ^{***}	۰/۶۲	۰/۰۵
		۱۳۲/۰۶	۱۳۶/۵۶	۱۳۵/۹۴					
	کنترل	(۳/۶۲) ^a	(۳/۹۹) ^a	(۴/۳۲) ^a					
		۱۳۱/۵۳	۱۳۱/۵۳	۱۳۱/۸۰					
خطای حذف	نوروفیدبک	(۰/۸۷) ^a	(۲/۲۷) ^b	(۱/۹۶) ^b	۱۲/۵۱ ^{***}	۲۹/۵۲ ^{***}	۲۰/۱۸ ^{***}	۰/۶۱	۰/۱۰
		۷/۶۸	۴/۸۷	۵/۱۲					
	کنترل	(۱/۰۸) ^a	(۱/۲۴) ^a	(۱/۱۸) ^a					

^۱ Mock neurofeedback: در این شیوه همانند نوروفیدبک واقعی الکترودها روی سر کودک نصب می‌گردد و بازبهای ضبط شده را از مانیتور می‌بیند اما با این تفاوت که تغییر در این تصاویر ضبط شده ناشی از فیدبک دامنه امواج مغزی نیست و کاملاً تصادفی است.

					۷/۴۶	۷/۶۰	۷/۸۰		
خطای ارائه	نوروفیدبک	(۲/۵۰) ^a	(۲/۵۷) ^b	(۲/۴۱) ^b	۸/۳۷	۸/۳۱	۱۰/۴۳	کنترل	۰/۰۷
		(۲/۵۹) ^a	(۲/۸۹) ^a	(۲/۸۹) ^a	۱۰/۶۶	۱۰/۶۶	۱۰/۸۰		

توضیح: در هر گروه میانگین‌هایی که subscript مشترکی ندارند از یکدیگر تفاوت معنادار براساس آزمون بنفرونی دارند
 $P < 0/05$ $**P < 0/01$ $***P < 0/001$

آزمون عملکرد پیوسته: جدول شماره ۱، میانگین‌ها، انحراف معیارها، اندازه‌های تأثیر، و نتایج حاصل از آن‌های دو عاملی با اندازه گیری‌های مکرر را دربردارد. قبل از بررسی نتیجه آزمون، پیش فرض‌های این آزمون یعنی آزمون باکس (به ترتیب ۰/۶۹، ۱/۶۵، ۰/۹۹)، کرویت موجلی (به ترتیب ۰/۴۲، ۱/۳۸، ۲/۴۵) و آماره لوین (به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۱۲، ۰/۲۸) در مورد هر سه متغیر نشان دهنده آن بوده است که به ترتیب شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس، برابری واریانس‌های درون آزمودنی و برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

نتیجه حاصل، بهبود معناداری را برای مقیاس‌های مورد اندازه گیری (پاسخ‌های صحیح، خطای حذف و خطای ارائه) در طی جلسات درمانی و پیگیری دو ماهه، نشان می‌دهند. تعامل بین زمان و گروه نیز برای هر سه مقیاس (پاسخ‌های صحیح، خطای حذف و خطای ارائه) معنادار است. این مسأله نشان دهنده بهبودی معنادار در گروه نوروفیدبک است. عامل گروه در دو مقیاس (پاسخ‌های صحیح و خطای حذف) معنادار است و در مقیاس خطای ارائه گرایش به معناداری دارد ($F_{(1,29)} = 3/27$; $P = 0/08$).

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری مکرر برای مقایسه دامنه فرکانس دلتا (۴-۱ هرتز) و تتا (۸-۴ هرتز) در دو گروه نوروفیدبک ($n=16$) و گروه کنترل ($n=15$)

متغیر	گروه	جلسه اول (پیش آزمون)	جلسه دهم	جلسه بیستم (پس آزمون)	پیامتی	$F_{(1,29)}$			ES	
						گروه	زمان	تعامل	نوروفیدبک	کنترل
		(SD) M	M(SD)	(SD) M						

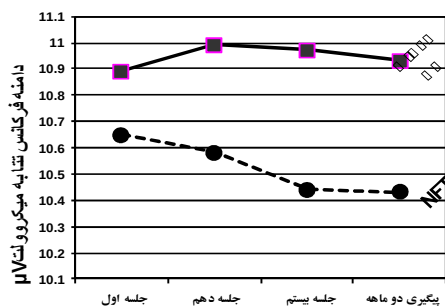
میانگین μV Delta	نوروفیدبک	(۰/۶۸) ^a	(۰/۸۹) ^b	(۱/۱۶) ^{ab}	(۱/۱۹) ^{ab}	۸/۰۱ ^{***}	۲۰/۱۹ ^{***}	۱۱/۷۹ ^{***}	۰/۶۲	۰/۱۰
		(۰/۹۱) ^a	۵۵(۰/۹۵) ^a	(۰/۹۴) ^a	(۰/۸۸) ^a					
	کنترل	۱۴/۵۲	۱۴/	۱۴/۴۹	۱۴/۳۴					
میانگین μV Theta	نوروفیدبک	(۰/۴۶) ^a	(۰/۴۹) ^b	(۰/۴۴) ^{ab}	(۰/۴۴) ^{ab}	۶/۵۹ [*]	۴/۵۱ ^{**}	۷/۵۳ ^{***}	۰/۵۴	۰/۰۷
		(۰/۵۳) ^a	(۰/۴۹) ^a	(۰/۴۶) ^a	(۰/۴۰) ^a					
	کنترل	۱۰/۸۹	۱۰/۹۹	۱۰/۹۷	۱۰/۹۳					

توضیح: در هر گروه میانگین‌هایی که subscript مشترکی ندارند از یکدیگر تفاوت معنادار بر اساس آزمون بنفرونی دارند ($P < 0/05$). $***P < 0/001$ $**P < 0/01$ $*P < 0/05$

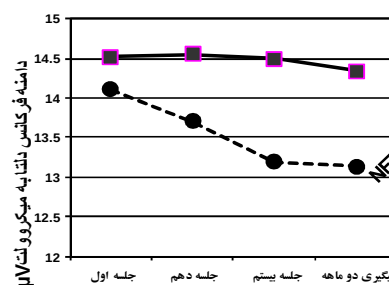
دامنه^۱ فرکانس دلتا (۴-۱ هرتز) و تتا (۸-۴ هرتز): جدول شماره ۲، میانگین دامنه امواج مغزی دلتا و تتا به میکروولت (μV)، انحراف معیارها، اندازه‌های تأثیر، و نتایج حاصل از آن‌وای دو عاملی با اندازه گیری‌های مکرر را در بر دارد. قبل از بررسی نتیجه آزمون، پیش فرض‌های این آزمون یعنی آزمون باکس (به ترتیب ۱/۲۷ و ۱/۰۹)، کرویت موجی (به ترتیب ۲/۸۱ و ۲/۰۱) و آماره لوین (به ترتیب ۲/۰۳ و ۰/۰۴) در مورد هر سه متغیر نشان دهنده آن بوده است که به ترتیب شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس، برابری واریانس‌های درون آزمودنی و برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. یافته‌ها، بهبودی معناداری را برای امواج مغزی مورد اندازه‌گیری (دامنه فرکانس دلتا و تتا) در طی جلسات درمانی و پیگیری دو ماهه، نشان می‌دهد. تعامل بین زمان و گروه نیز برای هر دو دامنه امواج مغزی معنادار است. این مسأله نشان‌دهنده بهبودی معنادار در گروه نوروفیدبک است. عامل گروه نیز در دو دامنه دلتا و تتا معنادار است.

این یافته‌ها در نمودارهای صفحه بعد نمایش داده شده است:

^۱. amplitude



نمودار شماره ۲: میانگین پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری دامنه فرکانس تتا (۴-۸ هرتز) در دو گروه نوروفیدبک و گروه بلاسیو



نمودار شماره ۱: میانگین پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری دامنه فرکانس دلتا (۴-۱ هرتز) در دو گروه نوروفیدبک و...

بحث و نتیجه گیری

سؤال اول این پرسش را مطرح می‌کرد که آیا آموزش نوروفیدبک در افزایش نگهداری توجه دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی مؤثر است؟

نتایج حاصل از آنوای دوعاملی با اندازه گیری‌های مکرر بهبودی معناداری را برای مقیاس‌های مورد اندازه گیری در آزمون عملکرد پیوسته یعنی (پاسخ‌های صحیح، خطای حذف و خطای ارائه) در طی جلسات درمانی و پیگیری بعد از دو ماه، نشان داد. همچنین تعامل معنادار بین زمان و گروه نیز برای هر سه مقیاس (پاسخ‌های صحیح، خطای حذف و خطای ارائه) نشان‌دهنده بهبودی در گروه نوروفیدبک بود.

این یافته با نتایج پژوهش‌های زیر هم‌خوانی دارد. بخشایش، اسر و ویشکن (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش نوروفیدبک در بهبود نارسایی توجه اثربخش بوده است و این بهبودی در ۵۵/۶ درصد از دانش آموزان دارای اختلال فزون‌کنشی همراه با نارسایی توجه گزارش شده است. راسیتر^۱ (۲۰۰۴) با مرور نتایج مطالعات نشان داد که آموزش نوروفیدبک موجب بهبود عملکرد افراد در آزمون عملکرد پیوسته (CPT) شده است. همچنین این بهبودی در مقیاس اختلال نقص توجه براون^۲ (۱۹۹۶) معنادار بوده است. بکرا و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای پیگیرانه نشان دادند که در گروه کودکان دارای اختلال یادگیری که با نوروفیدبک درمان شده بودند بهبود معناداری در آزمون عملکرد پیوسته نشان داده‌اند.

در تبیین این یافته باید به اهمیت کاهش یا افزایش دامنه امواج مغزی به ویژه امواج تتا (۴-۸ هرتز) و دلتا (۱-۴ هرتز) در عملکردهای عالی ذهنی اشاره کرد. مطالعات نشان داده است که افزایش امواج کند مغزی

^۱. Rossiter

^۲. Brown

(کمتر از ۱۰ هرتز) در نواحی مختلف مغزی با تفکر مه‌آلود^۱، کندی زمان واکنش^۲، نارسایی حساب^۳، ضعف قضاوت^۴، عدم کنترل تکانه و کاهش توجه و انگیزتگی در افراد همراه است (دموس، ۲۰۰۴)؛ لذا انتظار می‌رود با سرکوب یا کاهش دامنه امواج تتا و دلتا در منطقه F7، شاهد تغییر رفتار به ویژه افزایش انگیزتگی و توجه در افراد بود. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که نوروفیدبک می‌تواند کودکان مبتلا به نارساخوانی را در تنظیم فعالیت امواج مغزی آن‌ها یاری دهد و از این طریق، مشکلات توجه آنان را بهبود بخشد.

سؤال دوم این بود که آیا آموزش نوروفیدبک در اصلاح دامنه امواج مغزی دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی مؤثر است؟

یافته‌ها بیانگر بهبودی معنادار در دامنه امواج مغزی دلتا و تتا در طی جلسات آموزش نوروفیدبک و پیگیری بعد از دو ماه بود. این یافته با یافته‌های محققان زیر هم‌خوانی دارد. فرناندز و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که نوروفیدبک موجب کاهش نسبت تتا/آلفا در کودکان دچار اختلال یادگیری شد و تغییرات EEG تا ۲ ماه بعد از درمان نیز مشاهده شد.

بکرا و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای پیگیرانه به مدت ۲ سال نشان دادند که آموزش نوروفیدبک موجب تغییرات مثبت رفتاری و الکتروانسفالوگرافی که منعکس کننده بهبود نشانه‌های اختلال یادگیری بود نشان دادند. در حالی که در گروه کنترل نابهنجاری موج تتا در غیاب تغییرات مثبت رفتاری تداوم داشت.

فرناندز و همکاران (۲۰۰۷) نیز در مطالعه‌ای مشابه نشان دادند که برخلاف گروه کنترل که تغییری در عملکرد شناختی و رفتاری آنان مشاهده نشد. در گروه آزمایش، آموزش نوروفیدبک سریعاً موجب بهبودی فعالیت‌های شناختی و رفتاری و EEG در کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری شد. همچنین پیگیری‌های دو ماهه نیز نشان دهنده ثبات تغییرات بود. همچنین مارینوس و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی افزایش معناداری را در تقارن^۵ آلفا گزارش کردند.

در تبیین این موضوع باید گفت مغز انسان قادر به شفاف‌بخشی خود است یعنی توانایی یادگیری و یا یادگیری مجدد مکانیسم‌های خودتنظیمی^۶ امواج مغزی را که برای کارکرد طبیعی مغز دارای نقش اساسی می‌باشند، دارد (دموس، ۲۰۰۴). بنابراین آموزش نوروفیدبک در واقع تقویت مکانیسم‌های زیربنایی

^۱. foggy thinking

^۲. slow reaction time

^۳. poor calculation

^۴. poor judgment

^۵. coherence

^۶. self-regulation

خود تنظیمی برای کارکرد مؤثر است. این سیستم آموزشی با بازخورد دادن به مغز در مورد اینکه فرد در چند ثانیه گذشته چه کارهایی انجام داده است و ریتم‌های بیوالکتریکی طبیعی مغز در چه وضعیتی بودند، مغز را برای اصلاح، تعدیل و حفظ فعالیت مناسب تشویق می‌کند. در نتیجه از مغز خواسته می‌شود تا امواج مغزی متفاوت را با تولید بیشتر برخی از امواج و تولید کمتر برخی دیگر از امواج دست‌کاری نماید (اشتاین برگ و سیگفرید، ۲۰۰۴ ترجمه رستمی و نیلوفری، ۱۳۸۷).

مکانیسم زیربنایی این تغییر را شاید بتوان بر اساس نظریه شرطی سازی عامل^۱ تبیین کرد به طوری که اگر تغییر محرک (دامنه امواج مغزی) بر مبنای قرارداد از پیش تعیین شده با پیامد مطلوب (حرکت تصاویر ویدیویی و یا تولید صدا) همراه گردد و تقویت شود منجر به یادگیری خواهد شد و این یادگیری زمانی مؤثرتر خواهد بود که از محرک‌های ساده‌تر (مانند آموزش نوروفیدبک) که منجر به دریافت تقویت می‌شود استفاده کرد. بنابراین نوروفیدبک به عنوان یک شیوه، ناظر است بر ارائه اطلاعات به فرد پس از ابراز رفتار مورد نظر تا آنکه در آینده این اطلاعات به رخداد مجدد آن رفتار منجر شود. در نتیجه این اطلاعات، دانش آموز می‌آموزد تا رفتار مزبور را در جهت مطلوب‌تر تغییر دهد.

البته نباید فراموش کرد که این کودکان در کنار مشکلات عملکردی مغز، مشکلات دیگری نیز دارند. برخی از آن‌ها مشکلات خانوادگی بسیاری دارند (مثلاً طلاق، درگیری‌های خانوادگی، و غیره)، برخی از آن‌ها به جلسه‌های تقویتی و کمک در برخی دروس نیاز دارند، بسیاری از آن‌ها از اختلال‌های همراه رنج می‌برند؛ بنابراین به‌تراست باتوجه به مشکلات خاص هر یک از این کودکان، در کنار به کارگیری نوروفیدبک از شیوه‌های مناسب رفتار درمانی، خانواده درمانی، کمک‌های درسی برای مشکلات تحصیلی و سایر شیوه‌های لازم، به صورتی که درمان چندوجهی کمک گرفته شود.

انتظار می‌رود این شیوه درمانی بتواند جای خود را در کنار شیوه‌های دیگر درمانی در کشور بگشاید. بدیهی است اصل سرعت اثربخشی این تکنیک در کنار نظم یافتگی فرآیند درمان و پروتکل‌های ویژه تدوین شده باید در چارچوب عملی - تجربی کار بالینی در جامعه ما محک بخورد تا بتواند در کارآمدی خود به مجموعه فعالیت‌های درمانی متخصصان بالینی افزوده شود.

در پایان باید گفت تحقیقات آزمایشگاهی همواره با ریزش فراوان افراد نمونه مواجه هستند که این مطالعه نیز با آن روبرو بود، بنابراین از عمده‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مشکل حضور آزمودنی‌ها برای دوتاسه بار در هفته وافت آزمودنی‌ها، که به طور معمول در پژوهش‌های آزمایشی

^۱. operant conditioning

دیده می‌شود، اشاره کرد. همچنین این مطالعه صرفاً بر روی دانش آموزان پسر انجام شده است. بنابراین امکان مقایسه دو جنس درباره میزان تأثیرپذیری از این روش وجود ندارد. بررسی اثربخشی آموزش نوروفیدبک در دانش آموزان دختر نارساخوان و همچنین در دیگر اختلال‌های یادگیری و در مقایسه با روش‌های معمول درمان نارساخوانی مانند روش چند حسی فرنالد و کپه‌ارت و ... پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- بخشایش، علیرضا؛ اسر، گوئتر؛ ویشکن، آنه (۱۳۸۹). میزان تأثیر یوئیدبک EEG در درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه. پژوهش‌های روان‌شناختی. ۱۳ (۱): ۲۹-۷
- شفیعی، بیژن؛ توکل، سمیرا؛ علی‌نیا، لیلا؛ مراثی، محمد رضا؛ صداقتی، لیلا و فروغی، رقیه (۱۳۸۷). طراحی و ساخت آزمون غربالگری تشخیص اختلال در خواندن در پایه‌های اول تا پنجم دانش آموزان مقطع ابتدایی در شهر اصفهان. شنوایی سنجی، دوره ۱۷، شماره ۲، ص ۶۰-۵۳
- شهیم، سیما (۱۳۷۳). کاربرد مقیاس هوش و کسلر کودکان در ایران. مجله پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۱ شماره ۳ و ۴.
- گراث-مارنات، گک (۱۹۹۲). راهنمای سنجش روانی. ترجمه: حسین پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- هادیان فرد، حبیب؛ نجاریان، بهمن؛ شکرکن، حسین؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۷۹). تهیه و ساخت فرم فارسی آزمون عملکرد پیوسته. مجله روان‌شناسی. ۴۴ (پیاپی ۱۶): ۳۸۸-۴۰۴.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th ed.; Text Revision, (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arns, M., Peters, S., Bretler, R., Verhoeven, L. (2007). Different brain activation patterns in dyslexic children: evidence from EEG power and coherence patterns for the double-deficit theory of dyslexia. Journal of integrative neuroscience, vol. 6, no. 1: 175-190
- Becerra, J., Fernández, T., Harmony, T., Caballero, M. I., García, F., Fernández-Bouzas, E. Santiago-Rodríguez and R. A. Prado-Alcalá (2006). Follow-Up Study of Learning-Disabled Children Treated with Neurofeedback or Placebo. Journal of Clinical EEG & Neuroscience, 37(3):198-203.
- Bohm, B., Smedler, A. C., & Forssberg, H. (2004). (pp. 263-278). Baltimore, MD: Brookes. Impulse control, working memory and other executive functions in preterm children when starting school, Acta paediatrica, 93, 1363-1371.
- Chabot RJ, Michele F, John ER. (2001). the clinical role of computerized EEG in the evaluation and treatment of learning and attention disorders in children and adolescents. Neuropsychiatry Clin Neurosci; 13: 171-186.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison (2001) Research Method in education, Rutledge Flamer. ISBN: 0415368782, 9780415368780.

- Corkum, P. V. & Siegel, L. S. (1993). Is the Continuous Performance are task a valuable research tool for use with children with AD/HD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1217-1238.
- Demos, J. N. (2005). *Getting started with neurofeedback*. Norton & company, New york, London.
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-515.
- Faraone, S. V., Biederman, J. L., Monuteaux, M. C. and Seidman, L. J. (2001). A Psychometric Measure of Learning Disability Predicts Educational Failure Four Archive of SID Years Later in Boy with ADHD. *Journal of Attention Disorder*. 4, 220-230.
- Fernández T, Herrera W, Harmony T, Díaz-Comas L, Santiago E, Sánchez, et al. (2003). EEG and behavioral changes following neurofeedback treatment in learning disabled children. *Clin Electroencephalogr*; 34: 145-152.
- Fernández, T., García, F., Prado Alcalá, R.A., Santiago, E., Fernández Bouzas, E., Harmony, T., Díaz Comas, L., Belmont, H (2008). Positive vs. Negative reinforcement in neurofeedback applied to learning disabled children. *Clinical Neurophysiology*, Volume 119, Issue 9, Page e163
- Fernandez, T; Harmony, T; Fernandez-Bouzas, A; Diaz-Comas, L; Prado-Alcala, R.A; Valdes-Sosa, P; Otero, G; Bosch, J; Galan, L; Santiago-Rodriguez, Aubert, E; Garcia-Martinez, F (2007). Changes in EEG Current Sources Induced by Neurofeedback in Learning Disabled Children. An Exploratory Study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 32: 169-183.
- Gaddes WH, Edgell D.(1994). *Learning disabilities and brain function*. NewYork: Springer-Verlag.
- Gasser T, Rousson V, Scheiter Gasser U. (2003). EEG power and coherence in children with educational problems. *Clin Neurophysiol*; 20: 273-282.
- Glass, A. L. and Holyoak, K. J. (1989). *Cognition*. New York: MC Graw-Hill.
- Gunkelman, J. D; Johnstone, J. (2005). Neurofeedback and the Brain. *Journal of Adult Development*, 12, 2/3.
- Hammond, D. C. (2006). *What is Neurofeedback?*. University of Utah school of medicine.
- Harmony, T., Hinojosa, G., Marosi, E., Becker, J., Rodríguez, M., Fernández, T., et al. (1990). Correlation between EEG spectral parameters and an educational evaluation. *International Journal of Neuroscience*, 54, 147 - 155.
- Harmony, T., Marosi, E., Díaz de León, A. E., Becker, J., & Fernández, T. (1990). Effect of sex, psychosocial disadvantages and biological risk factors on EEG maturation. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 75, 482 - 491.
- Hartman, J. & Hunfalvy, T. (2002). Effect of attentional focus of learning the basic cusp for fly fishing. *Journal of Motor Behavior*. 200 : 95-123.
- John, E. R., Pritchep, L., Ahn, H., Easton, P., Friedman, J., & Kaye, H. (1983). Neurometric evaluation of cognitive dysfunctions and neurological disorders in children. *Progress in Neurobiology*, 21, 239 - 290.
- Kaiser DA, Othmer S. (2000). Effects of neurofeedback on variables of attention in a large multi-center trial. *J Neurotherapy*; 4: 5-15
- Lawrence, J. T. (2002). *Neurofeedback and your brain: A beginners manual*. Faculty, NYU medical center & brain research lab, New York.
- Lerner, J. W. (2003). *Learning disabilities: Theories, diagnosis, and teaching strategies* (9th ed.). Boston: MA: Houghton Mifflin.
- Marinus, H.M; Breteler, M. A; Sylvia, P; Ine, G; Ludo, V (2009). Improvements in Spelling after QEEG-based Neurofeedback in Dyslexia: A Randomized Controlled Treatment Study. *Appl*

- Psychophysiol Biofeedback, DOI10.1007/s10484-009-9105-2
- Mason, D. J., Humphreys, G. W. and Kent, L. S. (2003). Exploring Selective Attention in ADHD: Visual Search Through Space and Time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 4 (2), 1-20.
- Penolazzi, B., Spironelli, CH and Angrilli, A (2008). Delta EEG activity as a marker of dysfunctional linguistic processing in developmental dyslexia. *Psychophysiology*, 45, 1025–1033. Wiley Periodicals, Inc. Printed in the USA.
- Price, C. J. (1998). The functional anatomy of word comprehension and production. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 281 - 288.
- Ramus, F., Rosen, S., Dakin, S. C., Day, B. L., Castellote, J. M., White, S., et al. (2003). Theories of developmental dyslexia: Insights from a multiple case study of dyslexic adults. *Brain*, 126, 841–865.
- Rossiter, T. (2004). The Effectiveness of neurofeedback and stimulant drugs in treating AD/HD. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29 (2).
- Rosvold, H. E., Mirsky, A. F., Sarason, I. Bransome, E. D. & Beck, L. H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences. 10th. Ed.
- Scott, W. C; Kaiser, D; Othmer, S; & Sideroff, S. I.(2005). Effects of an EEG biofeedback protocol on a mixed substance abusing population. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31:455-469.
- Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning Archive of SID in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26, 466–485
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2006). Dyslexia (specific reading disability). *Biological Psychiatry*, 57, 1301–1309.
- Sterman, M. B. (1996). Physiological origins and functional correlates of EEG rhythmic activities. *Biofeedback and Self-Regulation*, 21 (1), 3-49.
- Sterman, MB, and T. Egner. (2006). Foundation and practice of neurofeedback for the treatment of epilepsy. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback* 31(1):21–35.
- Swanson, L. H., & Jerman, O. (2007). The influence of working memory on reading growth in subgroups of children with reading disabilities. *Journal of Experimental Child Psychology*, 96(4), 249-283.
- Swanson, L. H., Saez, L., & Gerber, M. (2006). Growth in Literacy and cognition in Bilingual children at Risk or Not at Risk for Reading Disabilities. *Journal of Educational Psychology*, 98(2), 247-250 .
- Taroyan, N.A., Nicolson, R.I. and Fawcett, A.J. (2007). "Behavioral and neurophysiological correlates of dyslexia in the continuous performance task." *Clinical Neurophysiology*, 118,(4), 845-855.
- Thatcher RW.(1998). Normative EEG databases and EEG biofeedback. *J Neurother*; 2: 8-39.
- Vernon D, Egner T, Cooper N, et al. (2003). The effect of training distinct neurofeedback protocols on aspects of cognitive performance. *International Journal of Psychophysiology* . 47: 75-85
- Vernon, D. J. (2005). Can neurofeedback training enhance performance? Anevaluation of the evidence with implications for future research. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 347-364.
- Walker, J. E., & Norman, C. A. (2006). The neurophysiology of dyslexia: A selective review with implications for neurofeedback remediation and results of treatment in twelve consecutive

patients. *Journal of Neurotherapy*, 10, 45-55.

Wywricka, W; & Serman, M. B. (1968). Instrumental conditioning of sensorimotor cortex EEG spindles in the waking cat. *Physiology and Behavior*, 3, 703-707.

Zoefel, B., Huster, R.J., Hermann, CH.S (2011). Neurofeedback training of the upper alpha frequency band in EEG improves cognitive performance . *NeuroImage*, Volume 54, Issue 2, Pages 1427-1431



اسدپور، اسماعیل؛ نظری، علی محمد؛ ثنائی ذاکر، باقر؛ شقاقی، شهرزاد (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان - محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۳۸-۲۵.

بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان - محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران

دکتر اسماعیل اسدپور^۱، دکتر علی محمد نظری^۲، دکتر باقر ثنائی ذاکر^۳، شهرزاد شقاقی^۴

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۳ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۱۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی با رویکرد هیجان - محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج ها صورت گرفته است. روش تحقیق شبه آزمایشی بود و از طرح آزمایشی آمیخته ۲*۳ (متغیر بین گروهی با دو سطح و متغیر درون گروهی با سه سطح) استفاده شده است. جامعه ی آماری شامل زوج هایی بود که به دلیل مشکلات مربوط به صمیمیت و تعارضات زناشویی به یکی از مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۳۲ زن و شوهر (۱۶ زوج) بود که با روش نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار اندازه گیری پرسشنامه صمیمیت زناشویی بود. گروه های آزمایش در ۱۲ جلسه مبتنی بر رویکرد زوج درمانی هیجان - محور شرکت کردند. به منظور آزمون فرضیات تحقیق، از آزمون آماری تجزیه و تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که کاربرد فنون رویکرد زوج درمانی هیجان - محور میزان صمیمیت (هیجانی، عقلانی، جنسی، جسمانی، ارتباطی، اجتماعی - تفریحی، روانشناختی، معنوی و صمیمیت کلی) زوج ها را افزایش داده است.

کلید واژه ها: زوج درمانی هیجان محور، صمیمیت زناشویی.

^۱ - دکترای مشاوره دانشگاه تربیت معلم تهران - dr.iasadpour@yahoo.com

^۲ - عضو هیات علمی دانشگاه تربیت معلم تهران

^۳ - عضو هیات علمی دانشگاه تربیت معلم تهران

^۴ - کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

ازدواج به عنوان مهمترین و عالی‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی افراد همواره مورد تایید بوده است و رابطه‌ای انسانی، پیچیده، ظریف و پویا است که از ویژگیهای خاصی برخوردار است. دلایل اصلی ازدواج عمدتاً عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضاء انتظارات عاطفی - روانی و افزایش شادی و خشنودی است (برنشتاین، ۱۳۸۰).

صمیمیت یکی از نیازهای زندگی زن و شوهری است و در عین حال از ویژگی‌های بارز یک زوج موفق و شادمان است. عمق صمیمیتی که افراد در رابطه خود ایجاد می‌کنند به میزان زیادی بستگی به توانایی آنها برای ارتباط دقیق، موثر و روشن با افکار، احساسات، نیازها، خواسته‌ها و تمایلاتشان دارد. بنابراین یادگیری چگونگی ارتباط کارآمد نخستین گام در فرایند ایجاد یا افزایش صمیمیت در هر رابطه‌ای به شمار می‌رود (باگاروزی، ۲۰۰۱).

مطالعات و تجارب بالینی نشان می‌دهند که در جامعه معاصر زوج‌ها مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه و ارضاء انتظارات و نیازهای یکدیگر تجربه می‌کنند. ایجاد و حفظ صمیمانه روابط و ارضاء نیازهای عاطفی و روانی در جریان ازدواج یک مهارت و هنر است که علاوه بر سلامت روانی و تجارب سالم اولیه نیازمند داشتن نگرش‌های منطقی و کسب مهارت‌ها و انجام وظایف خاصی است (باگاروزی^۱، ۲۰۰۱). صمیمیت در ازدواج با ارزش است، زیرا که تعهد زوج‌ها نسبت به ثبات ارتباط را محکم می‌کند و به طور مثبتی با سازگاری و رضایت زناشویی مرتبط است (هالر و وود^۲، ۱۹۹۸).

بر اساس تعریف باگاروزی صمیمیت^۳، نزدیکی، تشابه و یک رابطه شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر به منظور بیان افکار و احساساتی است که به عنوان منشا تشابه و نزدیکی به کار می‌رود (باگاروزی، ۲۰۰۱). روابط صمیمانه بین زوج‌ها عامل اساسی‌ای است که ما بر اساس آن می‌توانیم رضایتمندی زناشویی را درک کنیم (کلی و برگن^۴، ۱۹۹۱؛ رابینسون و بلانتون^۵، ۱۹۹۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کیفیت روابط صمیمانه در بین زوج‌ها پیش

^۱ - Bagarozzi

^۲ - Heller & Wood

^۳ - Intimacy

^۴ - Kelley & Burgoon

^۵ - Robinson & Blanton

بینی کننده های نیرومند تری برای سلامت روانشناختی و جسمانی زوج ها به شمار می رود (ستیل^۱، ۱۹۹۷). سطوح پایین صمیمیت، اعتماد و رضایت از رابطه، اغلب نشانگر پیوند دلبستگی ناایمن است (هازان و شاور، ۱۹۸۷). زوج های دارای پیوند دلبستگی ناایمن از طریق الگوهای هیجانی دفاعی، که مانع در دسترس بودن، اعتماد و پاسخگو بودن است، تعامل برقرار می کنند (جانسون، ۲۰۰۴). چنین زوج هایی مستعد اضطراب دلبستگی و رفتارهایی از قبیل اعتراض، خصومت و احساس یاس و بی علاقه می باشند (بالبی، ۱۹۶۹؛ به نقل از جانسون، ۲۰۰۴). در مقابل، پیوند دلبستگی ایمن به وسیله وابستگی هیجانی، اعتماد و در دسترس بودن مشخص می شود. پیوند ارتباطی ایمن به عنوان یک پایگاه و سپر ایمن در مقابل ناراحتی و آشفتگی عمل می کند و در اثر تقویت و ایجاد دلبستگی ایمن در چرخه ی تعاملی زوج ها صمیمیت زناشویی نیز به طور قابل توجهی می تواند افزایش پیدا کند.

هیننگ^۲ (۲۰۰۷) بیان می کند که صمیمیت از عناصر چند گانه ای تشکیل شده است که در طول زمان رشد می کنند و از الگویی مرحله ای تبعیت می کنند. این الگو با صمیمیت عقلانی (گفتگو و خود افشایی) شروع می شود، با صمیمیت جسمانی (گرفتن دست، در آغوش کشیدن و رابطه جنسی) ادامه می یابد و سپس صمیمیت عاطفی (در دسترس بودن، حمایت کردن، بیان عاطفی و حساسیت متقابل) منجر می شود. پژوهشها نشان می دهند که کیفیت روابط صمیمانه در بین زوج ها پیش بینی کننده های نیرومند تری برای سلامت روانشناختی و جسمانی زوج ها به شمار می رود (ستیل، ۱۹۹۷). همچنین پژوهش ها بیانگر این واقعیت می باشند که برخورداری از صمیمیت در بین زوج های متاهل، از عوامل مهم ایجاد ازدواج پایدار است (کرافورد^۳ و رودا، ۲۰۰۴) و اجتناب از برقراری روابط صمیمانه از عواملی است که موجب شکست در زندگی خانوادگی خواهد شد (بلوم، ۲۰۰۶).

با توجه به افزایش ازدواج های بی ثبات و افزایش آمار طلاق در کشور، کانون خانواده ها در خطر می باشد و ضروری است تا به پژوهش و تدبیر مجهز شویم. بنا به سالنامه آماری کشور که در سال ۸۸-۸۷ نرخ آمار طلاق در جامعه ۲۱٪ می باشد و ایران چهارمین کشور جهان از نظر میزان نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است (کیانیا، ۱۳۷۵). گسترش روزافزون طلاق در دهه ی اخیر (گاتمن، ۱۹۹۴) و استناد به آمار رسمی در ایران که از هر هزار مورد ازدواج حدود دویست نفر به طلاق منجر می شود (بهاری و میروسی، ۱۳۷۷). و هم چنین به استناد آمارهای سازمان ثبت و اسناد و املاک کشور، نرخ طلاق در سال

^۱ - Steil

^۲ - Haning

^۳ - Crawford

۱۳۸۷، یکصد و یک هزار و صد و سیزده مورد بوده است که در مقایسه با سال قبل ۱۱ درصد افزایش یافته است (جنوبی، ۱۳۸۸) که ضرورت این مهم را روشن‌تر می‌سازد. در این میان بسیاری از زوج‌ها به خاطر مشکلات مربوط به صمیمیت و تعارضات زناشویی از زوج‌درمانگران و مشاوران خانواده کمک می‌طلبند. از این رو برای درمان و حل مشکلات مربوط به صمیمیت زوج‌ها باید روشهایی را احیا کرد که در آن صمیمیت در رابطه افزایش یابد.

از آن جا که طی دهه اخیر به سمت یکپارچه‌نگری در الگوی مداخلات مشاهده می‌شود (لی بو، ۲۰۰۲؛ به نقل از پاترسون، ۲۰۰۵). پژوهش حاضر نیز رویکرد زوج درمانی هیجان - محور (EFT)^۱، از رویکردهای یکپارچه‌نگر را مد نظر قرار داده است.

زوج درمانی هیجان-محور را جانسون و گرینبرگ^۲ در سال (۱۹۹۵) مطرح کردند و بر تعامل زوج‌ها به عنوان موضع تغییر درمانی، تاکید کردند. منشا رویکرد زوج درمانی هیجان - محور در اصل از روان درمانی‌های انسان‌گرایانه و هستی‌گرایانه می‌باشد (گرینبرگ و جانسون، ۱۹۸۸). زوج درمانی هیجان - محور بیان می‌کند که تاثیر متقابلی بین تعامل زوج‌ها و تجربه عاطفی درونی وجود دارد، بویژه روابط آشفته ناشی از سبک پیوستگی‌های ناامن هستند. هدف رویکرد زوج درمانی هیجان - محور دسترسی و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی اساسی در تعاملات زوج‌ها است. این واکنش‌ها به توسعه سبک‌های پیوستگی امن‌تر، و الگوی متفاوت تعامل زوج‌ها، همدلی زوج‌ها نسبت به تجارب یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید منتهی می‌شود (هالفورد، ۲۰۰۱).

درمانگران هیجان محور "هیجان" را موسیقی جاری به هنگام رقص صمیمیت زوج‌ها نامیده‌اند، اگر درمانگر بتواند موسیقی را دگرگون کند، چرخه تعاملی (رقص) را نیز تغییر داده است. از طرف دیگر دلبستگی و هیجانات مرتبط با آن هسته‌ی شناسایی‌کننده‌ی خصایص مهم در روابط صمیمانه بین زوج‌ها شناخته شده است. درمانگر - هیجان محور با تقویت رشته‌های دلبستگی ایمن در روابط بین زوج‌ها و همچنین با استفاده خلاقانه از فنون رویکرد هیجان محور - گشتالت درمانی - رویکردهای سیستمی چرخه‌ی تعاملی جدیدی در الگوی تعاملی بین زوج‌ها ایجاد می‌کند که در نهایت منجر به صمیمیت زناشویی در ابعاد مختلف می‌گردد. فرایند تغییر در زوج درمانی هیجان - محور در ۹ مرحله‌ی درمان ترسیم شده است. چهار گام اول شامل ارزیابی و بحران‌زدایی از چرخه‌های تعاملی مشکل‌زا می‌شود. سه گام میانی، بر ایجاد رویدادهای تغییر خاص تاکید دارد که در آن‌ها تغییر مواضع تعاملی و ایجاد پیوندهای

^۱ - Emotionally Focused Couple Therapy

^۲ - Johnson & Greenberg

جدید اتفاق می افتد. دو گام پایانی درمان، به استحکام، تغییر و ادغام این تغییرات در زندگی روزانه ی زوج ها اشاره می کند. اگر زوج ها با موفقیت در مورد این گام ها به توافق برسند، به نظر می رسد که بتوانند هم مشکلات تعارض آمیز گذشته را حل کرده و بر مشکلات عملی فائق آیند (جانسون و گرینمن، ۲۰۰۶).

زوج درمانی هیجان-محور ذاتا و ماهیتا برای زوج هایی که از کمبود صمیمیت رنج می برند جذاب و موثر خواهد بود. این رویکرد به ویژه برای زوج هایی مناسب است که پیوند هیجانی شان با یکدیگر سست شده و صمیمیت قابل توجهی را در کنار هم تجربه نمی کنند. درمان هیجان محور به قلب آشفستگی های زناشویی می زند و با نشانه گرفتن هیجانات کلیدی، تغییرات ماندگار و معناداری را به زوج ها هدیه می کند (جانسون، ۲۰۰۴).

علیرغم اهمیت صمیمیت در روابط زناشویی تاکنون تحقیقات کاربردی اندکی در این زمینه انجام شده است. در این پژوهش کاربرد رویکرد زوج درمانی هیجان-محور در افزایش صمیمیت زناشویی مورد بررسی قرار گرفته است. انجام این پژوهش کاربرد فنون و روشهای رویکرد زوج درمانی هیجان-محور در شرایط فرهنگی-اجتماعی ایران را بررسی کرده و ضمن جبران کمبود های تحقیقات کاربردی، الگوی عملی برای افزایش صمیمیت زوج های ایرانی تدوین و ارائه کند.

فرضیات پژوهش:

کاربرد فنون رویکرد زوج درمانی هیجان-محور، موجب افزایش ابعاد ۹ گانه ی مولفه های صمیمیت زناشویی (هیجانی، عقلانی، روانشناختی، جسمانی، معنوی (مذهبی)، ارتباطی، جنسی، تفریحی-اجتماعی و صمیمیت کلی) زوج ها می شود.

روش پژوهش

جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه گیری، اجرا و تجزیه و تحلیل داده های پژوهش

روش پژوهش شبه آزمایشی بود و به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات تحقیق، بررسی اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان-محور بر افزایش صمیمیت زوج ها، از آزمون آماری تجزیه و تحلیل واریانس با تکرار سنجش در یک طرح آزمایشی آمیخته ۲*۳ (متغیر بین گروهی با دو سطح و متغیر درون گروهی با سه سطح)، استفاده شد. در این پژوهش متغیر وابسته میزان صمیمیت زوج ها در نه سطح و در سه زمان (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) مورد مطالعه قرار گرفت. یادآوری این نکته ضرورت دارد که در تحلیل داده های طرح های بین گروهی درون گروهی (آمیخته)، آنچه برای پژوهشگر اهمیت دارد بررسی اثر تعامل بین آزمودنی و عامل زمان می باشد (شیولسون، ۱۳۸۳).

جامعه آماری کلیه زن و شوهرانی بودند که به دلیل مشکلات مربوط به صمیمیت و نیاز به بهبود روابط صمیمانه و تعارضات زناشویی به یکی از مراکز مشاوره منطقه ۸ شهر تهران (مراکز مشاوره مهرآئین، مرکز مشاوره شهرداری منطقه ۸، و سایر مراکز خصوصی روانشناسی و مشاوره این منطقه) در سال ۱۳۸۸ مراجعه کرده بودند. محل اجرای پژوهش مرکز روانشناسی و مشاوره مهرآئین بود. علاوه بر این زوج‌های جامعه آماری شرایط زیر را داشتند:

- وجود تعارضات و مشکلات مربوط به صمیمیت در روابط زوج‌ها
- علاقه به شرکت در جلسات زوج درمانی و متعهد شدن به حضور در تمام جلسات آموزشی - درمانی
- داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل
- نداشتن اختلال حاد روانی - شخصیتی

نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۲ زن و شوهر (۱۶ زوج) بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس و تصادفی می‌باشد. به این ترتیب که برای انتخاب نمونه ابتدا اطلاعیه تشکیل جلسات و شرایط ثبت نام اولیه به اطلاع مراجعین و همکاران مشاور در مراکز مشاوره جهت ارجاع رسانده شد. پس از ثبت نام متقاضیان، از طریق مصاحبه مقدماتی زوج‌های واجد شرایط انتخاب شدند. سپس از بین ۲۵ زوج متقاضی، ۱۶ زوج (۳۲ زن و شوهر) به روش تصادفی منظم انتخاب شدند و با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. برای پیش‌بینی احتمالی ریزش زوج‌ها محقق تصمیم گرفت همه زوج‌های متقاضی (۲۵ زوج) را در مطالعه وارد کند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۲/۵ ساعته (به صورت زوجی و نه گروهی) شرکت کردند. فنون و روش‌های زوج درمانی هیجان محور به صورت گام به گام و از طریق تکالیف هفتگی و تمرینات منظم توسط مشاور ارائه شد. محقق جهت رعایت موارد اخلاقی و حرفه‌ای و ایجاد انگیزه در گروه کنترل، ضمن تشکر و قدردانی از تمامی زوج‌هایی که در گروه کنترل جایگزین شدند دعوت بعمل آورد که بعد از اتمام دوره‌های درمانی گروه آزمایشی در جلسات زوج درمانی خود نظم بخشی بصورت رایگان شرکت نمایند و همچنین از تمامی منابع آموزشی و کارگاه‌های مختلفی که در این مرکز برگزار می‌شوند بهره‌مند گردند.

خلاصه گام‌های نه‌گانه زوج درمانی هیجان - محور (جانسون، ۲۰۰۴).

گام اول: ایجاد اتحاد درمانی، تشخیص موضوع کشمکش‌های ارتباطی بین زوج‌ها از نقطه نظر دلبستگی، اجرای پیش‌آزمون. گام دوم: توصیف و روشن‌سازی چرخه تعاملی منفی همزمان با پدیداری آن چرخه

در جلسه گام سوم: دسترسی به احساسات ابراز نشده ای که زیربنای الگوهای تعاملی می باشند و دستیابی به هیجانات زیرساختاری و نیازهای دلبسته محور. گام چهارم: قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه منفی، هیجانات زیرساختاری و نیازهای دلبسته مدار. گام پنجم: افزایش شناخت در مورد هیجانات، نیازها و جنبه هایی از خود که هنوز به مالکیت شخص در نیامده اند. گام ششم: ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه ی پدیدار شونده ی هر یک از همسران توسط دیگری. گام هفتم: تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها به منظور بازساختاردهی به تعاملات. گام هشتم: تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباطی. گام نهم: تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه های نوین پیرامون رفتارهای دلبسته مدار.

ابزار و روش جمع آوری اطلاعات و داده ها

ابزار اندازه گیری پرسشنامه صمیمیت زناشویی (اولیاء، ۱۳۸۵) بود. این پرسشنامه شامل ۸۷ سوال و دارای ۹ خرده مقیاس است که عبارتند از: صمیمیت هیجانی^۱، صمیمیت عقلانی^۲، صمیمیت جسمانی^۳، صمیمیت اجتماعی - تفریحی^۴، صمیمیت ارتباطی^۵، صمیمیت معنوی (مذهبی)^۶، صمیمیت روانشناختی^۷، صمیمیت جنسی^۸ و صمیمیت کلی

اعتبار و روایی ابزار اندازه گیری

پرسشنامه صمیمیت زوج ها توسط اولیاء (۱۳۸۵) بر روی ۳۰ نفر از والدین دانش آموزان یکی از دبستان های دخترانه شهر اصفهان انجام شده است. به منظور بررسی روایی همزمان پرسشنامه صمیمیت زناشویی از مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون ۱۹۸۳ استفاده شده است. نتایج نشان داد که همبستگی بین آزمون صمیمیت زناشویی اولیاء و مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون ۱۹۸۳ برابر با ۰/۹۲ است که در سطح ۰/۰۱ معنادار می باشد ($r=0/92$ ، $P<0/01$). برای تعیین پایایی آزمون از آلفای کرانباخ استفاده شده است که ضریب اعتبار آن از طریق محاسبه ضریب آلفا ۹۸/۵۸ گزارش شده است (اولیاء، ۱۳۸۵).

یافته های پژوهش

به منظور آزمون فرضیات تحقیق از آزمون آماری تجزیه و تحلیل واریانس با تکرار سنجش در یک طرح آزمایشی آمیخته ۲*۳ (متغیر بین گروهی با دو سطح و متغیر درون گروهی با سه سطح)، استفاده شد. در

^۱. Emotional intimacy

^۲. Intellectual intimacy

^۳. Physical intimacy

^۴. Social and recreational intimacy

^۵. Relational intimacy

^۶. Spiritual intimacy

^۷. Psychological intimacy

^۸. Sexual intimacy

این پژوهش متغیر وابسته میزان صمیمیت زوج‌ها در نه سطح و در سه زمان مورد مطالعه قرار گرفت. یادآوری این نکته ضرورت دارد که در تحلیل داده‌های طرح‌های بین‌گروهی درون‌گروهی (آمیخته)، آنچه برای پژوهشگر اهمیت دارد بررسی اثر تعامل بین آزمودنی و عامل زمان می‌باشد (شیولسون، ۱۳۸۳)، که در این مطالعه به این نکته دقت شده است. نتایج آزمون کرویت در ماتریس کوواریانس برای بررسی این پیش‌فرض با توجه به متغیر وابسته (ابعاد نه گانه صمیمیت)، در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول شماره ۱: آزمون کرویت در ماتریس کوواریانس

متغیر وابسته	عامل درون‌گروهی	آماره کرویت موچلی	ضریب مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین	
						گرین-هاوس-گیسر	هوی-فلت
صمیمیت عاطفی	زمان	۰/۳۶	۴۳/۹۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۶۴
صمیمیت عقلانی	زمان	۰/۵۴	۲۱/۶۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۷۳
صمیمیت جسمانی	زمان	۰/۵۸	۲۳/۵۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۷۵
صمیمیت اجتماعی و تفریحی	زمان	۰/۶۷	۱۷/۴۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۸۰
صمیمیت ارتباطی	زمان	۰/۳۴	۴۶/۷۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۶۴
صمیمیت معنوی (مذهبی)	زمان	۰/۴۵	۳۴/۵۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۶۸
صمیمیت روان‌شناختی	زمان	۰/۶۱	۲۰/۹۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۷۷
صمیمیت جنسی	زمان	۰/۶۹	۱۵/۶۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۸۲
صمیمیت کلی	زمان	۰/۷۷	۱۱/۴۴	۲	۰/۰۰۳	۰/۸۱	۰/۸۷

در برون داد کامپیوتر بالا، آزمون کرویت موجلی که دارای توزیع X^2 است. مفروضه توزیع چند متغیری نرمال داده ها (کرویت در ماتریس کوواریانس)، را می آزماید. اپسیلون گرین هاوس - گیسر، هوین - فلت و لوئر - باووند برای این مقصود داده شده است که اگر مفروضه کرویت برای داده ها صادق نباشد، درجه آزادی F در آن ضرب شود، تا تقریب دقیق تری برای آن بدست آید (هومن، ۱۳۸۰). بدین ترتیب در استفاده از تحلیل واریانس با تکرار سنجش از تعدیل گرین هاوس - گیزر استفاده شده است.

فرضیه های پژوهشی: کاربرد فنون رویکرد زوج درمانی هیجان - محور، موجب افزایش ابعاد صمیمیت زناشویی (هیجانی، عقلانی، روانشناختی، جسمانی، معنوی، ارتباطی، جنسی، تفریحی) - اجتماعی و صمیمیت کلی (زوج ها می شود).

اندازه گیری	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		اثر تعامل زمان * گروه F
	گروه یک**	گروه دو	گروه یک	گروه دو	گروه یک	گروه دو	
متغیر وابسته	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	
صمیمیت عاطفی	۵/۸۱(۲/۹۲)	۱۳/۳۷(۲/۶۸)	۳۲/۱۲(۰/۸۰)	۱۰/۴۳(۳/۵۹)	۲۳/۵۰(۰/۷۳)	۸/۳۱(۳/۸۵)	**۷۳۲/۴۰
صمیمیت عقلانی	۳/۵۰(۱/۶۳)	۹/۳۱(۲/۰۵)	۲۲/۵۶(۱/۳۱)	۷/۱۲(۲/۷۷)	۲۳/۳۷(۰/۸۸)	۵/۹۳(۲/۸۶)	**۶۳۲/۸۶
صمیمیت جسمانی	۴/۳۷(۱/۵۸)	۶/۴۳(۱/۰۲)	۱۵/۶۲(۰/۷۱)	۴/۶۸(۱/۸۵)	۱۵/۳۷(۰/۸۰)	۴/۰۶(۲/۲۰)	**۳۵۳/۱۸
صمیمیت اجتماعی - تفریحی	۵/۱۸(۲/۱۰)	۹/۵۰(۲/۰۳)	۲۱/۶۲(۱/۷۰)	۸(۲/۴۷)	۲۳/۱۸(۱/۲۲)	۷(۲/۷۳)	**۳۷۴/۳۸
صمیمیت ارتباطی	۳/۷۵(۱/۳۴)	۱۰/۱۲(۳/۰۵)	۳۰/۵۰(۱/۳۶)	۸/۸۱(۵/۱۹)	۳۱/۸۶(۱/۷۰)	۸(۵/۴۸)	**۳۰۱/۲۷
صمیمیت مذهبی	۹/۰۶(۲/۶۷)	۱۳/۳۷(۵/۲۱)	۲۴/۶۸(۱/۳۰)	۱۳/۳۷(۴/۷۵)	۲۵/۳۱(۰/۹۴)	۱۳/۵۰(۴/۳۰)	**۲۸۵/۶۷
صمیمیت روانشناختی	۳/۳۱(۱/۹۵)	۱۰/۳۷(۳/۶۱)	۲۹/۳۷(۱/۴۵)	۳/۲۰(۶/۳۷)	۳۱/۰۶(۱/۹۴)	۵/۴۳(۳/۲۸)	**۵۳۱/۷۵
صمیمیت جنسی	۳/۴۳(۱/۰۹)	۷/۳۷(۲/۱۵)	۲۳/۳۷(۰/۸۸)	۵/۲۵(۲/۴۰)	۲۳/۱۸(۱/۰۴)	۴/۶۲(۲/۰۲)	**۷۵۷/۰۲

صمیمیت کلی	۴/۱۸(۲/۳۱)	۱۳/۳۷(۳/۸۶)	۳۸/۹۳(۲/۸۱)	۸/۶۸(۵/۰۴)	۴۰/۱۸(۱/۶۸)	۶/۸۱(۳/۶۵)	۹۴۹/۱۹**
------------	------------	-------------	-------------	------------	-------------	------------	----------

**گروه یک: هیجان - محور، و گروه دو: کنترل

اطلاعات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که اثر تعامل زمان در سطوح گروه در ابعاد صمیمیت هیجانی، عقلانی، جسمانی، اجتماعی-تفریحی، ارتباطی، معنوی، روان‌شناختی، جنسی و صمیمیت کلی، در سطح ۰/۰۵ معنادار بدست آمد. بدین معنی که بین میانگین گروه هیجان - محور با گروه کنترل در ابعاد مختلف صمیمیت تفاوت معناداری وجود دارد و همه‌ی فرضیات تحقیق تایید می‌شوند. تغییرات بدست آمده نشانگر تاثیر رویکرد زوج درمانی هیجان - محور در افزایش صمیمیت زوج‌ها می‌باشد. به منظور سنجش میزان پایداری رویکرد مورد نظر در طول زمان (بعد از ۲ ماه) اندازه‌گیری سوم (پیگیری)، انجام شد. در این مرحله هیچ‌گونه کاهش نمره‌ای نسبت به اندازه‌گیری دوم در گروه آزمایش مشاهده نشد، که نشان‌دهنده پایداری عمل آزمایشی در طول زمان می‌باشد. یادآوری این نکته ضرورت دارد که در تحلیل داده‌های طرح‌های بین‌گروهی درون‌گروهی (آمیخته)، آنچه برای پژوهشگر اهمیت دارد بررسی اثر تعامل بین آزمودنی و عامل زمان می‌باشد (شیولسون، ۱۳۸۳)، که در این مطالعه به این نکته دقت شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

رویکرد هیجان - محور به لحاظ تجربی، رویکردی ارزشمند در زوج درمانی می‌باشد (باکوم و دیگران، ۱۹۹۸؛ جانسون و دیگران، ۱۹۹۹) و همچنین یکی از ۵ روشی است که توسط مشاهدات تجربی مورد حمایت قرار گرفته است. همچنین اهداف رویکرد هیجان - محور که تغییر فرایندها و رویکرد ارتباطی می‌باشند، توسط تحقیقات تجربی حمایت می‌شوند (گاتمن، ۱۹۹۴؛ سیمپسون و دیگران، ۱۹۹۴)، بر اساس یک مطالعه فراتحلیلی بر روی چهار نتیجه دقیق رویکرد درمانی هیجان - محور، بازده ۰/۷۰ الی ۰/۷۳ را در بهبود روابط آشفته و همچنین پیشرفت قابل توجه ۰/۹۰ را نشان می‌دهد (جانسون و دیگران، ۱۹۹۹). مطالعاتی که بر روی EFT انجام شده است، نشان داده‌اند که ۷۰ تا ۷۵ درصد زوج‌ها بعد از ۱۰ تا ۱۲ جلسه، مشکلات ارتباطی شان بهبود می‌یابد و ۹۰ درصد آنها به طور معناداری بهبود می‌یابند. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کاربرد رویکرد زوج درمانی هیجان - محور میزان صمیمیت زوج‌ها را در ابعاد مختلف (هیجانی، عقلانی، روان‌شناختی، جسمانی، معنوی (مذهبی)، ارتباطی، جنسی، تفریحی - اجتماعی و صمیمیت کلی) افزایش داده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های

هنرپروان^۱ و همکاران (۲۰۱۰)، جانسون و ذوکرینی^۲ (۲۰۱۰)، (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۸)، (جانسون و گرینبرگ، ۲۰۰۵)، (ویسمن و جاکبسن، ۱۹۹۰)، جانسون و تالیتمن^۳ (۱۹۹۷)، جانسون و تالیتمن (۱۹۹۹)، عرفان منش (۱۳۸۶)، فلاح زاده (۱۳۸۹)، حیاتی (۱۳۸۶)، در زمینه اثر بخشی زوج درمانی هیجان محور بر ابعاد صمیمیت زناشویی همسو می باشد.

از آنجاییکه بخش وسیعی از رابطه همسران ریشه در مسایل عاطفی و هیجانی دارد و ناتوانی در ابراز به موقع و به طریق مناسب این هیجانات در ابتدا منجر به کناره گیری عاطفی و از دست رفتن صمیمیت و در نهایت طلاق عاطفی می شود، از پژوهش حاضر می توان به این نتیجه رسید که بیشتر اوقات بررسی صرفاً منطقی و عقلانی (شناخت درمانی) مسایل زوج ها در مان نگر را از پرداختن به مسایل هیجانی آنها باز می دارد و از آنجایی که بسیاری از مسایل و مشکلات زوج ها ریشه در چگونگی ابراز هیجانات زیربنایی آنها دارد، درمانگران با کم توجهی به این مهم از حل مسایل درونی زوج ها باز می مانند. لازم به ذکر است که پژوهش صورت گرفته صرفاً بر ابراز هیجانات مثبت تاکید نمی کند و به بروز هیجاناتی که ممکن است ظاهراً مثبت تلقی نشوند نیز مانند خشم، اندوه، رنجش و ... و اهمیت آنها در ایجاد صمیمیت زناشویی بیشتر توجه ویژه ای مبذول می دارد. همچنین رابطه مستقیم بین درمان متمرکز بر هیجان با صمیمیت ما را به این نتیجه می رساند که صمیمیت در خلال ابراز هیجانات به طریق سالم و بر اساس نشان دادن هیجانات بهنگام می تواند قابلیت دست یافتنی برای زوج ها باشد و اینکه صمیمیت با یادگیری بروز مناسب هیجانات به عنوان یک مهارت می تواند امری دست یافتنی شود. در ضمن اگر چه دلبستگی ناایمن در نخستین سالهای کودکی شکل می گیرد می توان با درمان مبتنی بر هیجان آن را تغییر داد و به سمت دلبستگی ایمن سوق داد و این مسئله می تواند زوج ها را به دور از اضطراب های ناشی از دلبستگی ناایمن به سمت بروز مناسب هیجانات و تجربه صمیمیت واقعی هدایت کند و این واقعیت که می توان به طریق درمان متمرکز بر هیجانات حتی مشکلات هیجانی و دلبستگی های ناایمن شکل گرفته در دوران کودکی را به سمت دلبستگی های ایمن و ابراز سالم هیجانات سوق داد، نقطه بسیار روشنی برای اتکا بر این روش درمانی است.

^۱ - Honarparvaran

^۲ - Johnson & Zuccarini

^۳ - Johnson & Talitman

منابع:

- اولیاء، نسرين. (۱۳۸۵). بررسی تاثیر آموزش غنی سازی زندگی زناشویی بر افزایش رضایتمندی زوجین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- برنشتاین، ف.ج.؛ برنشتاین، م.ت.، زناشویی درمانی. ترجمه: حمیدرضا سهرابی (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رسا.
- بهاری، ف و میروسی، ل. (۱۳۷۷). گونه شناسی طلاق و سیر آن، مجله ی پیام مشاوره، ۴، ص ۴۳ - ۵۱
- جنوبی، ت. (۱۳۸۸). افزایش ۱۰/۷ درصدی طلاق در سال ۱۳۸۷. روزنامه سرمایه. ۹۹۳، (۳)، ۴-۵.
- حیاتی، م. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی رویکردهای شناختی، هیجان مدار و الگوی تلفیقی آنها بر میزان رضایت زناشویی زوجین. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- سرمد، زهره. (۱۳۸۴). آمار استنباطی (گزیده‌ای از تحلیل‌های آماری تک متغیره). تهران: انتشارات سمت.
- شیولسون، ری، جی (۱۳۸۳). استدلال آماری در علوم رفتاری. (ترجمه: علیرضا کیامنش). تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه علامه طباطبائی.
- فلاح زاده، ه. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه تاثیر زوج درمانی هیجان مدار (EFT) و زوج درمانی تلفیقی (IST) در حل صدمه ی دلبستگی و اضطراب صمیمیت زوج ها، رساله ی دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- کیان نیا، م.ع. (۱۳۷۵). زن/مروزه، مرد دیروز. تحلیلی بر اختلافات زناشویی. تهران: انتشارات روشنفکران و مطالعات زنان.
- هاروی، م. (۱۳۸۸). زوج درمانی. ترجمه: خدابخش احمدی، زهرا اخوی، علی اکبر رحیمی. تهران: انتشارات دانژه.
- هالفورد، ک. (۱۳۸۴). زوج درمانی کوتاه مدت، یاری به زوجین برای کمک به خودشان. ترجمه: مصطفی. تبریزی، مژده. کاردانی، فروغ. جعفری. تهران: انتشارات فراروان.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۰). تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: انتشارات پارسا

Bagarozzi, D.A.(2001). *Enhancing intimacy in marriage*, Branner- Rouledye. Tylor & Forancis group. USA.

Baucom.D.H.,Shoham,V.,Muesser,K.,Daiuto,A.D.,&Stickle,T.R.(1998). *Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems*. JournalOf Counsulting and Clinical Psychology , 66 , 53 – 88.

Blume,T. W.(2006). *Becoming a family counselor: A bridge to family therapy theory and practice*. Hoboken, NJ,USA:Wiley.

Collins,N., & Read, S.J.(1994). *Cognitive Representations of attachment: the structural and function of working models*. Advances in personal relationships, Vol,5 ,53-90.

- Crawford, M., Rhoda, U. (2004). *Women and Gender: A Feminist Psychology*. 4th edition. New York, NY, USA: McGraw-Hill.
- Descutner, C.J., & Thelen, M.H. (1991). *Development and Validation of a fear of Intimacy scale*. *Psychological Assessment*. Vol.3, No.2, 218-225.
- Gottman, J. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greenberg, J.M., & Johnson, S.M. (1988). *Emotional focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Halford, W.K. (2001). *Brief couple therapy: Helping partners help themselves*, New York: Guilford.
- Halford, W.K., Keefer, E.M & Osgarby, S.M. (2002). "How has the week been for you two?" *Relationship satisfaction and hindsight memory biases in couple reports of relationship events*. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 759-773.
- Hanig, R.V. (2007). *Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents*. *Journal Of Sex & Marital Therapy* 33(2):93- 113.
- Harway, Michele. (2005). *Hand book of couples therapy*. New – jersey: Wiles john.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). *Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process*. *Journal of Personality and social Psychology*, Vol.52, 511 – 524.
- Heller, P.E. & Wood, B. (1998). *The process of intimacy*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 273.
- Honarparvaran, N., Tabrizy, M., Navabinejad, Sh., Shafiabady, A. (2010). *The Efficacy of Emotionally Focused Couple Therapy (EFT-C) Training with Regard to Reducing Sexual Dissatisfaction among Couples*. *European Journal of Scientific Research*. ISSN 1450-216X . Vol.43 No.4 (2010), pp.538-545 . © EuroJournals Publishing, Inc. 201 . <http://www.eurojournals.com/ejsr.htm>.
- Johnson, S. M. (1998). *Listening to the music: Emotion as a natural part of systems theory* [Special issue]. *Journal of Systemic Therapies*, 17, 1–17
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection* (2nd ed.). *Creating connection* (2nd ed.). New York: Brunner/Routledge .
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. (1988). *Relating process to outcome in marital therapy*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175–183.
- Johnson, S.M., & Greenberg, L. (1995). *The emotionally focused approach to problems in adult attachment*. In N.S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds), *Clinical handbook of couple therapy* (pp.121-141). New York: Guilford Press .
- Johnson, S.M., & Greenman, P.S. (2006). *The Path to a Secure Bond: Emotionally Focused Couple Therapy*. *Journal of Clinical Psychology : IN Session*, Vol, 62(5), 597-609.
- Johnson S.M.; Whiffen, V. (2003) "Made to Measure: Adapting Emotionally Focused Couple Therapy to Partners' Attachment Styles", *Clinical Science and Practice. Psychology*.
- Johnson, S.M., & Talitman, E. (1999). *Predictors of success in emotionall focused marital therapy*. *Journal Of Marital And Family Therapy*. Vol 2 No2. 135-152.
- Johnson S.M., Zuccarini, D. (2010). *Integrating Sex And Attachment In Emotionally Focused Couple Therapy*. *Journal of Marital and Family Therapy*. October 2010, Vol. 36, No. 4, 431–445.

- Karoly, P.(1993). *Mechanisms of self – regulation: A systems view* . Annual Review of Psychology , 44,23-52.
- Kelley,D.L.& Burgoon, J.K.(1991). *Understanding marital satisfaction and couple type as functions of relational expectations*. Human Research, 18(1) , 40-69.
- Kim, M.S., & Cho,I.C.(1999). *Self – monitoring & perception of performance norms of sport teams*. Perceptual & Motor skills, 83, 129-130.
- Levinger , G., & Huston, T.L.(1990). *The social psychology of marriage* . InT Bradury & F.Fincham(Eds.), *The psychology of marriage*(pp.19-58). New York: Guilford Press.
- Luke, B.(2004). *Self regulation : A Brief Review* . Journal of sport psychology.
- Misty. W.(2004).The effectiveness of couples counseling. Available at <http://www.familymarriage.com>.
- Patterson, T. (2005) “*Cognitive Behavioral Couple Therapy*, In: M. Harway, Hand book of Couple Therapy, New Jersey: Wiley, pp. 119-140.
- Pielage,S.,Luteinjin,F., & Arrindell,W.(2005).*Adult Attachment, Intimacy and Psychological distress in a Clinical and Community Sample*. Clinical Psychology and Psychotherapy , Vol. 12,455 – 464.
- Robinson, L.C. & Blanton, P . W.(1993). *Marital strengths in enduring marriages* Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies , 42(1) , 38-45.
- Roy,F., & Baumeister ,R.F.(2004).Handbook of self – regulation research , theory and application.Vohs the Guilford – Press New York. Adivision of Guilford Publication.
- Steil, J.(1997).*Marital equality: Its relationship to the well – being of husbands and wives*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (1994). Stress and secure base relationships in adulthood. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 181–204). London, Penn: Jessica Kingsley.
- Sperry.L.,&Carlson,J.(1991). *Marital therapy*. Integrating and technique , Denver,Co: Love Publishing.
- Steil, J.(1997).*Marital equality: Its relationship to the well – being of husbands and wives*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Whisman,M.A., Jacobson,N.S.(1990).Power , *Marital satisfaction,and response to marital therapy*. Journal Of amily Psychology,4 , 202-212.
- Wilson,K.L., Halford, W.K., Lizzio, A., Kimlin,S.,Iselin, G.,Moore,E.(2003). *Measuring how coupls work at Their relationship: The self- regulation for effective relationships scale*. Manuscript Submitted For Publication.
- Wilson,K.L., Halford, W.K., Lizzio, A., Kimlin,S.,Iselin, G.,Moore,E.(2003). *Measuring how coupls work at Their relationship: The self- regulation for effective relationships scale*. Manuscript Submitted For Publication.



اصغری پور، نگار؛ یکه یزدان دوست، رخساره؛ زرگر، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و سبک اسناد دانشجویان دانشکده الزهرا(س) مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۵۲-۳۹.

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و سبک اسناد دانشجویان دانشکده الزهرا(س) مشهد

نگار اصغری پور^۱، رخساره یکه یزدان دوست^۲، فاطمه زرگر^۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۱۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و سبک اسناد دانشجویان میباشد.

این پژوهش از نوع تجربی با گروه آزمایش و کنترل میباشد. آزمودنیها از بین افرادی که در آزمون عزت نفس کوپراسمیت نمره زیر نقطه برش گرفته بودند، انتخاب شده و بصورت تصادفی در گروهها قرار گرفتند. آزمودنیهای گروه آزمایش ده جلسه دو ساعته را گذراندند و جلسات گروه کنترل نیز پس از اتمام این جلسات تشکیل گردید. ابزارهای مورد استفاده، آزمون عزت نفس کوپراسمیت، آزمون افسردگی بک و آزمون سبک اسناد (ASQ) بودند که آزمودنیها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون آنها رانکمیل نمودند. برای تحلیل آماری نمرات پرسشنامه های پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون T مستقل و برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش از آزمون T همبسته استفاده شد. تمام فرضیات این پژوهش مورد تایید قرار گرفتند به این ترتیب که بین اعضای گروه آزمایش و کنترل در هر سه آزمون تفاوت معنا داری بدست آمد و همچنین تفاوت معناداری بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش نیز مشاهده گردید.

کلید واژه ها: عزت نفس، مداخله گروهی شناختی- رفتاری، دانشجویان، افسردگی، سبک اسناد

^۱ - دکترای تخصصی روانشناسی بالینی-عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد Asgharipour@mums.ac.ir

^۲ - نویسنده مسوول، فوق دکترای روانشناسی بالینی - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ - دکترای تخصصی روانشناسی بالینی-عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مقدمه

یکی از مفاهیمی که در چند دهه اخیر توجه بسیاری از روانشناسان و پژوهشگران را به خود جلب نموده، مقوله عزت نفس است. انسان تمایل به داشتن عزت نفس را امری ضروری می‌داند و نمی‌تواند منکر این واقعیت شود که ارزشیابی او از خویش، اهمیت حیاتی دارد.

نیاز به عزت نفس یا احترام به خود، یکی از نیازهای اساسی روانشناختی و از مهم‌ترین مولفه‌های سلامت روانی در انسان می‌باشد که در صورت ارضا درست و واقع‌بینانه آن گونه که لازمه تحول بهنجار است، منجر به پیامدهای مثبت و کارآمدی همچون اعتماد به نفس، ارزشمندی، احساس توانایی و قدرت و حس شایستگی و کفایت در زندگی خواهد شد. در اهمیت عزت نفس همین بس که رضایت‌مندی از زندگی به احساس‌های انسان در مورد میزان ارزش خویش وابسته است. به طوری که هر گاه فردی احساس کند که عزت نفسش در معرض تهدید قرار گرفته سعی می‌کند با به کارگیری انواع رفتارهای درست و نادرست، احساس ارزشمندی خویش را حفظ کرده و خود را از تهدید برهاند (بیابانگرد، ۱۳۷۳). پژوهش‌های متعددی نشان دادند که عزت نفس بالا با ویژگی‌های روانشناختی مطلوب مثل دقت ادراکی (استگر^۱، سیمونز^۲ و لاول^۳، ۱۹۷۳)، سازگاری بهتر با پیری (کارپ^۴ و کارپ، ۱۹۸۰)، همرنگی کمتر (سینگ^۵، پراسد^۶ و باگالپور^۷، ۱۹۷۳) و انعطاف‌پذیری نقش‌جنسی (فلاهرتی^۸ و راسک^۹، ۱۹۸۰) رابطه دارد (بدنر^{۱۰} و پترسون^{۱۱}، ۱۹۹۶). همان‌طور که عزت نفس بالا با پیامدهای مطلوب روانشناختی ارتباط دارد، عزت نفس پایین نیز با مشکلات عاطفی و روانشناختی، خصوصاً "افسردگی ارتباط نزدیکی دارد (انتولت^{۱۲}، سالکوسکیس^{۱۳} و ریمز^{۱۴}، ۱۹۹۸).

¹.Steger

².Simons

³.Lowel

⁴.Carp

⁵.Sing

⁶.Prased

⁷.Bagalpoor

⁸.Flaherti

⁹.Rusk

¹⁰.Bednar

¹¹.Peterson

¹².Ehnholt

¹³.Salkovskis

¹⁴.Rimes

همچنین عزت نفس نقش محوری در سبب شناسی، نگهداری و بهبود افسردگی ایفا می کند (اشمیتز^۱، کوگلر^۲ و رولنیک^۳، ۲۰۰۳). مطالعات مختلف نشان داده اند که عزت نفس بالا، با کاهش نشانه های افسردگی و سطوح بالای سلامتی همبستگی دارد (کارپنتر^۴، ۱۹۹۷؛ دیرکسن^۵، ۱۹۸۹؛ هوبفل^۶ و والفیشر^۷، ۱۹۸۴). چندین مطالعه رابطه بین عزت نفس و سبک اسناد را مورد بررسی قرار داده اند (هیرشی^۸ اند (هیرشی^۸ و موریس^۹، ۲۰۰۰). یافته ها نشان داده اند که افراد با عزت نفس بالا، موفقیت خود را به علل درونی و شکست هایشان را به علل بیرونی نسبت می دهند، به علاوه مردان بیشتر تمایل دارند که الگوی اسنادی شبیه افراد دارای عزت نفس بالا نشان دهند اما زنان اسندهایی شبیه افرادی با عزت نفس پایین دارند (ایکزر^{۱۰} و لیدن^{۱۱}، ۱۹۷۸). افسردگی و عزت نفس پایین با اسناد های درونی، پایدار و کلی در مورد شکست و اسناد های بیرونی، ناپایدار و خاص برای موفقیت ارتباط دارد (کوهن^{۱۲}، وندن بوت^{۱۳}، ون ولیت^{۱۴} و کرامر^{۱۵}، ۱۹۸۹).

پژوهش ها درعین حال مشخص می کنند که بین تفکرات غیر منطقی و عزت نفس، همبستگی معناداری وجود دارد (طباطبایی، جلالی طهرانی و طالبیان شریف، ۱۳۷۵). همچنین مجموعه ای از تحریف های شناختی در توصیف خود و ایجاد عزت نفس پایین نقش دارند. این تحریف ها شامل تعمیم افراطی، برداشت گزینشی، مسوولیت بیش از حد، ارجاع به خود و تفکر دو مقوله ای می باشند (بک^{۱۶}، استیر^{۱۷} و گاربین^{۱۸}، ۱۹۸۸). بنابراین از آنجا که یکی از عوامل بسیار مهم و تاثیر گذار بر پیدایش و شکل گیری عزت نفس، عوامل شناختی هستند، به نظر می رسد که یکی از روش های افزایش میزان عزت نفس، استفاده از رویکرد شناختی جهت شناسایی افکار غیر منطقی و حذف آنها باشد که بر اساس مفروضه

¹.Schmitz

².Kugler

³.Rollink

⁴.Carpenter

⁵.Dirksen

⁶.Hobfoll

⁷.walfisch

⁸.Hirschy

⁹.Morris

¹⁰.Ickes

¹¹.Layden

¹².Cohen

¹³.Van den Bout

¹⁴.Van Vliet

¹⁵.Kramer

¹⁶.Beck

¹⁷.Steer

¹⁸.Garbin

روانشناختی این عوامل بر چگونگی احساسات بعدی فرد در مورد خود و در نتیجه بر کیفیت رفتار تاثیر می‌گذارند و لذا موجب تغییرات هیجانی و رفتاری خواهند شد. تلفیق دو رویکرد شناختی و رفتاری باعث می‌شود بسیاری از نقص‌های موجود در هر کدام برطرف شده و روشی کامل‌تر و کاربردی‌تر ایجاد شود (صاحبی، ۱۳۸۳). به همین خاطر در پژوهش حاضر فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:

- گروه درمانی شناختی - رفتاری در افزایش عزت نفس دانشجویان موثر است.
- گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی دانشجویان موثر است.
- گروه درمانی شناختی - رفتاری در تغییر سبک اسناد دانشجویان موثر است.

روش

طرح پژوهش از نوع تجربی، بصورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش شامل دانشجویان دانشکده فنی الزهرا (س) مشهد و نمونه شامل ۲۰ نفر از دانشجویان دانشکده فنی الزهرا که در آزمون عزت نفس کوپر اسمیت نمره زیر نقطه برش را کسب کردند، بود. پس از انتساب تصادفی گروه نمونه به دو گروه آزمایش و کنترل آزمونگر با اجرای آزمون‌های آماری مناسب، از عدم وجود تفاوت معنادار میان ویژگیهای جمعیت شناختی دو گروه (سن، رشته تحصیلی، ترم تحصیلی و وضعیت تاهل) و نمره آزمون اطمینان حاصل کرد. پیش از آغاز اولین جلسه درمان، دو آزمون افسردگی بک و سبک اسناد توسط افراد گروه آزمایش، تکمیل شد و سپس جلسات درمان آغاز گردید. جلسات در دو روز هفته به مدت ۱۰ جلسه دو ساعته تشکیل شد. پنج جلسه اول به آموزش مهارت‌های افزایش عزت نفس و پنج جلسه بعد به بازسازی شناختی اختصاص یافت. محتوای جلسات اول تا پنجم که به بکارگیری تکنیک‌های رفتاری اختصاص داشت، عبارت بودند از: تمرین آشنایی با یکدیگر، خودشناسی و مراقبت از خود، روشهای تقویت عزت نفس، رفتار قاطعانه و مهارتهای مورد نیاز آن. در جلسات ششم تا دهم تکنیک‌های شناختی به کار گرفته شدند که شامل این موارد بودند: آموزش و تمثيل چمدان، معرفی افکار خودآیند منفی، باورهای مرکزی منفی، خطاهای منطقی و روش پیکان رو به پایین، آزمودن باورها به شیوه تحلیل کارآمدی و تحلیل هماهنگی، تحلیل منطقی، مخالفت ورزی و خودتنبیهی - خودپاداشی و اختتام جلسات (فری، ۱۳۸۲).

برای تحلیل آماری نمرات پرسشنامه‌های پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل، از طریق انجام سه آزمون t مستقل، وجود تفاوت معنادار بین دو گروه بررسی شد و به این ترتیب اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری با گروه کنترل مقایسه گردید. همچنین نمرات پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه آزمایش برای درک وجود تفاوت معنادار میان نمرات هر پرسشنامه پس از اعمال در مان از طریق انجام سه آزمون همبسته تحلیل گردید.

برای گردآوری داده های پژوهش ابزارهای زیر به کار گرفته شد:

■ پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: این پرسشنامه که برای اندازه گیری و سنجش عزت نفس بکار می رود، در سال ۱۹۶۷ توسط کوپر اسمیت براساس تجدید نظری که وی بر روی مقیاس راجرز و دایموند انجام داد، تهیه و تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۵۸ سؤال می باشد که آزمودنی با انتخاب یکی از دو پاسخ بلی یا خیر مشخص می نماید که هر گزینه با وضعیت فعلی و احساس واقعی وی مطابقت دارد یا خیر. ۸ ماده این پرسشنامه، یعنی سوالات ۵۵، ۴۸، ۴۱، ۳۴، ۲۷، ۲۰، ۱۳، ۶ دروغ سنج هستند و ۵۰ ماده دیگر به ۴ خرده مقیاس عزت نفس کلی، اجتماعی (همسالان)، خانوادگی (والدین) و تحصیلی تقسیم شده است (رضایی، ۱۳۷۷).

اعتبار و پایایی این پرسشنامه در موارد متعدد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. کهانی (۱۳۷۴) اشاره می نماید اعتبار این پرسشنامه توسط اسمیت^۱ (۱۹۷۶)، بایچر^۲ (۱۹۷۱)، کمپر^۳ (۱۹۵۶)، مورسی^۴ (۱۹۷۱)، وایف^۵ (۱۹۶۹) و هورنس^۶ (۱۹۵۶) تأیید شده است.

■ پرسشنامه افسردگی بک: این آزمون در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران ساخته شد (بلاک^۷ و هرسن^۸، ۱۹۸۸) که شامل ۲۱ عبارت است که مجموعه ای از علائم ویژه افسردگی را می سنجد. علائم به طور کلی به سه دسته تقسیم می شوند و هر دسته شامل ۷ گروه عبارت است. این دسته ها شامل علائم انگیزشی و شناختی، علائم هیجانی و عاطفی و علائم جسمی و نباتی می باشد (کراتوچویل^۹، ماتر^{۱۰} و اولسون^{۱۱}، ۱۹۸۴).

بک (۱۹۷۲) پایایی این آزمون را در حدود ۰/۹۳ گزارش می دهد. همچنین بلاک و هرسن (۱۹۸۸) گزارش کردند که پایایی آزمون بک با روش کودریچاردسون^{۰/۷۸} و با روش باز آزمایی^{۰/۷۵} است.

^۱.Smith

^۲.Bycher

^۳.Camper

^۴.Morsey

^۵.Wife

^۶.Horence

^۷. Bellack

^۸.Hersen

^۹.Kratochwill

^{۱۰}.Motts

^{۱۱}.Oclson

■ پرسشنامه سبک اسناد: این پرسشنامه محتوای اسنادهای علی افراد برای پیامدهای مثبت و منفی رادر ابعاد کانون علیت، ثبات و کلی بودن ارزیابی می‌کند. شکل اصلی این پرسشنامه که به دنبال الگوی تجدید نظر شده درماندگی آموخته شده برای اندازه‌گیری اسنادهای دانشجویان به وسیله سلیگمن، آبرامسون، سامنل^۱ و بایر (۱۹۷۹) تهیه شد، شامل دوازده موقعیت فرضی است که شش موقعیت، اسنادهای علی آزمودنی در مورد پیامدهای مثبت (موفقیت) و شش موقعیت دیگر، اسنادهای علی وی در مورد پیامدهای منفی (شکست) را ارزیابی می‌کند.

سلیگمن و همکاران (۱۹۷۹) در بررسی پایایی این پرسشنامه، ضریب آلفای آن را در گروههای فرعی به این شرح تعیین نمودند: پیامد بد درونی ۰/۴۴، پیامد خوب درونی ۰/۳۰، پیامد بد با ثبات ۰/۶۴، پیامد خوب با ثبات ۰/۵۴، پیامد بد کلی ۰/۶۴ و پیامد خوب کلی ۰/۵۸ و ضریب پایایی آزمون-باز آزمون مجدد برای پیامدهای خوب و بد ابعاد درونی، کلی و با ثبات در یک دوره پنج هفته ای بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۰ بود. پرسشنامه ای که در این پژوهش به عنوان پرسشنامه سبک اسناد به کار رفت شامل ده موقعیت فرضی می‌باشد (پنج موقعیت مثبت و پنج موقعیت منفی) که توسط اسلامی شهر بابکی (۱۳۶۹) اقتباس و تدوین شده است.

نتایج

در پژوهش حاضر برای بررسی اثربخشی مداخله گروهی شناختی رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و سبک اسناد دانشجویان از آزمون t مستقل و همبسته استفاده شده است.

جدول ۱

شاخص ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه آزمایش	۱۸/۴۴	۴/۶۱	۱/۳۵	۱۶	۰/۱۰
گروه کنترل	۱۵/۳۳	۵/۱۴			

^۱.Somnел

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که بین میانگین نمرات دو گروه در متغیر عزت نفس در پیش آزمون تفاوت معناداری مشاهده نمی شود ($p < 0.05$). به عبارتی میانگین نمرات عزت نفس دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون تفاوت معناداری ندارد.

جدول ۲

شاخص ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معناداری
عزت نفس پیش آزمون	۱۸/۴۴	۴/۶۱	۳/۸	۸	۰/۰۰۵
عزت نفس پس آزمون	۳۳/۷۷	۱۱/۰۰			

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون آزمودنیها در متغیر عزت نفس معنادار است ($p < 0.05$). به عبارت دیگر نمرات عزت نفس آزمودنیهای گروه آزمایش در پس آزمون بطور معناداری بیشتر از پیش آزمون است.

جدول ۳

شاخص ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی پیش آزمون	۲۳/۶۶	۷/۷۲	۵/۵۷	۸	۰/۰۰۱
افسردگی پس آزمون	۱۰/۷۷	۹/۳۵			

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون آزمودنیها در متغیر افسردگی معنادار است ($p < 0.05$). به عبارت دیگر میانگین نمرات افسردگی آزمودنیهای گروه آزمایش در پس آزمون کاهش یافته است.

جدول ۴

شاخص‌ها وضعیت	میانگین		انحراف استاندارد		t
موفقیت (درونی - بیرونی)	پس آزمون ۲/۳۳	پیش آزمون ۲/۵۷	پس آزمون ۰/۴۷	پیش آزمون ۰/۴۵	*۳.۱۹۲
موفقیت (پایدار - ناپایدار)	پس آزمون ۱/۹۷	پیش آزمون ۲/۴۸	پس آزمون ۰/۸۳	پیش آزمون ۰/۷۵	*۴.۵۴۳
موفقیت (کلی - اختصاصی)	پس آزمون ۱/۶۴	پیش آزمون ۲/۰۶	پس آزمون ۰/۵۳	پیش آزمون ۰/۷۰	*۲.۵۶۲
شکست (درونی - بیرونی)	پس آزمون ۳/۰۴	پیش آزمون ۲/۸۲	پس آزمون ۰/۷۵	پیش آزمون ۰/۵۸	*۳.۱۹۲
شکست (پایدار - ناپایدار)	پس آزمون ۱/۶۴	پیش آزمون ۲/۲۴	پس آزمون ۰/۸۲	پیش آزمون ۰/۷۷	*۲.۸۸۲
شکست (کلی - اختصاصی)	پس آزمون ۲/۲۴	پیش آزمون ۳/۰۲	پس آزمون ۰/۶۳	پیش آزمون ۰/۷۲	*۳.۸۱۳

$$df=8 \quad * p<0.05$$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون آزمودنیها در متغیر سبک اسناد معنادار است.

بحث

هم جهت با فرضیه اول این پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری در افزایش عزت نفس دانشجویان موثر بوده است و فرضیه مورد نظر تایید شده است. در راستای پژوهشهای مختلفی که در زمینه تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری انجام گرفته (کارت^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ سیلورمن^۲ و همکاران، ۱۹۹۹) نتایج این پژوهش نیز تایید کننده تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش میزان عزت نفس است. نصری (۱۳۸۲) نیز در پژوهشی که به بررسی تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر عزت نفس پرداخت، تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری را در افزایش میزان عزت نفس دانشجویان تایید نمود.

نتایج پژوهش هیون^۳، چونگ^۴ و لی^۵ (۲۰۰۵) در زمینه اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر عزت نفس و افسردگی نوجوانان نشان داد که بر خلاف نتایج پژوهش حاضر درمان موجب تغییر معنادار در میزان عزت نفس نشد اما کاهش معناداری در نمرات افسردگی به دست آمد که می تواند مربوط به محتوای بسته درمانی به کار رفته برای جمعیت نوجوان این پژوهش باشد.

در این پژوهش با توجه به فرضیه دوم اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی بررسی شد و این نتیجه بدست آمد که گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی موثر واقع می شود. مطالعات متعدد به تاثیر درمان شناختی - رفتاری و برتری آن بر سایر درمان ها در بیماران افسرده اشاره کرده اند (گافان^۶، تزاویس^۷ و کمپ ویلر^۸، ۱۹۹۵؛ بال^۹ و همکاران، ۲۰۰۰).

گلوگون^{۱۰}، کوتراکس^{۱۱}، کاکرات^{۱۲} و بلک برن^{۱۳} (۱۹۸۸) نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری درمان اثربخش برای افسردگی در جمعیت عمومی است.

یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش نصر آبادی (۱۳۸۲) نیز همسو است. در این پژوهش تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری می تواند در کاهش افسردگی بیماران بستری مبتلا به اختلال خلقی موثر باشد.

^۱ -Carter

^۲ -Silverman

^۳ .Hyun

^۴ .Chung

^۵ .Lee

^۶ .Gaffan

^۷ .Tsaousis

^۸ .kemp-wheeler

^۹ .Ball

^{۱۰} -Gloaguen

^{۱۱} -Cottraux

^{۱۲} -Cacherat

^{۱۳} -Blackburn

فرضیه سوم پژوهش نیز مور تایید قرار گرفت یعنی گروه درمانی شناختی - رفتاری در تغییر سبک اسناد دانشجویان در موقعیت‌های موفقیت و شکست و در هر سه بعد درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار و کلی - اختصاصی موثر واقع شد.

سلیگمن و پترسون (۱۹۸۴) اشاره کرده اند که اسناد رویدادهای منفی به عوامل درونی موجب کاهش عزت نفس می شود اما با اسناد آن به عوامل بیرونی می توان از پیامدهای نا مطلوب عزت نفس جلوگیری کرد. مطالعات انجام شده عمدتاً " نشان می دهند که دانشجویان پس از رویدادهای منفی و شکست به مداخله علل خارجی تاکید می کنند اما پس از رویدادهای موفقیت آمیز به اهمیت عوامل درونی تاکید بیشتری دارند. فورسایت (۱۳۷۵) در توجیه این اسنادها معتقد است نوع اسناد موفقیت و شکست در دانشجویان متأثر از عزت نفس آنهاست یعنی موفقیت خود را به عوامل درونی نسبت می دهند تا عزت نفس خویش را افزایش دهند اما شکست ها را به عوامل خارجی نسبت داده و با انکار مسوولیت عملکرد خود، از کاهش عزت نفس خویش اجتناب می کنند.

در پژوهش موسوی (۱۳۸۳) نیز به ارتباط معنادار میان سبک اسناد و عزت نفس دانشجویان اشاره شده است.

به طور کلی این پژوهش نشان داد که درمان گروهی شناختی - رفتاری در افزایش عزت نفس، کاهش افسردگی و تغییر سبک اسناد دانشجویان موثر واقع شده و میان آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری مشاهده می شود. نتایج این پژوهش می تواند در جهت بهبود مهارت های اجتماعی دانشجویان، پیشگیری از بروز مشکلات ناشی از کمبود عزت نفس و آمادگی برای ایفای نقش های اجتماعی مناسب مفید واقع شود.

محدودیت ها

- محدودیت در جامعه آماری به طوری که این پژوهش صرفاً " به دانشجویان دانشکده فنی الزهرا (س) مشهد محدود گردید.
- نبود فضا و امکانات آموزشی مناسب از جمله محدودیتهای این تحقیق بشمار میرود.
- محدودیت زمانی پژوهشگر باعث شد که جلسات هفته ای دو بار تشکیل گردد.
- نبودن کمک درمانگر در جلسات از دیگر محدودیت های این تحقیق محسوب می شود.
- عدم پیگیری نتایج که می تواند اطلاعات بیشتری را فراهم نماید.

پیشنهادهات

- ۱- جهت اظهار نظر قاطعانه در مورد نتایج حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می شود پژوهش های دیگری در همین زمینه و در محیط های آموزشی دیگر انجام گردد تا بتوان با فراهم سازی امکان مقایسه، قدرت تعمیم نتایج را افزایش داد.
- ۲- پیشنهاد می گردد پژوهش مشابهی روی پسران دانشجو اجرا و اثربخشی شیوه های درمانی ذکر شده در دو گروه جنسیتی، مورد بررسی قرار گیرد.
- ۳- پیشنهاد می گردد که در تحقیقات آینده تعداد جلسات آموزشی و درمانی افزایش یابد تا مهارت های اجتماعی دیگر از جمله نحوه مواجهه با انتقاد و تعارض در روابط بین فردی نیز به دانشجویان آموزش داده شود.
- ۴- برنامه پیگیری جهت ارزیابی پایداری نتایج کسب شده در گروه آزمایش می تواند اطلاعات مناسبی را برای پژوهشگران و درمانگران این حوزه فراهم آورد.

منابع

- اسلامی شهربابکی، حیدر. (۱۳۶۹). **بررسی رابطه میان سبک تبیین و افسردگی در بیماران افسرده یک قطبی و دوقطبی و مقایسه آن با افراد بهنجار**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- رضایی، ناهید. (۱۳۷۷). **بررسی رابطه عزت نفس با تقلب در امتحانات**. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، قم، دانشگاه آزاد اسلامی.
- صاحبی، علی. (۱۳۸۳). **شناخت درمانی: گذشته، حال و آینده**. مجله علوم روانشناختی، ۹، ۷۹-۶۶.
- طباطبایی، سید محمود؛ جلالی طهرانی، محمد محسن و طالبیان شریف، جعفر. (۱۳۷۵). **رابطه بین شرایط ارزشمندی، تفکرات غیرمنطقی و عزت نفس در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد**. طرح پژوهشی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- فری، ام. (۱۹۹۹). **شناخت درمانی گروهی**. علی صاحبی، حسن حمید پور و زهرا اندوز (۱۳۸۲). مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- فورسایت، دی (۱۹۹۹). **تخلیل اسنادی از واکنشهای دانشجویان به موفقیت و شکست**. یوسف کریمی (۱۳۷۵)، تهران، نشر ویرایش.
- کهنی، شمس الدین. (۱۳۷۴). **بررسی اثربخشی آموزش بهداشت روانی بر آگاهی، نگرش، نحوه "مراقبت از خود"، عزت نفس و تعداد حملات بیماران مبتلا به صرع گرندمال در شهر ایلام**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- موسوی، سید ولی الله. (۱۳۸۳). **بررسی ارتباط بین سبک اسناد و عزت نفس دانشجویان**. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۴، ۴۳-۴۷.
- نصری، مریم. (۱۳۸۲). **اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر عزت نفس دانشجویان**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.

Ball, J., Kearney, B., Wilhelm, K., Dewhurst-Savellis, J., & Barton, B. (2000). Cognitive-behavior therapy and assertion training groups for patients with depression and comorbid personality disorders. Cambridge university press.

- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bednar, R. L., & Peterson, S. R. (1996). *Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington: American Association.
- Bellack, A., & Hersen, M. (1988). *Behavioral Assessments Techniques*. New York: Pergamon.
- Carpenter, J. S. (1997). Self-esteem and well-being among women with breast cancer and women in an age matched comparison group. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15, 59-60.
- Carter, M. M., Sbrocco, T., Gore, K. L., Marin, N. W., & Lewis, E. L. (2003). Cognitive - behavior group therapy versus a wait-list control in the treatment of African-American women with panic disorder. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 27, 505-518.
- Cohen, L., vandenBout, J., van Vliet, T., & Kramer, W. (1989). Attributional asymmetries in relation to dysphoria and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 10, 1055-1061.
- Dirksen, S. R. (1989). Perceived well-being in malignant melanoma survivors. *Oncology Nursing Forum*, 16(3), 353-358.
- Ehntholt, K. A., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1998). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: An exploratory study. *Behavior Research and Therapy*, 37, 771-781.
- Gaffan, E. A., Tsaousis, I. & Kemp-Wheeler, S. M (1995). Researcher allegiance and meta-analysis : The case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 63,960-966.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effect of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorder*, 49, 59-72.
- Hirschy, A. J., & Morris, J. R. (2000). Individual differences in attributional style: the relational influence of self-efficacy, self-esteem, and sex role identity. *Personality and Individual Differences*, 32, 183-196.
- Hobfoll, S. E., & Walfisch, S. (1984). Coping with a threat to life: a longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 87-100.
- Hyun, M., Cung, H.I., Lee, Y.J.(2005). The effects of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in south Korea. *Appl. Nurs. Res.*, 18(3):160-6.
- Ickes, W., & Layden, M. A. (1978). Attributional styles. In J. H. Harvey, W. Ickes, & R. F. Kidd, *New Direction in Attribution Research*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kratochwill, T. R., Motts, E., & Oclson, C. L. (1984). *Case study and single case research in clinical and applied psychology*. In Adams Bellack.

Schmitz, N., Kugler, J., & Rollnik, J. (2003). On the relation between neuroticism, self-esteem and depression: results from the national comorbidity survey. *Comprehensive Psychiatry*, **44**, 169-176.

Seligman, M. E. P., Abramson, S. M., & Baeyer, C. V. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, **88**, 242-247.

Seligman, M. E. P., & Peterson, C. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 681-684.

Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Garmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with cognitive-behavior therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**, 995-1003.



نامجو، محدثه؛ کافی، سید موسی؛ حکیم جوادی، منصور؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ آتشکار، سیده رقیه (۱۳۹۱). رابطه کمال گرایی، سبک های دفاعی و نشانه های افسردگی در دانشجویان. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۵۳-۷۶.

رابطه کمال گرایی، سبک های دفاعی و نشانه های افسردگی در دانشجویان

محدثه نامجو^۱، دکتر سید موسی کافی^۲، دکتر منصور حکیم جوادی^۳، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی^۴، سیده رقیه آتشکار^۵

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۱/۵

چکیده

در پژوهش حاضر ارتباط کمال گرایی، سبک های دفاعی و نشانه های افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور، ۴۲۶ دانشجوی دانشگاه گیلان (۲۶۴ دختر، ۱۶۲ پسر) در مقطع تحصیلی کارشناسی به روش تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند و با تکمیل مقیاس چند بعدی کمال گرایی هویت و فلت (۱۹۹۱) و پرسشنامه سبک های دفاعی اندروز و همکاران (۱۹۹۳) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) در این پژوهش شرکت کردند. نتایج پژوهش نشان داد که بین هر سه بعد کمال گرایی (خودمدار، دیگرمدار، جامعه مدار) با نشانه های افسردگی و سبک های دفاعی سازش نیافته (روان آزرده وار و رشد نیافته) همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. به علاوه، از بین دو سبک دفاعی سازش نیافته، سبک دفاعی رشد نیافته نیز با نشانه های افسردگی همبستگی مثبت معنادار نشان داد. تحلیل آماری داده ها مشخص کرد که از میان شش متغیر پیش بین، چهار متغیر کمال گرایی جامعه مدار و خودمدار و سبک دفاعی رشد یافته و رشد نیافته ضرایب معناداری برای پیش بینی نشانه های افسردگی دانشجویان دارند. همچنین تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای بررسی اثرات تعدیل کنندگی سبک های دفاعی نشان داد که سبک دفاعی رشد یافته برای هر یک از دو بعد کمال گرایی جامعه مدار و دیگرمدار در ارتباط با نشانه های افسردگی، اثر تعدیل کنندگی دارد و سبک دفاعی رشد یافته نیز تعدیل کننده رابطه کمال گرایی جامعه مدار با نشانه های افسردگی می باشد.

کلید واژه ها: کمال گرایی، سبک های دفاعی، نشانه های افسردگی

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی namgou151@gmail.com

^۲ دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان.

^۳ استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان.

^۴ دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه تهران.

^۵ کارشناس ارشد روان شناسی.

مقدمه

کمال‌گرایی^۱ از جمله ویژگی‌های شخصیتی است که در چندین دهه اخیر پژوهش‌های متعددی در مورد آن انجام شده است (فلت^۲ و هویت^۳، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۱۹۹۰؛ به نقل از رودلف^۴، ۲۰۰۵؛ ۱: کمال‌گرایی به عنوان وضع معیارهای شخصی بیش از حد بالا در عملکرد همراه با گرایش به انتقادی بودن بیش از حد در ارزیابی عملکرد خود شخص توصیف شده است (فراست^۵ و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از السون^۶، ۲۰۰۷؛ ۱: ۱). در واقع، اشخاص کمال‌گرا کسانی هستند که فکر می‌کنند آنها می‌توانند و باید بصورت دقیق کار کنند، هر چیزی که دقیق نباشد از نظر آنها رضایت بخش نیست و آنها به نشانه‌های عدم دستیابی به معیارهای بالای عملکرد توجه سوگیرانه دارند (برنز^۷، ۱۹۸۴؛ به نقل از علیلو، ۱۳۸۵: ۲۴۰). دیدگاه‌های اولیه، کمال‌گرایی را به عنوان صفتی یک بعدی که در اصل غیر انطباقی و ناکارآمد است، در نظر می‌گرفتند در حالی که دیدگاه‌های اخیر، کمال‌گرایی را به عنوان صفتی چند بعدی با جنبه‌های فردی افزون بر جنبه‌های بین فردی در نظر گرفته‌اند (قالی^۸، ۲۰۰۸: ۳). هویت و فلت (۱۹۹۱a) کمال‌گرایی را به عنوان سازه سه بعدی شخصیت تعریف کرده‌اند که از کمال‌گرایی خودمدار^۹، کمال‌گرایی دیگرمدار^{۱۰} و کمال‌گرایی جامعه‌مدار^{۱۱} تشکیل شده است. کمال‌گرایی خودمدار با تمایل به وضع معیارهای سختگیرانه و غیرواقع‌بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خود نظارت‌گری‌های^{۱۲} دقیق مشخص می‌شود (هویت و فلت، ۱۹۹۱a: ۴۵۷). این شکل از کمال‌گرایی، نزدیکترین بعد به سازه‌ای است که اغلب به عنوان کمال‌گرایی شناخته شده است (بلت^{۱۳}، ۱۹۹۵؛ هویت و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۳: ۲). کمال‌گرایی دیگرمدار بیان‌کننده تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است؛ این نوع کمال‌گرایی با خصومت و سرزنش دیگران همراه است و می‌تواند باعث دشواری در روابط بین فردی گردد و کمال‌گرایی جامعه‌مدار به این باور مربوط

^۱. perfectionism

^۲. Flett

^۳. Hewitt

^۴. Rudolph

^۵. Frost

^۶. Olson

^۷. Burns

^۸. Ghalay

^۹. self-oriented perfectionism (sop)

^{۱۰}. other-oriented perfectionism (oop)

^{۱۱}. socially prescribed perfectionism (spp)

^{۱۲}. self-monitoring

^{۱۳}. Blatt

می شود که دیگران معیارهای بالایی برای شخص در نظر می گیرند، آنها را به طور انتقادی ارزیابی می کنند و فشار زیادی بر آنها برای کامل بودن اعمال می کنند (هویت وفلت، ۱۹۹۱ a: ۴۵۷).

افسردگی اختلالی شایع و رو به رشد در تعداد زیادی از جوامع پیشرفته است (قالی، ۲۰۰۸: ۲)، به طوری که حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد از افراد بزرگسال جامعه، عوارض و نشانه های مختلف افسردگی را از خود بروز می دهند (روشن و نیمانی، ۱۳۸۱: ۵۹). دانشجویان به دلیل فشارهای روانی بسیار در معرض خطر ابتلا به انواع بیماری های روانی از جمله افسردگی قرار دارند، به طوری که میزان شیوع افسردگی در دانشجویان بالاتر از جمعیت عمومی جامعه است (بک و یانک، ۱۹۷۸؛ به نقل از آزاد، ۱۳۸۴: ۳۴۸). در این زمینه یکی از فرآیندهای روان شناختی که هم از سوی نظریه پردازان روانکاوی (بیرینگ^۱، ۱۹۵۳) و هم از سوی نظریه پردازان شناختی (بک^۲، ۱۹۶۷؛ کانفر^۳ و هگرمن^۴، ۱۹۸۱) به عنوان یک عامل آسیب زای بالقوه در افسردگی توصیف و شناسایی شده است، کمال گرایی است (هویت وفلت، ۱۹۹۱ b: ۹۸). کمال گرایی و افسردگی مربوط به آن، در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM IV)، از نوع سیزدهم افسردگی قلمداد شده و از جمله خطرناک ترین افسردگی ها به شمار آمده است، زیرا بیشترین تعداد خودکشی در جهان را به این نوع افسردگی مربوط دانسته اند (افضل نیا، ۱۳۸۵: ۱۴). در زمینه ارتباط ابعاد مختلف کمال گرایی با افسردگی نیز معمولاً این مسئله در نظر گرفته می شود که اگر چه افزایش در هر یک از سه بعد کمال گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار با ناسازگاری بیشتری مرتبط می باشند، اما بیشتر اعتقاد بر این بوده که ابعاد کمال گرایی خودمدار و جامعه مدار به ویژه در شکل گیری علایم افسردگی، نقش زیادی دارد (چانگ^۵ و راند^۶، ۲۰۰۰؛ هویت و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از چانگ و سانا^۷، ۲۰۰۱: ۴۹۰). در این زمینه، هویت وفلت (۱۹۹۱ b)؛ به نقل از چانگ و سانا، ۲۰۰۱: ۴۹۰) استدلال نمودند که احساسات بی ارزشی و خود انتقادگری^۸ شدید که اغلب از برآورده نشدن انتظارات آرمانی ناشی می شوند احتمالاً به حالت های هیجانی منفی یا شرایطی نظیر افسردگی یا احساس ملالت^۹ منجر می شوند. کانفر و هگرمن نیز (۱۹۸۱؛ به نقل از هویت وفلت، ۱۹۹۱ b: ۹۸) در زمینه ارتباط کمال گرایی با افسردگی بیان نمودند که وضع معیارهای کمال گرایانه برای خود از سوی افراد که می تواند افزایش در

^۱. Bibring

^۲. Beck

^۳. Kanfer

^۴. Hagerman

^۵. Chang

^۶. Rand

^۷. Sanna

^۸. self-criticism

^۹. dysphoria

فراوانی تجربیات شکست را به همراه داشته باشند در ترکیب با سرزنش خود یا رنج و ناراحتی، افسردگی را به وجود می‌آورند.

مفهوم «مکانیسم‌های دفاعی» یکی از مهمترین کمک‌های روانکاوی به مطالعه شخصیت است (آفر^۱ و همکاران، ۲۰۰۰: ۳۵). مکانیسم‌های دفاعی در DSM IV به عنوان «فرآیندهای روان‌شناختی خودکاری تعریف شده‌اند که از فرد در مقابل اضطراب و آگاهی از رویدادهای استرس‌زای بیرونی و درونی حمایت می‌کنند» (ص ۷۱۵؛ به نقل از سان مارتینی^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). افراد در مکانیسم‌های دفاعی خاصی که به کار می‌برند با هم اختلاف پیدا می‌کنند، به این تفاوت‌های منش شناختی^۳، سبک‌های دفاعی^۴ گفته می‌شود (کان^۵ و السون، ۲۰۰۷: ۷۱۷). اندروز^۶، سینگ^۷ و باند^۸ (۱۹۹۳) بر اساس طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی مراتبی وایلنت^۹ (۱۹۷۶، ۱۹۷۱) در مورد مکانیسم‌های دفاعی، بیست مکانیسم را به سه سبک دفاعی رشدیافته^{۱۰}، روان‌آزرده‌وار^{۱۱} و رشدنیافته^{۱۲} تقسیم کردند. مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته به منزله شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می‌شوند، در حالی که مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده‌وار و رشدنیافته، شیوه‌های مواجهه غیر انطباقی و ناکارآمد هستند (بشارت، ۱۳۸۷: ۱۸۲).

فروید^{۱۳} (۱۹۲۳) سبک دفاعی شخصی، یعنی فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب‌شناسی و میزان سازش‌یافتگی می‌دانست (فروید، ۱۹۲۳؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۴: ۱۰). در واقع، از دیدگاه روان‌پویشی، متغیر اصلی که چگونگی پاسخ دادن افراد به رویدادهای منفی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، رشد یافتگی سبک دفاعی آنان است (کان و لمون^{۱۴}، ۲۰۰۰: ۷۲۴). در این زمینه، وایلنت (۱۹۹۳) نیز گزارش نمود که رشد یافتگی دفاع، عامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی طی زندگی است (وایلنت ۱۹۹۳؛ به نقل از ون^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۹: ۲۶) و در مقابل، مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته، شاخصی از آسیب‌شناسی روانی هستند (وایلنت، ۱۹۸۶؛ به نقل از آفر و

^۱. Offer

^۲. San Martini

^۳. characterological

^۴. defense styles

^۵. Kwon

^۶. Andrews

^۷. Singh

^۸. Bond

^۹. Vaillant

^{۱۰}. mature

^{۱۱}. neurotic

^{۱۲}. immature

^{۱۳}. Freud

^{۱۴}. Lemon

^{۱۵}. Van

همکاران، ۲۰۰۰: ۳۵). افسردگی با حضور دفاعهای رشدنیافته و روان آزرده وار و با فقدان نسبی دفاعهای رشدیافته مرتبط می باشد و این که بهبودی از افسردگی در نتیجه درمان با تغییر از دفاعهای رشدنیافته به سمت دفاعهای رشدیافته تر مرتبط شده است (فلت، بسر^۱ و هویت، ۲۰۰۵: ۱۳۶۲).

مکانیسم های دفاعی که مسئولیت محافظت از «من»^۲ را در مواجهه با شکل های مختلف اضطراب بر عهده دارند، تحت تأثیر سازه های مختلف شخصیتی ممکن است کنش وری بهنجار یا نابهنجار داشته باشند (بشارت، ۱۳۸۴: ۱۰). عمدتاً یکی از دلایل توجه نمودن به بررسی کمال گرایی و سبک های دفاعی اینست که کمال گرایان، غالباً به عنوان افرادی با مزاجهای^۳ مضطرب توصیف شده اند و هدف سبک ها یا مکانیسم های دفاعی خنثی کردن اضطراب مرتبط با تضادها و تهدیدهای «من» می باشد (فلت و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۳۵۸).

پژوهش های متعددی در زمینه ارتباط بین کمال گرایی و افسردگی انجام شده است. هویت و فلت (a) ۱۹۹۰؛ به نقل از هویت و فلت، a ۱۹۹۱: ۴۵۷) نشان دادند که هم کمال گرایی خودمدار و هم کمال گرایی دیگرمدار هر دو واریانس بی همتایی را در نمرات افسردگی آزمودنی ها پیش بینی می کنند. فلت، هویت، بلانکستین^۴ و ابرین^۵ (۱۹۹۱) در پژوهشی بر روی دانشجویان نشان دادند که هر دو بعد کمال گرایی خودمدار و کمال گرایی جامعه مدار با افسردگی غیر بیمارگونه^۶ همبستگی مثبتی دارند. در بخشی از یک مطالعه گسترده تر، انس و کاکس (۱۹۹۹؛ به نقل از کلین^۷، ۲۰۰۰: ۱۲) در نمونه ای بالینی از بیماران با اختلال افسردگی اساسی^۸ به بررسی روابط بین ابعاد کمال گرایی مقیاس هویت و فلت و علایم افسردگی پرسشنامه افسردگی بک پرداختند و نشان دادند که هر سه بعد صفت کمال گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار با نمرات کل پرسشنامه افسردگی بک ارتباط دارد و بعد جامعه مدار با افسردگی ارتباط بسیار قویتری را نشان داد. ارتباط بین کمال گرایی و افسردگی همچنین در رابطه با مدل های آسیب پذیری^۹ ویژه مطالعه شده است. برای نمونه، فلت، هویت، بلانکستین و موشر^{۱۰} (۱۹۹۱؛ به نقل از رودلف، ۲۰۰۵: ۹) مطرح کردند که کمال گرایی خودمدار در افرادی که رویدادهای مهمی را در زندگی تجربه

¹. Besser

². ego

³. temperaments

⁴. Blankstein

⁵. O'Brien

⁶. subclinical depression

⁷. Caelian

⁸. major depressive disorder

⁹. vulnerability

¹⁰. Mosher

کرده‌اند و یا کسانی که از سبک‌های مقابله‌ای سازش‌نا یافته برخوردارند، با افسردگی ارتباط دارد. بسر، فلت و هویت (۲۰۰۴)؛ به نقل از فلت و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۳۵۷) نشان دادند که در کمال‌گرایان خودمداری که در موقعیتهای عملکردی بازخورد شکست را تجربه می‌کنند، عاطفه ملال و غمگینی افزایش می‌یابد. جونز^۱ (۲۰۰۷) در قالب طرحی آزمایشی، ارتباط بین خلق افسرده و دو بعد کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار را در یک نمونه غیر بالینی از دانشجویان بررسی کرد و نشان داد که بعد کمال‌گرایی جامعه‌مدار به تنهایی با خلق افسرده همبستگی مثبت معناداری داشته ولی در تعامل با یک تکلیف دشوار نتوانست به طور معنادار افزایشی را در خلق افسرده به وجود آورد و بعد کمال‌گرایی خودمدار نه به تنهایی و نه در تعامل با یک تکلیف دشوار ارتباطی را با خلق افسرده نشان نداد. درایران نیز بشارت و میرزمانی (۱۳۸۳) در پژوهشی به مقایسه ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب و گروه سالم پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بیماران افسرده، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی خودمدار را در مقایسه با دو گروه دیگر داشتند، در حالی که بیماران اضطرابی، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی جامعه‌مدار را در مقایسه با دو گروه دیگر داشتند و این که افسردگی به ترتیب با سطوح بالای کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار و اضطراب تنها با سطوح بالای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ارتباط معناداری نشان دادند.

در زمینه ارتباط بین سبک‌های دفاعی و افسردگی، اکرم‌ن^۲، کار^۳ و لوین^۴ (۱۹۹۲) در پژوهشی بر روی روی بیماران بستری و سرپایی با اختلال افسردگی اساسی دریافتند که افراد افسرده سطوح بالاتری از دفاعهای رشدنیافته را در مقایسه با افراد غیر افسرده دارا بودند و این که با بهبودی از علایم مرضی افسردگی، کاهش معناداری در دفاعهای رشدنیافته رخ داد ولی در دفاعهای رشدنیافته یا روان‌آزرده وار تغییری ایجاد نشد. اسپین‌هوون^۵ و کویی‌من^۶ (۱۹۹۷) در پژوهشی اکتشافی، سبک دفاعی در بیماران سرپایی افسرده و مضطرب را بررسی کردند و نشان دادند که در مقایسه با گروه کنترل، بیماران با اختلال اضطرابی و افسردگی در سبک دفاعی رشدنیافته نمره بالاتری داشتند. همچنین مشخص شد که بیماران با اختلال اضطرابی در مقایسه با گروه کنترل و بیماران افسرده، در سبک دفاعی روان‌آزرده وار نمراتی با معناداری بالاتر بدست آوردند. ون و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی ارزش‌پیش‌بینی‌کنندگی سبک

-
1. Jones
 2. Akkerman
 3. Carr
 4. Lewin
 5. Spinhoven
 6. Kooiman

دفاعی را بر پیامد روان درمانی افسردگی بررسی کردند و نشان دادند که بیماران بهبود یافته از افسردگی از کارکرد دفاعی کلی رشد یافته تری برخوردارند.

در تعدادی از پژوهش های انجام شده نیز، سبک های دفاعی عمدتاً به عنوان متغیری تعدیل کننده^۱ در ارتباط بین متغیرهای روان شناختی مختلف با علایم افسردگی عمل می کنند. برای مثال، سبک اسنادی^۲ منفی همراه با سبک دفاعی رشدنیافته با علایم شدیدتر افسردگی مرتبط شده است (کان، ۱۹۹۹؛ کان و لمون، ۲۰۰۰؛ به نقل از کان والسون، ۲۰۰۷: ۷۱۷) و یا سطح پایین امیدواری^۳ همراه با سبک دفاعی رشدنیافته با علایم شدیدتر افسردگی مرتبط شده است (کان، ۲۰۰۰، ۲۰۰۲؛ رف^۴، کان و کمپل^۵، ۲۰۰۵؛ به نقل از کان والسون، ۲۰۰۷: ۷۱۷). کان والسون (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که سبک دفاعی رشد نیافته نقش تعدیل کنندگی را در ارتباط بین نشخوار فکری^۶ و علایم افسردگی ایفا می کند. هویت و همکاران (۱۹۹۵؛ به نقل از فلت و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۳۶۱) در نمونه ای از بیماران روانی نشان دادند که تعامل بعد کمال گرایی خودمدار و صفت مقابله هیجان مدار^۷، واریانس بی همتایی را در علایم افسردگی در آن نمونه پیش بینی می کند.

در زمینه ارتباط بین کمال گرایی و سبک های دفاعی، بشارت (۱۳۸۴) رابطه کمال گرایی مثبت و منفی و مکانیسم های دفاعی را در دانشجویان بررسی کرد و نشان داد که کمال گرایی مثبت با مکانیسم های دفاعی رشد یافته همبستگی مثبت و با مکانیسم های دفاعی روان آزرده وار و رشدنیافته همبستگی منفی دارد. برعکس، کمال گرایی منفی با مکانیسم های دفاعی رشد یافته همبستگی منفی و با مکانیسم های دفاعی روان آزرده وار و رشدنیافته همبستگی مثبت دارد. فلت و همکاران (۲۰۰۵) در بخشی از یک مطالعه گسترده تر در زمینه مقایسه درجه بندی های مشاهده گر^۸ و خود سنجی^۹ روابط کمال گرایی با سبک های دفاعی نشان دادند که بعد کمال گرایی جامعه مدار در هر دو روش درجه بندی های مشاهده گر و خودسنجی با سبک های دفاعی رشدنیافته و روان آزرده وار رابطه مثبت معناداری داشته، در حالی که بعد کمال گرایی دیگرمدار در هر دو روش ارزیابی با سبک دفاعی رشدنیافته رابطه مثبت معناداری نشان داد و با سبک دفاعی روان آزرده تنها در روش ارزیابی خود سنجی ارتباط مثبت معناداری نشان داد.

1. moderator

2. attributional style

3. hope

4. Reff

5. Campbell

6. rumination

7. emotion – oriented coping

8. observer ratings

9. self-reports

بنابراین، با مروری بر پژوهش‌های پیشین روشن می‌شود که با وجود پژوهش‌های گسترده‌ای که ارتباط میان کمال‌گرایی و افسردگی را تایید می‌کنند، در شرایط فرهنگی ایران با خلاء پژوهشی محسوسی در زمینه واری این رابطه و همچنین نقش تعدیل‌کنندگی سبک‌های دفاعی در ارتباط بین کمال‌گرایی و افسردگی در دانشجویان ایرانی مواجه هستیم. بر این اساس، اهداف اصلی پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین کمال‌گرایی با علایم افسردگی دانشجویان و تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی و سهم متغیرهای کمال‌گرایی و سبک‌های دفاعی در افسردگی دانشجویان بود. برای تحقق این اهداف، پنج پرسش مورد بررسی قرار گرفت:

۱. آیا بین کمال‌گرایی و علایم افسردگی دانشجویان رابطه وجود دارد؟
۲. آیا بین ابعاد کمال‌گرایی و سبک‌های دفاعی سازش‌نا یافته (رشدنا یافته و روان‌آزرده) دانشجویان رابطه وجود دارد؟
۳. آیا بین سبک‌های دفاعی سازش‌نا یافته و علایم افسردگی دانشجویان رابطه وجود دارد؟
۴. از میان متغیرهای کمال‌گرایی و سبک‌های دفاعی کدامیک پیش‌بین‌های مناسب یا معناداری برای افسردگی دانشجویان هستند؟
۵. آیا تعامل بین ابعاد کمال‌گرایی و سبک‌های دفاعی سازش‌نا یافته می‌توانند علایم افسردگی دانشجویان را پیش‌بینی کنند؟

روش پژوهش

الف) جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری این پژوهش را همه دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی که در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ در یکی از دانشکده‌های دانشگاه گیلان مشغول تحصیل بودند، تشکیل می‌داد. ضمن هماهنگی با آموزش دانشگاه گیلان مشخص شد که جامعه آماری حدود ۱۲ هزار نفر بوده که براساس جدول کریسی^۱ و مورگان^۲ (۱۹۷۰) نمونه مطلوب برای این تعداد ۳۷۵ نفر می‌باشد. اما به دلیل احتمال افت آزمودنی‌ها یا عدم مشارکت بعضی از دانشجویان تعداد ۴۴۰ نفر در نظر گرفته شدند. نمونه‌های این پژوهش از چهار دانشکده ادبیات و علوم انسانی، فنی و مهندسی، علوم کشاورزی و علوم پایه به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده و در این پژوهش شرکت کردند. پس از جلب مشارکت

1- Krejcie

2- Morgan

آزمودنی ها، فرم فارسی مقیاس چند بعدی کمال گرایی^۱ (MPS) و پرسشنامه سبک های دفاعی^۲ (DSQ-40) و پرسشنامه افسردگی بک^۳ (BDI-II) در مورد دانشجویان به صورت گروهی در کلاس درس اجرا شد. تعداد ۱۲ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه ها از تحلیل های آماری کنار گذاشته شدند، دو مورد دیگر نیز طی تحلیل های آماری به دلیل داشتن سه انحراف معیار تفاوت از میانگین کنار گذاشته شدند و به این ترتیب حجم نمونه نهایی به ۴۲۶ دانشجو (۲۶۴ دختر، ۱۶۲ پسر) تقلیل یافت. میانگین سنی کل آزمودنی ها ۲۰/۷۵ سال با دامنه ۱۹ تا ۳۰ سال و انحراف معیار ۱/۳۵ بود.

پژوهش حاضر، جزء طرح های همبستگی از نوع تحلیل های رگرسیون برای پیش بینی متغیر ملاک براساس متغیرهای پیش بین است و برای تحلیل داده های آن از شاخص ها و روش های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

ب) ابزار سنجش

۱. **مقیاس چند بعدی کمال گرایی:** این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط هویت و فلت ساخته شده و ۳۰ ماده دارد که سه بعد کمال گرایی خودمدار، کمال گرایی دیگرمدار و کمال گرایی جامعه مدار را می سنجد. هریک از این سه بعد با ۱۰ ماده در یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ سنجیده می شود. در اعتبار یابی فرم فارسی این مقیاس (بشارت، ۱۳۸۶: ۵۸) در یک نمونه ۵۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران ضرایب آلفای کرونباخ پرسش ها برای زیر مقیاس های کمال گرایی خودمدار، کمال گرایی دیگرمدار و کمال گرایی جامعه مدار به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ بود که نشانه همسانی درونی^۴ خوب این مقیاس می باشد. ضرایب همبستگی بین نمره های ۷۸ نفر از آزمودنی ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای کمال گرایی خودمدار ۰/۸۵؛ کمال گرایی دیگرمدار ۰/۷۹ و کمال گرایی جامعه مدار ۰/۸۴ محاسبه شد. ضرایب اعتبار محتوایی^۵ نیز برای ابعاد کمال گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۲ و ۰/۶۹ محاسبه شدند (بشارت، ۱۳۸۶: ۵۸).

۲. **پرسشنامه سبک های دفاعی:** این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع ها توسط اندروز و

1. Multidimensional Perfectionism Scale
2. Defense Styles Questionnaire
3. Beck Depression Inventory
4. internal consistency
5. content validity

همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید که شامل ۴۰ سوال در مقیاس ۹ درجه ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان آزرده وار و رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می دهد (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳).

پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ - 40) در ایران توسط حیدری نسب (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است. اعتبار این پرسشنامه از طریق روش باز آزمایی و محاسبه آلفای کرونباخ ارزیابی شده است. ضریب اعتبار و آلفای کرونباخ در گروه های مورد مطالعه به تفکیک در دانش آموزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه گیری و نیز سبک های دفاعی نشان می دهد که بالاترین آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و پایین ترین آلفای کل در زنان دانش آموز (۰/۶۹) مشاهده می شود. در سبک های دفاعی، بالاترین آلفا مربوط به سبک رشد نیافته (۰/۷۲) و کمترین مربوط به سبک روان آزرده وار (۰/۵۰) بود. بر این اساس بالاترین آلفای کرونباخ محاسبه شده بین دو نیمه آزمون مربوط به مردان دانشجو و کمترین به سبک روان آزرده وار مربوط می شود. همچنین همه همبستگی های مربوط به دوبار اجرای پرسشنامه با فاصله سه هفته در گروه های مورد مطالعه در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار بودند. بر اساس این یافته ها، مشخص گردید پرسشنامه سبک های دفاعی در گروه های مورد مطالعه از اعتبار مناسبی برخوردار است (حیدری نسب و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۱).

۳. پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه رایج ترین ابزار خودسنجی استفاده شده برای اندازه گیری شدت افسردگی است (قاسم زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم خانی، ۲۰۰۵: ۱۸۵). دومین ویرایش پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است، در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر^۱ و براون^۲ منتشر شد. این آزمون از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف افسردگی (شناختی، عاطفی، بدنی و نباتی) تشکیل شده است. قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) در اعتباریابی فرم فارسی این پرسشنامه در یک نمونه ۱۲۵ نفری از دانشجویان، همسانی درونی بالایی ($\alpha = 0.87$) (کرونباخ) و پایایی باز آزمایی رضایت بخشی ($r = 0.74$) را برای فرم فارسی ویرایش دوم این پرسشنامه گزارش کردند. همچنین ضریب همبستگی بین این پرسشنامه با فرم فارسی پرسشنامه افکار خودآیند^۳ (هولون^۴ و کندال^۱، ۱۹۸۰) برای سنجش اعتبار همزمان^۲ این آزمون ۰/۷۷ گزارش شد. این یافته ها پایایی و

1. Steer

2. Brown

3. Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)

4. Hollon

و اعتبار همزمان فرم فارسی BDI-II را به عنوان ابزار سنجش نشانه های افسردگی در نمونه های غیر بالینی مورد حمایت قرار می دهند (قاسم زاده و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۸۵).

یافته ها

جدول ۱ شاخص های آماری میانگین و انحراف معیار نمره های آزمودنی های دختر و پسر را بر حسب متغیرهای کمال گرایی و سبک های دفاعی و افسردگی نشان می دهد. طبق این یافته ها، میانگین نمره آزمودنی های پسر در زمینه ابعاد کمال گرایی خودمدار و جامعه مدار و هر سه سبک دفاعی (رشد یافته، روان آزوده وار و رشد نیافته) و نمره کل افسردگی بیش از میانگین نمره آزمودنی های دختر بوده و میانگین نمره آزمودنی های دختر تنها در بعد کمال گرایی دیگرمدار بیش از میانگین نمره آزمودنی های پسر است که البته در مورد تمامی این متغیرها با توجه به ستون انحراف معیار می توان به نزدیکی واریانس های دو گروه و اندک بودن این تفاوت ها پی برد. در کل آزمودنی ها نیز، در بین ابعاد کمال گرایی، بیشترین میانگین مربوط به بعد کمال گرایی دیگرمدار بوده و از میان سبک های دفاعی بیشترین میانگین مربوط به سبک دفاعی روان آزوده وار است.

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمره های آزمودنی ها بر حسب متغیرهای کمال گرایی و سبک های دفاعی و افسردگی

گروه شاخص	دختران		پسران		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال گرایی خودمدار	۲۹/۵۸	۶/۰۲	۲۹/۸۸	۶/۲۰	۲۹/۶۹	۶/۰۸
کمال گرایی دیگرمدار	۳۱/۵۴	۵/۶۲	۳۰/۵۶	۵/۷۳	۳۱/۱۷	۵/۶۷
کمال گرایی جامعه مدار	۲۸/۱۵	۶/۲۷	۳۰/۱۷	۶/۱۲	۲۸/۹۲	۶/۲۸
سبک دفاعی رشد یافته	۵/۳۸	۱/۲۳	۵/۴۵	۱/۰۳	۵/۴۰	۱/۱۵
سبک دفاعی روان آزوده وار	۵/۳۶	۱/۱۸	۵/۴۷	۱/۰۹	۵/۴۱	۱/۱۴
سبک دفاعی رشد نیافته	۴/۶۲	۰/۹۵	۴/۶۹	۰/۹۸	۴/۶۵	۰/۹۷
نمره کل افسردگی	۱۲/۵۲	۹/۸۹	۱۳/۵۳	۱۰/۳۱	۱۲/۹۱	۱۰/۰۵

1. Kendall

2. concurrent validity

به منظور بررسی پرسش‌های اول و دوم و سوم پژوهش، همبستگی ساده پیرسون بین متغیرهای ابعاد کمال گرایی و سبک‌های دفاعی و افسردگی محاسبه گردید. نتایج مربوط به ضرایب همبستگی در جدول ۲ ارائه شده‌اند. بر این اساس، در پاسخ به پرسش اول پژوهش: آیا بین کمال گرایی و علایم افسردگی دانشجویان رابطه وجود دارد؟ نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین نمره کل افسردگی با هر سه بعد کمال گرایی جامعه مدار ($r=0/44$) و کمال گرایی خودمدار ($r=0/31$) و کمال گرایی دیگرمدار ($r=0/20$) در سطح ($p < 0/01$) همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (تایید پرسش اول پژوهش). در پاسخ به پرسش دوم پژوهش: آیا بین ابعاد کمال گرایی و سبک‌های دفاعی سازش‌نا یافته (رشدنا یافته و روان‌آزرده) دانشجویان رابطه وجود دارد؟ نتایج آزمون همبستگی نشان می‌دهد که بین سبک دفاعی رشدنا یافته با کمال گرایی خودمدار ($r=0/29$) و کمال گرایی دیگرمدار ($r=0/34$) و کمال گرایی جامعه مدار ($r=0/32$) در سطح $P < 0/01$ همبستگی مثبت معنادار و همچنین بین سبک دفاعی روان‌آزرده و با کمال گرایی خودمدار ($r=0/16$) و کمال گرایی دیگرمدار ($r=0/19$) و کمال گرایی جامعه مدار ($r=0/15$) در سطح $P < 0/01$ همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (تایید پرسش دوم پژوهش). در پاسخ به پرسش سوم پژوهش: آیا بین سبک‌های دفاعی سازش‌نا یافته و علایم افسردگی دانشجویان رابطه وجود دارد؟ بررسی ماتریس همبستگی نشان می‌دهد که بین سبک دفاعی رشدنا یافته و نمره کل افسردگی همبستگی مثبت معنادار ($r=0/35$) ولی بین سبک دفاعی روان‌آزرده و نمره کل افسردگی رابطه بسیار ضعیف و نزدیک به صفر ($r=0/02$) وجود دارد. در نتیجه پرسش سوم پژوهش در سطح $P < 0/01$ به طور نسبی تایید می‌شود.

جدول ۲- ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کمال گرایی و سبک‌های دفاعی و افسردگی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. کمال گرایی خودمدار	۱					
۲. کمال گرایی دیگرمدار	* ۰/۳۶	۱				
۳. کمال گرایی جامعه مدار	* ۰/۳۱	* ۰/۳۱	۱			
۴. سبک دفاعی رشد یافته	- ۰/۰۳	۰/۰۵	- ۰/۰۸	۱		
۵. سبک دفاعی روان‌آزرده وار	* ۰/۱۶	* ۰/۱۹	* ۰/۱۵	* ۰/۲۹	۱	
۶. سبک دفاعی رشدنا یافته	* ۰/۲۹	* ۰/۳۴	* ۰/۳۲	* ۰/۲۱	* ۰/۳۲	۱
۷. نمره کل افسردگی	* ۰/۳۱	* ۰/۲۰	* ۰/۴۴	* - ۰/۳۱	۰/۰۲	* ۰/۳۵

* $P < 0/01$

در ادامه برای بررسی این پرسش پژوهش که از میان متغیرهای کمال گرایی و سبک های دفاعی کدامیک پیش بین های مناسب یا معناداری برای افسردگی دانشجویان هستند، در سه مرحله از تحلیل های رگرسیون چندگانه استفاده شد که طی آن در دو نوبت از روش ورود همزمان و در مرحله سوم از روش گام به گام استفاده شد. در این تحلیل ها سه بعد کمال گرایی (خودمدار، دیگرمدار، جامعه مدار) و سه سبک دفاعی (رشدیافته، روان آزرده و رشدنایافته) به عنوان متغیرهای پیش بین و افسردگی به عنوان متغیر ملاک در معادله های رگرسیون وارد تحلیل شدند. نتایج مربوط به این تحلیل ها در جدول های ۳، ۴ و ۵ ارائه شده اند. در نوبت اول، تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود همزمان ۶ متغیر پیش بین اجرا شد و نتایج نشان داد که میزان F مشاهده شده معنادار است ($P < 0/001$) و در این مرحله می توان با حضور همزمان ۶ متغیر پیش بین حدود ۳۶ درصد واریانس افسردگی را در دانشجویان تبیین کرد ($R^2 = 0/36$). در نوبت دوم، چون می بایست نسبت به پاکسازی داده ها از پرت افتاده ها مطمئن می شدیم، در نتیجه در این مرحله تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود همزمان ۶ متغیر پیش بین با فرمان شناسایی افراد بافاصله سه انحراف معیار از میانگین اجرا شد، که این فرمان منجر به حذف دو آزمودنی با نمره پرت افتاده شد. بر این اساس، داده های جدول ۳ نشان می دهند که با حذف دو نمره پرت افتاده در نوبت دوم تحلیل رگرسیون شاهد افزایش R و R^2 و کاهش خطای معیار بر آورد (Se) هستیم. همچنین مشخص می شود که در این مرحله با حضور همزمان ۶ متغیر پیش بین می توان حدود ۳۸ درصد واریانس افسردگی را در دانشجویان تبیین کرد ($R^2 = 0/38$). در ادامه برای شناسایی متغیرهایی که بیشترین همبستگی را با متغیر ملاک دارند از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. در روش گام به گام، ورود متغیرها خارج از اختیار پژوهشگر است. اولین متغیر براساس بالاترین ضریب همبستگی صفر مرتبه با متغیر ملاک وارد تحلیل می شود، سپس سایر پیش بین ها بر حسب ضریب همبستگی تفکیکی یا نیمه تفکیکی وارد تحلیل می شوند (سرمه و همکاران، ۱۳۷۶؛ به نقل از غلامعلی لواسانی و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۱۱). در جدول ۴ خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام افسردگی بر حسب ۴ متغیر پیش بین آمده است.

جدول ۳- خلاصه تحلیل رگرسیون افسردگی دانشجویان با فرمان تشخیص پرت افتاده ها

نوبت تحلیل	R	R^2	R^2 تعدیل شده	Se	F	P	حذف پرت افتاده ها
۱	۰/۶۰۷	۰/۳۶۹	۰/۳۶۰	۸/۲۳۱	۴۱/۰۰۱	۰/۰۰۰	-
۲	۰/۶۱۹	۰/۳۸۳	۰/۳۷۴	۷/۹۵۳	۴۳/۳۳	۰/۰۰۰	۲

جدول ۴ - خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام افسردگی دانشجویان بر حسب ۴ متغیر وارد شده

گام های ورود	نام متغیر وارد شده	R	R ^۲	ΔR^2	ΔF	Se	df _{۱,۲}	P
۱	کمال گرایی جامعه مدار	۰/۴۴۳	۰/۱۹۶	۰/۱۹۶	۱۰۳/۵۳	۹/۰۲۲	۱۰۴۲۴	۰/۰۰۰
۲	سبک دفاعی رشد یافته	۰/۵۲۳	۰/۲۷۳	۰/۰۷۷	۴۴/۷۸	۸/۵۹۰	۱۰۴۲۳	۰/۰۰۰
۳	سبک دفاعی رشد نایافته	۰/۶۰۵	۰/۳۶۷	۰/۰۹۳	۶۲/۱۹	۸/۰۲۹	۱۰۴۲۲	۰/۰۰۰
۴	کمال گرایی خود مدار	۰/۶۱۸	۰/۳۸۲	۰/۰۱۵	۱۰/۲۶	۷/۹۴۲	۱۰۴۲۱	۰/۰۰۱

داده های جدول ۴ نشان می دهد که با ۴ متغیر پیش بین همچنان می توان ۳۸ درصد تغییرات متغیر ملاک افسردگی دانشجویان را بیان کرد ($R^2 = 0/38$). در هر مرتبه با ورود متغیر جدید نمو واریانس (ΔR^2) محاسبه شده است. بیشترین نمو واریانس را با ورود متغیر پیش بین کمال گرایی جامعه مدار ($0/196 = \Delta R^2$) شاهد هستیم. کمترین نمو واریانس با تغییر (ΔF) محاسبه شده است. محاسبه ΔF در هر مرتبه نشان می دهد که کلیه نمو واریانس ها در سطح $p < 0/001$ معنادار است.

جدول ۵ - ضرایب رگرسیون گام به گام افسردگی دانشجویان بر حسب ۴ متغیر وارد شده

گام های ورود	شاخص / متغیرهای وارد شده	B	SEB	Beta	t	p
۱	کمال گرایی جامعه دار	۰/۷۰۸	۰/۰۷۰	۰/۴۴۳	۱۰/۱۷۵	۰/۰۰۰
۲	کمال گرایی جامعه مدار	۰/۶۷۰	۰/۰۶۷	۰/۴۱۹	۱۰/۰۷۴	۰/۰۰۰
	سبک دفاعی رشد یافته	-۲/۴۱۷	۰/۳۶۱	-۰/۲۷۸	-۶/۶۹۲	۰/۰۰۰
۳	کمال گرایی جامعه مدار	۰/۴۸۳	۰/۰۶۷	۰/۳۰۲	۷/۲۵۰	۰/۰۰۰
	سبک دفاعی رشد یافته	-۳/۱۲۸	۰/۳۴۹	-۰/۳۶۰	-۸/۹۵۳	۰/۰۰۰
	سبک دفاعی رشد نایافته	۳/۴۶۹	۰/۴۴۰	۰/۳۳۵	۷/۸۸۶	۰/۰۰۰
۴	کمال گرایی جامعه مدار	۰/۴۳۲	۰/۰۶۸	۰/۲۷۰	۶/۳۸۴	۰/۰۰۰
	سبک دفاعی رشد یافته	-۳/۰۶۰	۰/۳۴۶	-۰/۳۵۳	-۸/۸۳۶	۰/۰۰۰
	سبک دفاعی رشد نایافته	۳/۱۵۵	۰/۴۴۶	۰/۳۰۵	۷/۰۷۴	۰/۰۰۰
	کمال گرایی خودمدار	۰/۲۱۹	۰/۰۶۸	۰/۱۳۳	۳/۲۰۵	۰/۰۰۱

ضرایب رگرسیون مندرج در جدول ۵ برای هر یک از ۴ متغیر پیش بین نشان می دهند که با توجه به سطوح معناداری، هر ۴ متغیر کمال گرایی جامعه مدار ($B=0/270$)، سبک دفاعی رشد یافته ($B=0/353$)، سبک دفاعی رشد نیافته ($B=0/305$) و کمال گرایی خودمدار ($B=0/133$) همگی ضرایب تأثیر معناداری نشان دادند ($P \leq 0/001$) و بر این اساس نتیجه گرفته می شود که این ۴ متغیر، پیش بین های مناسب یا معناداری برای افسردگی دانشجویان هستند و می توانند با اطمینان ۰/۹۹ تغییرات مربوط به افسردگی دانشجویان را پیش بینی کنند.

و سرانجام در پاسخ به پرسش پنجم پژوهش: آیا تعامل بین ابعاد کمال گرایی و سبک های دفاعی سازش نیافته می توانند علایم افسردگی دانشجویان را پیش بینی کنند؟ از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد، که طی آن برای بررسی اثر تعدیل کنندگی متغیرها در مرتبه اول، متغیرهای پیش بین و در مرتبه دوم، متغیرهای تعدیل کننده و در مرتبه سوم، اثرات تعاملی متغیرهای پیش بین در متغیرهای تعدیل کننده وارد تحلیل شدند.

در جدول ۶ خلاصه تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی گزارش شده است.

جدول ۶- تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی افسردگی برای بررسی اثر تعدیل کنندگی سبک های دفاعی

مراتب تحلیل	متغیرها	R	R^2	Se	ΔR^2	ΔF	$df_{1,2}$	P
۱	۳ پیش بین	۰/۴۸۲	۰/۲۳۲	۸/۸۴	۰/۲۳۲	۴۲/۴۵	۳ و ۴۲۲	۰/۰۰۰
۲	۳ تعدیل کننده	۰/۶۱۹	۰/۳۸۳	۷/۹۵	۰/۱۵۱	۳۴/۱۸	۳ و ۴۱۹	۰/۰۰۰
۳	۹ اثر متقابل	۰/۶۴۲	۰/۴۱۳	۷/۸۴	۰/۰۳۰	۲/۳۲	۹ و ۴۱۰	۰/۰۱۵

ملاحظه جدول فوق بیانگر آن است که نمو واریانس (ΔR^2) در هر سه مرتبه معنادار است و ورود متغیرها در هر مرتبه منجر به افزایش R^2 و کاهش خطای معیار برآورد (Se) شده است؛ هر چند کمترین تغییر را در مرتبه سوم با ورود اثرات تعاملی متغیرهای پیش بین و تعدیل کننده ها شاهد هستیم. همچنین میزان ($R^2=0/41$) در مرتبه سوم، نشان دهنده آن است که ۴۱ درصد نشانه های افسردگی بوسیله اثر متقابل کمال گرایی و سبک های دفاعی تبیین می شود. در جدول ۷ ضرایب رگرسیون سلسله مراتبی گزارش می شود، در این جدول فقط ضرایب معنادار اثرهای اصلی و متقابل بیان شده است.

جدول ۷- ضرایب معنادار رگرسیون سلسله مراتبی افسردگی برای اثر تعدیل کنندگی سبک های دفاعی

مراتب	شاخص متغیرهای معنادار	B	SEB	Beta	t	P
۱	کمال گرایی خود مدار	۰/۳۱۹	۰/۰۷۸	۰/۱۹۳	۴/۰۹۲	۰/۰۰۰
	کمال گرایی جامعه مدار	۰/۶۰۱	۰/۰۷۴	۰/۳۷۶	۸/۱۴۸	۰/۰۰۰
۲	کمال گرایی خود مدار	۰/۲۳۰	۰/۰۷۱	۰/۱۳۹	۳/۲۳۱	۰/۰۰۱
	کمال گرایی جامعه مدار	۰/۴۴۰	۰/۰۶۹	۰/۲۷۵	۶/۳۸۵	۰/۰۰۰
	سبک دفاعی رشد یافته	-۲/۹۷۵	۰/۳۶۰	-۰/۳۴۳	-۸/۲۷۱	۰/۰۰۰
	سبک دفاعی رشد نایافته	۳/۲۶۶	۰/۴۶۵	۰/۳۱۵	۷/۰۲۰	۰/۰۰۰
۳	اثر تعامل دیگر مدار در رشد نایافته	-۰/۱۷۲	۰/۰۷۸	-۰/۸۱۸	-۲/۱۹۵	۰/۰۲۹
	اثر تعامل جامعه مدار در رشد یافته	-۰/۱۱۳	۰/۰۵۴	-۰/۵۱۶	-۲/۰۹۰	۰/۰۳۷
	اثر تعامل جامعه مدار در رشد نایافته	۰/۱۶۱	۰/۰۷۰	۰/۷۶۸	۲/۲۹۸	۰/۰۲۲

با توجه به ضرایب معنادار به دست آمده می توان اظهار کرد که متغیر سبک دفاعی رشد نایافته به عنوان یکی از دو سبک دفاعی سازش نایافته، اثر تعدیل کنندگی برای کمال گرایی جامعه مدار و دیگرمدار در ارتباط با علایم افسردگی دارد، اما متغیر سبک دفاعی روان آزرده به عنوان دومین سبک دفاعی سازش نایافته برای هیچ یک از ابعاد کمال گرایی در ارتباط با علایم افسردگی، اثر تعدیل کنندگی ندارد. همچنین سبک دفاعی رشد یافته، اثر تعدیل کنندگی برای کمال گرایی جامعه مدار در ارتباط با علایم افسردگی دارد.

بر این اساس، پرسش پنجم پژوهش به طور نسبی تأیید می شود و می تواند بدین شکل تصحیح شود که تعامل بین ابعاد کمال گرایی و سبک های دفاعی می توانند علایم افسردگی را به طور نسبی پیش بینی کنند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با دو هدف عمده تعیین ارتباط بین کمال گرایی با علایم افسردگی دانشجویان و تعیین نقش پیش بینی کنندگی و سهم متغیرهای کمال گرایی و سبک های دفاعی در افسردگی دانشجویان

صورت گرفت.

نتایج حاصل از بررسی پرسش اول پژوهش نشان می دهد که بین هر سه بعد کمال گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار با نمره کل افسردگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد و در این میان، بیشترین ضریب همبستگی بین بعد کمال گرایی جامعه مدار با افسردگی مشاهده می شود ($r = 0/44$). این نتیجه با یافته انس و کاکس (۱۹۹۹؛ به نقل از کلین، ۲۰۰۰: ۱۲) که نشان داده بودند که هر سه بعد صفت کمال گرایی با نمرات کل پرسشنامه افسردگی بک مرتبط شده بودند و در میان آنها بعد جامعه مدار با افسردگی ارتباط قویتری داشته بود، همخوانی دارد و در زمینه همبستگی های مثبت معنادار مشاهده شده بین ابعاد کمال گرایی جامعه مدار و خودمدار با نمره کل افسردگی با یافته های فلت، هویت، بلانکستین و ابرین (۱۹۹۱)، و شماری از پژوهش های انجام شده (فلت و همکاران، ۱۹۹۵، ۱۹۹۱؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۳؛ سدلر و ساکس، ۱۹۹۳؛ پروسر و همکاران، ۱۹۹۴ و سدلر و بوکلند، ۱۹۹۵؛ به نقل از انس و کاکس، ۱۹۹۹) و یافته بشارت و میرزمانی (۱۳۸۳) همخوانی داشته است و از طرفی به دلیل وجود رابطه معنادار مشاهده شده بین بعد کمال گرایی دیگرمدار با نمره کل افسردگی، این پژوهش با پژوهش های یادشده که بر معنادار نبودن چنین ارتباطی دلالت داشته اند، ناهمخوانی داشته است. تبیین احتمالی که در این خصوص می توان بیان نمود این است که در واقع بعد کمال گرایی دیگرمدار با شکل دهی به انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران (هویت و فلت، ۱۹۹۱؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۳: ۶) فرد کمال گرا را در زمینه روابط بین فردی با مشکل مواجه می سازد، آنچنان که یافته بشارت (۱۳۸۳) نیز شاهدی بر این مدعاست که نشان داد که متغیر کمال گرایی دیگرمدار ۸۳ درصد واریانس مشکلات بین شخصی را پیش بینی می کند. از سوی دیگر، بر طبق ادبیات نظری روان درمانی میان فردی (IPT)^۱ کلرمن^۲ و ویسمن^۳ (۱۹۷۰؛ به نقل از پروچاسکا^۴ و نورکراس^۵، ۱۳۸۳: ۲۸۶) افسردگی به علت روابط میان فردی معیوب به وجود می آید. بنابراین می توان وجود همبستگی مثبت معنادار بین کمال گرایی دیگرمدار با علایم افسردگی را به دلیل دخالت متغیر سومی که می تواند مشکلات بین فردی حاصل از کمال گرایی دیگرمدار بوده و زمینه ساز افسردگی در افراد می شود دانست و یا آنچنان که نتایج حاصل از پرسش پنجم

1. interpersonal psychotherapy
2. Klerman
3. Weissman
4. Prochaska
5. Norcross

پژوهش نشان می‌دهد می‌تواند به دلیل تعامل با متغیر سومی چون سبک دفاعی رشد نیافته باشد که توانسته است با علایم افسردگی رابطه معنادار نشان دهد.

نتایج حاصل از پرسش دوم پژوهش نشان می‌دهد که بین هر سه بعد کمال گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار با سبک های دفاعی سازش نیافته (رشد نیافته و روان آزرده) همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. در واقع با فرض معادل شمردن هر سه بعد کمال گرایی با سازه کمال گرایی منفی بر اساس روابط مثبت معنادار مشاهده شده بین این ابعاد با افسردگی در یافته اول پژوهش، این نتیجه با یافته بشارت (۱۳۸۴) همخوانی دارد که نشان داده بود که کمال گرایی منفی با مکانیسم های دفاعی روان آزرده وار و رشد نیافته همبستگی مثبت دارد. همچنین این یافته در زمینه ابعاد کمال گرایی جامعه مدار و دیگرمدار هماهنگ و همسو با یافته فلت و همکاران (۲۰۰۵) بود و در زمینه بعد کمال گرایی خودمدار ناهمسو با یافته فلت و همکاران (۲۰۰۵) است. در این رابطه می‌توان گفت که احتمالاً هر یک از ابعاد کمال گرایی از طریق تشدید معیارهای آرمانی انعطاف ناپذیر و تقویت انتظارات غیرواقع بینانه، توانمندی فرد را برای واقع بینی، پذیرش محدودیت های شخصی و مثبت نگری کاهش می‌دهند و با افزایش شکست ها و ناکامی ها، منفی نگری و شاخص های بیماری روانی، استفاده از سبک های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده وار را تقویت می‌کنند.

نتایج حاصل از پرسش سوم پژوهش نشان می‌دهد که از بین دو سبک دفاعی سازش نیافته، فقط بین سبک دفاعی رشد نیافته و نمره کل افسردگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. این نتیجه، با یافته های وایس^۱ و همکاران (۱۹۹۱؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۷)، اکرمین و همکاران (۱۹۹۲)، مارگو^۲ و همکاران (۱۹۹۳)، اسپین هوون و کویی من (۱۹۹۷)، کان ولمون (۲۰۰۰)، کروبل^۳ و همکاران (۲۰۰۴) و بلایا^۴ و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ و همسو می‌باشد. اما یافته مهم و جالب توجهی که در جدول ۲ در ارتباط با پرسش سوم پژوهش قابل مشاهده است همبستگی منفی معنادار بین سبک دفاعی رشد نیافته با سطح کلی افسردگی می‌باشد، که نشان می‌دهد هرچه سطح و شدت افسردگی در فردی کمتر باشد، از سبک دفاعی رشد نیافته تری برخوردار خواهد بود. این مسئله با دیدگاه نظری وایلنت (۱۹۸۶؛ به نقل از آفر و همکاران، ۲۰۰۰) همخوانی دارد که معتقد است مکانیسم های دفاعی به ویژه آنهایی که به عنوان رشد نیافته توصیف می‌شوند، شاخصی از آسیب شناسی روانی هستند و این که افراد غیر بیمار از سبک

1. Wise
2. Margo
3. Corruble
4. Blaya

دفاعی رشد یافته بیشتر استفاده می کنند. این رویکرد نظری توسط باند و همکاران (۱۹۸۳)؛ به نقل از محمد پوریزدی و همکاران، (۱۳۸۸: ۱۲) و اندروز و همکاران (۱۹۹۳) تایید شده است.

نتایج حاصل از پرسش چهارم پژوهش نشان می دهد که از میان متغیرهای کمال گرایی و سبک های دفاعی، چهار متغیر سبک های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته و کمال گرایی جامعه مدار و کمال گرایی خودمدار پیش بین های مناسب یا معناداری برای افسردگی دانشجویان هستند و می توانند با اطمینان ۰/۹۹ ۳۸ درصد تغییرات مربوط به افسردگی دانشجویان را تبیین کنند. با توجه به پیشینه پژوهش، پژوهشی با طرح مشابه که توأم به بررسی نقش پیش بینی کنندگی کمال گرایی و سبک های دفاعی در رابطه با افسردگی دانشجویان پردازد، به دست نیامد اما در این زمینه می توان نتیجه به دست آمده را با نتایج پژوهش هایی که در آنها نقش پیش بینی کنندگی هر یک از متغیرهای کمال گرایی و سبک های دفاعی به طور جداگانه در رابطه با افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند اشاره نمود. برای نمونه، نقش پیش بینی کنندگی متغیرهای کمال گرایی خودمدار و کمال گرایی جامعه مدار در این یافته می تواند با یافته های هویت و فلت (۱۹۹۰a)؛ به نقل از هویت و فلت، (۱۹۹۱a: ۴۵۷) در بعد کمال گرایی خودمدار، هویت و همکاران (۱۹۹۶) در بعد کمال گرایی جامعه مدار، و چانگ و سانا (۲۰۰۱) در هر دو بعد کمال گرایی خودمدار و جامعه مدار هماهنگ و همسو باشد. تبیینی که در این رابطه وجود دارد این است که بر اساس دیدگاه نظری هویت و فلت (۱۹۹۱b)؛ به نقل از چانگ و سانا، (۲۰۰۱: ۴۹۰) ناکامی و شکست افراد برآورده کردن انتظارات آرمانی و معیارهای غیر واقع بینانه خواه از سوی خود شخص و خواه از سوی افراد مهم می تواند منجر به فراخوانی احساسات بی ارزشی و خود سرزنشگری و خود انتقادگری شدید در فرد شده که زمینه بروز حالت های هیجانی منفی یا شرایطی نظیر افسردگی یا احساس ملالت را فراهم می آورد. همچنین نقش پیش بینی کنندگی سبک های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته در این یافته می تواند با یافته ون و همکاران (۲۰۰۹) که مؤید ارزش پیش بینی کنندگی سبک دفاعی رشد یافته می باشد و یافته نیشیمورا^۱ (۱۹۹۸) در رابطه با سبک دفاعی رشد نیافته هماهنگ و همسو باشد. این مسئله نیز با دیدگاه نظری وایلنت (۱۹۹۳)؛ به نقل از ون و همکاران، (۲۰۰۹: ۲۶) همخوانی دارد که معتقد است رشد یافتگی دفاعی، عامل پیش بینی کنندگی سلامت روانی طی زندگی است و این که افراد برخوردار از سبک دفاعی رشد نیافته در دوره بزرگسالی در خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال های روانی نظیر افسردگی قرار دارند (وایلنت و وایلنت، ۱۹۹۲)؛ به نقل از کان و لمون، (۲۰۰۰: ۷۲۴).

1. Nishimura

و سرانجام نتایج حاصل از پرسش پنجم پژوهش نشان می‌دهد که متغیر سبک دفاعی رشدنیافته به عنوان یکی از دو سبک دفاعی سازش نیافته، اثر تعدیل‌کنندگی برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار و دیگرمدار در ارتباط با علایم افسردگی دارد. همین‌طور، سبک دفاعی رشدنیافته نیز برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار در ارتباط با علایم افسردگی اثر تعدیل‌کنندگی دارد. بدین معنا که در کمال‌گرایان جامعه‌مداری که از سطوح بالایی از سبک دفاعی رشدنیافته و یا سطوح پایینی از سبک دفاعی رشدنیافته برخوردار می‌باشند و همین‌طور در کمال‌گرایان دیگرمداری که از سطوح بالایی از سبک دفاعی رشدنیافته برخوردار هستند، به احتمال بیشتر علایم شدیدتر افسردگی را تجربه می‌کنند. در نتیجه، این یافته پیشنهاد می‌کند که کمال‌گرایی جامعه‌مدار ممکن است بعدی از کمال‌گرایی باشد که به عنوان عاملی آسیب‌زا در افسردگی نقش مهمتری خواهد داشت و این که سبک دفاعی رشدنیافته در مقایسه با سبک روان‌آزرده نقش تعدیل‌کنندگی مهمتری را در رابطه بین کمال‌گرایی و افسردگی ایفا می‌کند. در واقع، نقش تعدیل‌کنندگی سبک دفاعی رشدنیافته در این نتیجه می‌تواند با یافته‌های (کان، ۱۹۹۹، ۲۰۰۰، ۲۰۰۲؛ کان و لمون، ۲۰۰۰، رف، کان و کمپل، ۲۰۰۵؛ به نقل از کان و السون، ۲۰۰۷: ۷۱۷) و کان و السون (۲۰۰۷) در رابطه سایر متغیرها با علایم افسردگی هماهنگ و همسو باشد. همچنین این نتیجه با یافته فلت و همکاران (۲۰۰۵) که در آن تنها نقش واسطه‌ای سبک‌های دفاعی سازش نیافته در رابطه بین بعد کمال‌گرایی جامعه‌مدار و افسردگی نشان داده شده بود و هیچ‌گونه حمایتی در زمینه نقش تعدیل‌کنندگی این متغیر فراهم نشده بود، ناهمخوانی دارد. تبیین احتمالی در این زمینه می‌تواند تا حدودی متوجه تفاوت‌های در نمونه و تفاوت در ابزار سنجش گردد. در هر حال ارائه تبیینی قاطع در زمینه این یافته نیازمند پژوهش‌های بیشتری است.

در جمع‌بندی کلی، می‌توان گفت که با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه مبنی بر وجود روابط مثبت معنادار بین هر سه بعد کمال‌گرایی با علایم افسردگی و سبک‌های دفاعی سازش نیافته، این یافته‌ها می‌توانند تاییدی بردیدگاه مرسوم در زمینه کمال‌گرایی باشد مبنی بر این که سازه کمال‌گرایی، سازه‌ای مخرب و ویرانگر است (بلت، ۱۹۹۵؛ پیچ^۱، ۱۹۸۴؛ به نقل از چانگ و سانا، ۲۰۰۱: ۴۹۴). همچنین یافته‌های مطالعه کنونی می‌تواند اشارات عملی و ارزش بالقوه‌ای برای مشاوران فراهم کند که در کار با مراجعان افسرده کمال‌گرا نه تنها فعالیت‌هایی را که تمایلات کمال‌گرایانه را تغییر می‌دهند، مورد هدف قرار دهند، بلکه همچنین به دلیل درمان نسبتاً دشوار کمال‌گرایی و ضرورت مداخلات درمانی طولانی مدت

1. Pacht

جهت رفع آن، معقولتر است که دست کم در مراحل ابتدایی درمان، مداخلات مشاوره ای روی سبک های دفاعی سازش نایافته و تسهیل سازی جهت گیری متشکل از دفاعهای رشدیافته تر متمرکز شده و سپس متعاقباً به طور مستقیم روی کاهش سطوح کمال گرایی تمرکز یابند.

استفاده از پرسشنامه های خود سنجی در این پژوهش که امکان سوگیری پاسخ را به وجود می آورند و نوع پژوهش، محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی نشان می دهد. همچنین نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه دانشجویی بوده و در تعمیم یافته ها به سایر جمعیت ها باید احتیاط شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیران محترم آموزشی دانشکده های ادبیات و علوم انسانی، فنی و مهندسی، کشاورزی و علوم پایه دانشگاه گیلان که امکان اجرای پژوهش در کلاس های درس را فراهم آوردند تشکر می شود. همچنین از استادانی که اجازه دادند دانشجویان در کلاس پرسشنامه های مربوط را تکمیل کنند و به علاوه از دانشجویان محترم به عنوان آزمودنی های این پژوهش سپاسگزاری می شود.

منابع

- افضل نیا ، محمد رضا (۱۳۸۵) ، سخت گیری های والدین و افسردگی کودکان و نوجوانان ، مجله پیوند، ۳۲۸، ۱۷-۱۳.
- آزاد ، حسین (۱۳۸۴) ، آسیب شناسی روانی (جلد اول) ، تهران : انتشارات بعثت.
- بشارت ، محمد علی (۱۳۸۳) ، رابطه کمال گرایی و مشکلات بین شخصی ، مجله دانشور رفتار، ۱۱(۷) ، ۸-۱.
- بشارت ، محمد علی (۱۳۸۴) ، بررسی رابطه کمال گرایی مثبت و منفی و مکانیسم های دفاعی ، مجله پژوهشهای روان شناختی، ۸(۱-۲) ، ۲۲-۷.
- بشارت ، محمد علی (۱۳۸۶) ، ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران ، مجله پژوهشهای روان شناختی، ۱۰(۱-۲) ، ۶۷-۴۹.
- بشارت ، محمد علی (۱۳۸۷) ، نارسایی هیجانی و سبک های دفاعی. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی ، ۱۰(۳) ، ۱۹۰-۱۸۱.

- بشارت، محمد علی و میرزمانی، سید محمود (۱۳۸۳)، ابعاد کمال گرایی در بیماران افسرده و مضطرب، چکیده مقاله های اولین کنگره سراسری روان شناسی ایران / ۲۳.
- پروچاسکا، جیمز او. و نورکراس، جان. سی (۱۳۸۳)، نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات رشد.
- حیدری نسب، لایلا (۱۳۸۵)، مقایسه مکانیزم های دفاعی در نمونه های بالینی و غیر بالینی بر اساس هنجاریابی و یافته های مبتنی بر روان سنجی پرسشنامه ایرانی سبک های دفاعی (DSQ)، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- حیدری نسب، لایلا؛ منصور، محمود؛ آزاد فلاح، پرویز و شعیری، محمد رضا (۱۳۸۶)، روانی و اعتبار پرسشنامه سبک های دفاعی در نمونه های ایرانی، مجله دانشور رفتار، ۱۴(۲۲)، ۱۱-۲۶.
- روشن، رسول و نریمانی، محمد (۱۳۸۱)، بررسی میزان شیوع و علل افسردگی در میان دانش آموزان مدارس متوسطه شهرستان اردبیل، مجله دانشور رفتار، ۹(۳۹)، ۵۹-۶۶.
- علیلو، مجید محمود (۱۳۸۵)، کمال گرایی، صفات شخصیتی و الگوهای رفتار والدینی درک شده در افراد وسواسی - اجباری و ارسی کننده، فصلنامه علمی - پژوهشی روان شناسی دانشگاه تبریز، ۱(۲-۳)، ۲۶۲-۲۳۹.
- غلامعلی لواسانی، مسعود؛ کیوان زاده، محمد و کیوان زاده، هدیه (۱۳۸۶)، رابطه فعالیت تحصیلی، انگیزه پیشرفت، هوش هیجانی و متغیرهای بافتی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان، مجله روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۳۷(۱)، ۹۹-۱۲۳.
- محمد پوریزدی، احمد رضا؛ بیرشک، بهروز؛ فتی، لادن و دژ کام، محمود (۱۳۸۸)، مطالعه مورد - شاهدی سبک های دفاعی و اضطراب حالت - صفت در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۱(۱)، ۷-۱۴.

Akkerman, K., Carr, V. & Lewin, T (1992), Changes in ego defenses with recovery from depression, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 634 – 638.

Andrews, G., Singh, M. & Bond, M (1993), The defense style questionnaire, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 18, 246 – 256.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K (1996), Manual for the beck depression inventory – II, San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Bond, M. & Manfro, G. G (2006) , Do defense mechanism vary according to the psychiatric disorder ? *Rev Bras Psiquiatr*, 28(3), 179-183.
- Caelian ,C.F (2000), *Perfectionism and specific symptom clusters of depression* . Thesis for the Degree of Master of Arts , The University of British Columbia .
- Chang, E.C.& Sanna , L.J (2001), Negative attributional style as a moderator of the link between perfectionism and depressive symptoms : Preliminary evidence for an integrative model , *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 490-495 .
- Corruble, E., Bronnec , M., Falissard, B. & Hardy, P (2004) , Defense styles in depressed suicide attempters , *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 58, 285 – 288 .
- Enns, M.W. & Cox , B.J (1999) , Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder , *Behaviour Research and Therapy* , 37 , 783-794.
- Flett, G.L. , Besser, A. & Hewitt, P.L (2005) , Perfectionism , ego defense styles and depression : A comparison of self – reports versus informant ratings, *Journal of Personality* , 73(5) , 1355-1396 .
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein , K.R. & O'Brien, S (1991) , Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem , *Personality and Individual Differences*, 12, 61-68.
- Ghaly, C. & B.S (2008) , Depression and perfectionism , *Proprium Journal of Psychology* , 2, 2-7.
- Ghassemzadeh, H., Mojtai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N (2005), Psychometric properties of a persian- language version of the beck depression inventory – second edition : BDI-II-persian , *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Hewitt, P.L. & Flett , G.L (1991a) , Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment , and association with psychopathology, *Journal of Personality and Social Psychology* , 60 (3) , 456-470 .
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L (1991b) , Dimensions of perfectionism in unipolar depression , *Journal of Abnormal Psychology* , 100(1), 98-101.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L. & Ediger, E (1996) , Perfectionism and depression : longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis , *Journal of Abnormal Psychology* , 105(2), 276-280 .
- Hollon , S.D. & Kendall, P.C (1980), Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire , *Cognitive Therapy Research*, 4, 383-395.
- Jones, S.A (2007), *An experimental analysis of the relationship between perfectionism and depressive mood* , Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology , Alliant International University .
- Krejcie , R.V. & Morgan , D.W (1970) , Determining sample size for research activities, *Educational and Psychological Measurement* , 30 , 607-610.
- Kwon, P. & Lemon, K.E (2000) , Attributional style and defense mechanisms : A synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression , *Journal of Clinical Psychology* , 56(6), 723-735 .
- Kwon , P. & Olson , M.L (2007) , Rumination and depressive symptoms : moderation role of defense style immaturity , *Personality and Individual Differences* , 43, 715 – 724 .
- Margo, G.M., Greenberg, R.P., Fisher, S. & Dewan, M (1993) , A direct comparison

of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients , *Comprehensive Psychiatry* , 34(1),65-69.

Nishimura,R (1998) , Study of the measurement of defense style usig bond's defense style questionnaire , *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 52, 419-424.

Offer , R., Lavie ,R., Gothelf,D.& Apter,A (2000), Defense mechanisms, negative emotions , and psychopathology in adolescent inpatients , *Comprehensive Psychiatry* , 41(1),35-41.

Olson ,M.L (2007), *A mediation model : Examining the relation among perfectionism , rumination , and dysphoria* . Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy , Washington State University .

Rudolph,S.G (2005), *Dimensions of perfectionism ,history of childhood maltreatment , and depression in university students* , Thesis for the Degree of Master of Arts. York Unniversity.

San Martini , P.,Roma ,P.,Sarti ,S.,Lingiardi , V.& Bond ,M (2004) , Italian version of the defense style questionnaire , *Comprehensive Psychiatry* ,45(6),483-494.

Spinhoven ,P.,& Kooiman , C.G (1997) , Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients : An explorative study, *The Journal of Nervous and Mental Disease* , 185 (2),87-94 .

Van,H.L.,Dekker ,J. ,Peen ,J.,Abraham,R.E.& Schoevers,R (2009) , Predictive value of self –reported and observer-rated defense style in depression treatment , *American Journal of Psychotherapy* , 63(1) , 25-39.



کلانترقریشی، منیر؛ رضایی کارگر، فلور؛ درتاج، فریبرز؛ شاه نظری، مهدی (۱۳۹۱). تاثیر آموزش و تمرینات تن آرامی بر میزان اضطراب و پیشرفت تحصیلی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۹۲-۷۷.

تاثیر آموزش و تمرینات تن آرامی بر میزان اضطراب و پیشرفت تحصیلی

منیر کلانترقریشی^۱، فلور رضایی کارگر^۲، دکتر فریبرز درتاج^۳، مهدی شاه نظری^۴

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۳۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش و تمرینات تن آرامی بر میزان اضطراب و پیشرفت تحصیلی در نوجوانان بود. بدین منظور تعداد ۴۰ نفر از دانش آموزان دختر سال دوم راهنمایی شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای، و غربالگری از نظر اضطراب با استفاده از آزمون خودسنجی اضطراب زونگ (۱۹۷۰)، انتخاب شده و به طور کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس، گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه آموزشی (جلسات یک ساعته و هر هفته ۳ جلسه)، تحت آموزش و تمرینات تن آرامی قرار گرفت و به گروه کنترل هیچگونه آموزشی ارائه نشد. پس از پایان جلسات آموزشی، آزمون خودسنجی اضطراب زونگ مجدداً توسط هر دو گروه تکمیل شد. برای بررسی متغیر پیشرفت تحصیلی، نمره معدل ترم اول به عنوان پیش آزمون و نمره معدل ترم دوم به عنوان پس آزمون مورد استفاده قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش و تمرینات تن آرامی موجب کاهش اضطراب و افزایش پیشرفت تحصیلی نوجوانان شد ($P < 0/01$).

کلید واژه ها: تن آرامی؛ اضطراب؛ پیشرفت تحصیلی؛ نوجوانی.

مقدمه

با وجود این که اضطراب انسان تاریخچه ای به قدمت پیدایش آدمی دارد، ولی تا قبل از سال ۱۹۵۰، یعنی زمانی که روان شناسان تحقیقات علمی در مورد آن را شروع کردند، مورد توجه قرار نگرفته بود.

^۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

monir_esfahan@yahoo.com

^۲ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، مدرس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

^۳ - دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

^۴ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی

تعاریف بیش از آفرین بسیاری در مورد اضطراب ارائه شده است. به عنوان مثال بک^۱ (۱۹۷۲)؛ به نقل از ژانگ، (۲۰۰۹) اضطراب را به صورت یک هیجان ناخوشایند در پاسخ به خطرات تصور شده یا واقعی تعریف کرد که با برخی تظاهرات هیجانی منفی از قبیل هراس، ناآرامی و تنش، همراه است. به همین ترتیب، لازاروس و آوریل^۲ (۱۹۷۲)؛ به نقل از ژانگ، (۲۰۰۹) اضطراب را به عنوان یک هیجان ارزیابی کننده تهدید در نظر گرفتند. با وجود این تعاریف گوناگون درباره اضطراب، می توان گفت که تحقیقات مربوط به اضطراب، در دو نقطه نظر با هم مشترکند، اولاً، اضطراب یک عکس العمل طبیعی در برابر استرس است و فقط زمانی که بسیار شدید می شود، غیر طبیعی شده و در زمره یکی از اختلالات شخصیت تحت عنوان اختلال اضطراب قرار می گیرد. ثانیاً، دو نوع اضطراب وجود دارد، اضطراب حالت و اضطراب صفت. اضطراب حالت یک شرایط گذرای فعال شده یا برانگیخته شده توسط سیستم عصبی خودکار است که بسته به میزان تهدید ادراک شده از موقعیت، دارای شدتهای گوناگون است، و اضطراب صفت، تفاوت‌های فردی پایدار مربوط به استعداد اضطراب، که گرایش به درک موقعیت استرس زا به عنوان خطر یا تهدید است را بازنمایی می کند. (ژانگ، ۲۰۰۹).

در دهه گذشته، تحقیق در مورد نشانه های اضطراب در دوره کودکی و نوجوانی افزایش پیدا کرده است (به عنوان مثال، کاستلو^۳ و همکاران، ۲۰۰۳؛ البانو^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ایشیکاوا^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). در واقع اضطراب به طور گسترده ای به عنوان یک پدیده روانی پیچیده مورد توجه قرار گرفته است و می توان گفت که یکی از سخت ترین هیجانات در تعریف و تشخیص است. اختلالات اضطرابی در بین جوانان دارای نرخ شیوع ۱۰ تا ۲۰ درصدی است (چاویرا^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ کاستلو^۷ و همکاران، ۲۰۰۴)، این اختلالات با دشواریهای مربوط به پیشرفت در تحصیل (کینگ و اولندیک^۸، ۱۹۹۸؛ ون آمرینگن^۹، ۲۰۰۳؛ میخائیلیزین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰)، ارتباطات اجتماعی ضعیف و همچنین رابطه ضعیف با همسالان (گریکو و موریس^{۱۱}، ۲۰۰۵)، و نیز سلامت هیجانی آینده فرد (فیهان، مک گی و ویلیامز^{۱۲}،

^۱ . Beck

^۲ . Lazarus & Averill

^۳ . Costello

^۴ . Albano

^۵ . Ishikawa

^۶ . Chavira

^۷ . Costello

^۸ . King & Ollendick

^۹ . Van Ameringen

^{۱۰} . Mychailyszyn

^{۱۱} . Greco & Morris

^{۱۲} . Feehan, McGee & Williams

(۱۹۹۳) در ارتباط هستند. اغلب اختلالات اضطرابی دوران کودکی (مانند اختلال اضطراب تعمیم یافته، هراس اجتماعی و اضطراب جدایی) اگر درمان نشوند، با گذشت زمان کاهش پیدا نکرده و منجر به آسیب های بسیاری در بزرگسالی خواهند شد. بدین ترتیب، لزوم درمانهای اثر بخش محرز می گردد (پودل^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از راهبردهای موثر در کاهش اضطراب که در اکثر درمانهای اضطرابی مورد استفاده قرار می گیرد، تن آرامی است. اصولاً اضطراب با یک سری نشانه های جسمانی از جمله تنفس سریع، طپش قلب و تنش عضلانی همراه است، که راهبرد اثر بخش برای کاهش آنها، استفاده از فنون تن آرامی است. آموزش تن آرامی به فرد کمک می کند تا تشخیص دهد، با وجود خودکار بودن بسیاری از پاسخ های بدنی، او می تواند آنها را شناسایی کرده و تغییر دهد. به عنوان مثال بسیاری از افراد تجربه طپش قلب را در هنگام عصبی شدن، گزارش می کنند. در این حالت، تنفس عمیق، که یکی از تکنیکهای تن آرامی است و به طور طبیعی در بسیاری از افراد صورت نمی گیرد، می تواند موجب کاهش ضربان قلب آنها گردد (پودل و همکاران، ۲۰۱۰).

تنش عضلانی که یکی دیگر از نشانه های اضطراب است، یک پدیده روانی جسمانی بوده و دارای دو مولفه ذهنی و عینی است (پلوس^۲ و همکاران، ۲۰۰۹) و توسط افراد مضطرب به صورتهای گوناگونی همچون منقبض شدن، سفت شدن، کشیدگی و یا وجود چیزی در عضله گزارش می شود (ساینسبوری و گیسون^۳، ۱۹۵۴؛ پلوس و همکاران، ۲۰۰۹).

راه کاهش آن، یکی دیگر از فنون تن آرامی، یعنی آرامش عضلانی است که عبارت از، سفت کردن مرحله به مرحله گروه های عضلانی برای مدتی کوتاه و رها کردن آنهاست. از این طریق فرد به تدریج حالت آرامش عضلات خود را می شناسد و زمانی که مضطرب است، می تواند حالت عضلات را از تنش به آرامش تغییر داده و از این طریق اضطراب خود را کاهش دهد. لازم به ذکر است که انجام تمرین در فراگیری فنون تن آرامی بسیار مهم است و بهتر است فرد مناسب ترین زمان را در طول روز به انجام مرتب این تمرینات اختصاص دهد.

به طور کلی، هر فردی ممکن است اضطراب را در طول روز تجربه کند (یه، ین، لای^۴ و همکاران، ۲۰۰۷) و این تجربه اضطراب موجب تغییر و اختلال در بسیاری از کارکردها و عملکردهای او می گردد.

^۱. Podell

^۲. Pluess

^۳. Sainsbury & Gibson

^۴. Yeh, Yen, Lai & et al.

در واقع رابطه بین اضطراب و عملکرد، یک رابطه مستقیم است (کاراچنگ، هاردی و مارگلند^۱، ۲۰۰۹). یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین عملکردهای فرد که می‌تواند تحت تاثیر اضطراب قرار گیرد، پیشرفت تحصیلی است.

مطالعات اولیه صورت گرفته بر روی اضطراب، متمرکز بر تاثیرات اضطراب بر یادگیری و عملکرد بودند (بایومیستر و برلینگری^۲، ۱۹۷۴؛ ژانگ^۳، ۲۰۰۹). در واقع نتایج این تحقیقات نشان داده‌اند که سطوح مختلف اضطراب، کارکرد افراد را به دو صورت متفاوت مثبت و منفی تحت تاثیر قرار می‌دهند. به عنوان مثال (یرکز و دادسون^۴، ۱۹۰۸) در عده‌ای ازدانشجویان، میزان مناسبی از اضطراب عملکرد در امتحان آنها را ارتقاء داد در حالی که میزان شدید آن، عملکرد آنها را تخریب کرد (یه، ین، لای^۵ و همکاران، ۲۰۰۷).

تحقیقات جدید بسیاری نیز نشان داده‌اند که اضطراب، یکی از بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های پیشرفت تحصیلی است (به عنوان مثال کانسل، هزلت و وانس^۶، ۲۰۰۴؛ اشتین‌مایر^۷ و همکاران، ۲۰۱۰). درواقع می‌توان گفت که یک رابطه U شکل بین میزان اضطراب و عملکرد در امتحان وجود دارد، به طوری که اضطراب در حد متعارف موجب پیشرفت و اضطراب بسیار زیاد موجب کاهش عملکرد تحصیلی می‌گردد (یه، ین، لای و همکاران، ۲۰۰۷). به طور کلی، این تحقیقات نشان می‌دهند که سطوح بالای اضطراب با سطوح پایین پیشرفت تحصیلی در ارتباط است، همچنین، سطح اضطراب می‌تواند از طریق آموزش کاهش پیدا کند (ژانگ، ۲۰۰۹).

در مقابل، تحقیقاتی نیز نتیجه گرفته‌اند که سطوح بالای اضطراب موجب پیشرفت تحصیلی بیشتر می‌گردد، چراکه اضطراب بیشتر، موجب تلاش بیشتر، به خصوص در زمان پایین بودن توانایی می‌گردد (استانکو^۸، ۲۰۱۰). این موضوع به ویژه در زمانی که دانش‌آموزان آسیای جنوب شرقی با دانش‌آموزان اروپایی مورد مقایسه قرار می‌گیرند بسیار مشهود است، چراکه دانش‌آموزان این کشورها که نسبت به همگنان اروپایی خود، عملکرد بهتری را در ارزیابی‌های بین‌المللی دانش‌آموزی نشان می‌دهند، نسبت به دانش‌آموزان اروپایی، از اضطراب بالاتری برخوردار هستند (ویلکینز^۹، ۲۰۰۴؛ لی^۱، ۲۰۰۹).

^۱. Kara Cheng, Hardy & Markland,

^۲. Bauermeister & Berlinger

^۳. Zhang

^۴. Yerkes & Dodson

^۵. Yeh, Yen, Lai & et al.

^۶. Kuncel, Hezlett & Ones

^۷. Steinmayr

^۸. Stankov

^۹. Wilkins

این در حالی است که دانش آموزان آسیای جنوب شرقی در مقایسه با دانش آموزان اروپایی، بهره هوشی پایین تری دارند (لین و ونهانن^۲، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۶؛ بروورز، ون دی ویجور و ون همرت^۳، ۲۰۰۹). روانشناسان تربیتی این مسئله را از طریق کوشش بیشتر این دانش آموزان در مطالعه و درس خواندن تبیین می کنند (واتکینز و بیگز^۴، ۲۰۰۱؛ هیوانگ و لیونگ^۵، ۲۰۰۵؛ موک^۶، ۲۰۰۶؛ استانکوف، ۲۰۱۰).

با توجه به آنچه بیان گشت، در پژوهشهای صورت گرفته، نتایج متفاوتی در رابطه با تاثیر اضطراب بر پیشرفت تحصیلی به دست آمده است، بنابراین، در این تحقیق تاثیر فوق مجددا مورد بررسی قرار می گیرد. علاوه بر این، از آنجایی که اضطراب به عنوان یک احساس ناخوشایند، در بین گروهای سنی مختلف به ویژه نوجوانان در حال افزایش است و شیوع نسبتا بالایی دارد و با توجه به تاثیر منفی آن بر عملکرد، به ویژه عملکرد ذهنی، یادگیری و پیامدهای تحصیلی، در این پژوهش سعی شده است که آموزش و تمرینات تن آرامی به عنوان یکی از مداخلات تاثیر گذار در کاهش اضطراب دانش آموزان مضطرب مورد بررسی قرار گرفته و تاثیر آن بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان نیز مشاهده شود.

در واقع هدف پژوهش حاضر بررسی این موضوع است که آموزش و انجام تمرینات تن آرامی، اضطراب دانش آموزان را تا چه حد کاهش می دهد و این کاهش چه تاثیری بر پیشرفت تحصیلی آنان دارد. بنابراین، سعی خواهد شد که به سئوالات زیر پاسخ داده شود:

آموزش و تمرینات تن آرامی چه تاثیری بر اضطراب دانش آموزان دارد؟

آموزش و تمرینات تن آرامی چه تاثیری بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارد؟

بر این اساس فرضیه پژوهش از این قرار است:

آموزش و تمرینات تن آرامی از طریق کاهش اضطراب دانش آموزان، پیشرفت تحصیلی آنها را افزایش می دهد.

روش

در این پژوهش به منظور بررسی تاثیر آموزش تمرینات تن آرامی بر اضطراب و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان، تعداد ۴۰ نفر از دانش آموزان دختر پایه دوم راهنمایی شهر تهران به روش نمونه گیری

^۱. Lee

^۲. Lynn & Vanhanen

^۳. Brouwers, Van de Vijver & Van Hemert

^۴. Watkins & Biggs

^۵. Huang & Leung

^۶. Mok

تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا از بین مدارس راهنمایی دخترانه شهر تهران سه مدرسه به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شد. پس از آن، سطح اضطراب دانش آموزان پایه دوم آن مدرسه ها، بوسیله مقیاس خودسنجی زونگ S.A.S. (۱۹۷۰) سنجیده شد. دانش آموزانی که دارای میزان اضطراب بالاتر از نقطه برش (نمره ۴۵) بودند و تعدادشان ۴۰ نفر بود از دیگران جدا شده و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری (آزمایش و گواه) جایگزین شدند. سپس آموزش و تمرینات تن آرامی به مدت ۱۲ جلسه (هفته ای ۳ جلسه یک ساعته) برای گروه آزمایش اجرا شد. پس از اتمام جلسات آموزشی مجدداً میزان اضطراب هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه به کار رفته در پیش آزمون سنجیده شد. برای متغیر پیشرفت تحصیلی، در هر دو گروه معدل ترم اول به عنوان پیش آزمون و معدل ترم دوم به عنوان پس آزمون در نظر گرفته شد. سپس نتایج به دست آمده توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ساختار و محتوای جلسات آموزشی (برگرفته از جان بزرگی و نوری، ۱۳۸۲) از قرار زیر بود:

جلسه اول: پس از آشنایی و برقراری رابطه مناسب با افراد، درباره اضطراب و تاثیرات مخرب آن، لزوم مهار و مقابله با اضطراب و برخی از راههای کنترل اضطراب توضیحاتی ارائه شد. سپس تن آرامی به عنوان یکی از روشهای مهار و غلبه بر اضطراب معرفی شده و درباره فواید یادگیری و استفاده از آن و مواقعی که می تواند موثر واقع شود، مطالبی بیان شد. پس از آن با گرفتن پسخوراند از افراد و جمع بندی مطالب، جلسه پایان یافت.

جلسه دوم: پس از مرور اجمالی مطالب جلسه قبل، تنفس دیافراگمی به عنوان اولین قدم برای تن آرامی و رسیدن به آرامش آموزش داده شد. سپس این نوع تنفس به صورت عملی به عنوان تمرین اجرا شده و رهنمودهای انفرادی به منظور انجام آن به روش صحیح به تک تک افراد ارائه شد. پس از پایان تمرین، بازخوردهای افراد گرفته شد و انجام تنفس دیافراگمی در منزل برای هر روز تا جلسه بعد به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد. در آخر جلسه جمع بندی صورت گرفت.

جلسه سوم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله اول تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن آموزش داده شده و به صورت عملی در کلاس اجرا گردید. بدین صورت که ابتدا عضلات بدن به ۱۶ گروه تقسیم شدند. سپس هر گروه از عضلات به مدت ۵ ثانیه منقبض و سپس به مدت ۵۰ ثانیه منبسط شدند. این کار برای تمام ۱۶ گروه عضلات صورت گرفت. تمام افراد به صورت انفرادی راهنمایی شده و

بر نحوه صحیح اجرای تمرین نظارت شد. پس از پایان تمرین، احساس افراد پرسیده شد و بازخوردهای آنها دریافت گردید. سپس اجرای تمرین تا جلسه بعد روزی یک بار، به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد و پس از جمع بندی، جلسه پایان یافت.

جلسه چهارم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله اول تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن مجدداً به صورت عملی تمرین شد و اشکالات موجود به طور کامل برطرف گردید. پس از دریافت بازخوردها تکلیف خانگی ارائه شده، جمع بندی صورت گرفته و جلسه پایان یافت.

جلسه پنجم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله دوم تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن آموزش داده شده و به صورت عملی در کلاس اجرا گردید. بدین صورت که این بار، عضلات بدن به ۷ گروه تقسیم شدند. سپس هر گروه از عضلات به مدت ۵ ثانیه منقبض و سپس به مدت ۵۰ ثانیه منبسط شدند. این کار برای تمام ۷ گروه عضلات صورت گرفت. تمام افراد به صورت انفرادی راهنمایی شده و بر نحوه صحیح اجرای تمرین نظارت شد. پس از پایان تمرین، احساس افراد پرسیده شد و بازخوردهای آنها دریافت گردید. سپس اجرای تمرین تا جلسه بعد روزی یک بار، به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد و پس از جمع بندی، جلسه پایان یافت.

جلسه ششم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله سوم تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن مجدداً به صورت عملی تمرین شد و اشکالات موجود به طور کامل برطرف گردید. پس از دریافت بازخوردها تکلیف خانگی ارائه شده، جمع بندی صورت گرفته و جلسه پایان یافت.

جلسه هفتم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله سوم تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن آموزش داده شده و به صورت عملی در کلاس اجرا گردید. بدین صورت که این بار، عضلات بدن به ۴ گروه تقسیم شدند. سپس هر گروه از عضلات به مدت ۵ ثانیه منقبض و سپس به مدت ۵۰ ثانیه منبسط شدند. این کار برای تمام ۴ گروه عضلات صورت گرفت. تمام افراد به صورت انفرادی راهنمایی شده و بر نحوه صحیح اجرای تمرین نظارت شد. پس از پایان تمرین، احساس افراد پرسیده شد و بازخوردهای

آنها دریافت گردید. سپس اجرای تمرین تا جلسه بعد روزی یک بار، به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد و پس از جمع بندی، جلسه پایان یافت.

جلسه هشتم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله سوم تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن مجدداً به صورت عملی تمرین شد و اشکالات موجود به طور کامل برطرف گردید. پس از دریافت بازخوردها تکلیف خانگی ارائه شده، جمع بندی صورت گرفته و جلسه پایان یافت.

جلسه نهم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله چهارم تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن آموزش داده شده و به صورت عملی در کلاس اجرا گردید. بدین صورت که این بار، عضلات بدن به ۴ گروه تقسیم شدند، ولی این بار انقباض عضلات صورت نگرفت، بلکه فقط انقباضهای صورت گرفته در جلسات قبل یاد آوری شدند. تمام افراد به صورت انفرادی راهنمایی شده و بر نحوه صحیح اجرای تمرین نظارت شد. پس از پایان تمرین، احساس افراد پرسیده شد و بازخوردهای آنها دریافت گردید. سپس اجرای تمرین تا جلسه بعد روزی یک بار، به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد و پس از جمع بندی، جلسه پایان یافت.

جلسه دهم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله چهارم تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن مجدداً به صورت عملی تمرین شد و اشکالات موجود به طور کامل برطرف گردید. پس از دریافت بازخوردها تکلیف خانگی ارائه شده، جمع بندی صورت گرفته و جلسه پایان یافت.

جلسه یازدهم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله پنجم تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن یعنی یاد آوری با شمارش آموزش داده شده و به صورت عملی در کلاس اجرا گردید. بدین صورت که این بار، انقباض عضلات ۴ گروهی با شمارش از ۱ تا ۱۰ یاد آوری شده و سعی شد که با هر شماره آرامش عمیق تر تجربه شود. تمام افراد به صورت انفرادی راهنمایی شده و بر نحوه صحیح اجرای تمرین نظارت شد. پس از پایان تمرین، احساس افراد پرسیده شد و بازخوردهای آنها دریافت گردید. اجرای تمرین تا جلسه بعد روزی یک بار، به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد و پس از جمع بندی، جلسه پایان یافت.

جلسه دوازدهم: پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه بازخوردهای اصلاحی و به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد از تمرینهای صورت گرفته در منزل، مرحله ششم تن آرامی تدریجی به روش جاکوبسن یعنی آرامش عمیق کل بدن در ده شماره آموزش داده شده و به صورت عملی در کلاس اجرا گردید. بدین صورت که این بار، با شمارش از ۱ تا ۱۰ سعی شد که با هر شماره آرامش عمیق تری در تمام بدن به صورت کلی تجربه شود. تمام افراد به صورت انفرادی راهنمایی شده و بر نحوه صحیح اجرای تمرین نظارت شد. پس از پایان تمرین، احساس افراد پرسیده شد و بازخوردهای آنها دریافت گردید. سپس به سؤالات باقی مانده پاسخ داده شد و پس از جمع بندی، جلسه پایان یافت.

ابزار پژوهش

مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ S.A.S: این مقیاس توسط ویلیام زونگ در سال ۱۹۷۰ تهیه شده است و یکی از متداول ترین پرسشنامه های بالینی در رابطه با ارزیابی میزان اضطراب است. این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است که علائم و شدت اضطراب را می سنجد. هر سؤال در چهار سطح درجه بندی شده است. نمره یک، در صورتی داده می شود که اصلاً علائمی وجود ندارد و یا شدت آن بسیار کم است، و با افزایش شدت اضطراب، به نمره فرد اضافه می گردد. نمره ۴ متعلق به مواردی است که علائم همیشه وجود دارند. در نتیجه مجموع نمرات افراد در دامنه ای بین ۲۰ تا ۸۰ در نوسان است.

در رابطه با اعتبار این آزمون، مطالعات چندی صورت گرفته که نشان می دهند این مقیاس در یک سطح معناداری آماری، پیوسته بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی را از سایر طبقات متمایز می کند. مطالعات نشان داده اند که مقیاس خود سنجی اضطراب زونگ با مقیاس اضطراب هامیلتون H.A.S. (۱۹۶۵) همبستگی بالایی دارد.

بر اساس اطلاعات حاصل از اجرای مقیاس روی بیش از ۵۰۰ مورد و با استفاده از روش همبستگی پیرسون، همبستگی میان دو آزمون برابر با ۰/۷۵ بوده است (مجتبی زاده، ۱۳۸۵). زونگ (۱۹۸۱) با ترکیب چندین مطالعه، شاخصی برای تفسیر نتایج این آزمون تهیه کرده است که از این قرار است: ۴۴- ۲۰ عادی، ۵۹- ۴۵ اضطراب کم یا متوسط، ۷۴- ۶۰ اضطراب شدید، ۸۰- ۷۵ اضطراب بسیار شدید.

بیکر (۱۹۸۸) ملاک تشخیص اختلالات اضطرابی را نمره ۵۰ گزارش نموده است. هر چند بر اساس شاخص ارائه شده توسط زونگ (۱۹۸۱) نقطه برش مرضی ۴۵ است (آخوندی، ۱۳۸۱؛ به نقل از مجتبی زاده، ۱۳۸۳).

یافته‌ها

در این پژوهش به منظور بررسی سئوالهای پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در اینجا، ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی ارائه می‌شوند. در جدول ۱ مقادیر توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش نمایش داده شده است. جدول ۱- مقادیر توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

n=20

	گروه کنترل		گروه آزمایش		
	SD	M	SD	M	
اضطراب	۳/۴۴	۵۲/۲۵	۴/۳۶	۵۳/۱	پیش آزمون
	۳/۱۱	۵۳/۱۰	۳/۳۷	۴۵/۸۵	پس آزمون
پیشرفت تحصیلی	۲/۱۱	۱۵/۳۵	۲/۲۲	۱۵/۵۴	پیش آزمون
	۲/۲۷	۱۵/۱۱	۱/۷۳	۱۶/۹۴	پس آزمون

با توجه به جدول فوق و با تاکید بر نمرات پیش آزمونها و پس آزمونها در متغیرهای پژوهش مشخص می‌گردد که نمرات پس آزمونها در گروه آزمایش در اضطراب کاهش و در پیشرفت تحصیلی افزایش پیدا کرده‌اند، در حالی که نمرات پس آزمونها در گروه کنترل در اضطراب افزایش و پیشرفت تحصیلی کاهش نشان می‌دهند.

در جدول ۲، آماره لامبدای ویلکز برای متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۲- آماره لامبدای ویلکز

df=2 خطا

اثر	مقدار	درجه آزادی فرضیه	F
گروه	۰/۱۵	۹۵/۳۳	۳۵*
اضطراب پیش آزمون	۰/۴۲	۲۳/۷۳	۳۵*
پیشرفت تحصیلی پیش آزمون	۰/۱۵	۹۴/۴۰	۳۵*

*P< ۰/۰۱

در این جدول نتایج مربوط به معناداری یا عدم معناداری کل مدل و همچنین تاثیر جداگانه هر کدام از متغیرها مشخص گردیده است و مقادیر F بیانگر تاثیر گذاری مولفه‌های گروه، پیشرفت تحصیلی پیش آزمون و اضطراب پیش آزمون بر پیشرفت تحصیلی و اضطراب در مرحله پس آزمون در سطح معناداری $P < ۰/۰۱$ هستند.

در جدول ۳، به بررسی اثرات بین آزمودنیها پرداخته شده است
جدول ۳- تاثیرات بین آزمودنیهای دو گروه برای اضطراب و پیشرفت تحصیلی

df=1

منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F
گروه	پیشرفت تحصیلی پس آزمون	۲۵/۲۹	۲۵/۲۹	۶۰/۳۳*
	اضطراب پس آزمون	۵۹۰/۲۷	۵۹۰/۲۷	۱۷۵/۰۲*
پیشرفت تحصیلی پیش آزمون	پیشرفت تحصیلی پس آزمون	۷۵/۹۱۹	۷۵/۹۱۹	۱۸۱/۱۱*
	اضطراب پس آزمون	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۱
اضطراب پیش آزمون	پیشرفت تحصیلی پس آزمون	۰/۴۷	۰/۴۷	۱/۱۴
	اضطراب پس آزمون	۱۳۸/۸۰	۱۳۸/۸۰	۴۱/۱۶*

* $P < 0.01$

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می گردد، مقایسه میانگین پس آزمونهاى متغیرهای تحت بررسی با حذف اثر پیش آزمونها، تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در سطح $P < 0.01$ نشان می دهد. با عنایت به مقادیر F به دست آمده برای هر یک از متغیرها، مشخص می گردد که تفاوت معناداری بین دو گروه در اضطراب و پیشرفت تحصیلی در سطح $P < 0.01$ وجود دارد. با مراجعه به مقادیر میانگینها مشخص می گردد که این تفاوت در جهت کاهش اضطراب و افزایش پیشرفت تحصیلی در پس آزمون گروه آزمایش است.

بحث و نتیجه گیری

با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده و مراجعه به جداول مربوطه مشخص می شود که آموزش و تمرینات تن آرامی موجب کاهش معنادار اضطراب و افزایش معنادار پیشرفت تحصیلی در سطح معناداری ۰/۰۱ شده است. بنابراین فرضیه پژوهش تائید می گردد.

بر اساس یافته های به دست آمده از این پژوهش می توان گفت که، اضطراب تاثیر منفی بر عملکرد تحصیلی داشته و موجب افت پیشرفت تحصیلی می گردد، چراکه با آموزش و به کارگیری تن آرامی، که از مداخلات موثر در کاهش اضطراب است، عملکرد تحصیلی بهبود یافت و افزایش در پیشرفت تحصیلی مشاهده شد.

یافته های این پژوهش با نتایج حاصل از تحقیقات کنوگ، باند و فلاکسمن، (2006)، لاملی و

پرونزانو (۲۰۰۳)، وود (۲۰۰۶) و فونسکا و همکاران، (۲۰۰۸) همخوانی دارد. در تمامی پژوهش‌های فوق استفاده از مداخلات کاهش دهنده اضطراب باعث افزایش پیشرفت تحصیلی شده است. بعلاوه نتایج حاضر به نوعی با یافته‌های پژوهشهایی تحقیقات بسیاری از قبیل کانسل، هزلت و وانس (۲۰۰۴)، یه، ین، لای و همکاران (۲۰۰۷) و اشتین مایر و همکاران (۲۰۱۰) که نشان داده اند اضطراب، یکی از بهترین پیش بینی کننده‌های پیشرفت تحصیلی است اضطراب بسیار زیاد موجب کاهش عملکرد تحصیلی می گردد و همچنین یافته‌های پژوهشهایی مبنی بر ارتباط اضطراب با عملکرد تحصیلی پایین (به عنوان مثال، همبری، ۱۹۸۸؛ سیپ، ۱۹۹۱؛ گومورا و آرسنیو، ۲۰۰۲؛ مازون و همکاران، ۲۰۰۷؛ پوتوین ۲۰۰۸؛ داجزن، ویتارو، لاروس و ترمبلی، ۲۰۰۸؛ به نقل از کورتیس، ۲۰۰۹) همخوانی دارد.

همچنین با یافته‌های حاصل از پژوهشهای ویلکینز^۱، ۲۰۰۴؛ لی^۲، ۲۰۰۹ و استانکو (۲۰۱۰) که نشان دادند افرادی که پیشرفت تحصیلی بالاتری دارند از اضطراب بالاتری نیز برخوردارند ناهمخوان است. به طور کلی، آنچه که از پژوهش حاضر و تحقیقات همخوان با آن به دست می آید این است که مداخلاتی در جهت کاهش سطوح اضطراب، اعم از آموزشی، شناختی رفتاری و درمانی، بهبود در عملکرد تحصیلی را به دنبال خواهند داشت.

در این رابطه می توان گفت، مولفه شناختی اضطراب یعنی نگرانی، نقشی محوری در رابطه اضطراب - عملکرد بر عهده دارد (کورتیس، ۲۰۰۹). از طرفی، تنش عضلانی که نقش برجسته ای در بین نشانه‌های جسمانی اضطراب عهده دار است، همبستگی کامل و اساسی با نگرانی دارد.

به علت برجستگی تنش عضلانی در اضطراب، مداخلات مختلف تن آرامی عضلانی برای اختلالات اضطرابی، مورد ارزیابی قرار گرفته و اثر بخشی خود را نشان داده اند (کنراد و روت، ۲۰۰۷). بدین ترتیب، در نتیجه ی استفاده از تکنیک های تن آرامی و آرامسازی بدن، نشانه های بدنی اضطراب رفع می شود.

از آنجایی که اضطراب در بدن آرام قابلیت حضور ندارد، با آرام شدن بدن، و رفع نشانه های جسمانی، نشانه های ذهنی اضطراب از قبیل نگرانی، و انحراف توجه به محرکهای تهدید آمیز محیط نیز کاهش می یابند. در نتیجه ی کاهش اضطراب، نگرانی و انحراف توجه حاصل از آن، آن قسمت از انرژی فرد که پیشتر صرف نگرانی می شد، اینک صرف یادگیری و انجام بهتر تکالیف می گردد. علاوه بر این، توجه فرد به جای تمرکز بر خطرات و تهدیدهای بالقوه محیطی، بر مطلب ارائه شده برای یادگیری و تکلیف مورد نظر معطوف می گردد. پر واضح است که در نتیجه همه ی اینها، عملکرد تحصیلی بهبود

^۱. Wilkins

^۲. Lee

یافته و پیشرفت تحصیلی حاصل می گردد. بنابراین، تن آرامی به عنوان یکی از فنون موثر در کاهش اضطراب می تواند تاثیری مثبت بر پیشرفت تحصیلی داشته باشد، موضوعی که در پژوهش حاضر نیز تأیید شد.

این پژوهش محدودیتهایی نیز داشت از آن جمله می توان به محدود بودن گروه نمونه، تک جنسی و تک مقطعی بودن جامعه آماری و محدود بودن پژوهش به شهر تهران اشاره کرد. در این راستا پیشنهاد می شود که این پژوهش بر روی پسران، دانش آموزان مقاطع مختلف و شهرهای دیگر، تکرار شود.

منابع

- جان بزرگی، مسعود و نوری، ناهید (۱۳۸۲). شیوه های درمانگری اضطراب و تنیدگی (استرس). تهران: سمت.
- مجتبی زاده، مجتبی (۱۳۸۳). بررسی رابطه حافظه کاری و اضطراب و پیشرفت تحصیلی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- Albano, A.M., Chorpita, B.F. and Barlow, D.H. (2003). Childhood anxiety disorders. In: E.J. Mash and R.A. Barkley, Editors. *Childhood psychopathology* (2nd ed.), Guilford Press: New York, 279-329.
- Brouwers, S.A. Van de Vijver, F.J.R. and Van Hemert, D.A. (2009). Variation in Raven's Progressive Matrices scores across time and place. *Learning and Individual Differences*, 19:330-339.
- Bauermeister, J.J. and Berlinger, C.N. (1974). Academic achievement as a function of trait anxiety level, sex, and general ability. *Revista Interamericana de Psicología*, 8 (1-2):53-67.
- Chavira, D., Stein, M., Bailey K., and Stein, M. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depression and Anxiety*, 20 :155-164.
- Conrad, A., & Roth, W.T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorder: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243-264.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. and Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60: 837-843.

- Costello, E., Mustillo, S., Keeler, G., and Angold, A. (2004). Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. In: Levine, B., Petrila, J. and Hennessey, K., Editors. *Mental Health Services: A Public Health Perspective*. Oxford University Press, New York:111–128.
- Curtis, C.A. (2009). The relationship between anxiety, working memory and academic performance among secondary school pupils with social, emotional and behavioral difficulties: A test of processing efficiency theory. *Doctoral Thesis*, University of Southampton.
- Duchesne, S., Vitaro, F., Larose, S., & Tremblay, R. E. (2008). Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 1134-1146.
- Feehan, M., McGee, R. and Williams, S.M. (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32: 1118–1126.
- Fonseca, D. D., Cury, F., Fakra, E., Rufo, M., Poinso, F., Bounoua, L., & Huguet, P. (2008). Implicit theories of intelligence and IQ test performance in adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 529-536.
- Greco, L.A., Morris, L.A. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and Peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood, *Behavior Therapy*, 36:197-205.
- Gumora, G., & Arsenio, W. F. (2002). Emotionality, emotion regulation and school performance in middle school children. *Journal of School Psychology*, 40, 395-413.
- Hembree, R. (1988). Correlates, causes, effects and treatment of test anxiety. *Review of Educational Research*, 58, 47-77.
- Huang, R. and Leung, F.K.S. (2005). Deconstructing teacher-centeredness and student-centeredness dichotomy: A case study of a Shanghai mathematics lesson. *The Mathematics Educato* ,15:35–41.
- Ishikawa, S., Sato, H. and Sasagawa, S. (2009). Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety disorders*, 23(1):104-111.
- Kara Cheng, W.N., Hardy, L. and Markland, D. (2009). Toward a three-dimentional conceptualization of performance anxiety: Rationale and initial measurement development. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(2):271-278.
- Keogh, E., Bond, F. W., French, C. C. Richards, A. & Davise, R. E. (2004). Test anxiety, susceptibility to distraction and examination performance. *Anxiety, Stress and Coping*, 17, 241-252.
- King, N.J. and Ollendick, T.H. (1989). Children's anxiety and phobic disorders in school settings: Classification, assessment, and intervention issues. *Review of Educational Research* ,59:431–470.
- Kuncel, N.R., Hezlett, S.A. and Ones, D.S. (2004). Academic performance, career potential, creativity, and job performance: Can one construct predict them all? *Journal of Personality and Social Psychology*, 86:148–161.
- Lee, J. (2009). Universals and specifics of math self-concept, math self-efficacy, and math anxiety across 41 PISA 2003 participating countries. *Learning and Individual Differences*, 19:355–365.

- Lumley, M. A., & Provenzano, K. M. (2003). Stress management through written emotional disclosure improves academic performance among college students with physical symptoms. *Journal of Educational Psychology*, 95, 641-649.
- Lynn, R. and Vanhanen, T. (2002). IQ and the wealth of nations. Praeger, Westport, CT.
- Lynn, R. and Vanhanen, T. (2006). IQ and global inequality. Washington Summit, Athens.
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M. C., Passaniti, E., D'Arrigo, V. G., & Vitiello, B. (2007). *BMC Public Health*, 7, 347-353.
- Mok, I. (2006). Shedding light on the East Asian learner paradox: Reconstructing student-centredness in a shanghai classroom. *Asia Pacific Journal of Education*, 26: 131-142.
- Mychailyszyn, M. P., Mendez, J. L., & Kendall, P. C. (2010). Anxiety disorders and school functioning in youth: Comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review*, (Article in press).
- Pluess, M., Conrad, A. and Wilhelm, F.H. (2009). Muscle tension in generalized anxiety disorder: A critical review of the literature. *Journal of Anxiety Disorder*, 23(1):1-11.
- Podell, J., Mychailyszyn, M., Edmunds, J., Puleo, C.M., Kendall, P.C. (2010). The coping Cat Program for Anxiety Youths: The FEAR Plan Comes to Life. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(2):132-141.
- Putwain, D. W. (2008a). Deconstructing test anxiety. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 13, 141-155.
- Putwain, D. W. (2008b). Test anxiety and GCSE performance: the effect of gender and socio-economic background. *Educational Psychology in Practice*, 24, 319-334.
- Sainsbury, P. and Gibson, J.G. (1954). Symptoms of anxiety and tension and the accompanying physiological changes in the muscular system. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 17:216-224.
- Seipp, B. (1991). Anxiety and academic performance: A meta-analysis of findings. *Anxiety Research*, 4, 27-41.
- Stankov, L. (2010). Unforgiving Confusion culture: A breeding ground for high academic achievement, test anxiety and self-doubt? *Learning and Individual Differences* (Article in press).
- Steinmayr, R., Ziegler, M. and Trauble, B. (2010). Do intelligence and sustained attention interact in predicting academic achievement? *Learning and Individual Differences*, 20(1):14-18.
- Van Ameringen, M., Mancini, C. and Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement, *Journal of Anxiety Disorders*. 17: 561-571.
- Watkins, D.A., and Biggs, J.B. (2001). The paradox of the Chinese learner and beyond. In D.A. Watkins and J.B. Biggs (Eds.), *The Chinese learner: Cultural, psychological, and contextual influences* (pp. 3-26). Hong Kong: Comparative Education Research Centre, The University of Hong Kong; Melbourne, Australia: Australian Council for Education Research.
- Wilkins, J.M. (2004). Mathematics and science self-concept: An international investigation. *The Journal of Experimental Education*, 72:331-346.
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology*, 42, 345-349.

- Yeh, Y.C., Yen, C.F., Lai, C.S., Huang, C.H., Liu, K.M., Huang, I.T. (2007). Correlations between Academic Achievement and Anxiety and Depression in Medical Students Experiencing Integrated Curriculum Reform. *Kaohsiung Journal Medical Science*, 23:379-86.
- Yerkes, R.M., Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidly of habit formation. *J Comp Neurol Psychol*, 18:459-82.
- Zhang, L.F. (2009). Anxiety and thinking styles. *Personality and Individual Differences*, 47(4):347-351.

بیگدلی، ایمان الله؛ رضایی، علی محمد؛ رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۹۱). اختلالات روانی شایع در سوء مصرف کنندگان مواد.



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۹۳-۱۰۸.

اختلالات روانی شایع در سوء مصرف کنندگان مواد

ایمان الله بیگدلی^۱، علی محمد رضایی^۲، اسحق رحیمیان بوگر^۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۳۱

چکیده

همراه شدن اختلالات روانی با سوء مصرف مواد در درمان افراد وابسته به مواد تاثیر بسزایی دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین فراوانی اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد می باشد. در یک طرح توصیفی مقطعی، ۶۴۳ نفر با روش نمونه گیری در دسترس از میان افراد وابسته به مواد که برای درمان در مراکز ترک اعتیاد استان سمنان در سال ۱۳۸۹ بستری بودند، انتخاب شدند و به پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و فرم کوتاه ۷۱ سوالی MMPI پاسخ دادند. اطلاعات حاصله با استفاده از آزمون خی دو و آزمون Q کوکران تحلیل گردید. طبق یافته ها ۸۹٪ افراد وابسته به مواد حداقل دارای یک نوع مقیاس بالینی برافراشته بودند. بر اساس بالاترین برافراشتگی، اسکیزوفرنیا (۴۷٪) و پس از آن خودبیمارانگاری (۱۹٪) و ضعف روانی (۱۰٪) شایع ترین مقیاسهای بالینی برافراشته بودند. بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ نیز شایع ترین مقیاسهای بالینی برافراشته به ترتیب اسکیزوفرنیا (۷۴٪)، ضعف روانی (۵۶٪) و خودبیمارانگاری (۴۱٪) بودند. بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای نیز شایع ترین مقیاسهای بالینی برافراشته مربوط به کد ۱۶۷ و مشتقات آن (۱۸٪) و کد ۴۶۷ و مشتقات آن (۱۶٪) بود. نتیجه گرفته می شود که اختلالات روانی نقش مهمی در شروع، ادامه و عود سوء مصرف مواد دارند و توجه دقیق به الگوهای بالینی همراه با سوء مصرف مواد در پیشگیری و مداخله درمانی مؤثر و متناسب شده ضروری است.

کلید واژه ها: وابستگی به مواد، سوء مصرف مواد، اختلالات روانی، مقیاس بالینی، MMPI

مقدمه

شیوع سوء مصرف مواد در اغلب نقاط دنیا بالا است و هزینه های زیادی را برای درمان، بازتوانی و اختلال در عملکرد اجتماعی و اقتصادی بر جوامع مختلف تحمیل می کند (آنتونی^۴، ۲۰۰۳). توأم شدن

^۱ - دانشیار دانشگاه سمنان، ibigdeli@semnan.ac.ir

^۲ - استادیار دانشگاه سمنان

^۳ - استادیار دانشگاه سمنان

^۴ Anthony

فزاینده‌ی سوء مصرف الکل و داروهای غیرقانونی با اختلالات روانشناختی موضوع سوء مصرف مواد را پیچیده‌تر و روندهای درمانی را با مشکل مواجه ساخته است (فارل^۱، هاوز^۲، بینگتون^۳، بروگها^۴، جنکینز^۵، لوئیس^۶ و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک نیل^۷، بیندر^۸، رایبسون^۹، ۲۰۰۵). همراه شدن اختلالات روانشناختی و سوء مصرف مواد علاوه بر مصرف بی‌رویه هزینه‌های اجتماعی-اقتصادی جامعه، هزینه‌های گزافی بر سیستم بهداشتی جوامع وارد ساخته و آمار مرگ و میر را افزایش می‌دهد (گونزالز^{۱۰} و سمپر^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ روسن^{۱۲}، کاهن^{۱۳}، گرین بائوم^{۱۴}، درسچر^{۱۵}، ۲۰۰۸). ۳۵٪ تا ۶۰٪ سوء مصرف کنندگان مواد واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و رفتارهای سایکوپات هستند، نزدیک به ۴۰٪ این افراد ملاک‌های افسردگی اساسی را دارند و نیز حدود ۲۰٪ آنان در معرض خودکشی هستند (فارل، هاوز، تایلور^{۱۶}، لوئیس، جنکینز، بینگتون و همکاران، ۲۰۰۳؛ سادوک^{۱۷} و سادوک، ۲۰۰۷). بنابراین شناخت علل و عوامل، راه‌های پیشگیری و درمان و نیز شناخت عوارض روانی-اجتماعی اعتیاد، مهم‌ترین و عملی‌ترین اقدام جهت جلوگیری از گسترش آن در جامعه خواهد بود [۸].

یک زمینه‌یابی گسترده در زمینه بررسی بیماری توام یا تشخیص دوگانه^{۱۸} (تشخیص دو یا چند اختلال روانی در یک فرد) نشان داد که ۷۶٪ مردها و ۶۵٪ خانم‌های دارای سوء مصرف یا وابسته به مصرف مواد به‌طور همزمان از یک مشکل روانپزشکی نیز رنج می‌برند (گرین فیلد^{۱۹} و هنسی^{۲۰}، ۲۰۰۴؛ دی‌الیویرا^{۲۱}، بارسو^{۲۲}، واگنر^{۲۳}، پانس^{۲۴}، ملبرگیر^۱، استمپلیوک^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). بر اساس مطالعات

¹ Farrell² Howes³ Bebbington⁴ Brugha⁵ Jenkins⁶ Lewis⁷ McNiel⁸ Binder⁹ Robinson¹⁰ Gonzalez¹¹ Cbemer¹² Rosen¹³ Kuhn¹⁴ Greenbaum¹⁵ Drescher¹⁶ Taylor¹⁷ Sadock¹⁸ dual diagnosis¹⁹ Greenfield²⁰ Hennessey²¹ De Oliveira²² Barroso²³ Wagner²⁴ Ponce

متعددی، افسردگی و حالات اضطرابی از شایع ترین اختلالات همراه با سوء مصرف مواد هستند (لانگاز^۳، مالت^۴ و اوپجوردسمائون^۵، ۲۰۱۰؛ کوهن^۶، اپستاین^۷، مک کرادی^۸، جنسن^۹، هانتز-ریل^{۱۰}، گرین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱).

اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی بالینی و حالات روان تنی با مصرف مواد و الکل در رابطه معناداری دارند (آلگریا^{۱۲}، هاسین^{۱۳}، نانز^{۱۴}، لیو^{۱۵}، داویز^{۱۶}، گرنت^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۰). یک مطالعه روی ۲۶۷ کودک (میانگین سنی ۱۲/۴) نشان داد که ۵۱٪ آنها افسردگی اساسی داشتند و همین امر مصرف سیگار (۲۴٪) و الکل (۱۹/۹٪) را در آنها افزایش داده بود (ظهیرالدین، سیف الهی و ایرانیور، ۱۳۸۶). ضعف روانی و اختلالات درون سازی شده نیز همبودی بالایی با سوء مصرف مواد نوجوانان و جوانان دارند (داوسون^{۱۸}، گلدشتاین^{۱۹}، ماوس^{۲۰}، لی^{۲۱} و گرنت^{۲۲}، ۲۰۱۰). در مطالعات دیگری نیز بین ۲۷٪ تا ۶۱٪ بیماران مبتلا به سوء مصرف و وابستگی به مواد تقریباً واجد ملاک های تشخیصی اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای سایکوپات و تقریباً یک سوم تا نیمی از آنها واجد ملاک های تشخیصی اختلالات خلقی بوده اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). پژوهش های اخیر نشان داده اند که سایر اختلالات روانی مبتنی بر DSM-IV امکان همبودی با سوء مصرف مواد و الکل دارند (یابرائند^{۲۳}، ۲۰۱۰). پژوهش های انجام شده در ایران نیز حاکی از شیوع بالایی از اختلالات روانی در بین افراد وابسته به مواد می باشد. به عنوان مثال، نتایج پژوهش شکیبایی و حیدری (۱۳۷۹) در بین ۱۵۰ نفر از افراد وابسته به مواد مراجعه

¹ Malbergier

² Stempliuk

³ Langås

⁴ Malt

⁵ Opjordsmoen

⁶ Cohn

⁷ Epstein

⁸ McCrady

⁹ Jensen

¹⁰ Hunter-Reel

¹¹ Green

¹² Alegría

¹³ Hasin

¹⁴ Nunes

¹⁵ Liu

¹⁶ Davies

¹⁷ Grant

¹⁸ Dawson

¹⁹ Goldstein

²⁰ Moss

²¹ Li

²² Grant

²³ Ybrandt

کننده به درمانگاه سرپایی ترک اعتیاد بهزیستی اصفهان نشان داد که ۹۱/۳٪ افراد وابسته به مواد به طور همزمان حداقل مبتلا به یک اختلال روانپزشکی می‌باشند. از این میان ۹۰/۶٪ مبتلا به اختلال خواب (پرخوابی، ۵۹/۳٪ و کم خوابی، ۳۱/۳٪)، ۸۸/۱٪ مبتلا به اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، ۵۸/۷٪، افسرده خویی، ۲۰/۷٪، اختلال دوقطبی، ۸/۷٪)، ۷۶٪ مبتلا به اختلال کنشی جنسی (افزایش، ۷/۳٪ و کاهش، ۶۸/۷٪)، ۳۷/۳٪ مبتلا به اختلالات اضطرابی (هراس، ۲۴/۷٪، اضطراب منتشر، ۱۱/۳٪، وسواسی-جبری، ۱/۳٪)، ۱۷/۳٪ مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی و ۲۷/۳٪ نیز مبتلا به اختلال سوء مصرف الکل بودند. نتایج پژوهش ظهیرالدین، سیف‌اللهی و ایرانپور (۱۳۸۶) در بین ۳۷۰ نفر از افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران نیز نشان داد که افراد وابسته به مواد به طور همزمان مبتلا به اختلالات روانپزشکی مختلف از جمله افسردگی (۸۲٪)، حساسیت در روابط بین فردی (۷۴/۹٪)، شکایات جسمانی (۶۷/۵٪)، اضطراب (۶۳/۵٪) و پرخاشگری (۶۱/۱٪) می‌باشند. آنچه مهم می‌باشد این است که صرف نظر از نوع اختلال روانشناختی، وجود بیماری توأم یا تشخیص دوگانه در تشدید اختلال روانی افراد وابسته به مواد تاثیر بسیار زیادی دارد و فرایند درمانی سوء مصرف مواد و اختلال روانی را مشکل می‌سازد. طبق مطالعات انجام گرفته، بیماران واجد تشخیص وابستگی یا سوء مصرف مواد توأم با اختلال شخصیت ضداجتماعی، پسیکوپاتولوژی بیشتر و رضایت کمتری از زندگی دارند، و تکانشگر، منزوی، و افسرده تر از بیمارانی هستند که فقط تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

اگرچه مطالعات متعدد بین المللی و نیز چندین مطالعه داخلی در خصوص همراه بودن اختلالات روانی و سوء مصرف مواد انجام گرفته است، ولی این مطالعات مقطعی در جوامع متفاوتی انجام گرفته است که نتایج آنها قابل تعمیم به جامعه مطالعه حاضر نیست. همچنین، نتایج این مطالعه در تبیین یافته‌های بدست آمده در مطالعات قبلی و نیز طراحی مداخلات درمانی برای این جامعه پژوهشی ارزشمند است. این موارد بر اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق توصیفی دلالت دارند. با عنایت به اینکه توجه به اختلالات روانی نقش مهمی در درمان افراد وابسته به مواد دارد، هدف از پژوهش حاضر تعیین فراوانی اختلالات روانی (تشخیص دوگانه) در افراد وابسته مواد می‌باشد.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد که به همه گیری اختلال روانی در میان وابستگان به مواد طی دوره زمانی مشخص پرداخته شد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد وابسته به مواد است که جهت درمان در مراکز ترک اعتیاد استان سمنان در سال ۱۳۸۹ بستری بودند. تعداد کل این افراد ۵۴۱۷ نفر می باشد. از این جامعه تعداد ۶۸۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به فرم کوتاه ۷۱ سوالی پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا (MMPI)^۱ پاسخ دادند. از آنجا که مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی یا از نوع بررسی روابط مینه سوتا پیش بین متغیرها نبود و در واقع توصیفی مقطعی بود، این تعداد نمونه منطبق با میانگین شیوع اختلالات روانی در میان سوء مصرف کنندگان مواد، متوسط اندازه نمونه در مطالعات مشابه قبلی، و سطح خطای مورد قبول ($P < 0.05$) از میان جامعه مورد بررسی انتخاب شدند. لازم به ذکر است که تعداد ۳۷ نفر از پاسخگویان به علت تکمیل ناقص پرسشنامه یا وجود نیمرخ نامعتبر از نمونه آماری حذف و اطلاعات ۶۴۳ نفر مبنای تحلیل های آماری قرار گرفت. افراد شرکت کننده در این پژوهش در دامنه سنی بین ۱۷ تا ۵۱ سال با میانگین سنی ۳۴/۲۰ سال قرار داشتند. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: (۱) تشخیص سوء مصرف و وابستگی به یک یا چند نوع ماده مورد سوء مصرف توسط روانپزشک یا متخصص درمان سوء مصرف مواد حداقل یک سال قبل از پژوهش (۲) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش؛ و (۳) مراجعه به یکی از پزشکان متخصص و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک مربوطه و اقدام به درمان جهت ترک مواد در یکی از مراکز ترک اعتیاد. معیارهای خروج از پژوهش حاضر عبارتند از: (۱) ابتلا به سایر بیماری های دیگر (ابتلاء به بیماری های مزمن طبی و یا حالات درد مزمن که نیازمند مصرف داروهای تسکینی هستند) و یا تجربه کنونی عوارض حاد مرتبط با اعتیاد که می تواند بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد؛ (۲) وجود عقب ماندگی ذهنی یا مشکلات شدید حسی- حرکتی که جمع آوری داده ها را با مشکل مواجه می سازد.

ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی برای کسب اطلاعات فردی، از مصاحبه سازمان یافته به منظور جلب همکاری، و نیز تشخیص اعتیاد و از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا برای شناسایی اختلالات روانی همراه با وابستگی به مواد استفاده گردید. پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (MMPI): از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه

^۱ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

سوتا (MMPI) برای تشخیص اختلالات روانی آزمودنی‌ها استفاده گردید. این آزمون دارای ۱۴ مقیاس استاندارد است که ۴ مقیاس آن یعنی مقیاس‌های استهفام، دروغ سنج، ندرت وقوع و مقیاس اصلاح به اعتبار پاسخ‌ها مربوط هستند و ده مقیاس دیگر یعنی خودبیمارانگاری (Hs)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، اختلال سایکوپاتی (Pd)، پارانویا (Pa)، ضعف روانی (Pt)، اسکیزوفرنیا (Sc)، مانیا (Ma)، ویژگی‌های مردانه و زنانه (MF)، و درونگرایی اجتماعی (Si) به شاخص‌های بالینی یا شخصیتی ارتباط دارند. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این آزمون که توسط پژوهشگران دانشگاه مینه‌سوتا آمریکا براساس فرم بلند برای اهداف پژوهشی ساخته شده است (مارنات^۱، ۱۹۸۴؛ داک ورت و آندرسون، ۱۳۸۷). و توسط پژوهشگران ایرانی برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است استفاده گردید (شکرکن، ۱۳۷۳).

در پژوهش‌های انجام گرفته برای مقاصد تحقیقاتی این آزمون از مشخصات روانسنجی مطلوبی برخوردار بوده است، به گونه‌ای که ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی طی چهار هفته ۰/۹۰ گزارش شده است (مارنات، ۱۹۸۴؛ داک ورت و آندرسون، ۱۳۸۷). هانسلی، هنسون و پارکر نیز در مورد اعتبار و پایایی آزمون MMPI مطالعات فراتحلیلی انجام دادند و چنین نتیجه گرفتند که همه مقیاس‌های MMPI کاملاً پایا هستند و دامنه‌ی تغییر ضرایب پایایی آنها از ۰/۷۱ برای مقیاس Ma تا ۰/۸۴ برای مقیاس Pt می‌باشد و این آزمون دارای روایی ملاکی، صوری و محتوا است (داک ورت و آندرسون، ۱۳۸۷).

فرایند اجرای پژوهش

پس از تهیه ابزارهای پژوهش و تعیین جامعه پژوهشی مطالعه با توجه به معیارهای ورود و خروج آغاز شد. پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه ماندن داده‌ها و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاق پژوهشی با توزیع پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری آن در سطح مراکز ترک اعتیاد استان سمنان طی یک دوره ۱۰ ماهه انجام گرفت. داده‌های پژوهش توسط سه روانشناس (دو نفر در سطح کارشناسی ارشد) و (یک نفر در سطح دکتری) در مراکز ترک اعتیاد خود معرف در شهرستان‌های سمنان، شاهرود، دامغان، گرمسار، و مهدی شهر استان سمنان به شیوه زمینه‌یابی فردی از مراجعان در دسترس جمع‌آوری شد.

¹ Marnate

روش تحلیل داده ها

به منظور تحلیل اطلاعات حاصله از آزمون خی دو و آزمون Q کوکران^۱ استفاده گردید.

نتایج

توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان نشان داد که ۹۷/۳٪ پاسخگویان مذکر و ۲/۷٪ آنها مونث می باشند. ۷۳٪ پاسخگویان متأهل و ۲۳٪ آنها مجرد بودند. ۴٪ آنها نیز دارای یکی از وضعیت های متارکه، مطلقه یا ازدواج موقت بودند. بیشترین درصد معتادان در دامنه سنی ۲۱ تا ۳۰ سالگی (۳۶/۳٪) و کمترین درصد آنها در دامنه سنی ۱۷ تا ۲۰ سال (۲/۱٪) قرار داشتند. ۳۵/۵٪ معتادان در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سالگی، ۱۷/۵٪ در دامنه سنی ۵۱ تا ۵۰ سالگی و ۷/۴٪ نیز در دامنه سنی بالاتر از ۵۰ سالگی قرار داشتند. توزیع فراوانی تحصیلات پاسخگویان نشان داد که بیشترین درصد آنها دارای تحصیلات راهنمایی (۳۴٪) و دیپلم (۳۴٪) می باشند. ۱۹٪ آنها دارای تحصیلات ابتدایی، ۶٪ لیسانس و بالاتر، ۴٪ فوق دیپلم و ۴٪ نیز بی سواد بودند. توزیع فراوانی وضعیت درآمد پاسخگویان (براساس اظهار نظر خودشان) نیز نشان داد که بیشترین درصد پاسخگویان (۸۳٪) در ماه کمتر از ۳۰۰ هزار تومان درآمد دارند. ۱۲٪ آنها دارای درآمد ماهیانه ۳۰۰ تا ۴۵۰ هزار تومان، ۴٪ دارای درآمد ماهیانه ۴۵۱ تا ۶۰۰ هزار تومان و ۲٪ نیز دارای درآمد ماهیانه بالاتر از ۶۰۰ هزار تومان بودند.

تفسیر نمرات MMPI تابع سه روش است: الف) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس بالاترین برافراشتگی، ب) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ یا ۷۰، و ج) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای. در این پژوهش برای تفسیر نمرات نیمرخ آزمودنی ها از هر سه روش مذکور استفاده شده است، تا بین نتایج این سه روش نیز مقایسه لازم صورت گیرد. جدول ۱ تفسیر نیمرخ افراد بر اساس بالاترین برافراشتگی را نشان می دهد.

جدول ۱- میزان شیوع اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد بر اساس بالاترین برافراشتگی

کد اختلال	نوع اختلال (علامت اختصاری)	فراوانی	درصد
۱	خودبیمارانگاری (Hs)	۱۲۲	۱۹
۲	افسردگی (D)	۳۱	۵
۴	اختلال سایکوپات (Pd)	۵۲	۸
۶	ضعف روانی (Pt)	۶۵	۱۰

^۱ Cochran's Q

۷	اسکیزوفرنیا (Sc)	۳۰۰	۴۷
--	فاقد اختلال	۷۳	۱۱
--	کل (--)	۶۴۳	۱۰۰

همانگونه که مشاهده می‌شود ۱۱٪ از افراد وابسته به مواد فاقد اختلال و ۸۹٪ از آنها بر اساس بالاترین برافراشتگی، حداقل در یکی از مقیاس‌های MMPI نمره بالایی اخذ کرده و دارای یک نوع اختلال روانی می‌باشند. علاوه بر آن بر اساس بالاترین برافراشتگی، شایع‌ترین اختلال روانی در بین افراد وابسته به مواد، اختلال اسکیزوفرنیا (۴۷٪) و پس از آن خودبیمارانگاری (۱۹٪) می‌باشد. میزان شیوع سایر اختلالات روانی به ترتیب عبارت است از ضعف روانی (۱۰٪)، اختلال سایکوپات و رفتار ضداجتماعی (۸٪) و افسردگی (۵٪). نتایج آزمون خبی دو نشان داد که فراوانی اختلالات روانی تفاوت معنی‌داری با همدیگر دارند ($X^2(5) = 459/05$; $P < 0/001$). جدول ۲ تفسیر نیمرخ افراد بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ یا ۷۰ را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میزان شیوع اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد بر اساس نمره T بالاتر از ۶۵ در هر مقیاس

نوع اختلال (علامت اختصاری)		فاقد اختلال		دارای اختلال	
کد اختلال	فراوانی درصد	درصد	فراوانی درصد	درصد	فراوانی درصد
۱ خودبیمارانگاری (Hs)	۳۸۲	۵۹	۲۶۱	۴۱	
۲ افسردگی (D)	۵۴۳	۸۴	۱۰۰	۱۶	
۳ هیستری (Hy)	۶۳۴	۹۹	۹	۱	
۴ اختلال سایکوپات (Pd)	۴۲۴	۶۶	۲۱۹	۳۴	
۵ پارانویا (Pa)	۶۳۳	۹۸	۱۰	۲	
۶ ضعف روانی (Pt)	۲۸۲	۴۴	۳۶۱	۵۶	
۷ اسکیزوفرنیا (Sc)	۱۶۸	۲۶	۴۷۵	۷۴	
۸ مانیا (Ma)	۶۳۵	۹۹	۸	۱	

بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵، شایع‌ترین اختلال روانی در بین افراد وابسته به مواد، اختلال اسکیزوفرنیا (۷۴٪) و پس از آن اختلال ضعف روانی (۵۶٪) می‌باشد. میزان شیوع سایر اختلالات روانی به ترتیب عبارت است از خودبیمارانگاری (۴۱٪)، اختلال سایکوپات و رفتارهای ضد اجتماعی (۳۴٪)، افسردگی (۱۶٪)، پارانویا (۲٪)، هیستری (۱٪) و مانیا (۱٪). نتایج آزمون Q کوکران نشان داد که فراوانی اختلالات روانی تفاوت معنی‌داری با همدیگر دارد ($CochranQ(7) = 1638/96$; $P < 0/001$). جدول ۳

تفسیر نیمرخ افراد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای را نشان می دهد.

جدول ۳- میزان شیوع اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای

ردیف	کد اختلال	تعداد	درصد
۱	۱	۲۱	۳
۲	۶	۱۹	۳
۳	۷	۳۵	۵
۴	۱۷ و ۷۱	۲۱	۳
۵	۴۷ و ۷۴	۱۴	۲
۶	۶۷ و ۷۶	۴۳	۷
۷	۱۲۷ و ۱۷۲ و ۲۱۷ و ۲۷۱ و ۷۱۲ و ۷۲۱	۲۴	۴
۸	۱۴۷ و ۱۷۴ و ۴۷۱ و ۷۱۴ و ۷۴۱	۴۷	۷
۹	۱۶۷ و ۱۷۶ و ۶۱۷ و ۶۷۱ و ۷۱۶ و ۷۶۱	۱۱۶	۱۸
۱۰	۲۴۷ و ۲۷۴ و ۴۲۷ و ۴۷۲ و ۷۲۴ و ۷۴۲	۲۰	۳
۱۱	۲۶۷ و ۲۷۶ و ۶۲۷ و ۶۷۲ و ۷۲۶ و ۷۶۲	۲۶	۴
۱۲	۴۶۷ و ۴۷۶ و ۶۴۷ و ۶۷۴ و ۷۴۶ و ۷۶۴	۱۰۳	۱۶
۱۳	کدهای متفرقه: کدهای دارای فراوانی کمتر از ۱۰ نفر (این کدها در پیوست ارائه شده اند)		۸۱
۱۴	فاقد اختلال	۷۳	۱۱
۱۵	کل	۶۴۳	۱۰۰

همانگونه که مشاهده می شود در تفسیر نیمرخ افراد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای، بیشترین درصد ابتلاء افراد وابسته به سوء مصرف مواد به اختلالات روانی مربوط به کد ۱۶۷ و سایر مشتقات این کد می باشد (۱۸٪). پس از آن کد ۴۶۷ و مشتقات آن با ۱۶٪ قرار دارد. تفاسیر مربوط به این دو کد و مشتقات آنها در جدول ۴ ارائه شده است. لازم به توضیح است که نتایج آزمون خی دو نشان داد که فراوانی اختلالات روانی طبقات جدول مذکور با همدیگر متفاوت است ($P < 0.001$; $\chi^2(13) = 322/17$). جدول ۴ تفسیر بالینی کدهای ترکیبی دو و سه رقمی MMPI مبتنی بر توصیف و مبتنی بر تشخیص های DSM-IV را نشان می دهد.

جدول ۴- تفسیر بالینی کدهای ترکیبی دو و سه رقمی MMPI مبتنی بر توصیف و مبتنی بر تشخیص های DSM-IV	
کد	تشخیص مبتنی بر توصیف علایم (ویژگی های اساسی مثلث های تشخیصی) و تشخیص بالینی مبتنی بر DSM-IV بر اساس رابطه عامل های سه گانه
۱۶۷	حالات سوماتوفرم با تأکید بیشتر بر خود بیمار انگاری، روان رنجورخویی (اضطراب، افسردگی و خصومت). تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص خودبیمارانگاری در طبقه تشخیصی اختلالات جسمانی سازی است (سونوم ^۱ و مک کرو ^۲ ، ۱۹۹۶؛ لیما ^۳ ، استانی ^۴ ، کابوسکی ^۵ ، ریتزل ^۶ ، ریچی ^۷ ، کاسترو ^۸ و همکاران، ۲۰۰۵).
۱۷۶	ضعف روانی و خستگی مزمن، سردرگمی روانی، فقدان انرژی و بی احساسی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلالات درد در طبقه تشخیصی اختلالات جسمانی سازی است (گاس ^۹ و گونزالز ^{۱۰} ، ۲۰۰۳).
۶۷۱	پارانویا و در معرض حالات روانپریشی (گرایشات اسکیزوفرنی). تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال شخصیتی پارانوئید در خوشه A اختلالات شخصیت است (آرچر ^{۱۱} ، ایدوک ^{۱۲} ، گریفین ^{۱۳} و الکینز ^{۱۴} ، ۱۹۹۶؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).
۶۱۷	هیستری، هیستری تبدیل، مشکلات جسمی ثانویه بر عوامل روانی، جسمانی سازی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال تبدیلی یا هیستری تبدیلی به عنوان تشخیصی مجزا در طبقه بندی اختلالات روانی است (گراث - مارنات، ۱۳۸۴؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).
۷۶۱	حساسیت به انتقاد و انتقاد ناپذیری و احساسات و رفتارهای پرخاشگرانه، حساسیت به انتقاد واقعی یا تصویری. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته در خوشه دوی اختلالات شخصیت (محور دوم) توأم با اختلال افسردگی در محور یک است (بلایس ^{۱۵} ، هیلسنروث ^{۱۶} ، کاستلبری ^{۱۷} ، فاولر ^{۱۸} و بایتی ^{۱۹} ، ۲۰۰۱؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).
۷۱۶	حساسیت به بی توجهی، احساس حقارت و اهمیت دادن به رفتار های توجه طلبانه. تشخیص بالینی این طیف بر

¹ Svanum² McGrew³ Lima⁴ Stanley⁵ Kaboski⁶ Reitzel⁷ Richey⁸ Castro⁹ Gass¹⁰ Gonzales¹¹ Archer¹² Aiduk¹³ Griffin¹⁴ Elkins¹⁵ Blais¹⁶ Hilsenroth¹⁷ Castlebury¹⁸ Fowler¹⁹ Baity

اساس DSM، تشخیص اختلال شخصیت نمایشی در خوشه دوی اختلالات شخصیت (محور دوم) توأم با اختلال افسردگی در محور یک است (بلایس، هیلسنروث، کاستلوری، فاولر و بایتی، ۲۰۰۱؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	
۴۶۷ انحراف سایکوپات، گرایشات ضد اجتماعی، تمایلات بنیادی ضد اجتماعی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی در خوشه دوی اختلالات شخصیت (محور دوم طبقه بندی پنج محوری) است (گیلمور ^۱ ، لاش ^۲ ، فوستر ^۳ و بلوسر ^۴ ، ۲۰۰۱؛ بلایس، هیلسنروث، کاستلوری، فاولر و بایتی، ۲۰۰۱؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	
۴۶۸ ضعف روانی، احساس شرمساری و گناه در مورد رفتار. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال افسردگی اساسی توأم با اختلال کج خلقی (افسردگی مضاعف) در محور اول طبقه بندی پنج محوری است (گراث - مارنات، ۱۳۸۴؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	
۴۶۹ پارانویا و شکاکیت، خودمداری. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال هذیانی توأم با رفتارهای وسواسی در محور اول طبقه بندی پنج محوری است (سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	
۴۷۰ خصمانه و رنجور، خودمیان بین: مقابله ای و رفتار تضاد ورزی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال کنترل تکانه توأم با اختلال سازگاری در محور اول طبقه بندی پنج محوری است (گراهام، ۱۳۷۹؛ گراث - مارنات، ۱۳۸۴؛ لیما، استانلی، کابوسکی، ریتزل، ریچی، کاسترو و همکاران، ۲۰۰۵).	
۴۷۱ درماندگی روانشناختی و ضعف روانی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال خستگی مزمن (CFS) در محور اول توأم با آشفته‌گی های روان تنی در طبقه سوم نظام بندی پنج محوری است (سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	
۴۷۲ حالات اضطراب - افسردگی و تجارب سایکوسوماتیک ناخوشایند. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلالات روان تنی در محور سوم نظام بندی پنج محوری توأم با اختلالات سازگاری در محور اول نظام طبقه بندی پنج محوری است (سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین فراوانی اختلالات روانی (تشخیص دوگانه) در افراد وابسته مواد بود. به این منظور تعداد ۶۴۳ نفر از افراد وابسته به مواد مراکز ترک اعتیاد سمنان با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به فرم کوتاه ۷۱ سوالی پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا (MMPI) پاسخ دادند. در پژوهش حاضر برای تفسیر نمرات MMPI از سه روش الف) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس بالاترین برافراشتگی، ب) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ و ج) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس

¹ Gilmore

² Lash

³ Foster

⁴ Blosser

کدهای ۲ یا ۳ نقطه‌ای استفاده شد. نتایج روش اول (و همچنین روش سوم، جدول ۱ و ۳) نشان داد که ۸۹٪ از افراد وابسته به مواد، حداقل در یکی از مقیاس‌های MMPI نمره بالایی اخذ کرده و دارای یک نوع اختلال روانی می‌باشند. نتایج به دست آمده از این مطالعه با نتایج پژوهش‌های کیس^۱، پیکو^۲ و ورتو^۳ (۲۰۰۶)، اسنید^۴ و همکاران (۲۰۰۱) و مطالعات معاونت دارو و بزهکاری ملل متحد (۲۰۰۵) مطابقت دارد. به عنوان مثال، جاف^۵ (۱۹۹۵) نشان داد که ۹۰٪ معتادان به تریاک حداقل یک اختلال روانی مشخص دارند. در پژوهش شکیبایی و حیدری (۱۳۷۹) نیز نشان داده شد که ۹۱/۳٪ افراد وابسته به مواد به طور همزمان حداقل مبتلا به یک اختلال روانپزشکی می‌باشند. حیدری پهلویان، امیرزرگر، فرهادی نسب و محبوب (۱۳۸۲) در بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیر معتاد ساکن همدان نشان دادند که افراد معتاد در مقایسه با جمعیت عادی در کلیه مقیاس‌های بالینی آزمون MMPI نمرات بالاتری داشته‌اند و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بوده است. ۷۸٪ از گروه معتادان از نوعی آشفتگی روانی در رنج بوده‌اند، در حالی که رقم فوق برای جمعیت غیر معتاد ۲۶/۲٪ بوده است. ۴۱/۳٪ از معتادان مشکوک به اختلال شخصیت بوده‌اند که رقم فوق برای جمعیت عادی ۵/۸٪ بوده است. پروفایل MMPI در دو گروه هم از نظر شکل کلی و هم از جهت برافراشتگی و فرورفتگی مقیاس‌ها با یکدیگر تفاوت آشکاری داشته‌اند. پروفایل کلی گروه غیرمعتاد در هیچ کدام از مقیاس‌ها جنبه پاتولوژیک را نشان نداد. اما شکل کلی پروفایل شخصیتی معتادان نشان‌دهنده نابهنجاری شخصیتی بارز در اکثر مقیاس‌ها بود. آشفتگی‌های روانشناختی در معتادانی که در سنین پایین‌تر اقدام به سوء مصرف مواد نموده بودند بیش از سایرین بوده است. همچنین طبق یافته‌های پژوهش حاضر، بر اساس بالاترین برافراشتگی، شایع‌ترین اختلال روانی در بین افراد وابسته به مواد، اختلال اسکیزوفرنیا (۴۷٪) و پس از آن خودبیمارانگاری (۱۹٪) می‌باشد. میزان شیوع سایر اختلالات روانی به ترتیب عبارت بود از ضعف روانی (۱۰٪)، اختلال سایکوپات و رفتارهای ضد اجتماعی (۸٪) و افسردگی (۵٪). نتایج روش دوم (تفسیر نیمرخ بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵)، نشان داد که شایع‌ترین اختلال روانی در بین افراد وابسته به مواد، اختلال اسکیزوفرنیا (۷۴٪) و پس از آن اختلال ضعف روانی (۵۶٪) می‌باشد. میزان شیوع سایر اختلالات روانی به ترتیب عبارت است از خودبیمارانگاری (۴۱٪)، اختلال سایکوپات و رفتارهای ضد اجتماعی (۳۴٪)،

^۱ Kiss^۲ Piko^۳ Verto^۴ Sneed^۵ Jaff

افسردگی (۱۶٪)، پارانویا (۲٪)، هیستری (۱٪) و مانیا (۱٪). همانگونه که مشاهده می شود نتایج به دست آمده بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ با نتایج حاصله بر اساس بالاترین برافراشتگی تا حدودی متفاوت است. به عبارت دیگر بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵، درصد شیوع اختلالات روانی بیشتر برآورد شده است. علت وجود اختلاف این است که زمانی که بالاترین برافراشتگی ملاک تعیین وجود یا عدم وجود اختلال در نظر گرفته می شود، صرفاً می توان وجود یک اختلال را در شخص تشخیص داد و به همین دلیل بسیاری از اختلالات نادیده گرفته می شوند، در حالی که با ملاک نمرات T بالاتر از ۶۵ همان اختلالات تشخیص داده می شوند.

نتایج روش سوم (تفسیر نیمرخ افراد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای)، نیز نشان داد که بیشترین درصد ابتلاء افراد وابسته به سوء مصرف مواد به اختلالات روانی مربوط به کد ۱۶۷ و سایر مشتقات این کد می باشد (۱۸٪). پس از آن کد ۴۶۷ و مشتقات آن با ۱۶٪ قرار داشت. تفاسیر مربوط به این دو کد و مشتقات آنها در جدول ۴ ارائه شده است. همان گونه که مشاهده می شود نتایج حاصله از روش سوم با نتایج به دست آمده از روش اول و دوم، تفاوت دارد. دلیل این امر در نظر گرفتن کدهای ترکیبی برای تفسیر نیمرخ های حاصله می باشد. به عبارت دیگر زمانی که از روش اول (روش تک مقیاسی یا بالاترین برافراشتگی) استفاده می شود همه افراد مورد مطالعه در حداکثر ۸ اختلال مورد بررسی طبقه بندی خواهند شد؛ زمانی که ملاک تفسیر نیمرخ افراد نمرات T بالاتر از ۶۵ باشد فرد به طور همزمان می تواند مبتلا به یک یا چند نوع از اختلالات روانی تشخیص داده شود و هنگامی که از کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای استفاده می شود، بر اساس کدهای حاصله طبقه بندی های متعدد و متفاوتی حاصل خواهد شد که تعداد آنها در یک مطالعه می تواند بسیار زیاد باشد. به عنوان مثال در پژوهش حاضر ۳ کد تک مقیاسی، ۶ کد ۲ نقطه ای و ۳۵ کد ۳ نقطه ای به دست آمد (البته با احتساب کدهای متفرقه تعداد کدهای ۳ نقطه ای بالغ بر ۶۰ کد می باشد و تعداد کدهای ۲ نقطه ای و تک مقیاسی نیز از آنچه ذکر گردید بیشتر می باشد). بنابراین اگرچه نتایج کلی این پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها همخوانی و مطابقت بالایی دارد؛ اما بین نتایج جزئی تر پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها همخوانی کمی وجود دارد. دلیل این تفاوت ها می تواند ناشی از عوامل مختلفی از جمله جوامع مورد بررسی متفاوت، تفاوت های فرهنگی، ابزارهای مورد استفاده در پژوهش و حتی روش های متفاوت تفسیر نمرات حاصله از نیمرخ ها باشد.

در بحث و نتیجه گیری در مورد اهمیت تفسیر نیمرخ افراد بر اساس بالاترین برافراشتگی، نمرات T بالاتر از ۶۵ و کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای می توان گفت که هرکدام از این سه روش دارای معایب و مزایای

خاص خود در کار بالینی هستند و هر کدام از آنها به دلایل مختلفی امکان کاربرد دارند. تفسیر تنها بر اساس بالاترین برافراشتگی رویکردی جامع نیست، زیرا در آن اطلاعات مهمی راجع به الگوی بالینی فرد از دست می‌رود. همچنین، تفسیر بر اساس نمرات T بیش از آنکه به طراحی و اجرای مداخله درمانی مؤثر کمک نماید، روشی مطلوب‌تر برای مقاصد پژوهشی است. بنابراین، بهترین و کارآمدترین روش تفسیری در کار بالینی استفاده از روش سوم یعنی کدهای ۲ یا ۳ نقطه‌ای است. طبق نظر گراث – مارنات (۱۳۸۴) تشخیص یک الگوی بالینی نه بر اساس یک نمره برافراشته در یک مقیاس بلکه بر اساس تعدادی نمرات برافراشته انجام می‌گیرد که در این حالت نمرات برافراشته دوم و سوم در تبیین برافراشته‌ترین نمره مورد استفاده قرار می‌گیرند. روش تفسیر بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه‌ای نه تنها امکان کاربرد آسانی دارد، بلکه در آن تمام اطلاعات مهم مورد بررسی قرار می‌گیرند و لذا ارجح‌ترین روش تفسیر می‌باشد.

بنابراین تعیین اختلالات شایع در افراد وابسته به مواد و بررسی دقیق‌تر آن همچنان نیازمند پژوهش‌های بیشتری می‌باشد که در نهایت بتوان با جمع‌بندی آنها به اطلاعات مکفی دست یافت. پیامد اصلی این پژوهش تأکید بر شیوع بالای اختلالات روانی در سوء مصرف کنندگان مواد و توجه به این همبودی‌ها در برنامه ریزی‌های درمانی و توانبخشی است. در عین حال، محدودیت‌های این پژوهش به عنوان یک پژوهش مقطعی که مبتنی بر ابزار خودگزارشی برای تشخیص اختلال روانی بوده است تعمیم یافته‌ها را محدود ساخته و پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده با استفاده از روش‌های کمی – کیفی سنجش این محدودیت‌ها رفع گردند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت سازمان بهزیستی استان سمنان انجام گرفته است که بدینوسیله از حمایت‌های آن سازمان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از شورای پژوهشی دانشگاه سمنان و مسئولین درمانگاه‌های ترک اعتیاد استان سمنان که به ما در این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- حیدری پهلویان، احمد؛ امیرزرگر، محمدعلی؛ فرهادی نسب، عبدالله؛ محجوب، حسین (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیرمعتاد ساکن همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره دهم، شماره ۲، صفحات ۵۵-۶۲.
- داک ورث جین، آندرسون وین (۱۳۸۷). راهنمای تفسیر MMPI و MMPI-2. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات سخن.

شکرکن، حسین (۱۳۷۳). بررسی متغیرهای پیش از اسارت با شدت علائم PTSD در دو نمونه آزادگان شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اهواز*، سال اول، شماره های ۲ و ۳، صفحات ۴۵-۲۳.

شکیبایی، فرشته، حیدری، عبدالرضا (۱۳۷۹). اختلالات روانی شایع در افراد وابسته به تریاک و مشتقات. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی قزوین*، دوره چهارم، شماره ۳، صفحات ۵۵-۵۲.

ظهیرالدین، علیرضا؛ سیف الهی، معصومه و ایرانپور، چنگیز (۱۳۸۶). بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران. *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره سی و یکم، شماره ۳، صفحات ۲۷۸-۲۷۳.

گراث - مارنات، گری (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی: برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان (جلد اول و دوم). ترجمه حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو. تهران: انتشارات رشد.

گراهام، جان (۱۳۷۹). راهنمای *MMPI-2*: ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی. ترجمه حمید یقوبی و موسی کافی. تهران: انتشارات ارجمند.

Alegria, A.A., Hasin, D.S., Nunes, E.V., Liu, S.M., Davies, C., Grant, B.F., et al. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(9):1187-95.

Anthony, J.C. (2003). Epidemiology of drug dependence. In: Galanter M, Kleber HD, eds. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. 3rd ed. Washington, DC: The American Psychiatric Press, Inc.

Archer, R.P., Aiduk, R., Griffin, R., & Elkins, D.E. (1996). Incremental validity of the MMPI-2 content scales in a psychiatric sample. *Assessment*, ۳: 79-90.

Blais, M.A., Hilsenroth, M.J., Castlebury, F., Fowler, J.C., Baity, M.R. (2001). Predicting DMS-IV cluster B personality disorder criteria from MMPI-2 and Rorschach data: a test of incremental validity. *Journal of personality assessment*, 76(1):150-68.

Cohn, A.M., Epstein, E.E., McCrady, B.S., Jensen, N., Hunter-Reel, D., Green, K.E., et al. (2011). Pretreatment clinical and risk correlates of substance use disorder patients with primary depression. *Journal of Study Alcohol and Drugs*, 72(1):151-7.

Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Moss, H.B., Li, T.K., & Grant, B.F. (2010). Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: likelihood, expression and course. *Drug and alcohol dependence*, 112(1-2): 9-17.

De Oliveira, L.G., Barroso, L.P., Wagner, G.A., Ponce, J.C., Malbergier, A., Stempiuk, V.A., et al. (2009). Drug consumption among medical students in São Paulo,

Brazil: influences of gender and academic year. *Revista brasileira de psiquiatria*, 31(3):227-39.

Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G. et al. (2003). Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *International Review of Psychiatry*, 15:50.

Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington P., et al. (2003). Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *International Review Psychiatry*, 15:43.

Gass, C.T., & Gonzales, C. (2003). MMPI -2 short form proposal. *Journal of National Academy neuropsychology*, 18 (5): 521- 27.

Gilmore, J.D., Lash, S.J., Foster, M.A., & Blosser, S.L. (2001). Adherence to substance abuse treatment: Clinical utility of two MMPI-2 scales. *Journal of Personality Assessment*, 77, 524-540.

Gonzalez, R., & Cbemer, M. (2008). Co-factors in HIV neurobehavioural disturbances: Substance abuse. hepatitis C and aging. *International Review of Psychiatry*, 20(1):49-00.

Greenfield, S.F., & Hennessey, G. (2004). Assessment of the patient. In: Galanter M. Kleher HD. eds. Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington. DC: *American Psychiatric Publishing*, 70 -124.

Jaff, J.H. (1995). Substance related disorders opioid related disorders in: Comprehensive Textbook of psychiatry, Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb TA Philadelphia, *Williams & Wilkins*, 842-64.

Kiss, E., Piko, B., & Verto, A. (2006). Frequency of smoking, drinking, and substance use and their relationship to psychiatric co morbidity in depressed child and adolescent population. *Psychiatric Hungarica*, 21(5):371-8.

Langås, A.M., Malt, U.F., & Opjordsmoen, S. (2010). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area-a clinical study. *BMC Psychiatry*, 12: 11:25.

Lima, E.N., Stanley, S., Kaboski, B. Reitzel, L.R., Richey, J.A., Castro, Y., et al. (2005). The Incremental Validity of the MMPI-2: When Does Therapist Access Not Enhance Treatment Outcome? *Psychological Assessment*, 17(4): 462-468.

Marnate, G.G. (1984). Handbook of psychological assessment. 2nd end. *New York: Van Nostrand Reinhold*, 249-305.

McNiel, D.E., Binder, R.L., & Robinson, J.C. (2005). Incarceration associated with homelessness, mental disorder, and co-occurring substance abuse. *Psychiatric Services*, 56: 840- 846.

Rosen, C.R. Kuhn, E., Greenbaum, M.S., & Drescher, K.D. (2008). Substance abuse-related mortality among middleaged male VA psychiatric patients, *Psychiatric Sciences*, 59: 290.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition. *Lippincott Williams & Wilkins Inc.*

Sneed, C.D., et al (2001). Patterns of Adolescent Alcohol, Cigarette, and Marijuana use over a 6-month Period, *Addictive Behaviors*, 26: 415-423.

Svanum, S., & McGrew, J. (1996). An estimate and comparison of MMPI and MMPI-2 concurrent validity. Predicting DSM-III-R diagnoses among college students. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(7): 417-24.

United Nations Office on Drug and Crime. (2005). World Drug Report. Vol 1: Analysis.

Ybrandt, H. (2010). Risky alcohol use, peer and family relationships and legal

involvement in adolescents with antisocial problems. *Journal of drug education*, 40(3): 245-64.



آذرآیین، سعیده؛ صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۱). مقایسه سوگیری توجه نسبت به محرک‌های وسواسی در افراد وسواسی و عادی.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲(۱)، ۱۲۴-۱۰۹.

مقایسه سوگیری توجه نسبت به محرک‌های وسواسی در افراد وسواسی و عادی

سعیده آذرآیین^۱، جواد صالحی فدردی^۲

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۱

چکیده

مطالعات پیشین درباره اینکه آیا بیماران OCD بالینی یا شبه‌بالینی، مانند افراد مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی، نسبت به محرک‌های مرتبط با نگرانی‌هایشان، سوگیری توجه نشان می‌دهند یا نه، یافته‌های مختلفی را بیان کرده‌اند. لذا این پژوهش به بررسی سوگیری توجه نسبت به محرک‌های وسواسی در یک نمونه ایرانی مبتلا به و فاقد وسواس پرداخته است. جامعه پژوهش کلیه افراد دارای نشانه‌های وسواس اجبار شهر مشهد بوده که با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، افرادی که نمره (بالانتر از ۱۶) متوسط و بالا در پرسش‌نامه ییل‌براون بدست آوردند، به عنوان افراد وسواسی (تعداد = ۳۰؛ میانگین سن = ۲۴ و انحراف استاندارد = ۴/۴۵) و افراد گروه کنترل (تعداد = ۳۰؛ میانگین سن = ۲۴/۶۶ و انحراف استاندارد = ۲/۲۴) به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. در این مطالعه، افراد دارای نشانه‌های OCD با آزمودنی‌های گروه کنترل در آزمون استروپ هیجانی برای محرک‌های وسواسی مقایسه شدند. نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که افراد وسواسی در مقایسه با گروه کنترل سوگیری توجه بیشتری به محرک‌های مربوط به وسواس دارند. شاید به این دلیل که افراد وسواسی، دشواری‌هایی در نادیده گرفتن محرک‌های مربوط به آسیب شناسی‌شان دارند. این مسئله ممکن است در سبب‌شناسی و تدویم OCD دخالت داشته باشد.

کلید واژه‌ها: سوگیری توجه، محرک وسواسی، بیمار وسواسی

^۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، saide.azaraeen@yahoo.com

^۲ - نویسنده مسئول. آدرس مکاتبه: دکتر جواد صالحی فدردی، گروه روان‌شناسی. دانشگاه فردوسی مشهد،

j.s.fadardi@um.ac.ir

مقدمه

سوگیری توجه^۱ نسبت به تهدید، اشاره به توجه متمایز و تخصیص یافته به محرک‌های تهدیدکننده در مقابل محرک‌های خنثی دارد (برادلی^۲ و مگ^۳، ۱۹۹۹، p۲۶۷). مدل‌های شناختی اضطراب بیان می‌کنند که افراد مضطرب سوگیری‌های مشخصی به محرک‌های مربوط به نگرانی‌شان نشان می‌دهند (موریتز^۴، مولن^۵، رنجبر^۶، فریک^۷ و جلینک^۸، ۲۰۰۹) که شاید وسیع‌ترین و بهترین نمونه آن در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (برایان^۹ و هاروی^{۱۰}، ۱۹۹۵، p۵۳۷؛ ۱۹۹۷، p۶۳۵) و فوبی خاص (تورپی^{۱۱} و و سالکوسکیس^{۱۲}، ۱۹۹۷، p۲۲۵؛ ۱۹۹۸، p۸۷۷) باشد. افراد مضطرب ممکن است در تکالیف مشکل ضعیف‌تر عمل کنند، زیرا سیستم شناختی‌شان پردازش اطلاعات نامربوط به تکلیف را که با تهدید مرتبط است، در اولویت قرار می‌دهد. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بیماران اضطرابی بالینی، اطلاعات تهدیدکننده هیجانی را بیشتر رمزگردانی می‌کنند (بورگس^{۱۳} و همکاران، ۱۹۸۱؛ ایراک^{۱۴} و فلامنت^{۱۵}، ۲۰۰۹، p۵۷۹).

اختلال وسواس فکری-عملی^{۱۶} (OCD) یکی از اختلال‌های اضطرابی است. نام OCD از نشانه‌های برجسته این اختلال می‌آید که هم شناخت و هم رفتار حرکتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. OCD نشانگان عصبی روانپزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده و آیین‌مندی‌های وسواسی است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی نمودن افکار وسواسی صورت می‌گیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۷}، ۱۹۹۴). بررسی سوگیری‌های توجه در OCD، کاربردهای مهمی در سبب‌شناسی‌های نظری و درمان آن دارد (بارهایم^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۷، p۱).

¹. Attantional bias

². Bradley

³. Mogg

⁴. Moritz

⁵. Muhlenen

⁶. Randjbar

⁷. Fricke

⁸. Jelinek

⁹. Bryant

¹⁰. Harvey

¹¹. Thorpe

¹². Salkovskis

¹³. Burgess

¹⁴. Irak

¹⁵. Flament

¹⁶. Obsessive compulsive disorder

¹⁷. American psychiatric association

¹⁸. Bar-Haim

مشکل در بازداری اطلاعات نامربوط (یعنی، افکار و تکانه های وسواسی)، یک مفهوم مهم در OCD است. به طور کلی منابع توجهی بیماران OCD یا فراخنای توجه آنها به محرک های تهدیدکننده مربوط به نگرانی هایشان اختصاص یافته است، بنابراین، توانایی این بیماران برای توجه به اطلاعات مناسب و نادیده گرفتن همزمان اطلاعات نامربوط، محدود می شود (ایراک و فلامنت، ۲۰۰۹).

تا به امروز، یافته های تجربی محدود درباره سوگیری های توجه در OCD، ناهمگون بوده اند (مولر^۱ و رابرت^۲، ۲۰۰۵). هر چند برخی مطالعات چنین سوگیری هایی را نشان دادند (فوا^۳، ایلایی^۴، مک کارتی^۵، کارتی^۶ و شویر^۷، ۱۹۹۳؛ سامرفلدت و اندلر^۸، ۱۹۹۸؛ اونکی^۹، کازوگا^{۱۰}، ماتسوشی^{۱۱} و اتا^{۱۲}، ۱۹۹۹) مطالعات دیگر نتوانستند شواهدی برای پردازش متفاوت اطلاعات هیجانی در OCD پیدا کنند (کیرس^{۱۳} و لب^{۱۴}، ۱۹۹۸؛ موریتز و همکاران، ۲۰۰۴؛ هارکنس^{۱۵}، هریس^{۱۶}، جونز^{۱۷} و واکارو^{۱۸}، ۲۰۰۹). آزمون های استروپ^{۱۸} تغییر یافته برای بررسی سوگیری توجه به اطلاعات تهدیدکننده در OCD به کار رفته است. در یک آزمون استروپ تغییر یافته، به شرکت کنندگان تعدادی کلمه دارای بار هیجانی (برای نمونه، توالی) نشان داده می شود و از آنها خواسته می شود تا رنگ کلمات را نام ببرند، در حالی که همزمان تلاش می کنند محتوای معنایی شان را نادیده بگیرند. منطق این تکلیف، مشکل در اجتناب از پردازش انواع خاص محتوای کلمات است که به زمان طولانی تر برای نام بردن رنگ محرک ها منجر می شود (مولر و رابرت، ۲۰۰۵، p۱۲). مرور مطالعات ذکر شده نشان می دهد پژوهش هایی که سوگیری توجه را در افراد OCD پیدا نکردند، بیشتر از محرک های تهدیدکننده کلی استفاده کرده اند، نه محرک های مربوط به OCD. از طرف دیگر، تحقیقات نشان داده است که OCD در مقایسه با اختلال های دیگر، اختلال

¹. Muller

². Roberts

³. Foa

⁴. Ilai

⁵. McCarthy

⁶. Shoyer

⁷. Endler

⁸. Unoki

⁹. Kasuga

¹⁰. Matsushima

¹¹. Ohta

¹². Kyrios

¹³. Iob

¹⁴. Harkness

¹⁵. Harris

¹⁶. Jones

¹⁷. Vaccaro

¹⁸. Stroop

ناهمگن‌تری است و انواع مختلفی را شامل می‌شود، برای بررسی سوگیری‌های توجه باید محرک‌های مربوط به هر زیر گروه را استفاده کرد (موریتز و دیگران، ۲۰۰۴)، برای مثال، بیماران OCD که نگرانی-هایی در مورد آلودگی دارند، در مقابل افرادی که نگران واریسی یا نظم و ترتیب هستند، در مقایسه با گروه کنترل غیرمضطرب، زمان نهفتگی طولانی‌تری برای نام‌بردن رنگ کلمات مربوط به آلودگی (برای نمونه، میکرب) نشان می‌دهند. در حالی که، بین گروه‌ها هیچ تفاوتی در نام‌بردن رنگ کلمات تهدیدکننده کلی (برای نمونه، سرطان) و کلمات خنثی (برای نمونه، سیب) وجود ندارد (فوا و همکاران، ۱۹۹۳)، حتی در یک زیرگروه مشخص هم محرک‌های تهدیدکننده برای هر بیمار با توجه به تاریخچه فردی متفاوت است. به علاوه، در برخی از مطالعات همپوشی با افسردگی وجود داشته (برای نمونه، کیرس و اب، ۱۹۹۸) و احتمال دارد که همپوشی با نشانه‌های افسردگی، سوگیری توجه را در اختلالات اضطرابی تضعیف کند (مولر و رابرت، ۲۰۰۵). بررسی مطالعات ذکر شده نشان می‌دهد که هنوز حمایت‌های تجربی به منظور ارایه یک نتیجه کلی درباره وجود یا عدم وجود سوگیری‌های توجه در افراد OCD بالینی و شبه بالینی^۱ کافی نیست و با توجه به این که، در OCD علائم خودکار اضطراب غالباً وجود دارد و همچنین ارتباط تنگاتنگی میان علائم وسواسی، به‌ویژه افکار وسواسی و افسردگی وجود دارد (مارک^۲، استرن^۳، ماسون^۴ و کب^۵، ۱۹۹۰)، اضطراب، افسردگی و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید، از جمله پدیده‌های بالینی این اختلال محسوب می‌شوند (متیوز، ۱۹۹۰)، با توجه آنچه گفته شد هدف این مطالعه بررسی وجود سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط به وسواس در افراد OCD بود با این فرض که سوگیری توجه به محرک‌های مربوط به وسواس در میان افراد وسواسی بیشتر از افراد عادی است. رابطه این سوگیری توجه با میزان اضطراب و افسردگی نیز بررسی شد.

روش

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری، کلیه افراد دارای نشانه‌های وسواس اجبار شهر مشهد بودند. برای دستیابی به نمونه مورد نظر، اطلاعیه‌ی پژوهشی برای شرکت در این مطالعه تدوین شد و

^۱. Subclinical

^۲. Marks

^۳. Stern

^۴. Mawson

^۵. Cobb

در اختیار کلینیک‌های روان‌شناسی، مراکز بهداشت شهر مشهد و دانشگاه فردوسی قرار گرفت. با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، افرادی که نمره (بالا تر از ۱۶) متوسط و بالا در پرسش‌نامه ییل-براون بدست آوردند، وارد مطالعه شدند. افرادی که تشخیص اولیه آن‌ها اختلالات روان‌شناختی دیگری بود یا تشخیص اختلال بالینی ثانویه‌ای داشتند (نظیر افسردگی عمده) در این مطالعه شرکت داده نشدند. میزان ES^1 در مورد انواع تست استروپ در حد بزرگ ($f^2 = 0/40$) محاسبه شده است (صالحی فدردی و همکاران، ۲۰۰۹). با استفاده از برنامه G*Power، سطح معناداری $p = 0/05$ ، $Power = 0/80$ تعداد ۳۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد، بدین صورت که سوگیری توجه برای محرک‌های مربوط به OCD در ۳۰ آزمودنی مبتلا به OCD با ۳۰ فرد سالم مقایسه شد. آزمودنی‌های گروه کنترل نیز به روش تصادفی ساده، از میان دانشجویان دانشگاه فردوسی انتخاب شدند. این افراد در فهرست ییل براون، بدون مشکل (دامنه نمرات ۰-۷) بودند.

ابزار

۱. **فهرست علایم وسواس فکری-عملی ییل براون.** این مقیاس که توسط گودمن^۲ و همکاران ابداع شده است، دارای ۱۰ ماده است که ۵ ماده برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ ماده برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. این مقیاس شامل (الف) مدت زمان صرف شده؛ (ب) میزان تداخل؛ (ج) میزان ناراحتی؛ (د) میزان مقاومت؛ و (ه) میزان کنترل است. با جمع ۱۰ گزینه مذکور (صفر تا چهار)، مجموع کل گزینه‌ها می‌تواند بین حداقل صفر (بدون علامت) و حداکثر ۴۰ (علامت بسیار شدید) باشد. داده‌های مربوط به اعتبار و پایایی این مقیاس نشان می‌دهد که پایایی بین‌ارزیابان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) ۰/۸۹ بوده است (گودمن، پرایس^۳ و راسموسن^۴، ۱۹۸۹، ص ۱۰۰۶). این پرسش‌نامه به فارسی ترجمه شده و در تحقیقات متعددی به کار رفته و از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است (قاسم‌زاده، خمسه و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵).

۲. **مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم.** این پرسش‌نامه (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶؛ به نقل از فتی، ۱۳۸۲) شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI) است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده بود. این پرسش‌نامه قابل استفاده در جمعیت ۱۳ سال به بالا بوده و نقاط برشی به شرح زیر برای

¹. Effect Size

². Goodman

³. Price

⁴. Rasmussen

آن در نظر گرفته شده است: هیچ یا کمترین افسردگی، نمره صفر تا ۱۳؛ افسردگی خفیف، ۱۹-۱۴؛ افسردگی متوسط، ۲۸-۲۰؛ و افسردگی شدید، ۶۳-۲۹ (گراث و مارنات، ۱۳۸۴). مطالعات انجام شده بر روی پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند و به‌طور کلی این پرسش‌نامه جانشین خوبی برای ویرایش اول پرسش‌نامه افسردگی بک محسوب می‌شود (فتی، ۱۳۸۲). در یک نمونه ایرانی ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ و همبستگی آن با پرسش‌نامه بک ویرایش اول، ۰/۹۳ گزارش شده است (فتی، ۱۳۸۲). در مطالعه حاضر، این پرسش‌نامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت.

۳. پرسش‌نامه اضطراب بک. بک و استر (۱۹۸۸)، به نقل از هویت و نورتین، (۱۹۹۳) با در نظر گرفتن اهمیت سنجش دو بعد اصلی اضطراب، یعنی علائم شناختی و فیزیولوژیکی، پرسش‌نامه اضطراب بک را تدوین کردند. این پرسش‌نامه خودآزما است و از ۲۱ گزینه تشکیل شده است. فراوانی علائم اضطراب در مقیاسی از صفر تا سه، در طول یک هفته گذشته سنجیده می‌شود. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش‌نامه، به این ترتیب است: اضطراب جزئی، صفر تا ۷؛ اضطراب خفیف، ۸-۱۵؛ اضطراب متوسط، ۱۶-۲۵؛ اضطراب شدید، ۲۶-۶۳. در نمونه ایرانی، ضریب آلفا ۰/۹۲، ضریب پایایی بین دو نیمه ۰/۹۱، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۱ و ضریب همبستگی با پرسش‌نامه اضطراب بک با BDI-II ۰/۶۲ گزارش شده است (فتی، ۱۳۸۲). در این مطالعه، این پرسش‌نامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار گرفت.

۴. آزمون کامپیوتری استروپ و سواسی. برای سنجش تورش توجه، از نسخه تطبیق‌یافته آزمون کامپیوتری استروپ کلاسیک (استروپ، ۱۹۳۵) استفاده شد که به‌طور کلی تحت عنوان استروپ هیجانی (صالحی‌فردی و ضیایی، ۱۳۸۹) شناخته می‌شود. برای ساخت آزمون کامپیوتری، از نرم‌افزار سوپرلب^۱ استفاده شد. آزمون استروپ هیجانی، انواع مختلفی از کلمات (تهدیدکننده و خنثی) را در رنگ‌های متفاوت ارائه می‌کند. در این الگو از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا رنگ محرک ارائه شده را با سرعت و دقت هرچه تمامتر بنامند، درحالی‌که باید محتوای معنایی کلمه را نادیده بگیرند. زیاد بودن زمان پاسخ در پاسخ به کلمات تهدیدکننده در مقایسه با کلمات خنثی، دلالت بر یک سوگیری توجه دارد و نمره تداخل نامیده می‌شود.

^۱. Super Lab Pro2

در این آزمون، چهار دسته کلمه مورد استفاده قرار گرفتند: (الف) کلماتی که به OCD مربوط بودند (شک، توال، آلودگی، نجاست، ادرار، شستن، و تمیزی)؛ (ب) کلمات کنترل که به OCD مربوط نبوده و کلمات خنثی تلقی می‌شدند (میز، تقویم، دفترچه، کاغذ، پوشه، کامپیوتر، کلاسور، و پوشه)؛ (ج) کلمات مربوط به اهداف زندگی (خانه، لباس، عشق، خانواده، کار، درس، و سلامتی) که به دلیل بار هیجانی که دارند، به این منظور در تست استروپ قرار داده شدند تا مشخص شود آیا سوگیری توجه مشاهده شده در افراد وسواسی "اختصاصاً" برای محرک‌های مربوط به OCD نشان داده خواهد شد یا اصولاً برای هر نوع محرک هیجانی این سوگیری نشان داده می‌شود؛ و (د) کلمات استروپ کلاسیک یعنی اسامی رنگ‌ها به صورت همخوان (برای نمونه، سبز با رنگ سبز) و اسامی رنگ‌ها به صورت ناهمخوان (برای نمونه، سبز با رنگ قرمز) بودند. کلمات هر سه دسته اول از نظر تعداد، میانگین حروف، تعداد بخش‌ها، و ارتباط معنایی همگون شدند. ابتدا فهرستی از کلمات مربوط به هر دسته به نمونه‌ای از آزمودنی‌ها ارائه شد و از آنها خواسته شد کلمات را بر اساس مرتبط بودن با مقوله مورد نظر (وسواس یا خنثی) رتبه‌بندی کنند. سپس کلماتی که بالاترین رتبه‌ها را کسب کرده بودند انتخاب شدند. تعداد کلمات رنگی به نسبت چهار رنگ مساوی بود. هر یک از کلمات به یکی از رنگ‌های قرمز، زرد، سبز، و آبی بودند، اما همه کلمات در هر چهار رنگ وجود داشتند، بنابراین ترجیح رنگ در سرعت واکنش تأثیری نداشت. ترتیب ارائه محرک‌ها نیز به صورت تصادفی و توسط رایانه انجام می‌شد، در نتیجه به هیچ وجه قابل پیش بینی نبود. هر محرک حداکثر ۲۰۰۰ میلی ثانیه بر صفحه نمایشگر ظاهر می‌شد. به منظور ایجاد آمادگی برای پاسخ به محرک بعدی، علامت (+) سفید رنگ به مدت ۵۰۰ میلی ثانیه ظاهر شده و سپس محرک بعدی ارائه می‌شد. سرعت واکنش آزمودنی به میلی ثانیه، تعداد پاسخ‌های درست، تعداد پاسخ‌های خطا و موارد عدم پاسخ توسط نرم افزار ثبت شد. صالحی فردی و ضیایی (۱۳۸۹) در مطالعه مروری خود چنین نتیجه گرفتند که آزمون استروپ، همسانی درونی قابل قبولی دارد (آلفای کرونباخ، ۰/۸۰) و شواهد کافی به نفع روایی آن وجود دارد. این محققان اذعان داشتند که اگر در اجرا و نمره‌گذاری ابزار استروپ به اندازه کافی دقت شود، تردید اندکی در مورد پایایی و روایی آزمون استروپ هیجانی و استروپ کلاسیک باقی خواهد ماند.

فرایند

شرکت در پژوهش به صورت داوطلبانه بود. بعد از این که، افراد برای شرکت در پژوهش به کلینیک روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مراجعه کردند، برگ اطلاعات و رضایت‌نامه تحقیق را مطالعه کردند.

محتوای این برگه شامل اطلاعاتی درباره نحوه اجرای پژوهش، تعدادی متغیر جمعیت‌شناختی، سولاتی درباره سابقه اختلال روان‌شناختی و مصرف داروهای روانگردان و یک شماره تلفن برای تماس با ناظر طرح در صورت ضرورت بود. مراجعه‌کنندگان توسط روانشناس بالینی مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند و بعد از تکمیل پرسش‌نامه وسواس‌اجبار ییل-براون^۱، پرسش‌نامه اضطراب بک و پرسش‌نامه افسردگی بک، در آزمون استروپ شرکت کردند. محیط اجرا، یکی از اتاق‌های کلینیک روانشناسی بالینی انتخاب شد که سروصدای بیرون وارد آن نشود.

دستگاه

برای اجرای آزمون استروپ، از یک دستگاه لب‌تاپ دل با مانیتور ۱۶ اینچ استفاده شد که روی میز قرار داده شده بود، به‌طوری‌که فاصله چشم شرکت‌کنندگان با دستگاه حدود ۴۰-۳۶ سانتیمتر بود. شرکت‌کنندگان در یک وضعیت راحت روی صندلی می‌نشستند و تست را اجرا می‌کردند. به‌منظور ایجاد آمادگی، شرکت‌کنندگان ابتدا با ستاره‌های رنگی تمرین کردند تا جای رنگ‌ها را روی صفحه کلید به‌خوبی یاد بگیرند. قبل از اجرای تکلیف استروپ رایانه‌ای، از آنها خواسته شد که رنگ چهار برچسب رنگی را که به صفحه کلید به صورت زیر چسبانده شده بود، نام ببرند. کلید "۹" (قرمز)، کلید "و" (زرد)، کلید "ز" (سبز) و کلید "ظ" (آبی)، آزمودنی با فشردن هر کدام از این کلیدها واکنش می‌دادند. در مرحله تمرین، رایانه در مورد پاسخ درست، اشتباه و دیر به فرد بازخورد نوشتاری می‌داد. مرحله تمرین آن قدر تکرار شد تا آزمودنی محل کلیدهای رنگی را یاد بگیرد. در مرحله آزمون، هر آزمودنی باید صرف نظر از معنی کلمات، فقط به رنگ واکنش نشان می‌داد.

نتایج

در ابتدا گروه وسواسی و گروه عادی در نمونه مورد مطالعه، از نظر نمرات کسب شده در پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی و سن و تحصیلات با استفاده از آزمون t برای نمونه‌های مستقل با یکدیگر مقایسه شدند. گروه وسواسی در نمرات اضطراب ($t=5/53$, $p=0/001$) و افسردگی ($t=7/76$, $p=0/001$) تفاوت معناداری با گروه عادی داشتند، به‌طوری‌که نمرات آنها در این متغیرها بیشتر از گروه عادی بود. اما در متغیرهای سن ($t=-0/719$, $p=0/475$) و تحصیلات ($t=-7/66$, $p=0/477$) تفاوت آنها معنادار نبود.

¹. Yale.Brown obsessive compulsive scale

برای محاسبه نمرات تداخل ابتدا پاسخ‌های غلط و موارد عدم پاسخ از داده‌های خام کنار گذاشته شدند و تنها زمان واکنش برای پاسخ‌های صحیح در محاسبات وارد شدند. به علاوه، مواردی که پاسخ به آنها به طرز غیرواقعی، سریع (مانند، < ۳۵۰ میلی ثانیه) و یا کند (مانند، > ۱۲۰۰ میلی ثانیه) بودند از محاسبه حذف شدند. سپس نمرات تداخل برای هر دسته کلمات محاسبه شد. برای محاسبه نمره تداخل، میانگین زمان واکنش به کلمات خنثی از میانگین زمان واکنش به کلمات هیجانی کسر شد. نمره تداخل برای محرک‌های وسواسی، از کسر میانگین زمان واکنش به محرک‌های وسواسی از میانگین زمان واکنش به محرک‌های خنثی بدست آمد.

نمره تداخل اهداف نیز از کسر میانگین زمان واکنش به محرک‌های مربوط به اهداف از میانگین زمان واکنش به محرک‌های خنثی محاسبه شد. نمره تداخل استروپ کلاسیک نیز به همین ترتیب، با کم کردن میانگین زمان واکنش به رنگ‌های ناهمخوان از میانگین زمان واکنش به رنگ‌های همخوان محاسبه شد. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه وسواسی و غیر وسواسی را در متغیرهای جمعیت-شناختی، نمرات مقیاس وسواس ییل براون، پرسش‌نامه افسردگی بک، پرسش‌نامه اضطراب بک، و نمرات تداخل، نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و میانگین و انحراف استاندارد نمرات تداخل

متغیرها	گروه وسواسی		گروه غیر وسواسی	
	SD	M	SD	M
سن	۲۴	۴/۴۵	۲۴/۶۶	۲/۴۴
تحصیلات	۱۶/۴۶	۱/۴۵	۱۶/۷۳	۱/۲۲
نمره وسواس ییل براون	۲۰/۳۶	۴/۸۰	۳/۴۳	۲/۴۴
افسردگی	۲۳/۸	۱۰/۳۲	۷/۳۶	۲/۲۶
اضطراب	۲۲/۶۶	۱۴/۹۹	۶/۶۰	۵/۳۰
نمره تداخل وسواس	۳۲/۶۹	۵۱/۰۴	۹/۳۹	۴۳/۲۶
نمره تداخل اهداف	۱۷/۴۲	۵۴/۳۷	-۱/۵۴	۴۸/۰۸
نمره تداخل کلاسیک	۵۰/۵۵	۴۸/۱۰	۷۶/۳۵	۴۵/۴۱

برای بررسی فرضیه پژوهش، از مدل تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. در مدل، نمره تداخل محرک‌های مربوط به وسواس به عنوان متغیر وابسته، گروه به عنوان متغیر مستقل و نمره تداخل استروپ کلاسیک به عنوان کوواریت وارد شد. نمرات تداخل کلاسیک به عنوان پایه‌ای برای عملکرد اجرایی شناختی مغز در نظر گرفته می‌شود. با کنترل این متغیر، اثر مشاهده شده در دیگر نمرات تداخل را نمی‌توان به نقص احتمالی در سیستم عملکرد اجرایی مغز نسبت داد. نمرات افسردگی ($r=0/120$, $p=0/363$) و اضطراب ($r=0/111$, $p=0/399$) به دلیل اینکه ارتباط معناداری با میزان سوگیری توجه به محرک‌های وسواسی نداشتند، به عنوان کوواریت وارد نشدند. نتایج بدست آمده نشان داد که اثر گروه معنادار بود ($F_{(1,57)}=5/339$; $p=0/024$, $d^1=0/61$) به طوری که گروه وسواسی از گروه عادی سوگیری توجه بیشتری به محرک‌های وسواسی نشان داد. برای مقایسه میزان توجه افراد دو گروه به محرک‌های مربوط به اهداف نیز مدل تحلیل واریانس یک‌طرفه به کار رفت. نمره تداخل مربوط به اهداف به عنوان متغیر وابسته، گروه به عنوان متغیر مستقل و نمره تداخل کلاسیک به عنوان کوواریت وارد شد. نمرات افسردگی ($p=0/548$) و اضطراب ($r=0/079$, $p=0/524$) به دلیل اینکه ارتباط معناداری با میزان سوگیری توجه به محرک‌های مربوط به اهداف نداشتند، به عنوان کوواریت وارد نشدند. نتایج نشان داد که سوگیری توجه گروه وسواسی نسبت به محرک‌های مربوط به اهداف نیز از گروه عادی بیشتر بود ($d=0/42$, $p=0/042$, $F_{(1,57)}=4/462$).

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که قبلاً بیان شد، برخی محققان بیان کرده‌اند که ماهیت تکراری اعمال و افکاری که در OCD وجود دارد، ناشی از سوگیری‌هایی در پردازش اطلاعات است، اما نتایج بدست آمده در این مورد ناهمخوان است (مولر و رابرتس، ۲۰۰۵). هدف پژوهش حاضر، بررسی وجود سوگیری‌های توجه در افراد OCD در یک نمونه ایرانی بود. با توجه به اینکه در برخی از مطالعاتی که سوگیری توجه را در افراد وسواسی نشان نداده بود، همپوشی با افسردگی وجود داشت و برخی مطالعات دیگر مدعی بودند که امکان دارد همپوشی با افسردگی، سوگیری توجه را در اختلالات اضطرابی تضعیف کند، لذا ما هر دو اختلالی (یعنی اضطراب و افسردگی) را که طبق مطالعات همپوشی زیادی با وسواس نشان داده بودند، مورد سنجش قرار دادیم و ارتباط آنها را با سوگیری توجه به وسواس بررسی کردیم. نتایج نشان داد که هرچند

^۱. مجذور اتا که توسط برنامه SPSS به عنوان شاخص اندازه اثر محاسبه می‌شود را به کوهن d تبدیل کردیم تا درک آن آسان‌تر شود. کوهن d برابر با ۰/۲۰ کوچک، ۰/۵۰ متوسط و ۰/۸۰ بزرگ می‌باشد.

بین دو گروه تفاوت معناداری در اضطراب و افسردگی وجود دارد، اما این تفاوت با میزان سوگیری به محرک های وسواسی و محرک های مربوط به اهداف ارتباط معناداری ندارد. بنابراین، این دو متغیر وارد تحلیل کواریانس نشدند. همچنین بررسی فرضیه این پژوهش باینگر آن بود که افراد مبتلا به وسواس فکری عملی در مقایسه با افراد بهنجار، سوگیری توجه بیشتری به محرک های مربوط به وسواس نشان می دهند. این یافته از نتایج مطالعات پیشین حمایت می کند (برای مثال سامرفلدت و اندلر، ۱۹۹۸). یک روش خاص و نسبتاً قوی برای سنجش توجه انتخابی و بازداری پاسخ در اختلالات اضطرابی، استفاده از نسخه هیجانی آزمون استروپ است. وقتی که بیماران مضطرب با کلمات مربوط به نگرانی هایشان روبرو می شوند، پردازش خودکار معنایی، نام بردن ارادی رنگ را به تعویق می اندازد. تداخل زمانی است که توجه انتخابی (غیرارادی) به محرکی معطوف می شود که در اصل، باید در طی تکلیف نادیده گرفته شود. این امر در عملکرد فرد اختلال ایجاد می کند، مثلاً زمان واکنش را افزایش می دهد (ویلیام، متیوس و مک لئود، ۱۹۹۶). در فرد وسواسی، زمانی که فرایند پردازش جدید مانند تعیین رنگ کلمات صورت می گیرد، پردازش پیشین یعنی درگیری ذهنی فرد با محتوای محرک های هیجانی همچنان در جریان است. در نتیجه، پردازش جدید به عنوان یک عامل مزاحم عمل می کند و باعث می شود نظام شناختی فرد کندتر پاسخ دهد. به عبارت دیگر، این سوگیری خودکار نسبت به محرک های وسواسی در این افراد موجب می شود توجه آنها در وهله نخست به محتوای هیجانی آنها معطوف شود.

یک زمینه مهم پژوهش های انجام شده درباره سوگیری های توجه در اختلالات اضطرابی، بررسی مولفه های سوگیری توجه است. سوگیری توجه نسبت به تهدید ممکن است ناشی از تسهیل توجه به تهدید^۱، مشکل در توجه برگردانی از تهدید^۲ و یا توجه اجتنابی از تهدید^۳ باشد. تسهیل توجه اشاره به سهولت و سرعت هدایت توجه به محرک تهدیدکننده دارد. مشکل در توجه برگردانی اشاره به مقداری دارد که محرک تهدیدکننده توجه را به خود می گیرد و مانع اختصاص یافتن توجه از تهدید به محرک های دیگر می شود. توجه اجتنابی نیز به یک پدیده تجربی نسبتاً جدیدتر اشاره دارد که در آن توجه به محرک های متضاد با محرک تهدیدکننده اختصاص می یابد بنابراین، اجتناب از محرک تهدیدکننده را باعث می شود (کیسلر^۴ و کاستر^۵، ۲۰۰۹). چندین مطالعه نشان دهنده توجه اجتنابی در میان افراد مضطرب

1. Facilitated attention for threat

2. Delayed disengagement from threat

3. Attentional avoidance

4. Cisler

5. Koster

بوده است. برای نمونه، فلاگ شاول^۱ و همکاران (۲۰۰۵) دریافتند افرادی که دارای فوبی عنکبوت هستند در ابتدا تثبیت حرکت سریع چشم را به سمت محرک عنکبوت نشان می‌دهند (یعنی، توجه تسهیل شده)، اما متعاقباً تثبیت حرکات چشم را به دور از محرک فوبی نشان می‌دهند (یعنی، توجه اجتنابی). بنابراین، توجه اجتنابی نیز یکی از مولفه‌های سوگیری توجه می‌باشد بخصوص زمانی که مدت زمان ارائه محرک هیجانی زیاد باشد. تسهیل و بازداری، عوامل هدایت‌کننده توجه انتخابی هستند (کک^۲، ۱۹۹۹)، که به ما اجازه می‌دهند با اولویت‌بندی به محرک‌های مهم محیطی پاسخ دهیم. نقائص بازداری به طور گسترده در اختلالات روان‌پریشی مثل بیش‌فعالی و نقص توجه، اسکیزوفرنیا و وسواس فکری عملی مورد بررسی قرار گرفته است (توماس^۳، گونسالوز^۴ و جان‌استان^۵، ۲۰۰۹). سوگیری‌های توجه در اختلالات اضطرابی احتمالاً نتیجه جانبی حالت هیجانی نیست، بلکه نقش مهمی در ایجاد و تداوم نشانه‌ها دارد (کلارک، ۱۹۸۶).

دروازه پردازشی مهم (یعنی، بازداری اطلاعات نامربوط) با عملکرد کمربندی-پیشانی مرتبط شده است. به نظر می‌رسد نقص در عملکرد کمربندی-پیشانی، در ایجاد علائم شناختی، عاطفی و رفتاری OCD خیلی مهم است. مشخص شده است که مشکل در عملکرد افراد OCD در آزمون استروپ، با کاهش حالت استراحت متابولیسم قشری ناحیه‌ای سنجیده شده در کورتکس پری‌فرونتال مرتبط است، که با این تصور که قشر پیشانی در ایجاد OCD درگیر است، هماهنگ است (مارتینو^۶ و همکاران، ۱۹۹۰).

همچنین، افراد وسواسی نسبت به گروه عادی به محرک‌های مربوط به اهداف زندگی نیز سوگیری توجه بیشتری نشان دادند. در این زمینه می‌توان به نظریه تغییر فکر کلینگر اشاره کرد. ورود سرزده افکار وسواسی، تصاویر و تکانه‌های مزاحم به جریان افکار، می‌تواند به عنوان یک تغییر ناگهانی در محتوای فکر دیده شود. مفهوم اصلی مدل کلینگر^۷ (۱۹۶۶، به نقل از کلارک، ۲۰۰۵) این است که تغییر در محتوای فکر وقتی اتفاق می‌افتد که شخص با نشانه‌ای روبرو می‌شود که هیجانی را به دلیل ارتباطش با یکی از دغدغه‌های جاری فرد برمی‌انگیزد. بنابراین، مفهوم دغدغه جاری نقش مهمی در فهمیدن فراوانی و سرعت تغییر در محتوای فکر بازی می‌کند. در واقع، توانایی افکار مزاحم برای بدست آوردن اولویت توجه ممکن است برآمده از ارتباط آنها با دغدغه‌های جاری فرد باشد. بنابراین، دور از انتظار نیست که افراد وسواسی

1. Pflugshaupt

2. Kok

3. Thomas

4. Gonzalvez

5. Johnstone

6. Martinot

7. Kelinger

که از افکار مزاحم رنج می‌برند، به محرک‌های مرتبط با دغدغه‌های جاری خود نیز توجه بیشتری نشان دهند، چرا که محتوای این افکار معمولاً در ارتباط با موضوعات مربوط به اهداف زندگی (برای نمونه، کار، سلامت و خانواده) است.

مطالعات زیادی در حال بررسی این موضوع است که آیا آموزش سوگیری توجه می‌تواند اضطراب را تحت تأثیر قرار دهد یا نه. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش توجه به شیوه‌ای که به تهدید سوگیری داشته باشد، اضطراب را افزایش (مک‌لئود^۱، راترفورد^۲، کمپبل^۳، ايسورتی^۴ و لین^۵، ۲۰۰۲)، و آموزش آموزش توجه برای دوری از تهدید می‌تواند علایم فوبی اجتماعی (امیر^۶، برد^۷، بورنز^۸ و بومیای^۹، ۲۰۰۹) (۲۰۰۹) اختلال اضطراب فراگیر (اسمیت^{۱۰}، ریچی^{۱۱}، بوکتر^{۱۲} و تیمپانو^{۱۳}، ۲۰۰۹) را کاهش دهد. با روشن شدن وجود سوگیری‌های توجه در OCD، شاید بتوان از چنین مداخلاتی در مورد بیماران وسواسی نیز استفاده کرد. برای نمونه، می‌توان مداخله‌ای طراحی کرد که در آن بتوان توجه به محرک‌های وسواسی را در افراد وسواسی کاهش داد، به گونه‌ای که فرد بتواند در کنترل توجه خود مهارت کسب کند و در نهایت ببینیم که آیا چنین مداخله‌ای می‌تواند در کاهش علایم وسواس موثر باشد یا نه.

-
- ¹ . MacLeod
 - ² . Rutherford
 - ³ . Campbell
 - ⁴ . Ebsworthy
 - ⁵ . Lin
 - ⁶ . Amir
 - ⁷ . Beard
 - ⁸ . Burns
 - ⁹ . Bomyea
 - ¹⁰ . Schmidt
 - ¹¹ . Richey
 - ¹² . Buckner
 - ¹³ . Timpano

منابع

صالحی فدردی، جواد. و ضیایی، سلیل. (۱۳۸۹). فرایندهای شناختی ضمنی و سوگیری توجه در رفتارهای اعتیادی: معرفی، ساخت و کاربرد آزمون استروپ مواد. *اصول بهداشت روانی*، شماره ۴۵ بهار ۸۹.

فتی، لادن. (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی، پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

Amir, N., Beard, C., Burns, M., & Bomyea, J. (2009). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 28-33.

Bar-Haim, Y., Holoshitz, Y., Eldar, S., Frenkel, T. I., Muller, D., Charney, D. S. (2010). Life-threatening danger and suppression of attention bias to threat. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 694-698.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.

Bradley, B. P., & Mogg, K. (1999). Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology* 38, 267-278.

Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1995). Processing threatening information in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 537-541.

Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1997). Attentional bias in posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma Stress*, 10(4), 635-644.

Burgess, J. S., Jones, L. N., Robertson, S. A., Radcliffe, W. N., Emerson, E., Lawler, P. (1981). The degree of control exerted by phobic and nonphobic verbal stimuli over the recognition behavior of phobic and nonphobic subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 223-243.

Cisler, J. M., & Koster, E. H. (2009). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorder: An integrative review, *Clinical Psychology Review*, 30, 203-216.

Clark, D. A. (2005). Intrusive thoughts in clinical disorders : theory, research, and treatment. New York: The Guilford press.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Fadardi, J. S., & Cox, W. M. (2009). Reversing the sequence: reducing alcohol consumption by overcoming alcohol attentional bias. *Drug and Alcohol Dependence*, 101(3), 137-145.

Foa, H., Ilai, D., McCarthy, P. R., & Shoyer, B. (1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder, *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173-189.

- Ghassemzadeh, H., Khamseh, A., & Ebrahimkhani, N. (2005). Demographic variables and clinical features of obsessive compulsive disorder in Iranian patients (second report), in B. E. Ling (Ed.) *Obsessive Compulsive Disorder Research* (243-271). New York: Nova Science Publisher, Inc.
- Goodman, W. K., Price, L. H., & Rasmussen, S. A. (1989). The YaleBrown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use. and reliability, *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Harkness, E. L., Harris, L. M., Jones, M. K., & Vaccaro, L. (2009). No evidence of attentional bias in obsessive compulsive checking on the dot probe paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 437-443.
- Irak, M., & Flament, M. F. (2009). Attention in sub-clinical obsessive-compulsive checkers. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 320-326.
- Klinger, E. (1996). The contents of thoughts: Interference as the downside of adaptive normal mechanisms in thought flow. In I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. (pp. 3-23). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kok, A. (1999). Varieties of inhibition: manifestations in cognition, event-related potentials and aging. *Acta Psychologica*, 101, 129-158.
- Kyrios, M., & Iob, M. A. (1998). Automatic and strategic processing in obsessive-compulsive disorder: attentional bias, cognitive avoidance or more complex phenomena? *Journal of Anxiety Disorder*, 12(4), 271-292.
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Lin, H. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 107-123.
- Marks, L. M., Stern, R. S., Mawson, D., & Cobb, J. (1990). Clomipramin and exposure of obsessive-compulsive rituals. *British Journal of psychiatry*, 136, 1-25.
- Martinot, J.L., Allilaire, J.F., Mazoyer, B.M., Hantouche, E., Huret, J.D., Legaut-Demare, F., Deslauriers, A.G., Hardy, P., Pappata, S., & Baron, J.C. (1990). Obsessive compulsive disorder: a clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatrica Scand*, 82, 233-242.
- Moritz, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Fricke, S., Rufer, M., & Hand, I. (2004). Examination of emotional Stroop interference in obsessive-compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 42, 671-682.
- Moritz, S., Von Muhlenen, A., Randjbar, S., Fricke, S., & Jelinek, S. (2009). Evidence for an attentional bias for washing- and checking-relevant stimuli in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(3), 365-371.
- Muller, J., & Roberts, J. E. (2005). Memory and attention in Obsessive-Compulsive Disorder: a review. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 1-28.
- Pflugshaupt, T., Mosimann, U. P., vonWartburg, R., Schmitt, W., Nyffeler, T., & Muri, R. M. (2005). Hypervigilance-avoidance pattern in spider phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 105-116.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Buckner, J. D., & Timpano, K. R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 5-14.

Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.

Summerfeldt, L. J., & Endler, N. S. (1998). Examining the evidence for anxiety-related cognitive biases in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 579-598.

Thomas, S. J., Gonzalvez, C. J., & Johnstone, S. J. (2009). Sequence effects in the Go-No-Go task: Inhibition and facilitation. *International Journal of Psychophysiology*, 74, 209-219.

Thorpe, S. J., & Salkovskis, P. M. (1997). The effect of one-session treatment for spider phobia on attentional bias and beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 36 (Pt 2), 225-241.

Thorpe, S. J., & Salkovskis, P. M. (1998). Studies on the role of disgust in the acquisition and maintenance of specific phobias. *Behavior Research Therapy*, 36(9), 877-893.

Unoki, K., Kasuga, T., Matsushima, E., & Ohta, K. (1999). Attentional processing of emotional information in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53, 635-642.

Williams, J.M., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.



حیدری، شیماء؛ اللهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح، پرویز (۱۳۹۱). بررسی تأثیر روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به سبک دلبستگی آنها. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲(۱)، ۱۴۲-۱۲۵.

بررسی تأثیر روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به سبک دلبستگی آنها

شیماء حیدری^۱، دکتر عباسعلی اللهیاری^۲، دکتر پرویز آزاد فلاح^۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۶/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۳۱

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به سبک دلبستگی آنها بود. آزمودنی‌های این پژوهش ۲۰ نفر از دانشجویان مضطرب و افسرده از بین دانشجویان دانشگاه صنعتی بابل بودند که به دلیل اضطراب و افسردگی به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه نمودند. ۱۰ نفر از این دانشجویان تشخیص سبک دلبستگی دوسوگرا و ۱۰ نفر سبک دلبستگی اجتنابی، دریافت کرده بودند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک دلبستگی هازن و شیور و پرسشنامه اضطراب و افسردگی DASS 21 سؤالی استفاده شد. دانشجویان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله آزمایشی (روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه)، این پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. داده‌های بدست آمده با آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری با اندازه‌گیریهای مکرر، نشان داد که روش درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان به صورت معنادار ($P < 0/01$) مؤثر بوده است ولی تأثیر سبک دلبستگی بعنوان متغیر تعدیل‌کننده تأیید نشد، به این ترتیب که هم دانشجویان با سبک دلبستگی اجتنابی و هم دانشجویان با سبک دلبستگی دوسوگرا، کاهش اضطراب و افسردگی را در حد معنادار نشان دادند.

کلیدواژه‌ها: روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه، اضطراب، افسردگی، سبک دلبستگی.

^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس - shimaheidary_2005@yahoo.com

^۲ - استادیار دانشگاه تربیت مدرس

^۳ - دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

تئوری دلبستگی بصورت روزافزونی بعنوان یک مدل تبیینی برای آسیب شناسی روانی بکار گرفته می شود. از تمرکز ابتدایی آن روی روشهای پرورش فرزند، تا کاربرد آن در عوامل روانی مرتبط با اختلالات افسردگی عمده و اخیراً اختلالات اضطرابی (هامن و همکاران، ۱۹۹۵؛ انگ و همکاران، ۲۰۰۱: ۴۳۸). اغلب روانشناسان تحولی با این نظر موافقند که سه الگوی اصلی دلبستگی وجود دارد. سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دو سوگرا (بو کاتکو و دلر، ۱۹۹۵: ۲۵). پژوهشها نشان داده اند که سبکهای دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دو سوگرا) در سطوح بالایی با آسیب شناسی روانی، از جمله اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد، مرتبط است. (راتر، ۱۹۹۰: ۳۰). همچنین (سافورد و همکاران، ۲۰۰۴: ۲۵)، طی مطالعه ایی روی رابطه سبک دلبستگی نا ایمن و سبکهای شناختی با اضطراب و افسردگی، نشان دادند، افرادی با سبک دلبسته نا ایمن بیشتر احتمال دارد دچار همبودی اختلالات هیجانی شوند تا اینکه فقط گرفتار یک اختلال خاص و منفرد شوند. بعضی از مطالعات ارتباط قویتری بین نشانه های افسردگی و سبک دلبستگی دو سوگرا را گزارش کرده اند (گرسما و لوتین، ۲۰۰۰: ۱۵؛ مورفی و بیتس، ۱۹۹۷: ۸۳۵) در حالی که برخی دیگر نقش سبک اجتنابی را مهمتر دانسته اند (مک کارتی، ۱۹۹۹: ۳۰۵). مطالعات کمتری بر ارتباط سبک دلبستگی با اختلالات اضطرابی بعنوان یک پیامد کار کرده اند. تحقیقات نشان داده اند که اضطراب اجتماعی مرتبط است با اجتناب (فقدان ابراز وجود) و وابستگی (اتکاء بیش از حد بر دیگران). این همچنین شامل مقوله سبک دلبستگی اضطرابی می شود که شامل نیازهای متعارض برای صمیمیت و استقلال است (بارتلومو و هروویتس، ۱۹۹۱: ۲۲۶). انگ و همکارانش اضطراب اجتماعی و سبک دلبستگی را در جمعیت بالینی بررسی کردند و یافتند که سبک دلبستگی دو سوگرا مرتبط بود با راحتی کمتر در ارتباطات، اعتماد کمتر و اضطراب بیشتر نسبت به طرد شدن و رها شدن. (انگ و همکاران، ۲۰۰۱: ۳۷۸). این تجارب همچنین با افسردگی عمده و اختلالات اضطرابی در دوران بزرگسالی همراه است (بیفالکو و همکاران، ۱۹۹۸: ۳۹؛ هارکنس و وایدز، ۲۰۰۲: ۲).

بشارت و همکاران (۱۳۸۰: ۲۸۲) نشان دادند آزمودنی های دارای سبک دلبستگی ایمن بیش از آزمودنی های ناایمن (اجتنابی، دو سو گرا) از مکانیزم های دفاعی رشد یافته استفاده می کنند.

بصورت اجمالی بر اساس نتایج پژوهشها در این زمینه می توان رابطه ایی بین نوع اختلال و سبک دلبستگی دانست، بعنوان مثال (اروزکان، ۲۰۰۹: ۸۳۵) طی پژوهشی در زمینه رابطه سبک دلبستگی دانشجویان و میزان اضطراب آنها، عنوان کرده که اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر با سبک دلبستگی دو سوگرا همبسته است. (بیفالکو و همکاران، ۲۰۰۲: ۶۰) نیز، رابطه بین سبک دلبستگی و افسردگی بالینی

را در افراد بزرگسال مورد مطالعه قرار دادند، نتایج پژوهش آنها نشان می دهد، افسردگی هم در سطح بالینی و هم در سطح نشانه های افسردگی، با سبک اجتنابی همبسته است. در حالیکه سبک دوسوگرا با افسردگی مرتبط نبود. احتمالاً به این علت که افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی به هنگام رخداد وقایع استرس آمیز دفاعهای اجتنابی شان فعال می شود که منجر به کناره گیری آنها و عدم دریافت کمک از دیگران می شود.

شوری و سیندر (۲۰۰۶: ۳) نشان دادند که سبک های دلبستگی، روان بنه های شناختی و مدل های کاری را فراهم می کند که از طریق آن افراد، دنیای بیرونی را درک و با آن ارتباط برقرار می کنند و به نوبه خود این روان بنه ها زمینه تحول آسیب شناسی روانی را فراهم می کنند و حتی پیامدهای روان درمانی را تحت تأثیر قرار می دهند. این محققان اظهار می دارند فهم سبک دلبستگی بر فرموله کردن و مفهوم سازی مشکلات مراجع و انتخاب مداخلات مناسب کمک می کند از نظر این پژوهشگران ارزیابی از سبک دلبستگی باید بعنوان یک بخش استاندارد برنامه درمانی قرار گیرد. از طرفی میر (۲۰۰۱: ۴۶۹) نشان داده است که تجارب گذشته با مراقبان می تواند رابطه بیمار- درمانگر را تحت تأثیر قرار دهد. ترس از طرد شدن در بیمار که توسط سبک دلبستگی اجتنابی فعال می شود می تواند سبب برانگیخته شدن دفاع های ناپخته و جدا شدن از درمانگر شوند و روی فرآیند درمان از جمله اتحاد درمانی اثر گذارد. همچنین مولر (۲۰۰۹: ۱۶۷) پیشنهاد می کند، استقلال ظاهری و عدم کمک خواهی در بزرگسالان دلبسته نا ایمن که دارای اختلالات بالینی هستند را می توان از طریق فعالیت مستقیم روی سیستم دلبستگی و سیستم های دفاعی اجتنابی چالش انگیز، درمان کرد.

با توجه به پژوهش های ارائه شده در زمینه رابطه سبک دلبستگی و انواع اختلالات روانی و تأثیر ی که این متغیر روی فرایند و نتایج درمان می گذارد به نظر می رسد که هر فعالیت درمانی به منظور کاهش اختلالات و آسیب شناسی روانی باید به سبک دلبستگی به عنوان یک متغیر میانجی یا تعدیل کننده نظر داشته باشد، در این بررسی از رویکرد کوتاه مدت همدلانه استفاده می شود و لزوم این روش درمانی درگیر شدن^۱ در سطح هیجانی و شناختی بصورت فشرده توسط درمانگر و مراجع می باشد.

در درمان تحلیلی کوتاه مدت همدلانه با رویکرد روانشناسی خویشتن^۲ مثلث بینشی ابزار مفیدی است و تعابیر در حوزه روانشناسی خویشتن قرار می گیرد. در این رویکرد واکنش انتقال^۳ به عنوان نتیجه اثر

^۱ -Engagement

^۲ - self-psychology

^۳ - transference

مقابل دو روان بیمار و درمانگر نگرسته می‌شود، بیش هدف نهایی درمان نیست و باید منجر به درونی سازی^۱ کنش‌های درمانگر از قبیل تنظیم عواطف، پیگیری اهداف، خلق محیط‌های نگهدارنده موضوع خود^۲ برای بیماران شود. در نظر کوهات (۱۹۷۱) موضوع خود عبارت است از، افراد یا اشیائی که همچون بخشی از خود تجربه می‌شوند و یا برای اجرای کارکردی در خدمت خود قرار می‌گیرند. همچنین در این رویکرد، درمانگر به بیمار اجازه می‌دهد تا تجربه موضوع‌های خود دیگری با درمانگر داشته باشد که به بیمار کمک می‌کند خویشتن خود را بازابد. گرایش کلی در درمان کوتاه مدت از تاکید درون‌روانی^۳ به میان‌فردی^۴ است و جایگاه روان‌درمانی کوتاه مدت همدلانه با رویکرد روانشناسی خویشتن که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد، در این خصوص (از نظر بین فردی و درون‌روانی) در حد وسط است.

از آنجا که این مدل درمانی روی روابط افراد با موضوع‌های خود آنها کار می‌کند و روابط با افراد مهم را بصورت همدلانه مد نظر قرار می‌دهد و تئوری دلبستگی (بالبی^۵، ۱۹۸۲ و اینورث^۶، ۱۹۷۳؛ به نقل از ریگز و همکاران، ۲۰۰۷: ۵۸۰) شکل رابطه با مراقب اصلی را سبب ایجاد سبک‌های دلبستگی مختلف می‌دانند، به نظر می‌رسد این مدل درمانی کفایت بیشتری نسبت به سایر مدل‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مرتبط با سبک دلبستگی داشته باشد. بنابراین فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

- ۱- روان‌درمانگری کوتاه مدت همدلانه، سبب کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان می‌شود.
- ۲- روان‌درمانگری کوتاه مدت همدلانه، در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویانی با سبک دلبستگی دوسوگرا مؤثرتر از دانشجویانی با سبک دلبستگی اجتنابی است.

روش تحقیق:

طرح تحقیق در این مطالعه یک طرح شبه تجربی است. بدین منظور دانشجویانی که به دلیل اضطراب و افسردگی به مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی بابل مراجعه نمودند، تحت ارزیابی بالینی از طریق مصاحبه و پرسشنامه سنجش اضطراب و افسردگی DASS^۷ قرار گرفتند. دانشجویانی که بر اساس مصاحبه و

^۱ - internalizing

^۲ - self-object

^۳ - intra psychic

^۴ - interpersonal

^۵ - Bowl by

^۶ - Ainsworth

^۷ -The Depression Anxiety Stress Scale

پرسشنامه تشخیص دارا بودن اضطراب و افسردگی بصورت همزمان را دریافت کردند، بعنوان نمونه انتخاب شدند. افرادی که تحت نظر روانپزشک بودند و دارو مصرف می کردند و همچنین افرادی که به جز اختلالات اضطراب و افسردگی از اختلالات دیگری به صورت همزمان رنج می بردند از نمونه خارج شدند. بعد از تشخیص اضطراب و افسردگی، افراد نمونه تحت مصاحبه بالینی به منظور ارزیابی سبک دلبستگی آنها قرار گرفتند، پرسشنامه سیزده مقیاسی سبک دلبستگی هازن و شیور بعنوان مکمل این بخش مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت ۴۸ نفر با سبک دلبستگی ناایمن که دارای اضطراب و افسردگی بودند، بدست آمده و مورد بررسی بیشتر قرار گرفتند و از بین این افراد آنهایی که تمایل به همکاری در پژوهش را داشتند، دو گروه ده نفری با سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا، به عنوان نمونه پژوهش، انتخاب شد. سپس این افراد وارد دوره رواندرمانی کوتاه مدت همدلانه شدند (بصورت درمان انفرادی و میانگین دوازده جلسه). افراد گروه نمونه شامل ۹ دانشجوی پسر و ۱۱ دانشجوی دختر بودند که همگی در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند و در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۴ سال قرار داشتند.

ابزار اندازه گیری در این پژوهش برای متغیر وابسته اضطراب و افسردگی، مصاحبه بالینی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS ۲۱ سؤالی و برای متغیر تعدیل کننده سبک دلبستگی، مصاحبه AAI و پرسشنامه سبکهای دلبستگی هازن و شیور بود.

DASS- 21 شامل سه زیر مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس می باشد. زیر مقیاس افسردگی شامل: ملامت، ناامیدی، بی ارزش شمردن زندگی، نازرنده سازی خود، فقدان علاقه مشارکت، بی لذتی، سکون. زیر مقیاس اضطراب و استرس، سطح برپایی مزمن و غیر اختصاصی، دشواری در آرام شدن، برپایی عصبی سهولت در تحریک شدن، ناآرامی و فزون تحریک پذیری را در بر می گیرد. لویباند و لویباند (۱۹۹۵) طی پژوهشی روی یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، نشان داد، پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS (R=0.40) همبستگی بالایی دارد. علاوه بر این آنتونی و همکاران در سال ۱۹۹۸ الگوی مشابهی از همبستگی را در نمونه های بالینی بدست آوردند. کرافورد و هنری نیز در سال ۲۰۰۳، در نمونه ۱۷۷۱ نفری در انگلستان، این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش نمودند (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴: ۲۹۹). در ایران نیز توسط مرادی پناه آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است (مرادی پناه، ۱۳۸۴: ۹۰). این آزمون دارای مزئیهای زیادی نسبت به دیگر آزمون های ارزیابی افسردگی و اضطراب است از جمله اینکه این آزمون

قادر به تفکیک یا تشخیص افتراقی افسردگی از اضطراب است و هم چنین به دلیل عدم وجود آیت‌های سوماتیک در ارزیابی افسردگی از بیش برآوردی افسردگی در بیماران مختلف جلوگیری می‌کند، مسئله‌ای که در آزمون‌های قبلی ارزیابی افسردگی بسیار چشمگیر بوده است.

پرسشنامه سبک دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷)، شامل دو قسمت است. قسمت اول ۱۲ سؤال در مقیاس پنج درجه ایی لیکرت با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ برای سبک ایمن، ۰/۷۲ برای سبک اجتنابی و ۰/۷۲ برای سبک دوسوگرا می‌باشد. قسمت دوم پرسشنامه شامل سه گزینه است که سه نوع سبک دلبستگی را توصیف می‌کنند. ضریب پایایی باز آزمایی پرسشنامه با فاصله دو هفته $r = 0/9$ و اعتبار محتوایی ۰/۷۶ در سبک ایمن، ۰/۷۶ سبک اجتنابی و ۰/۸۷ در سبک دوسوگرا محاسبه شده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنا دار می‌باشند (بشارت، ۱۳۸۰: ۲۸۲).

روش درمانگری کوتاه مدت همدلانه: در این مدل درمانی مفاهیم عمده روانشناسی خویشتن به صورت یک درمان فردی کوتاه مدت، به کار برده شده است (سیرویا، ۱۹۹۷: ۲۷). راهنمای درمانی این رویکرد در جدول ذیل ارائه شده است.

راهنمای درمانی رویکرد روان پویشی کوتاه مدت همدلانه

مرحله آغازین، جلسات ۱-۳:

جلسه اول: انعقاد قرارداد درمانی، توضیح وظایف درمانگر و درمانجو، توضیح مختصری در مورد نوع درمان تعداد جلسات، طول مدت هر جلسه، پاسخ به پرسشهای درمانجو در این زمینه، بررسی احساس مراجع در مورد آمدن به جلسه، پی‌گردی در مورد سابقه درمانگریهای قبلی، بررسی انتظارات مراجع از جلسات درمانی،

جلسه دوم: بررسی آسیب‌های نارسیستیک یا فقدان انگیزه برای درمان، تعیین هدف یا اهداف کانونی (موضوع و هدف کانونی، الگوی تکراری در زندگی مراجع است که سبب پریشانی و بی‌ثباتی در او می‌شود) به دلیل محدود بودن جلسات حد اکثر دو هدف کانونی در نظر گرفته شد، بررسی ترس‌های مراجع به ویژه از وابستگی، خشم و یا شرم به عنوان پاسخ‌هایی به درخواست کمک، پی‌گردی در مورد نوع مقابله با مشکلات در گذشته و افرادی که به عنوان منبع حمایت مطرح می‌شدند.

جلسه سوم: ادامه پی‌گردیهای جلسه گذشته، بررسی شیوه‌های سالم و دفاعی الگوهای سازگاری مراجع، پی‌گردی در زمینه برقراری ارتباط بین واکنش‌های عاطفی بیمار، انتظارات او از خود و دیگران و

رفتارهای پسایند، سعی در فهم محیط اجتماعی ابژه های خویشتن در مراجع، به هنگام رشد، و داستانی که مراجع از زندگی خود می سازد، آموزش و بیان مفاهیم تئوری دلبستگی و کمک به مراجع در تشخیص دلبستگی خود در ارتباطات نزدیک، آغاز شکل گیری و استحکام اتحاد درمانی بین مراجع و درمانگر، بررسی رویدادهای آشکار سازی که به الگوهایی از نارسایی های ابژه خویشتن در کودکی مراجع متصل می شود و بررسی اثر این نارسایی ها روی روابط اخیر و توضیح مثلث بینش.

مرحله میانی، جلسات ۱۰-۴

جلسات چهارم و پنجم: ادامه شکل گیری اتحاد درمانی و استحکام آن، بررسی فرایند انتقال و انتقال متقابل، پی گیری موضوعات کانونی مشخص شده در جلسه دوم (بررسی فقدان پاسخدهی مزمن ابژه خویشتن در محیط مراجع)، سوالات درمانگر به منظور انتقال علاقه اصیل و کنجکاوی او درباره کشمکش های بیمار، پرداختن به معنی تجارب بیمار بدون قضاوت و بر چسب زدن توسط درون نگری همدلانه، آموزش به بیمار که از روش درون نگری همدلانه، بعنوان شیوه ایی برای کاوش خودش و مدلی از هماهنگ بودن استفاده کند، شناسایی دفاع های محافظت کننده از خویشتن، انتظارات تحریف شده و الگوهای بین فردی ناسازگارانه، شناسایی و توسعه منابع و حمایت های بیشتری از ابژه خویشتن در محیط خود به صورت مطلوب، همچنین کاربرد مفاهیم تئوری دلبستگی در تشخیص و شناسایی به موقع مشکلات تکراری در روابط.

جلسات ششم و هفتم: ارزیابی درمانگر از حالت و کارکردهای خویشتن مراجع و تکرار آن در جلسات بعدی، بررسی فرایند انتقال و انتقال متقابل، ادامه هدایت موضوعات کانونی مشخص شده در جلسه دوم (بررسی فقدان پاسخدهی مزمن ابژه خویشتن در محیط مراجع)، ارزیابی حالت خویشتن مراجع و میزان آسیب پذیری وی به منظور فهم تجارب مراجع از خویشتن خود و جهان که شامل سه پیوستار است: سرزندگی/ تهی بودن، به هم پیوستگی/ چندپارگی و استواری / عدم پیوستگی، به کارگیری مجدد مثلث بینش در فهم مشکلات بین فردی و بهبود این مشکلات، بررسی و توضیح ارتباط تجارب بیمار از نیازهای پاسخ داده شده او و تاثیرات مثبت آن روی حالت خویشتن و نیازهای پاسخ داده نشده و تاثیرات آن در حالت منفی خویشتن (اعتماد به نفس، خود پنداره، انتظارات) و رفتار و الگوهای توسعه یافته، در ارتباط با ابژه خویشتن والدین و روابط اخیر، مرور درمانگر از فهم مشکلات مراجع، بررسی میزان پذیرندگی مراجع از کارکردهای ابژه خویشتن که درمانگر ارائه می کند (کارکردهای درمانگر در مورد افراد مضطرب و افسرده، آرام کردن و امید بخشی بعنوان پادزهری در برابر تقلیل، اضمحلال و سازماندهی

افکار و احساسات مراجع می باشد).

جلسات هشتم، نهم و دهم:

(در این مراحل درمانجو فعالتر می باشد)

بررسی مجدد و تحکیم اتحاد درمانی، بررسی فرایند انتقال و حل آن و مراقبت از فرایند انتقال متقابل، شناسایی و پذیرش نیازهای ابژه خویشتن خود توسط مراجع، پذیرش این اصل که تغییر در حالت خویشتن در پاسخ به پذیرش یا ارضای این نیازها می باشد، بررسی و بازبینی پیشرفت در اهداف کانونی و تاکید بر کار خارج از جلسات و بکارگیری در زندگی روزانه توسط مراجع، به کارگیری تعبیر انتقالی (به ویژه مبتنی بر تئوری دلبستگی) در ارتباط با دیگر ابژه های خویشتن مهم و تعمیم آن، تحکیم و تقویت تغییرات در زمینه نگرش ها، احساسات، و رفتارها. بررسی پدیده واپس روی تولید شده توسط درمان در این مرحله.

مرحله پایانی، جلسات ۱۱ و ۱۲

جلسات یازدهم و دوازدهم-

بررسی و مرور میزان دستیابی مراجع به اهداف کانونی و فهم مراجع از موضوعات روانشناسی خویشتن که زیر بنای مشکلات اخیر وی هستند و آسیب پذیری او را در محور موضوعات کانونی کم میکنند و آمادگی برای ختم درمان، بررسی مسأله وابستگی به درمانگر که معمولاً در خاتمه مطرح می شود (از آنجایی که از آغاز درمان تاکید روی افزایش محیط ابژه های خویشتن نگهدارنده برای مراجع است، وابستگی به درمانگر در مرحله خاتمه کمتر از سایر درمان های کوتاه مدت می باشد).

پی گردی واکنش های منفی مراجع به خاتمه درمان نظیر اضطراب و خشم در مواجهه با خاتمه درمان، بازگشت نشانه های قدیمی، ظهور نشانه های جدید، نا ارزنده سازی درمان یا درمانگر، چانه زدن برای زمان بیشتر به منظور توضیح اضافی، و کوشش در جهت حل این موضوعات، می باشد.

پی گردی در زمینه مقاومت در جهت کار بر روی فرآیند خاتمه، وجود تعارض های حل نشده احتمالی محور موضوع جدایی که منجر به کشمکش های قدرت می شود.

در این دو جلسه تمرکز روی خود فرایند درمانی است. پی گردی در مورد واکنش ها پی که تحت عنوان غمگینی و اضطراب مورد انتظار پس از پایان درمان و نیز از دست دادن درمانگر بعنوان یک ابژه خویشتن ارزشمند،

بررسی واکنش انتقال متقابل درمانگر در مواجهه با خاتمه درمان. بررسی واکنش های خاتمه از جمله مسائلی در زمینه وابستگی، جدایی، کمال گرایی و بزرگ نمایی حل نشده و احساس گناه در برابر مسائل باقیمانده و حل نشده، احساس بی کفایتی و ناارزنده سازی خود در درمانگر به عنوان انتقال متقابل، اجرای مجدد آزمونهایی که در مرحله پیش آزمون به کار برده شد.

یافته های پژوهشی

از آنجا که هدف پژوهش، بررسی تغییرات ترکیب خطی متغیرهای وابسته (اضطراب و افسردگی) می باشد، از طرفی بررسی این تغییرات در سه مقطع زمانی، پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری مد نظر است، از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری با اندازه گیریهای مکرر^۱ استفاده شد. در ادامه جداول توصیفی و استنباطی داده های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱- داده های توصیفی برای فرضیه اول

متغیر وابسته	زمان	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اضطراب	پیش آزمون	۱۳/۷۰	۲/۶۹	۲۰
	پس آزمون	۸/۲۵	۲/۷۳	۲۰
	پی گیری	۷/۶۰	۲/۷۴	۲۰
افسردگی	پیش آزمون	۱۲/۶۰	۱/۸۵	۲۰
	پس آزمون	۶/۸۵	۲/۲۸	۲۰
	پی گیری	۶/۲۵	۲/۵۷	۲۰

جدول ۲- آزمون معناداری تفاوت میانگین ها

متغیر وابسته	زمان*	تفاوت میانگین (در زمان های ۱، ۲ و ۳)	خطای استاندارد	ضریب معناداری
۱	۲	۵/۴۵*	۰/۷۳	۰/۰۰
	۳	۶/۱۰*	۰/۶۶	۰/۰۰

^۱ - repeated ANCOVA

۰/۰۰	۰/۷۳	*۵/۴۵	۱ ۲	اضطراب
۰/۴۹	۰/۴۵	۰/۶۵	۳	
۰/۰۰	۰/۶۶	*۶/۱۰	۱ ۳	
۰/۴۹	۰/۴۵	-۰/۶۵	۲	
۰/۰۰	۰/۶۹	*۵/۷۵	۲ ۱	
۰/۰۰	۰/۶۵	*۶/۳۵	۳	
۰/۰۰	۰/۶۹	*۵/۷۵	۱ ۲	افسردگی
۰/۶۱	۰/۴۵	۰/۶۰	۳	
۰۰۰	۰/۶۵	*۶/۳۵	۱ ۳	
۰/۶۱	۰/۴۵	-۰/۶۰	۲	

* (اعداد مربوط به ستون زمان، ۱ معادل پیش آزمون، ۲ معادل پس آزمون و ۳ معادل پی گیری می باشد)

اثر پیلایی با ارزش ۰/۸۳ و شاخص $F = ۱۳/۵۰$ و سطح معناداری $P < ۰/۰۱$ نشان دهنده کاهش خطی اضطراب و افسردگی می باشد.

قابل ذکر است که آزمون کرویت ماکلی^۱، معنادار نشد یعنی مفروضه اصلی و پیش شرط لازم برای محاسبه مانوا برقرار است.

همانطور که از نتایج جدول مشاهده می شود، تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون در مورد متغیرهای اضطراب و افسردگی معنادار است و مداخله درمانی منجر به کاهش معنادار اضطراب و افسردگی در دانشجویان گروه نمونه شده است. همین طور تفاوت بین پیش آزمون و پی گیری معنادار شده و درمورد پس آزمون و پی گیری معنادار نیست بدین معنی که حفظ اثر متغیر مستقل (رویکرد درمانی) در گروه نمونه مشاهده می شود.

جدول ۳- تحلیل کواریانس چند متغیری با اندازه گیریهای مکرر

منبع	متغیر وابسته	آزمون	مجموع مجذورات	df	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مجدور اتای جزئی
زمان	اضطراب	کرویت مفروض	۴۴۸/۹۰	۲	۲۲۴/۴۵	۵۶/۹۴	۰/۰۰	۰/۷۵
	افسردگی		۴۹۱/۶۳	۲	۲۴۵/۸۲	۶۷/۱۸	۰/۰۰	۰/۷۸

^۱ - Mauchly's Test of Sphericity

این جدول نتایج آزمون آنکووا را برای بررسی فرض اول نشان می دهد همانطور که مشاهده می شود F حتی در سطح ۰/۰۱ نیز معنادار می باشد. این جدول بررسی تغییرات متغیرهای وابسته را بصورت جداگانه نشان می دهد.

بنابراین فرض اول پژوهش مبنی بر اینکه روان درمانی کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان مؤثر است تأیید می شود.

جداول توصیفی و استنباطی مربوط به فرض دوم پژوهش

برای آزمون فرض دوم از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری مکرر^۱ استفاده شد.

جدول ۴- مقایسه اضطراب و افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری گروه اجتنابی و دوسوگرا

متغیر وابسته	زمان	سبک دلبستگی	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اضطراب	پیش آزمون	دوسوگرا	۱۵/۰۰	۱/۷۰	۱۰
		اجتنابی	۱۲/۴۰	۲/۹۵	۱۰
	پس آزمون	دوسوگرا	۹/۴۰	۲/۲۷	۱۰
		اجتنابی	۷/۱۰	۲/۷۷	۱۰
	پی گیری	دوسوگرا	۸/۸۰	۲/۱۵	۱۰
		اجتنابی	۶/۴۰	۲/۸۴	۱۰
افسردگی	پیش آزمون	دوسوگرا	۱۳/۰۰	۱/۹۴	۱۰
		اجتنابی	۱۲/۲۰	۱/۷۵	۱۰
	پس آزمون	دوسوگرا	۶/۳۰	۲/۳۱	۱۰
		اجتنابی	۷/۴۰	۲/۲۲	۱۰
	پی گیری	دوسوگرا	۶/۶۰	۲/۱۷	۱۰
		اجتنابی	۵/۹۰	۲/۹۹	۱۰

جدول فوق شاخص های مرکزی و پراکندگی را در پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پی گیری دانشجویانی با سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی ، نشان می دهد.

به منظور بررسی اثر تعامل زمان و سبک دلبستگی روی ترکیب خطی متغیرهای وابسته اضطراب و افسردگی اثر پیلای با ارزش $V=0/09$ و $F=0/83$ محاسبه شد که دارای سطح معناداری $P < 0/51$ می

¹ - repeated MANCOVA

باشد.

جدول ۵- تحلیل کوواریانس چند متغیری با اندازه‌گیریهای مکرر، به منظور بررسی تعامل زمان و سبک دلبستگی روی ترکیب خطی اضطراب و افسردگی

منبع	متغیر	آزمون	مجموع مجزورات	df	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
تعامل زمان و سبک دلبستگی	اضطراب	کرویت فرض شده	۰/۲۳	۲	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۹۷
	افسردگی		۱۱/۴۳	۲	۵/۷۲	۱/۶۱	۰/۲۱

قابل ذکر است که آزمون کرویت ماکلی معنادار نشد، بنابراین پیش شرط لازم برای اجرای مانوا وجود دارد.

جدول فوق اثر تعامل زمان و سبک دلبستگی را روی متغیرهای وابسته اضطراب و افسردگی بصورت جداگانه نشان می‌دهد.

همانطور که جدول نشان می‌دهد اثر تعامل زمان و سبک دلبستگی معنادار نشد بدین معنی که تفاوت پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه دوسوگرا و اجتنابی معنادار نبود و هر دو گروه تحت تأثیر رویکرد درمانی کاهش معنادار اضطراب و افسردگی را نشان دادند. بدین ترتیب فرض دوم پژوهش تحت عنوان، روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه، در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویانی با سبک دلبستگی دوسوگرا مؤثرتر از دانشجویانی با سبک دلبستگی اجتنابی است، تأیید نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با فرضیه اول پژوهش ملاحظه می‌شود که رویکرد روان درمانی کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان، مؤثر بوده است. از آنجا که این رویکرد روش بدیع و نوینی در شیوه درمانگری می‌باشد، پژوهشی که بتوان نتایج آنرا با پژوهش حاضر مقایسه نمود یافت نشد. در ارتباط با فرضیه دوم نیز ملاحظه شد که روان‌درمانی کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی بدون توجه به سبک دلبستگی مؤثر بوده است، بدین معنی که افراد دوسوگرا و اجتنابی به یک میزان از نتایج درمانی بهره‌برده‌اند و نمرات اضطراب و افسردگی در هر دو گروه کاهش معنادار نشان داده است. پژوهشهای انجام شده در این زمینه نتایج متفاوتی را گزارش نموده‌اند، بعنوان مثال دانیل (۲۰۰۶: ۹۶۸)، در مطالعه‌ای تحت عنوان سبکهای دلبستگی و روان‌درمانی فردی، نشان داد افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی در طول دوره درمان از نظر هیجانی درگیر نمی‌شوند، ولی افراد دوسوگرا بهتر درگیر می‌

شوند. همچنین وی رابطه ایی بین سبک دلبستگی و اتحاد درمانی در طول فرایند درمان یافت.

افراد ایمن و افرادی با سبک دوسوگرا در ابتدا و انتهای درمان از اتحاد درمانی خوبی برخوردارند ولی در اواسط درمان اتحاد درمانی در آنها کاهش می یابد. ولی این منحنی برای افراد اجتنابی بصورت دیگری است. منحنی اتحاد درمانی در آنها، در ابتدا و اواسط درمان با شیب ثابت است و در انتهای درمان کاهش می یابد، شاید به این علت که آنها در پایان درمان ترک رابطه را پیش بینی می کنند و برای محافظت خود از وابستگی و پیامدهای جدایی از درمانگر و رابطه درمانی سرمایه زدایی می کنند. همچنین درمانگران گزارش نموده اند که اتحاد درمانی در افراد دوسوگرا نوسانات بیشتری دارد.

هروویتر و روزنبرگ (۱۹۹۳: ۵۴۹) نشان دادند پیامد درمان در مورد افراد اجتنابی ضعیف تر است. والین (۲۰۰۷: ۲۴۲-۱۹۱)، نیز اظهار داشت افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی دفاع های معناداری در جهت مستقل دیدن خود دارند و علی رغم بیان نیاز برای درمان، کمک را رد می کنند و سطوح بالای پریشانی را تجربه می کنند.

مولر (۲۰۰۹: ۷۹) نشان داده که بیماران آسیب دیده ایی با سبک دلبستگی اجتنابی دفاعهای عمده ایی در مقابل درمان و کمک گرفتن دارند و تمایل دارند که خودشان را بعنوان افرادی مستقل، قوی و با کفایت ببینند.

کار با چنین افرادی می تواند چالشهای متعددی را همراه داشته باشد. آلتین (۲۰۱۰: ۱۰۱) نیز بیان کرده است که الگوهای اجتنابی و اضطرابی با فراوانی کمتر در هیجان مثبت و فراوانی بیشتر در هیجان های منفی در روابط موثر است. همچنین وی نشان داد، الگوهای دلبستگی افراد می توانند بر روابط صمیمانه تاثیر گذار باشند که به نوبه خود هیجان های منفی را که در علائم اضطراب و افسردگی دیده می شود بدتر می کنند.

نتایج پژوهش حاضر بر خلاف پژوهشهای مطرح شده چنین تفاوتی را در پیامدهای درمانی افراد با سبک دلبستگی متفاوت، نشان نداد. در این زمینه، یافته های پژوهش حاضر پیشنهاد می کنند که، افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی، می توانند پیامدهای درمانی مناسبی از طریق اجرای روان درمانگری پویشی کوتاه مدت همدلانه، داشته باشند. توضیحی که می تواند در توجیه تفاوت یافته های پژوهش اخیر با پژوهشهای قبلی که مؤید تأثیر کمتر روان درمانگری پویشی در بیماران اجتنابی بودند، ارائه نمود، این است که روان درمانگری پویشی کوتاه مدت همدلانه به عنوان یکی از اشکال فعال تکنیک های درمانی، دفاعهای بیماران به طور کلی و دفاع های فعال شده در بیماران اجتنابی به طور اخص، را مورد هدف قرار می داد.

تفاوت این پژوهش به نوع رویکرد درمانی ارائه شده و کاربرد مستقیم مفاهیم تئوری دلبستگی در حل مشکلات و تعارضهای بین فردی، بر می گردد. وقتی افراد اجتنابی از دفاعهای اجتنابی خود و تأثیری که این دفاعها در مسائل و مشکلات آنها دارد، با خبر می شوند، در یک جو درمانی همدلانه، قادر به شناسایی و بی اثر سازی این دفاعها می شوند و در نتیجه از مشکلات و پیامدهای بعدی این نوع سبک دفاعی اجتناب می کنند. مشاهده تأثیر الگوی تحلیل و ارتباطی جدید آموخته شده خود منجر به تقویت و حفظ این الگوها می شود.

در زمینه اضطراب بیشتر افراد اضطرابی/دوسوگرا نسبت به افراد اجتنابی، برخی پژوهشها همسان با مطالعه حاضر، نشان می دهند که سبک دلبستگی اضطرابی/دوسوگرا، مرتبط است با نشانه های بیشتر اضطرابی نسبت به سبک دلبستگی اجتنابی و همین امر سبب اتخاذ نام اضطرابی به این سبک شده است (اسکس و همکاران، ۲۰۱۱؛ شیور و میکولینسر، ۲۰۰۷؛ والش و همکاران، ۲۰۰۹).

در مورد نمرات افسردگی، مطالعه حاضر، نشان نداد که افراد دلبسته اجتنابی افسرده تر از افراد اضطرابی/دوسوگرا هستند. این نتایج همسو است با نتایج پژوهش موریس و همکاران (۲۰۰۱). ممکن است همانطور که پژوهشگران سبک دلبستگی عنوان می کنند، افراد دلبسته اجتنابی گروه نمونه به خاطر دفاعهای اجتنابی شان در خود افشایی، نشانه های افسردگی را کمتر از آنچه که هست گزارش کرده باشند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرونباوم و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین با توجه به نتایج پژوهشهای مطرح شده و مباحث عنوان شده، رد فرضیه دوم، منطقی می باشد.

تیینی دیگر در این زمینه، می تواند تفاوت نمرات در اضطراب حد پایه (پیش آزمون)، بین دو گروه باشد. در مطالعه حاضر همانطور که در جدول مربوطه اشاره شد، افراد اضطرابی/دوسوگرا نمرات اضطراب بیشتری را در پیش آزمون نسبت به افراد اجتنابی، نشان دادند. از طرفی سطح نمرات این افراد در پس آزمون و پس از مداخله درمانی، پایین تر از افراد گروه اجتنابی بود که می تواند بیانگر استفاده بیشتر از مداخله درمانی در این گروه در مورد کاهش نمرات اضطراب باشد. ممکن است اگر حجم گروه نمونه بزرگتر بود این اختلاف از نظر آماری در پس آزمون به حد معناداری می رسید. و نتیجه پژوهش حاضر همسان با سایر پژوهشها در این زمینه می شد. از طرفی به دلیل این که نمونه پژوهش اخیر از میان دانشجویانی با علایم افسردگی و اضطراب متوسط انتخاب شده بودند و افسردگی و اضطراب آنها در حد عمیق و بالینی نبود، در حالیکه برخی از پژوهشهای ارائه شده در این زمینه روی جمعیت بالینی بستری شده گزارش شده است، لذا می توان، تفاوت عمق و شدت نشانه های اضطرابی و افسردگی را یکی از علل

اختلاف در نتایج مطالعه اخیر با پژوهشهای گذشته دانست.

از طرفی، از آنجا که در این رویکرد روی روابط با افراد مهم زندگی دانشجویان کار می شد و مسائل و مشکلات افراد در این زمینه تأکید اصلی درمان بود، می توان انتظار داشت که طرحواره های ذهنی این افراد در ارتباط با الگوهای دلبستگی تغییر نموده و مقاومت هایی که در زمینه نوع ارتباط درمانی و کمک گرفتن، به جهت نوع سبک دلبستگی می توانسته ایجاد شود، تعدیل شده است.

از طرف دیگر آگاهی درمانگر نسبت به مداخلات و موانعی که سبک دلبستگی می تواند در فرایند درمان، مسأله مقاومت و اتحاد درمانی داشته باشد، سبب شد تا به ارزیابی این موانع طی فرایند درمانی پرداخته و حل به موقع چنین مقاومت هایی در جهت خاتمه زود رس یا عدم عمیق شدن، سبب افزایش تأثیر گذاری درمان در هر دو گروه با سبک های اجتنابی و دوسوگرا باشد.

ارزیابی الگوهای دلبستگی در مراجعان فهم درمانگر را از روابط انتقالی و واکنش های انتقال متقابل احتمالی که درمانگر ممکن است تجربه کند، افزایش می دهد. طبق نظر شیلکرت (۲۰۰۵ : ۶۷) تئوری دلبستگی همچنین سبب حساسیت درمانگر به آن دلبستگی که بیماران می توانند تحمل کنند، حداقل در شروع درمان، می شود. بیماران با الگوی اجتنابی اغلب قادر به پاسخگویی به درمانگر نیستند، در حالی که درمانگر سعی در بررسی لغو جلسات بعنوان شیوه ای در تمرکز روی رابطه درمانی می کند.

پژوهش حاضر میزان اثربخشی درمانگری تحلیلی کوتاه مدت را مورد بررسی قرار داد، نتایج پژوهش مشخص می کند که می توان این مدل را بعنوان جایگزینی برای روشهای تحلیلی طولانی مدت پیشنهاد کرد، که از نظر زمان و هزینه مقرون به صرفه است. پیشنهاد می شود این پژوهش با گروه های نمونه بزرگتر اجرا و به تحلیل و تفسیرهای جزعی تر نظیر تفاوت جنسی در میزان ابتلا به اختلالات روانی و سبک های دلبستگی و نیز بهره مندی از پیامدهای درمانی، پرداخته شود.

نیز این طرح در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با درمانگری های متفاوتی که تأثیر آنها شناخته شده است مثل روان درمانگری شناختی- رفتاری و یا دارو درمانی به کار گرفته شود تا میزان تأثیر در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی، شناخته شود.

همچنین این روش با گروه های مختلف با دامنه سنی گسترده تر و بهره هوشی متفاوت، اجرا شود تا کارایی آن برای اقشار مختلف جامعه مشخص شود. این روش در مراکز مشاوره دانشجویی و یا در طرح های پیشگیرانه به منظور اجرای مداخله مؤثر برای اضطراب و افسردگی، به کار برده شود. در نهایت پیشنهاد می شود، پژوهشهایی با حجم نمونه گسترده تر و گروه کنترل، به منظور بررسی تأثیر

این روش در تغییر سبک دلبستگی، طراحی شود.

منابع

- بشارت، محمد علی؛ شریفی، ماندانا و ایروانی، محمود. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی. مجله روانشناسی، ۱۹، ۲۸۹-۲۷۷.
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمد جواد؛ سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. فصلنامه روانشناسی ایرانی شماره ۴، ۲۹۹.
- مرادی پناه، فرشته. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر موسیقی ملایم بر میزان اضطراب و استرس و افسردگی بیماران کاتارسیسم قلبی، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه تربیت مدرس.

Altin, M., Terzi, S. (2010). How does attachment styles relate to intimate relationship to aggravate the depressive symptoms. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1008-1015.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and social psychology*, 61(2), 226-244.

Bifulco A, Brown GW, Moran P, Ball C, Campbell C. (1998). Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. *Psychol Med* 28:39-50.

Bifulco A, Moran PM, Ball C, Lillie A (2002c) Adult attachment style. II: its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 37:60-67.

Bukatko, D., & Daehler, M. W. (1995). *Child development* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.

Daniel, S. (2006). Adult Attachment Patterns and Individual Psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26:968-984.

Eng W, Heimberg R, Hart T, Schneier F, Liebowitz M. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression. *Emotion* 4:365-380.

Erozkan, Atilgan. (2009). The relationship Between Attachment Styles And Social Anxiety: An investigation With Turkish university students. (2009). *Social Behavior and Personality*, 37, 6:835-844.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London, EC1Y 1SP.

Gerlsma C, Luteijn F (2000) Attachment style in the context of clinical and health psychology: a proposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations in various working models. *Brit J Med Psychol*, 73:15-34.

Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Mortenson, L. Y., Burke, A. K., Oquendo, M. A., &

Mann, J. J. (2010). Attachment And Social Adjustment: Relationships To Suicide Attempt And Major Depressive Episode In A Prospective Study. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 123-130.

Hammen CL, Burge D, Daley SE, Davila J, et al. (1995) Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *J Abnormal Psychol* 104:436-443.

Harkness KL, Wildes JE (2002) Childhood adversity and anxiety versus dysthymia comorbidity in major depression. *Psychol Med* 32:1-11 .

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Bartholomew, K.(1993).Interpersonal Problems,Attachment styles, and outcome in brief dynamic Psychotherapy .*Journal of counseling and clinical psychology*,61(4):549-560.

Kohut, H.(1971). *The Analysis of the Self*. New York. International Universities Press.

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F.(1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*(2th. Ed).Sydney: psychology Foundation.

McCarthy G (1999) Attachment style and adult love relationships and friendships: A study of a group of women at risk of experiencing relationship difficulties. *Brit J Med Psychol*, 72(3):305-321.

Meyer,B.,&Pilkonis,P.(2001).Attachmentstyle.Psychotherapy:Theory,Research,Practice ,Training,38,466-472.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment In Adulthood: Structure, Dynamics, And Change*. New York, NY US: Guilford Press.

Muller,R.(2009).Trauma and dismissing (avoidant) attachment :Intervention Strategies in individual Psychotherapy: Theory , Research , Practice, Training, 46,68-81.

Muller, R., Lemieux, K., & Sicoli, L. (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16, 151-169.

Muris, P., Meesters, C., van Melick, M., & Zwambag, L. (2001). Self-Reported Attachment Style, Attachment Quality, And Symptoms Of Anxiety And Depression In Young Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(5), 809-818.

Murphy B, Bates GW (1997) Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality Individual Diff* 22:835-844.

Oskis, A., Loveday, C., Hucklebridge, F., Thorn, L., & Clow, A. (2011). Anxious Attachment Style And Salivary Cortisol Dysregulation In Healthy Female Children And Adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 52(2), 111-118.

Riggs, A., Sahl, Greenwald, Atkison, Paulson, Ross.(2007). Family Environment and Adult Attachment as Predictors of Psychopathology and Personality Dysfunction Among Inpatient Abuse Survivors. *Journal of Violence and Victims*, 22, Number 5, 577-600.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub , *Risks and protective factors in*

the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Safford, M. Scott., Alloy, B. Lauren., Crossfield, G. Alisa., Moroco, M. Antonia & Wang, C. James. (2004). The relationship of Cognitive Style and Attachment Style To Depression and Anxiety in Young Adults. *Journal of Cognitive psychotherapy: An International Quarterly*, 18, 25-41.

Seruya, B. (1997). *Empathic Brief Psychotherapy*. Janson Aronson INC. Northvale, New Jersey, London.

Shilkret, J. (2005). Some Clinical Applications Of Attachment Theory IN Adult Psychotherapy. *Journal of Clinical Social Work*, 33, 1, 55-68.

Shorey, H. s., & Synder, C. R. (2006). The role of attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10, 1-20.

Smith, P. N., Gamble, S. A., Cort, N. A., Ward, E. A., Conwell, Y., & Talbot, N. L. (2012). The Relationships Of Attachment Style And Social Maladjustment To Death Ideation In Depressed Women With A History Of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 78-87.

wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. A Division of Gilford Publication, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012.

Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira Sj, D. R., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting Individual Differences In Mindfulness: The Role Of Trait Anxiety, Attachment Anxiety And Attentional Control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94-99.



کاظمیان، سمیه؛ اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش خودمتمایزسازی بر افزایش میزان سازگاری نوجوانان خانواده های طلاق.

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۱۵۲-۱۴۳.

اثربخشی آموزش خودمتمایزسازی بر افزایش میزان سازگاری نوجوانان خانواده های طلاق

سمیه کاظمیان^۱، دکتر معصومه اسماعیلی^۲

تاریخ دریافت: ۹۰/۸/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۳۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش خودمتمایزسازی بر افزایش میزان سازگاری دانش آموزان دختر خانواده های طلاق است. در این تحقیق از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را دانش آموزان دختر خانواده های طلاق در مقطع دبیرستان و در منطقه ۷ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ تشکیل می دادند. به این ترتیب که از بین مدارس دبیرستان منطقه ۷ استان تهران، یک مدرسه به تصادف انتخاب کرده و سپس فهرستی از اسامی دانش آموزان دختر خانواده های طلاق را لیست کردیم و از بین آنان ۱۶ نفر که از پایه اول ۶ نفر و در پایه های دوم و سوم در هر پایه ۵ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه سازگاری سینگ و سینا (۰/۹۴ α) پاسخ دادند. ۱۰ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه ای (دو جلسه در هفته) در گروه آزمایشی اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق آزمون تحلیل کوواریانس صورت گرفته است. نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش خودمتمایزسازی بر افزایش میزان سازگاری فرزندان خانواده های طلاق با ضریب اطمینان ۹۹٪ موثر بوده است. براساس یافته های پژوهش حاضر به مشاوران و روان شناسان پیشنهاد می شود از آموزش خودمتمایزسازی به شیوه گروهی به عنوان یک روش کارآمد جهت افزایش میزان سازگاری نوجوانان استفاده کنند.

کلید واژه ها: آموزش خودمتمایزسازی، سازگاری، طلاق

^۱ دانشجوی دکتری دانشگاه علامه طباطبائی. kazemian_somaye@yahoo.com

^۲ استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

تجربه طلاق به منزله تهدیدی برای نیازهای اساسی به شمار می‌رود و منجر به کاهش میزان سازگاری می‌شود (برمن، ۱۹۸۴). طلاق در این سنین عواقب متعددی را به دنبال دارد از جمله اینکه موجب بروز افسردگی، کاهش سازگاری و بیماریهای جسمی گوناگون می‌شود (چارلز، ۲۰۱۱). تجربه‌ی طلاق، سازگاری افراد را در تمام ابعاد (روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی) تحت تاثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده پس از طلاق می‌گردد (هلن و میلر^۱، ۲۰۱۰).

تحقیقات در ایران و دیگر کشورها نشان می‌دهد که اعضای خانواده پس از طلاق دچار علائم بسیار زیادی چون افسردگی، احساس ناامیدی و یأس و عدم مسئولیت‌پذیری، ضعف روانی و تمایل به سرزنش خود می‌شوند که این علائم در حالات شدید می‌تواند به عنوان یک بیماری روانی همچون افسردگی شدید، حالات هیستریک، هیپوکندریا و حتی پارانوئید باعث ایجاد ازهم‌گسیختگی این قبیل افراد شود (حیدری، ۱۳۸۲).

با توجه به عوارض و پیامدهای طلاق، لزوم سازگاری همه‌جانبه با فرایند طلاق، ضرورتی انکارناپذیر است. سازگاری یک فرایند روان‌شناختی است که طی آن فرد با خواسته‌ها و چالش‌های زندگی مقابله می‌کند و یا آنها را به کنترل درمی‌آورد (بوث و آماتو، ۱۹۹۱). سازگاری با طلاق یک فرایند پیچیده و چندوجهی است که ممکن است نتایج مختلفی مثبت تا منفی را به همراه داشته باشد و به وضوح برخی از طلاق‌ها از برخی دیگر سازگارانه‌تر می‌باشد (ساتون و اسپرینکل^۲، ۱۹۸۳؛ به نقل از حفاریان، ۱۳۸۸).

یکی از شیوه‌های درمانگری که در چند دهه‌ی اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته رویکرد بوون^۳ است زیرا رکن اصلی خانواده درمانی بوون آن است که در تمام زندگی اضطراب مزمنی وجود دارد بطوریکه سازگاری را به شدت تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (سید محمدی، ۱۳۸۱). برای نشان دادن اضطراب مزمن، بوون بر مفهوم خودتمایزسازی تاکید می‌کند که در سطح پایین قرار دارد (تبریزی و علوی نیا، ۱۳۷۶). برای بوون مفهوم خودتمایزسازی نه تنها فرایند درمانی بلکه تکنیک درمانی نیز محسوب می‌گردد (بون، ۲۰۰۵).

مفهوم خودتمایزسازی همانطور که بوون بیان کرد، غالباً در ادبیات خانواده درمانی بد تعبیر شده و با استقلال یا فردیت یکسان تلقی می‌گردد. هر چند در ابعادی مشابه آن است اما فردیت-جدایی برابر با خود تمایزسازی نیست. از نظر بوون، خود تمایزسازی توانایی کاهش واکنش عاطفی به افراد مهم است تا فرد

^۱ - Thelen & Miller

^۲ - Sutton & Sprenkle

افکار خود و عقایدش را بدون توجه به فشار اجتماعی بیان کند. بوون خود متمایزسازی را مفهومی می داند که به منظور توصیف الگوهای تعاملی خانواده مورد استفاده قرار گرفته است تا فاصله اعضای خانواده را تنظیم کند و با توجه به سن، تعادلی مناسب بین فردیت و صمیمیت برقرار سازد (بوهرلر، ۲۰۱۱).

خودمتمایزسازی شامل دو بعد درون روانی و بین فردی می شود. بعد درون روانی خودمتمایزسازی عبارت از میزان توانایی فرد برای تفکر واقع بینانه راجع به موضوعات سرشار از عاطفه در خانواده است (سید محمدی، ۱۳۸۱) و موجب رشد الگوهای خود انعکاسی به منظور شناخت خودمان "چه کسی هستیم" "چه کسی نیستیم" و "زندگی چیست" می شود (یویایون، ۲۰۰۷). بعد بین فردی خودمتمایزسازی یعنی توانایی به دست آوردن کنترل عاطفی و در عین حال، ماندن در جو عاطفی شدید خانواده (سید محمدی، ۱۳۸۱).

مارکورد (۲۰۰۹) بر این مطلب تاکید می ورزد که پختگی و خودشکوفایی مستلزم آن است که فرد از دلبستگیهای عاطفی ناگشوده به خانواده مبدا رهایی یابد. وی که در زمینه طلاق تحقیقاتی انجام داده دریافت که کودکان طلاق بیشتر در معرض مشکلات روانی هستند، زیرا همراه با گره های عاطفی به والدین رشد می یابند. او نتیجه گرفت دلبستگیهای عاطفی ناگشوده به خانواده مبدا، موجب کاهش میزان سازگاری فرزندان طلاق در برابر مشکلات می گردد.

با توجه به مفروضه زیر بنایی نظریه بوون که اضطراب مهار نشده به ناسازگاری و اختلال در عملکرد خانوادگی منجر می شود، لزوم آموزش خودمتمایزسازی، برای دانش آموزانی که در جو خانوادگی متفاوتی به سر می برند، بیش از پیش احساس می شود. فرایند خودمتمایزسازی نیاز به آموزش تفکر دارد تا فرد مستقل از فشار گروه فکر کند (ویلیامسون^۳، ۲۰۰۷). لذا آموزش آن در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است و سعی بر آن شده تا با آموزش خودمتمایزسازی به نوجوانان موجبات رشد و ترقی آنها را فراهم آوریم. بوون بر این باور بود که نوجوانان نیز همانند بزرگسالان قادر به تفکیک احساس از تفکر خود هستند (اسمیت، ۲۰۰۶). به طور کلی با توجه به پژوهشهای زیر می توان نتیجه گرفت آموزش خودمتمایزسازی موجب سازگاری روانی بهتر آنها می شود:

یافته های حاصل از پژوهش شکیبایی (۱۳۸۵) نشان می دهد که آموزش خودمتمایزسازی در افزایش میزان سازگاری موثر بوده است. وی به این نتیجه رسید که آموزش خودمتمایزسازی به خوبی توانسته است با آموزش چگونگی جداسازی افکار از احساسات خود و دیگران، سازگاری افراد را افزایش دهد.

اسکورون و فریدلندر^۱ (۲۰۰۴، نقل از بارتل - هارینگک^۲ ۲۰۰۵) نیز دریافتند افرادی که به خودتمایزسازی دست یافته‌اند، توانایی بیشتری برای اتخاذ "موقعیت من" دارند. این توانایی برای اتخاذ "موقعیت من" همراه با اضطراب مزمن کم و نیز سازگاری روانی بالا است. این یافته‌ها، فرضیه‌های بوون را در رابطه با تفکیک تایید می‌کند.

پلژ و پاپکو نیز در تحقیقی دریافتند که میزان تفکیک خانواده، میزان سازگاری افراد را پیش‌بینی می‌کند. آنها دریافتند که با افزایش میزان تفکیک اعضای خانواده این حالت افزایش می‌یابد (پلژ و پاپکو، ۲۰۰۲). پلک و دار در بررسی تمایز یافتگی و سازگاری در ۳۲۴ نفر از نوجوانان ۱۳-۱۲ ساله (۱۹۲ پسر و ۱۴۲ دختر) در دانشگاه هیفا در اسرائیل انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که میزان تفکیک نوجوانان از خانواده به ویژه مادرانشان با میزان سازگاری همبستگی مثبت داشت. نتایج نشان داد که تمایز یافتگی، یک ساختار اساسی سلامت برای نوجوانان است و نوجوانان کمتر تمایز یافته در خطر سطوح پایینی از سازگاری هستند (یب و فریچ، ۲۰۰۹). از آنجا که هدف خودتمایزسازی، افزایش میزان سازگاری فرد به تغییرات زندگی و در نتیجه کاهش اضطراب می‌باشد (تایتلمن، ۱۹۹۸). با توجه به مباحث مطرح شده، این سؤال برای محقق مطرح شد که آیا آموزش خودتمایزسازی می‌تواند در افزایش میزان سازگاری فرزندان خانواده های طلاق نیز مؤثر باشد؟

بنابراین فرضیه پژوهشی این است که آموزش خودتمایزسازی میزان سازگاری فرزندان خانواده های طلاق را افزایش می‌دهد. هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش خودتمایزسازی بر افزایش میزان سازگاری دانش آموزان دختر خانواده های طلاق است. به عبارتی آموزش خودتمایزسازی به دنبال این هدف است که اشخاص به طور مستقل بر اساس شخصیت خود و نه دیگران، عواطف و افکار خود را کنترل کنند و بدنبال «سرنخهایی» بگردند حاکی از اینکه چگونه اضطراب و فشارهای گوناگون بر فرد ظاهر می‌شود و چگونه فرد می‌تواند از همان آغاز بر اضطراب به طرز موثری انطباق پیدا کند و با شرایط دشوار خود سازگار شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی است که با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را دانش آموزان دختر خانواده های طلاق در مقطع دبیرستانی و در

1-Friendlander

2-I"position"

منطقه ۷ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ تشکیل می دادند. نمونه آماری شامل ۱۶ نفر بود که از پایه اول ۶ نفر و در پایه های دوم و سوم در هر پایه ۵ نفر به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه (۸ نفره) آزمایشی و گواه به طور تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای (دو جلسه در هفته) آموزش دیدند. پس از آموزش خودمتمایزسازی نیز همه دانش آموزان گروههای آزمایشی و کنترل پرسشنامه سازگاری سینگ و سینا ($\alpha = 0.94$) را مجدداً پاسخ دادند.

پرسشنامه سازگاری^۱ سینگ و سینا^۲: پرسش نامه سازگاری دانش آموزان توسط سینگ و سینگ (۱۳۸۰) برای ارزیابی سطح سازگاری دانش آموزان دبیرستانی ساخته شده است.

این پرسش نامه دارای ۶۰ ماده است و سه نوع سازگاری: هیجانی، اجتماعی و تحصیلی را اندازه گیری می کند. جمع نمره های سه مقیاس فرعی، نمره سازگاری کلی را به دست می دهد. نمره هر ماده از پرسش نامه به عنوان نشانه ای از ناسازگاری در نظر گرفته می شود. بیشترین نمره هر مقیاس فرعی ۲۰ و نمره سازگاری کلی ۶۰ خواهد بود. بنابراین، نمره بالا در مقیاس های فرعی و کل آزمون نشانه ناسازگاری به شمار می رود.

سینگ و سینگ (۱۳۸۰) فرم نهایی آن را بر روی ۱۹۵۰ نفر از دانش آموزان که از چهل دبیرستان به تصادف انتخاب شده بودند، اجرا نموده و به کمک داده های گردآوری شده، پرسش نامه را برای جمعیت هدف هنجاریابی نمودند. بر پایه هنجارهای گزارش شده، داشتن نمره ۳۱ و بالاتر در سازگاری کلی و نمره ۱۱ و بالاتر در هر یک از خرده مقیاس ها، بیانگر سازگاری ضعیف است.

سینگ و سینگ پایایی آن را برای خرده مقیاس ها و کل آزمون به روش بازآزمایی و دونیمه کردن از ۰/۹۰ تا ۰/۹۶ گزارش کردند. نویدی (۱۳۸۸) این آزمون را در ایران هنجاریابی کرد و ضرایب پایایی بر پایه آلفای کرونباخ برای سازگاری کلی برابر ۰/۸۲ و برای سازگاری تحصیلی، هیجانی و اجتماعی به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۶۸ و ۰/۶۵ به دست آمد.

برنامه آموزش خودمتمایزسازی شامل مهارتهای خودشناسی، تفکیک احساس و تفکر و رفتار، ارتباط و ابراز وجود و... است (جدول ۱).

¹ - Adjustment Questionnaire

² - Sing and Sinha

برنامه جلسات آموزش خودمتمایزسازی

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	معرفی اعضا	آشنایی با اعضای گروه، بیان قوانین و اهداف گروه و ایجاد حس تعهد برای ادامه جلسات	نوشتن ویژگی‌های خود
جلسه دوم	آشنایی با مرزهای ارتباطی در زندگی شخص	بحث در مورد آداب و رسوم ناگفته و نقش‌های ناآگاهانه موروثی در خانواده	از اعضا خواسته می‌شود تا به شیوه ای مصور، نسل نگار را که پیشینه خانوادگی آنها در آن ترسیم می‌شوند را تا ۳ نسل قبل رسم کنند.
جلسه سوم	شناسایی تعابیر و تفاسیر و جدا کردن آنها از واقعیت	متمایز ساختن باورهای منطقی و غیر منطقی در رابطه با دیگران	از اعضا خواسته می‌شود تا هر یک از آنها ۳ حادثه یا تجربه خود را یادداشت کنند و سپس احساس و فکر و رفتار خود را مشخص سازند.
جلسه چهارم	پرورش پایه ای محکم برای برقراری صمیمیت	آشنا کردن اعضا به نیازهای روانی خود از قبیل نیاز به شهرت، نیاز به دوست داشتن و..	چند واقعه که موجب به شادی، ترس، خشم و... فرد شده است را یادداشت نماید و مشخص نماید که علت آنها چه بوده است.
جلسه پنجم	مجهر ساختن اعضا به مهارت های خاص ارتباطی	اظهار نظر کردن افراد درباره ی دیگران و میزان اعتماد میان فردی حاکم بین خود و دیگران	توجه به روابط خود با دیگران در طول هفته و اینکه هر روز یک واقعه را یادداشت کرده و و تفسیر خود از آن را یادداشت نماید.
جلسه ششم	بررسی انتخاب ها و پذیرفتن مسئولیت	پذیرش مسئولیت هر یک از اعضا برای پرورش یک رابطه	لیست کردن اشتباهاتی که در طول هفته انجام داده و مسئولیت آنها را می‌پذیرند.
جلسه هفتم	آشنایی با مرزها و حیطه های کنترل فرد در زندگی شخصی	استفاده از تصویر سازی ذهنی جهت تشخیص فرد از اینکه در یک موقعیت خاص چه برنامه ایی را طرح می کند و به دنبال شرایط است یا کنترل خودش.	بیان دو داستان فرضی از موقعیت اضطراب ساز و بررسی پاسخ خود به آن موقعیت.
جلسه هشتم	یکپارچه ساختن ارزش ها و تجارب در ارتباطات.	بررسی نفصی که فرد ناآگاهانه آن را ایفا می کند.	خاطرات خود را در دوران کودکی یادداشت کنند و در رابطه با نقش خود در آنها قضاوت کنند.
جلسه نهم	خودشناسی عمیق تر هر یک از اعضا	بیان ویژگی های مثبت و منفی هر یک از افراد و پذیرفتن و دوست داشتن هر یک از صفات	بررسی این سوال که من در حال حاضر چه کسی هستم و چه باید باشم و بررسی احساسی که در پایان پاسخ به این سوال دارند چیست؟
جلسه دهم	گرفتن بازخورد از یکدیگر	روشن کردن نقاط قوت و ضعف شخصی که در روابط بین فردی و درون فردی مؤثر است- نظرخواهی هر یک از افراد درمورد دوره و بیان افکار و احساس خود از این دوره- اجرای پس آزمون	

یافته های پژوهش

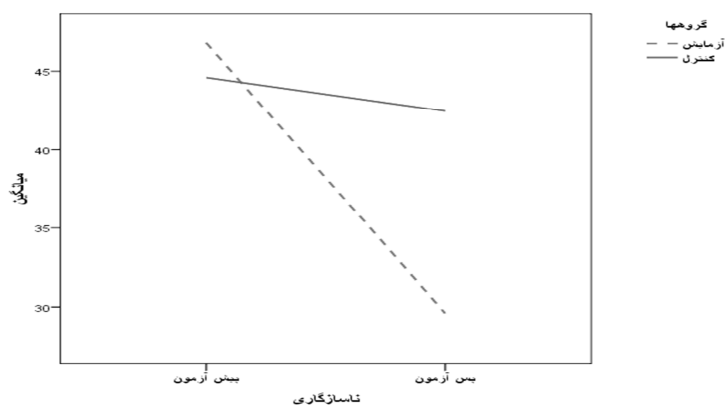
در این بخش نتایج دو گروه در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی؛ پراکندگی و نمودار چند ضلعی استفاده شد. در تحلیل استنباطی نیز پیش فرضهای آزمون پارامتریک مورد بررسی قرار گرفت با توجه به برقرار نبودن حداقل پیش فرضها، از آزمون غیرپارامتریک یومان ویتنی، برای مقایسه تفاوت میانگین های گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد تا تاثیر آموزش خودمتمایزسازی بر کاهش ناسازگاری آزمودنیها مشخص شود. میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۶.۶۰ و ۱۶.۳۸ میباشد.

جدول ۱: شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات سازگاری به تفکیک گروههای پژوهش ($n_1=n_2=8$)

گروهها	سازگاری	میانگین	انحراف	میانه	دامنه نمرات	مقدار آماره Z کالموگروف
استاندارد						
اسمیرنف						
آزمایش	پیش آزمون	۴۶.۸۰	۹/۴۰۴	۴۴.۵۰	۴۲-۵۰	3.29**
	پس آزمون	۲۹.۶۰	۱۳/۱۰۴	۲۶.۴۵	۲۶-۳۸	4.33**
کنترل	پیش آزمون	۴۴.۶۵	۸/۸۸	۴۲.۶۵	۴۳-۵۱	3.62**
	پس آزمون	۴۲.۴۷	۹/۹۲	۴۴.۴۵	۴۰-۴۹	3.13**

**, $P < 0.01$

با توجه به جدول فوق و نمودار ۱، مشاهده می گردد که به لحاظ توصیفی میانگین ناسازگاری در گروه آزمایش طی مرحله پیش آزمون تا پس آزمون کاهش داشته است ($M = -17.02\Delta$). اما این تغییر باید در مقایسه با گروه کنترل ($M = -2.18\Delta$) به لحاظ آماری مورد بررسی قرار گیرد.



نمودار ۱، تغییرات میانگین ناسازگاری از پیش آزمون تا پس آزمون به تفکیک دو گروه پژوهش

همچنین با توجه به جدول ۱، نتیجه آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیرها معنادار است ($P < 0.01$). بنابراین بین توزیع نمرات و توزیع نرمال تفاوت وجود دارد که حاکی از نرمال نبودن نمرات مقیاس سازگاری گروه‌های پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون است. در نتیجه خروجی آزمون ناپارامتریک یومان ویتنی برای مقایسه میانگین اختلافی دو گروه آزمایش و کنترل بررسی گردید که معنادار بود ($p < 0.005, n_1 = 8, n_2 = 8, u = 48.38$). در نتیجه اختلاف بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش بزرگتر از گروه کنترل است. در نتیجه کاهش ناسازگاری در گروه دختران خانواده طلاق شرکت کننده در گروه آزمایش به لحاظ آماری و با اطمینان ۹۹ درصد مشهود است.

بحث و نتیجه گیری

از بعد سیستم‌های خانواده درمانی، زمانی که خودمتمایزسازی در خانواده پایین باشد، احتمالاً آمیزش عاطفی (کاهش فردیت و یکسانی تفکر و احساسات) میان اعضا وجود خواهد داشت. اگر در این خانواده طلاق رخ دهد، آمیزش عاطفی این افراد منجر به فقدان خود و آشفتگی و کاهش میزان سازگاری خواهد شد (هاپر، ۱۹۹۰). از این رو آموزش خودمتمایزسازی که شیوه‌ای از بیان و تفکیک احساسات و تفکرات است موجب افزایش سازگاری می‌شود و این افزایش سازگاری فرصتی را برای ایجاد خویشن مستحکم فراهم می‌آورد. از آنجا که طلاق والدین رخ داده و کیفیت روابط والد-کودک نمی‌تواند تغییر داده شود افراد می‌توانند با کمک آموزش خودمتمایزسازی تجربیات شان را با دیدی متفاوت ببینند، به طوریکه تأثیرات منفی تجربیات خانواده مبدأ کاهش یابد (بوون، ۱۹۷۸). کودکان که خود را در این میان مقصر می‌یابند با آموزش خودمتمایزسازی می‌توانند تفکر و احساس خویش را از تفکر و احساس والدین تفکیک سازند و موجب کاهش اضطراب و افزایش سازگاری خویش شوند. نتیجه آزمون یومن ویتنی نیز مؤید آن است که آموزش خودمتمایزسازی بر افزایش میزان سازگاری کلی مؤثر بوده است.

لگراندر در تحقیقی دریافت افرادی که بحران طلاق را تجربه کرده‌اند، واکنشهای ناسازگارانه را بروز می‌دهند چرا که طلاق را به عنوان تهدیدی برای نیازهای پایه یا تمامیت خودشان ادراک کرده‌اند (لگراندر، ۱۹۸۸) و همانطور که مشاهده شد آموزش خودمتمایزسازی موجب افزایش میزان سازگاری فرزندان طلاق گردید. پایه فرایند خودمتمایزسازی، کنترل آگاهانه اضطراب می‌باشد. فریدمن به این نتیجه رسید که اضطراب می‌تواند با پیروی از الگوهای واکنشی نسلهای گذشته منبع ناامیدی و یأس باشد و در عین حال می‌تواند با آگاهی یافتن از این الگوها و افزایش میزان سازگاری، منبع رشد و تغییر محسوب شود (براون و مانلا، ۲۰۰۹). شخص نمی‌تواند سایرین را تغییر دهد بلکه نیروی بالقوه‌ای در خودش وجود دارد که موجب

تغییر دادن رفتار می‌شود و اگر با کمک آموزش خودمتمایزسازی رفتار افراد و وقایع را ببیند معنای متفاوتی را در می‌یابد.

به طور کلی برای نشان دادن ناسازگاری، برون بر مفهوم خودمتمایزسازی تأکید می‌کند که در سطح پایین قرار دارد. برون ذکر کرد که ناسازگاری عامل مؤثری در به مخاطره انداختن رشد تفکیک اعضای خانواده محسوب می‌شود مگر اینکه مداخلات اساسی وجود داشته باشد (چاپوت و لایت، ۲۰۰۶).

از این رو پیشنهاد پژوهش حاضر این است که آموزش خودمتمایزسازی به صورت کارگاهی برای تمامی اعضای خانواده‌های طلاق صورت گیرد زیرا این آموزش در بحرانهایی چون طلاق موجب ارتقاء سطح تفکیک و در نتیجه افزایش میزان سازگاری افراد می‌شود و همانطور که دیوید اسکناچ بیان کرد بحرانها از جمله طلاق در جریان زندگی قادر هستند تا سطوح تفکیکمان را ارتقاء بخشند (کومفیلد^۱، ۲۰۰۰). در واقع، فشاری که در طی دوره انتقالی بر خانواده تحمیل می‌شود، می‌تواند فرصتی برای آن خانواده فراهم آورد تا الگوهای آشنای مقابله‌ای خویش را کنار گذاشته و پاسخهای بارورتر و رشد آفرین تری را جایگزین آنها سازد (برواتی و همکاران، ۱۳۸۲). برون نیز بر این باور بود که بحرانهایی چون طلاق فرصتی برای رشد محسوب می‌شوند (دیویس و جونز، ۲۰۱۰). گراف^۲ نیز این عبارات را با استعاره‌ای زیبا از کشتی مفهوم می‌بخشد: «شما نمی‌توانید سرعت بادها را تغییر دهید، اما می‌توانید موجب تغییر جهت وزش باد شوید.» به طور کلی در صورت مواجه شدن با مشکل، آموزش خودمتمایزسازی درمان مناسبی محسوب می‌شود چرا که هدف درمان آن، افزایش میزان سازگاری فرد به تغییرات زندگی و در نتیجه کاهش اضطراب می‌باشد (تایتلمن، ۱۹۹۸).

منابع

- برواتی، ح و نقش‌بندی، س و ارجمند، ا. (۱۳۸۲). *خانواده درمانی*، تهران: انتشارات روان.
- سید محمدی، ی. (۱۳۸۱). *نظریه‌های روان‌درمانی*، تهران: انتشارات رشد.
- شکیبایی، ط. (۱۳۸۵). *بررسی تأثیر آموزش خودمتمایزسازی بر سلامت روان زنان پس از طلاق*، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه.
- تبریزی، م و علوی‌نیا، ع. (۱۳۷۶). *مشاوره خانواده (نظر و عمل در تگرش سیستمی)*، انتشارات فراوان.
- حفاریان، لیلان. (۱۳۸۶). *مقایسه عزت نفس، شادمانی، کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان مطلقه و*

1-Coffield, L

2-Graefe

غیر مطلقه شیراز. پایان‌نامه ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان.

حیدری، حسن. (۱۳۸۲). *مقایسه سطح افسردگی زنان و مردان طلاق گرفته از زمان طلاق تا یک سال بعد از آن در شهرستان ورامین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

- Bartle- haring , S . glade , A . C . vira , R.(2005) . *initial levels of differentiation and reduction in psychological symptoms for clients in marriage and family therapy*. Jornal of marital and family therapy , vol 31, No 1, pg 121-131
- Beebe,R&Frisch,N. (2009).Development of the Differentiation of Self and Role Inventory for Nurses(DSRI-RN):A tool to measure internal dimensions of workplace stress.Nursing outlook,57(5) ,240-245.
- Berman, W. H. (1984). *The role of attachment in post-divorce adjustment*, (Unpublished Dissertation, Yale University).
- Boon, C. (2005). *Women after divorce: Exploring the psychology of resilience*. (Unpublished Dissertation, University of South Africa).
- Booth, A. , & Amato, P (1991). *Divorce and psychological stress*. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 396-407.
- Bowen, M.(1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Aronson
- Brown, P & Manela, R. (2009). *Attachment and distress following marital separation*. *Journal of Divorce*, 3 (4) , 303-317.
- Buehler, C. (2011). *Adjustment*. In Touliatos, J. , Perlmutter, B. F. , Straus, M. A. (Ed. (. Handbook of family measurement techniques (pp. 562). London: Sage Publications.
- Chabot,D . Light,C .(2006).*The Chabot emothional differentiation scale , Journal of Marital and Family therapy*, volume 32, issue 2
- Charles,R.(2011). Is there any empirical support for Bowen`s concept of differentiation of self, triangulation, and fusion?. *The American journal of family therapy*,29,279-292.
- Comffield , L . (2000) . *The impact of a therapeutic group procedures on self-differentiation* , university of Wisconsin
- Davis,B; &Jones, L.C.(2010). Differentiation of self and attachment among adult daughters. *Issues in mental health nursing*, 13, 321-3
- Haber , J . (1990) . *A family systems model for divorce and the loss of "self"*, *Archives of psychiatric nursing* , vol 4, issue 4 , pg 228-234 .
- Legrand , J . C. (1988) . *The relationship between selected biographical characteristic and anxiety and depression of participants in a divorce workshop* , texas university.
- Marquardt , E . (2009) . *Between Two worlds : The inner lives of children of Divorce*.
- Peleg- popko , O. (2002) . *Bowen Theory : A study of differentiation of self , social anxiety, and physiological symptoms* , contemporary Family Therapy , vol 24 , lss
- Smith, R.E , MSMFT .(2006) . *Differentiation of self* , family therapy.word press.com / 2007/ 06/ 06 / differentiation- of- self.
- Thelen, M , H . & Miller , D. J. (2010). *Group assertion training with adolescents*. *Schizophrenia Research* , 48 , (2- 3) , 343 -349
- Titelman , P . (1998) . *clinical application of Bowen family systems theory-* the Haworth press.
- Yoo ya .Y .(2007) . *The relationship Among the family functioning , self differentiation and junior High school student`s irrational beliefs*

فکری، کاترین؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ نورانی پور، رحمت الله؛ احقر، قدسی (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه رفتار کارآفرینانه برای مشاوره شغلی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲(۱)، ۱۶۴-۱۵۳.



ساخت و اعتباریابی پرسشنامه رفتار کارآفرینانه برای مشاوره شغلی

کاترین فکری^۱، دکتر عبدالله شفیع آبادی^۲، دکتر رحمت الله نورانی پور^۳، دکتر قدسی احقر^۴

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۷

چکیده

هدف پژوهش حاضر ساخت و اعتباریابی پرسشنامه‌ای مناسب برای اندازه‌گیری رفتارهای کارآفرینانه است. جامعه آماری تحقیق کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد رشته‌های علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران در سال ۱۳۹۰ بودند که مجموعاً ۱۴۹۷ نفر می‌شدند. با توجه به فرمول کوکران و براساس نمونه‌گیری خوشه‌ای ۵۰۰ نفر از این افراد انتخاب شدند و به پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه که روایی محتوایی، روایی سازه، و روایی ملاکی اش توسط متخصصان مناسب ارزیابی شد پاسخ دادند. ضریب آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای هر خرده مقیاس آن بالای ۰/۷۰ بدست آمد که بیانگر همسانی درونی بالای پرسشنامه می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اعتباریابی، رفتار کارآفرینانه، پرسشنامه

مقدمه

کشور ایران دارای یکی از جوان‌ترین بافت‌های جمعیتی دنیاست. بر اساس پیش‌بینی‌های مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۹۰ سهم جمعیت جوان از جمعیت کل کشور در بین مردان ۲۴-۱۵ ساله ۱۹/۲٪، ۱۹-۱۵ ساله ۸/۴٪، و ۲۴-۲۰ ساله ۱۰/۸٪ و در بین زنان ۲۴-۱۵ ساله ۱۸/۹٪، ۱۹-۱۵ ساله ۸/۲٪، و ۲۴-۲۰ ساله ۱۰/۷٪ و در مجموع بین جوانان دختر و پسر ۲۴-۱۵ ساله ۱۹/۳٪، ۱۹-۱۵ ساله ۸/۳٪، و ۲۴-۲۰ ساله ۱۰/۷٪ است. کثرت جمعیت جوانان و افزایش نقش این گروه در عرصه‌های گوناگون فرهنگی،

^۱ - دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه مشاوره، تهران، ایران. katrin_fekri@yahoo.com

^۲ - استاد دانشگاه علامه طباطبائی.

^۳ - دانشیار دانشگاه شهید بهشتی.

^۴ - عضو هیات علمی پژوهشگاه مطالعات و دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.

اجتماعی و سیاسی در عصر حاضر توجه بیش از پیش مسوولان را به این قشر می‌طلبد. (سایت مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰:۱).

در حال حاضر به دلیل رشد و پیشرفت تکنولوژی و به تبع آن جایگزین شدن ماشین آلات صنعتی به جای نیروی انسانی، ناهماهنگی بین نیازهای بازار کار با آن چه در نظام آموزشی تدریس می‌شود، پایین بودن نرخ سرمایه‌گذاری و یا عدم استفاده مطلوب از سرمایه‌گذاری‌های انجام شد، و کمبود تخصص و مهارت نیروی کار نرخ بیکاری در کشورما بسیار بالاست و یکی از مهمترین مسائل جوانان انتخاب شغل است. بنابراین لازم است که مسوولان محترم دولت توجه جدی به مساله اشتغال جوانان مبذول کنند (شفیع آبادی، ۱۳۸۸:۱۴).

بررسی‌ها نشان داده جوامعی که برای ایجاد شغل به منابع انسانی بیش از منابع غیر انسانی متکی هستند در بلند مدت موفقیت‌های بیشتری کسب می‌کنند و با تکیه بر نیروی فکر و خلاقیت موجب توسعه و پیشرفت کشورشان می‌گردند. لذا اهمیت توجه به آموزش کارآفرینی جهت رفع معضل بیکاری هیچگاه به اندازه امروز نبوده است. زیرا کارآفرینی منبع عمده رشد اقتصادی، نوآوری، ارتقاء کیفیت محصول و خدمات، رقابت اقتصادی، و تحرک اجتماعی در سطح جامعه است. بنابراین آموزش کارآفرینان جوان یک نوع سرمایه‌گذاری برای آینده است زیرا ضمن این آموزش‌ها جوانان از طریق کسب تجربیاتی مثبت می‌توانند تصمیمات بهتری درباره آینده کاری خود اتخاذ کنند و به ایجاد شغل جدید پردازند (ذبیحی و مقدسی، ۱۳۸۵:۱۶۰؛ پرداختچی و شفیع زاده، ۱۳۸۵:۵۸؛ اکبری، ۱۳۸۷:۱۶ و ۳۰؛ هیسریچ و همکاران^۱، ۲۰۰۷:۱).

در کشور ما کارآفرینی مبحث جدیدی است که به تازگی مورد توجه قرار گرفته است و هنوز تا رسیدن به ایرانی کارآفرین راه دور و درازی در پیش داریم که پیمودن آن تنها با انجام تحقیقات گسترده و متنوع در زمینه شیوه‌های آموزش کارآفرینی و استفاده از نتایج این تحقیقات در عمل امکان پذیر است. بررسی میزان اثر بخشی آموزش‌های مختلف بدون استفاده از ابزارهای مناسب اندازه گیری غیر ممکن است. بنابراین به نظر می‌رسد یکی از ابزارهای سنجش مورد نیاز در این زمینه پرسشنامه رفتار کارآفرینانه است. رفتار کارآفرینانه مجموعه فعالیت‌هایی است که افراد در سطوح مختلف مسئولیت با هدف بهره گیری خلاقانه از منابع در جهت شناسایی و استفاده از فرصت‌ها به منظور ایجاد شغل جدید به انجام می‌رسانند (شفیع آبادی و فکری، ۱۳۸۷؛ مایر^۲، ۲۰۰۲).

1 - Hisrich,R

2 - Mair,J

بررسی پیشینه تحقیقات انجام شده درباره ساخت و اعتباریابی پرسشنامه رفتار کارآفرینانه نشان می‌دهد پرسشنامه‌های ساخته شده در زمینه کارآفرینی بیشتر به بررسی ویژگی‌های کارآفرینی می‌پردازند تا رفتار کارآفرینانه. برای مثال پرسشنامه رفتار کارآفرینی عابدی و مصحف (۱۳۸۳)، به نقل از مهرابی، (۱۳۸۵) با پرسش‌هایی نظیر تمایل به ایجاد کار جدید دارم و یا تمایل دارم هرچه زودتر این کار را آغاز کنم و غیره رفتارهای کارآفرینانه را که منتهی به ایجاد شغل جدید می‌شوند به خوبی نشان می‌دهد در عین حال سؤالاتی نظیر معمولاً از مشکلات استقبال می‌کنم، توانایی تفکر دارم، یا دیگران مرا فردی خلاق می‌دانند نیز در این پرسشنامه هست که بیشتر بیانگر ویژگی‌های کارآفرینان است. صاحب‌نظران معتقدند که دامنه کارآفرینی گسترده است و تمام فعالیت‌های انسان می‌تواند به شیوه کارآفرینانه انجام بشود. بنابراین داشتن ویژگی‌ها و مهارت‌های کارآفرینی گرچه شرط لازم برای ایجاد شغل است اما کافی نیست. به علاوه یک فرد حتی زمانی که در مسیر بروز رفتارهای کارآفرینانه قرار می‌گیرد بلافاصله اقدام به ایجاد شغل جدید نمی‌کند بلکه ابتدا گام‌های اولیه را در این زمینه بر می‌دارد. مثلاً احساس نیاز می‌کند تا شغل جدیدی را به وجود بیاورد، به این باور می‌رسد که توان ایجاد شغل جدید را دارد و غیره تا به مرحله آخر یعنی ایجاد شغل جدید برسد. لذا ساخت ابزاری که دقیقاً رفتارهای کارآفرینانه منتهی به ایجاد شغل جدید را براساس طبقه‌بندی مناسب و گام به گام مورد بررسی برقرار بدهد یا به عبارتی ساخت آزمونی که دارای خرده‌مقیاس‌های مناسب برای اندازه‌گیری پیشرفت رفتارهای کارآفرینانه منتهی به ایجاد شغل جدید باشد اهمیت بسزایی دارد و هدف انجام تحقیق حاضر است. اهمیت ساخت چنین آزمونی این است که با استناد به آن پس از برگزاری دوره‌های مختلف آموزش کارآفرینی می‌توان مشخص کرد که آزمودنی‌ها بر اساس هر بسته آموزشی تا چه گامی در زمینه بروز رفتار کارآفرینانه منتهی به ایجاد شغل جدید پیشرفت کرده‌اند و در کدام گام‌ها نیاز به راهنمایی و آموزش بیشتر دارند (عابدی و مصحف، به نقل از مهرابی، ۱۳۸۵؛ جهانیان، ۱۳۸۶). با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخ سؤالات زیر است:

سؤالات

- ۱- آیا پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه از روایی مناسب (محتوایی، ملاکی و سازه) برخوردار است؟
- ۲- آیا پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه از اعتبار کافی برخوردار است؟

روش

روش تحقیق: با توجه به سئوالات مطرح شده روش تحقیق از نوع همبستگی بود. زیرا در این تحقیق از تحلیل عامل به عنوان روشی برای شناخت عوامل سازنده رفتار کارآفرینانه استفاده شده است و تحلیل عامل با کنار هم قرار دادن متغیرهایی که همبستگی بالایی باهم دارند از تعداد زیادی متغیر سازنده رفتار کارآفرینانه تعداد محدودی عامل استخراج می‌کند (حبیب پور و صفری، ۱۳۹۰).

جامعه آماری: جامعه آماری این تحقیق کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد رشته های علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران در سال ۱۳۹۰ بودند که مجموعاً ۱۴۹۷ نفر می‌شدند. نمونه و روش نمونه گیری: با توجه به فرمول کوکران حجم نمونه ۵۰۰ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{\sigma^2 \times z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)}{d^2} = 496/128 \approx 500$$

= حجم نمونه n

= واریانس جامعه براساس تحقیقات انجام شده برابر ۶/۴۶ تعیین شد. σ^2

$Z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)$ = برای فرضیه‌های دودامنه در سطح ۰/۰۵ برابر است با ۱/۹۶.

= خطای قابل قبول برابر است با ۰/۰۵

d²

نمونه گیری به شیوه خوشه ای انجام گرفت بدین ترتیب که ابتدا لیستی از رشته‌های علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران تهیه شد و با کنار هم قراردادن زیر مجموعه‌های یک رشته برای مثال جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی با جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری و غیره مجموعاً ۸ رشته استخراج شد. در مرحله بعد با مراجعه به دانشکده علوم انسانی از بین کلاس‌های این ۸ رشته چند کلاس به تصادف انتخاب شدند و دانشجویان آن به پرسشنامه مذکور پاسخ دادند. ویژگی‌های نمونه آماری بطور دقیق بدین شرح است: (۱- رشته: ۱۹/۸٪ علوم اجتماعی، ۶/۲٪ تاریخ، ۱۰/۲٪ تربیت بدنی، ۱۴/۶٪ جغرافیا، ۶٪ کتابداری، ۱۰/۸٪ مشاوره، ۱۱/۶٪ مطالعات زنان و ۲۰/۸٪ روان‌شناسی؛ ۲- سن: ۷۱/۸۴٪ ۲۳ تا ۳۰ ساله، ۲۳/۷۹٪ ۳۱ تا ۳۸ ساله، و ۴/۳۷٪ بالای ۳۹ سال؛ ۳- جنسیت: ۷۷/۲٪ زن و ۲۲/۸٪ مرد؛ ۴- وضعیت شغلی: ۴۸/۶٪ شاغل و ۵۱/۴٪ غیر شاغل؛ ۵- سابقه کار: ۳۸٪ زیر سه سال، ۱۸٪ بین ۳-۵ سال، و ۴۴٪ بالای ۵ سال).

شیوه اجرا: برای ساخت پرسشنامه رفتار کارآفرینانه ابتدا بر اساس مطالعه پیشینه نظری رفتار کارآفرینانه شامل طبقه بندی‌های مرسوم می که در زمینه رفتار کارآفرینانه وجود داشت بویژه مدل "فرای"^۱ که با تصمیم گیری برای کارآفرینی شروع می شود، با شناخت فرصت ها، تعیین ساختار، و تامین منابع و شرایط مورد نیاز ادامه می یابد و در نهایت به تعیین اهداف و استراتژی ها برای ایجاد شغل جدید ختم می شود (احمد پورداریانی، ۱۳۸۶: ۱۱۷) و همچنین بررسی پرسشنامه های کارآفرینی و رفتار کارآفرینانه موجود ۳۰ سؤال مناسب برای پرسشنامه رفتار کارآفرینانه طراحی شد و روایی محتوایی سؤالات توسط متخصصان تایید گردید. این پرسشنامه ۳۰ سؤالی اولیه به طور تصادفی روی ۳۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اجرا شد. ضریب آلفای کرانباخ محاسبه شد و ۱۰ سؤال که همبستگی آن ها کمتر از ۰/۳۰ بود از بین سؤالات حذف شد. پرسشنامه اصلاح شده حاوی ۲۰ سؤال برای سنجش رفتارهای کارآفرینانه بود و برای اعتباریابی نهایی روی این ۵۰۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران اجرا شد.

ابزار اندازه گیری

در پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه سؤالاتی در مورد تصمیم گیری برای کارآفرینی (شامل زیر مجموع های احساس نیاز، باور داشتن توانای های خود، داشتن ایده و مصمم بودن برای شروع کار)، سؤالاتی درباره شناخت فرصت ها (شامل زیر مجموعه های شناخت شرایط جامعه و نیازهای بازارکار، شناخت منابع بالقوه و بالفعل و شناخت شرایط خود در بین رقبا)، سؤالاتی مربوط به تعیین ساختار است (شامل زیر مجموعه های تصمیم گیری درباره ایجاد شغل جدید بصورت فردی یا شراکتی و تعیین میزان اختیارات خود در شغل جدید ایجاد شده)، سؤالاتی در زمینه تامین منابع و شرایط مورد نیاز (شامل زیر مجموعه های فراهم کردن امکانات مالی، اطلاعاتی و انسانی)، و سؤالاتی در مورد تعیین اهداف و استراتژی ها (شامل زیر مجموعه های تعیین اهداف، تعیین برنامه های تفصیلی برای رسیدن به این اهداف و رفع مشکلاتی که بر سر راه ایجاد شغل جدید قرار دارد) طراحی شده بود. آزمودنی ها با ۲ گزینه بله و خیر که به ترتیب از راست به چپ نمره یک و صفر به خود اختصاص می دهند به سؤالات این پرسشنامه پاسخ دادند. حداقل نمره کسب شده در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره ۲۰ تعیین شده بود که نمرات

^۱ - Fruy, L.F

بالاتر بروز سطوح بالاتر رفتارهای کارآفرینانه را در آزمودنی‌ها نشان می‌داد. روایی پرسشنامه به سه شکل مورد بررسی قرار گرفت:

الف) روایی محتوایی: روایی محتوایی پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه توسط متخصصان مناسب ارزیابی شد.

ب) روایی سازه: روایی سازه پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه با استفاده از روش تحلیل عاملی به شکل زیر بررسی شد.

جدول ۱. مجوز اجرای تحلیل عامل (نتایج آزمون KMO و Bartlett)

۰/۸۹۶	KMO یا شاخص کفایت نمونه گیری
۳۹۹۵۴/۹	Bartlett یا شاخص شناخته بودن ماتریس همبستگی
۰/۰۰۰	Sig یا سطح معناداری

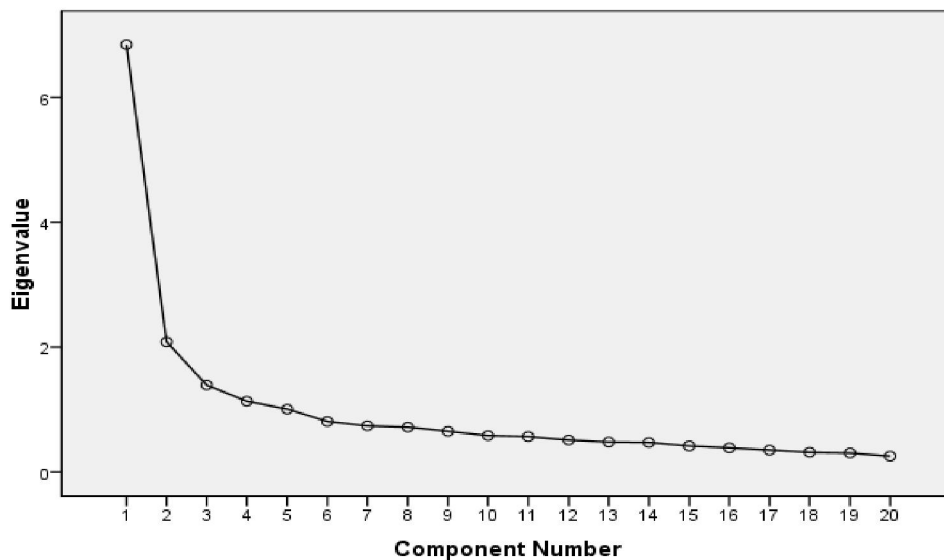
با توجه به جدول شماره ۱ نمونه آماری تحلیل عوامل نمونه مناسبی است. شاخص کفایت نمونه گیری (KMO) آماره‌ای است که مقدار ۰/۸ آن نشان دهنده سودمند بودن تحلیل عاملی برای داده هاست و آزمون بارتلت (Bartlett) فرضیه شناخته بودن ماتریس همبستگی را مشخص می‌کند و مقادیر کوچک (نزدیک به ۰/۰۵) سطح معنی داری نشان می‌دهد که تحلیل عامل برای داده ها مفید است. به عبارت دیگر علاوه بر کفایت نمونه گیری اجرای تحلیل عاملی بر پایه همبستگی مورد مطالعه نیز قابل توجیه خواهد بود.

جدول ۲. ارزش ویژه و درصد واریانس متغیرهای استخراج شده

مؤلفه ها	ارزش های ویژه			مجموع بارهای استخراج شده قبل از چرخش		
	ارزش ویژه	درصد واریانس	تراکمی واریانس	درصد واریانس	تراکمی واریانس	درصد
۱	۶/۸۴۷	۳۴/۲۳۳	۳۴/۲۳۳	۶/۸۴۷	۳۴/۲۳۳	۳۴/۲۳۳
۲	۲/۰۸۴	۱۰/۴۲۰	۴/۶۵۳	۲/۰۸۴	۱۰/۴۲۰	۴/۶۵۳
۳	۱/۳۹۲	۶/۹۶۱	۵۱/۶۱۳	۱/۳۹۲	۶/۹۶۱	۵۱/۶۱۳
۴	۱/۱۳۳	۵/۶۶۴	۵۷/۲۷۷	۱/۱۳۳	۵/۶۶۴	۵۷/۲۷۷
۵	۱/۰۰۶	۵/۰۲۹	۶۲/۳۰۷	۱/۰۰۶	۵/۰۲۹	۶۲/۳۰۷

براساس نتایج جدول شماره ۲ پنج عامل با ارزش ویژه بزرگتر از یک قبل از چرخش قابل استخراج است که مجموعاً ۶۲/۳۰۷٪ واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند. این اطلاعات نشان می‌دهد که قسمت عمده واریانس ماتریس توسط پنج عامل تبیین می‌شود و سایر عوامل سهم ناچیزی در تبیین واریانس دارند. جهت تصمیم‌گیری نهایی در مورد استخراج تعداد عوامل، نمودار مربوط به آزمون اسکری در مرحله بعد مورد توجه قرار گرفته است.

Scree Plot



نمودار ۱. مربوط به آزمون اسکری

براساس نمودار ۱ مربوط به آزمون اسکری ۵ عامل روی شیب تند نمودار قرار دارند و از عامل ششم شیب تقریباً یکسان است. بنابراین آخرین عاملی که از آن به بعد شیب تقریباً برابر است مد نظر قرار می‌گیرد و می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه مذکور ۵ عاملی است. سپس برای بررسی این که کدام سؤالات زیر هریک از این ۵ عامل قرار می‌گیرند از جدول ماتریس چرخش یافته مولفه‌های استخراج شده براساس بار عاملی به شرح ذیل استفاده می‌شود.

جدول ۳. ماتریس چرخش یافته مولفه‌های استخراج شده بر اساس بار عاملی

سؤالات	عامل ها					سؤالات	عامل ها				
	۱	۲	۳	۴	۵		۱	۲	۳	۴	۵
q1	۰/۷۲۶					q11				۰/۴۶۴	
q2	۰/۶۸۸					q12				۰/۷۰۷	
q3	۰/۶۷۵					q13				۰/۷۲۷	
q4	۰/۶۴۳					q14				۰/۷۱۰	
q5		۰/۷۴۱				q15				۰/۶۷۵	
q6		۰/۷۲۵				q16					۰/۷۰۷
q7		۰/۷۵۵				q17					۰/۷۴۳
q8		۰/۶۳۳				q18					۰/۷۶۳
q9			۰/۸۷۰			q19					۰/۷۰۹
q10			۰/۶۸۷			q20					۰/۷۴۱

براساس نتایج جدول شماره ۳ هر گروه از سؤالات ۱ تا ۴، ۵ تا ۸، ۹ و ۱۰، ۱۱ تا ۱۵، و ۱۶ تا ۲۰ به ترتیب در فاکتور ۱، ۲، ۳، ۴، و ۵ بار عاملی بیشتری دارند، لذا زیر همان عامل قرار می‌گیرند. بدین معنی که این گروه از سؤالات یک خرده مقیاس از ۵ خرده مقیاس پرسشنامه رفتار کارآفرینانه را می‌سنجند که بر اساس نوع سؤالات به ترتیب سؤال ۱ تا ۴ مربوط به خرده مقیاس تصمیم‌گیری، سؤال ۵ تا ۸ مربوط به خرده مقیاس شناخت فرصت‌ها، سؤالات ۹ و ۱۰ مربوط به خرده مقیاس تعیین ساختار، سؤالات ۱۱ تا ۱۵ مربوط به خرده مقیاس تامین منابع و شرایط، و سؤالات ۱۶ تا ۲۰ مربوط به خرده مقیاس تعیین اهداف و استراتژی‌هاست.

(ج) **روایی ملاکی:** با توجه به این که پرسشنامه‌های رفتار کارآفرینانه موجود بیشتر به بررسی ویژگی‌های کارآفرینان می‌پردازند تا رفتار کارآفرینانه برای تعیین روایی ملاکی پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه این پرسشنامه روی گروهی از افراد کارآفرین و گروهی از افراد عادی اجرا شد و نتایج دو گروه به شرح زیر باهم مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۴. آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت نمرات رفتار کارآفرینانه افراد عادی و کارآفرینان

گروه	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	نتیجه آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس ها	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
کارآفرینان	۱۵	۱/۸۴	۱۷/۴۶	F=۳/۲۷۱ Sig=۰/۰۸۱	۲۸	۱۶/۲۰۶	۰/۰۰۰
افراد عادی	۱۵	۱/۳۳	۷/۹				

براساس نتایج جدول شماره ۴ با توجه به این که نتایج آزمون لوین معنادار نیست واریانس ها همگون است و می توان از آزمون t مستقل برای مقایسه تفاوت نمرات رفتار کارآفرینانه افراد کارآفرین و عادی استفاده کرد. چون t بدست آمده از t جدول بزرگتر است دلایل کافی برای رد فرض صفر وجود دارد و فرض تحقیق پذیرفته می شود. یعنی بین نمرات رفتار کارآفرینانه کارآفرینان و افراد عادی براساس پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه تفاوت معنادار وجود دارد.

لذا بر اساس بررسی روایی محتوایی، روایی سازه ، و روایی ملاکی پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه می توان نتیجه گرفت که این پرسشنامه از روایی مناسبی برخوردار است و به خوبی افراد کارآفرین و عادی را از هم متمایز می سازد.

نتایج

برای بررسی اعتبار پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه ضریب آلفای کرانباخ به شرح زیر محاسبه شد.

جدول ۵. ضرایب آلفای کرانباخ پرسشنامه رفتار کارآفرینانه

ردیف	تعداد سؤالات	ضریب آلفای کرانباخ
(۱) کل آزمون	۲۰	۰/۹۰
(۲) خرده مقیاس تصمیم گیری	۴	۰/۷۶۹
(۳) خرده مقیاس شناخت فرصت ها	۴	۰/۷۶۵
(۴) خرده مقیاس تعیین ساختار	۲	۰/۷۶۸
(۵) خرده مقیاس تامین منابع و شرایط	۵	۰/۷۶۶
(۶) خرده مقیاس تعیین اهداف و راهبردها	۵	۰/۸۵

براساس نتایج جدول شماره ۵ ضریب آلفای کرانباخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۹۰ است که قابل توجه است. بعلاوه ضریب آلفای محاسبه شده برای هر خرده مقیاس بالای ۰/۷۰ است. در این بین بالاترین ضریب آلفا در خرده مقیاس‌ها برابر با ۰/۸۵ مربوط به عامل تعیین اهداف و راهبردها با ۵ سؤال و کمترین ضریب آلفا در خرده مقیاس‌ها برابر با ۰/۷۶۵ مربوط به عامل شناخت فرصت‌ها با ۴ سؤال است. بنابراین می‌توان گفت که پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه از اعتبار کافی برخوردار است.

بحث و نتیجه گیری

تحقیق حاضر به منظور ساخت و اعتباریابی پرسشنامه ایرانی رفتارهای کارآفرینانه اجرا گردید. برای ساخت این پرسشنامه ابتدا پیشینه نظری در زمینه رفتار کارآفرینانه و پرسشنامه‌های موجود در زمینه کارآفرینی و رفتار کارآفرینانه مورد بررسی قرار گرفت. موارد استخراج شده از این مطالعات بویژه مفاهیم مدل ارائه شده توسط "فرای" سئوالات اصلی پرسشنامه مقدماتی را تشکیل دادند. موارد مشابه در مطالعات در الویت قرار گرفتند و موارد نامناسب حذف شدند به نحوی که روایی محتوایی آزمون مورد تایید متخصصان قرار گرفت. در نهایت فرم ۳۰ سئوالی اولیه پرسشنامه روی ۳۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد علوم انسانی اجرا شد و پس از محاسبه ضریب آلفای کرانباخ ۱۰ سؤال که همبستگی کمتر از ۰/۳ داشتند حذف شدند و فرم ۲۰ سئوالی نهایی برای اعتباریابی روی ۵۰۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به اجرا درآمد. سپس روایی سازه آزمون با روش تحلیل عامل مورد بررسی قرار گرفت و ۵ عامل به عنوان عوامل سازنده رفتار کارآفرینانه استخراج شدند که با توجه به مبانی نظری تحقیق و محتوای سئوالات به ترتیب با عنوان تصمیم‌گیری، شناخت فرصت‌ها، تعیین ساختار، تامین منابع و تعیین راهبردها نام‌گذاری شدند. روایی ملاکی آزمون نیز از طریق مقایسه نمرات افراد عادی و کارآفرینان در پرسشنامه محقق ساخته مورد بررسی قرار گرفت و مطلوب ارزیابی شد ($p=0/000 > 0/05$). در نهایت اعتبار آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرانباخ برای کل آزمون ۰/۹۰ محاسبه شد که قابل توجه است. کوچکترین ضریب آلفا در خرده مقیاس‌های رفتار کارآفرینانه برابر با ۰/۷۶۵ متعلق به عامل شناخت فرصت‌ها با ۴ سؤال و بزرگترین ضریب آلفا در خرده مقیاس‌ها برابر با ۰/۸۵ مربوط به عامل تعیین راهبردها با ۵ سؤال است. بنابراین طبق نتایج تحقیق حاضر پرسشنامه محقق ساخته رفتار کارآفرینانه برای اندازه‌گیری رفتارهای کارآفرینانه واجد شرایط لازم می‌باشد. نتایج بدست آمده با نتیجه تحقیق عابدی و مصحف (۱۳۸۳، به نقل از مهرابی، ۱۳۸۵) در زمینه روایی محتوایی و ضریب آلفای کرانباخ پرسشنامه رفتار کارآفرینی همخوان است زیرا روایی محتوایی

پرسشنامه رفتار کارآفرینی عابدی و مصحف از نظر متخصصان مناسب ارزیابی شده بود و ضریب آلفای کرائباخ آن ۰/۸۹ بدست آمده بود. در عین حال پرسشنامه محقق ساخته این پژوهش در مقایسه با پرسشنامه محقق ساخته عابدی و مصحف تفاوت هایی دارد از جمله این که: از ذکر سئوالاتی با مفاهیم تکراری در آن خودداری شده است و تعداد سئوالات کمتری دارد که مانع خستگی آزمون شوند می گردد، فاقد سئوالاتی است که بیشتر بیانگرو ویژگی های کارآفرینان باشد تا رفتار کارآفرینانه، روایی ملاکی آزمون را هم مورد بررسی قرار داده است، به علاوه با مشخص کردن خرده مقیاس های رفتار کارآفرینانه بهتر از پرسشنامه رفتار کارآفرینی عابدی و مصحف که فقط یک نمره کلی دارد می تواند مشخص کند که آزمودنی مورد نظر ما دقیقا تا بروز رفتار کارآفرینانه قابل مشاهده و ایجاد یک شغل جدید چقدر فاصله دارد. بنابراین اطلاعات بهتری برای طرح آموزش های مورد نیاز آزمودنی در اختیار آزمونگر قرار می دهد.

منابع

- احمد پور داریانی، محمود (۱۳۸۷). کارآفرینی (تعاریف، نظریات، و الگوها). تهران: پردیس.
- اکبری، کرامت الله (۱۳۸۷). توسعه کارآفرینی. تهران: جهاد دانشگاهی.
- پرداختچی، محمد حسن و شفیع زاده، حمید (۱۳۸۵). درآمدی بر کارآفرینی سازمانی. تهران: ارسباران.
- جهانیان، مهدی (۱۳۸۷). کارآفرینی. بابل: انتشارات علوم یارانه.
- حبیب پور، کرم و صفری، رضا (۱۳۹۰). راهنمای جامع کاربرد spss در تحقیقات پیمایشی. تهران: لویه، چاپ چهارم.
- ذبیحی، محمدرضا و مقدسی، علیرضا (۱۳۸۵). کارآفرینی از تنوری تا عمل. مشهد: جهان فردا و نما.
- سایت مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). سهم جمعیت جوان از جمعیت کل کشور بر حسب سن و جنس ۱۳۹۰-۱۳۳۵. تهران: مرکز آمار.
- شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). تحول و کاربرد مشاوره شغلی، سخنرانی هفته پژوهش، دانشگاه اصفهان.

شفیع آبادی، عبدالله و فکری، کاترین (۱۳۸۷). نقش دانشگاه‌ها در آموزش غیر رسمی کارآفرینی به دانشجویان رشته مشاوره و ارائه پیشنهاداتی در این زمینه، اولین همایش آموزش و یادگیری غیر رسمی، دانشگاه فردوسی مشهد.

مهرابی رزوه، فاطمه (۱۳۸۵). بررسی تاثیر مشاوره شغلی به سبک نظریه یادگیری اجتماعی کرامبولتز بر تغییر نگرش و رفتار کارآفرینی کارجویان اداره کار شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

Hisrich, R., & et al. (2007). Entrepreneurship Research and Practice: A Call to Action for Psychology. *Journal of American Psychologist, Volume. 62, Issue. 6, pp. 575-589.*

Mair, J. (2002). Entrepreneurial behavior in a larg traditional firm: Exploring key drivers. Barselona: IESE department of strategy INSEAD: Fontainebleau.



قنبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ سید محمد حسن، اشرف؛ قنبری هاشم آبادی، محمدرضا (۱۳۹۱). بررسی ارتباط ادراک از خدا با خودپنداره و خودکارآمدی با توجه به متغیرهای فردی در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۱۸۰-۱۶۵.

بررسی ارتباط ادراک از خدا با خودپنداره و خودکارآمدی با توجه به متغیرهای فردی در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد

دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۱، سید محمد حسن اشرف^۲، محمدرضا قنبری هاشم آبادی^۳
تاریخ دریافت: ۹۰/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی چگونگی ادراک خدا در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی بود. با استفاده از گروه نمونه ای به حجم ۴۵۵ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی که به شیوه تصادفی انتخاب شده بودند آزمون های ادراک خدا (لاورنس، ۱۹۹۷)، خودپنداره راجرز (۱۹۵۱) و خودکارآمدی عمومی (نظامی و همکاران، ۱۹۹۶) اجرا گردید. داده ها توسط ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن و ای تا و آزمون خی دو تحلیل گردید. یافته ها ضمن تایید خصوصیات روانسنجی آزمون ادراک خدا، بین احساس خودکارآمدی و خرده مقیاس های حضور، پذیرش، خیرخواهی، تاثیر و کل نمره ادراک خدا ارتباط معنی دار یافته شد. بین خودپنداره و خرده مقیاس های حضور، چالش، پذیرش، خیرخواهی، تاثیر، مشیت و کل نمره ادراک خدا ارتباط معنی دار نشان داد. نتایج همچنین بیان کرد که بین ادراک خدا و وضعیت مذهبی خانواده ارتباط معنی داری وجود دارد. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد ادراک خدا با خودپنداره و احساس خودکارآمدی، دو متغیر مهم روانی، در ارتباط است.

کلید واژه ها: ادراک خدا - خودپنداره - خودکارآمدی

^۱دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد - ایمیل؟

^۲کارشناس ارشد روانسنجی

^۳دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی واحد بین المللی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

كُنْتُ كَنْزاً مَخْفِياً فَأَحْبَبْتُ بَانَ أَعْرَفَ فَخَلَقْتُ النَّاسَ لِكَيَّ أَعْرِفَ؛ من گنجی پنهان بودم و دوست داشتم شناخته شوم، پس آدمی را آفریدم تا مرا بشناسد. (حدیث قدسی به نقل از رجائی بخارائی، ۱۳۶۴، ص ۵۹۴)

"ادراک خدا" (تصویر خدا)^۱ یک مدل کارکردی درون روانی است که فرد، "خدا" را بدان گونه و در آن قالب متصور می‌شود. ادراک خدا می‌تواند نشان‌دهنده درجه رشد یافتگی استدلال اخلاقی و میزان بلوغ روانی و در نگاهی ژرف‌تر تمامیت شخصیت فرد باشد (گاتیس^۲، ۲۰۰۱). ادراک خدا یک الگوی شناختی-عاطفی است که از طریق نخستین ارتباطات کودک با افراد مهم زندگی و مراقبش شکل گرفته و در سرتاسر زندگی همگام با رشد و بلوغ روانی فرد، بارها و بارها تجدید می‌گردد. این الگو جهت‌گیری، رفتار و احساس فرد در ارتباط با خدا را هدایت می‌کند. به همین خاطر ادراک خدا مجموعه‌ای منسجم از آخرین سطح ادراکی فرد در مسائل انتزاعی و امور ماورایی است (هرتل^۳، ۱۹۹۵).

این مفهوم در مکتب روانشناسی روابط موضوعی (روابط شیء^۴) ریشه دارد. شروع علمی (از حیث علم روانشناسی) این مفهوم با انتشار کتاب وینیکات^۵ "موضوعات تحولی و پدیدارهای تحولی"^۶ و جدایی این مفهوم از مفاهیم الهی انجیلی-مسیحی بوده است (سنت کلر^۷، ۲۰۰۰). ادراک فرد از خدا می‌تواند نشان‌دهنده تحول شناختی و میزان رشد اخلاقی فرد باشد. این متغیر روانی حکایت از کیفیت ارتباط با خدا دارد که یکی از مهم‌ترین ارتباطات فرد بوده و بررسی آن می‌تواند کیفیت دیگر ارتباطات مهم زندگی روانی فرد را به ما بشناساند (لاندین^۸، ۱۹۹۶). همچنین در صورتی که صحبت از شناخت افراد و شخصیت ایشان به میان باشد و بخواهیم سازه‌ای روانی انتخاب کنیم تا با بررسی آن به بسیاری از خصایص روانی افراد پی ببریم، آنگاه ادراک فرد از خدا و تصویری که به آن دست یافته، بسیار مهم است (لاورنس^۹، ۱۹۹۷).

ادراک خدا یک مفهوم روانی مهم و محوری است و با مشاهده میزان و نحوه پیشرفت آن می‌توان میزان پیشرفت ذهن بشر را دریافت. مفهوم خدایان به مثابه موجوداتی فوق بشری و برخوردار از نیروهایی

^۱ Image of God^۲ Gattis^۳ Hertel^۴ Object relations theory^۵ Winnicott^۶ Transitional Objects and Transitional Phenomena^۷ St. Clair, Michael^۸ Lundin^۹ Lawrence

که از نظر کمی و کیفی دور از دسترس اند در طول تاریخ به تدریج قوام یافته است (فریزر^۱، ۱۹۹۴، ص ۱۳۱). گورساج (۱۹۶۸) اعتقاد دارد که انگاره ذهنی از خدا خیلی پیچیده تر و از لحاظ روان‌شناسی با معنی تر از آن چیزی است که با ارزیابی‌های مکرر درجات اعتقاد مذهبی به دست آید. بر این اساس مطالعه ادراک افراد از خدا می‌تواند، بیشتر از متغیر میزان مذهبی بودن، نشان از میزان بلوغ ذهنی و رشد روانی ایشان باشد. همچنین ادراک خدا با دیگر متغیرهای روانی ارتباط دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که انگاره ذهنی مثبت به خدا داشتن و ارتباط نزدیک با خداوند را حفظ کردن موجب افزایش سلامت روان می‌شود (بنسون، ۱۹۹۶؛ کریستی، ۱۹۹۸؛ ایستبروک، ۱۹۹۹؛ الیسون و لیون، ۱۹۹۸؛ فانیولی، ۱۹۹۷). نتایج تحقیق صادقی (۱۳۸۴) نشان داد تفاوت تمام زیرمقیاس‌های آزمون تصور از خدا در روش‌های تربیتی و تفاوت زیرمقیاس‌های «تأثیرپذیری» و «مشیت الهی» در دو گروه از والدین، به تفکیک معنادار می‌باشد. اما تفاوت زیرمقیاس‌های تصور از خدا در تعامل «روش‌های تربیتی» و دو گروه والدین (والدینی که در تربیت دینی فرزندان‌شان تلاش داشتند و والدینی که در تربیت فرزندان‌شان تلاش نداشتند) معنادار نمی‌باشد. نتایج پژوهش رسول زاده طباطبایی، نصیرزاده و خوشبخت (۱۳۸۶) نشان داد که ادراک کودکان از ویژگی‌های زنانه مادر می‌تواند به گونه‌ای مثبت، ادراک آنان را از ویژگی‌های زنانه خداوند، پیش‌بینی نماید. از سوی دیگر برای پیش‌بینی ادراک کودک از ویژگی‌های مردانه خداوند ویژگی‌های زنانه پدر متغیر مناسبی به نظر می‌رسد.

نتایج پژوهش حدادی کوهسار و غباری بناب (۱۳۸۷) نشان داد که: ۱) میانگین افکار پارانوئیدی در زنان نسبت به مردان و در دانشجویان متأهل نسبت به افراد مجرد کمتر است و میانگین نمرات زنان در عوامل مذهبی سنتی بیشتر از مردان و میانگین نمرات افراد متأهل در عوامل مذهبی سنتی، الوهیت‌پنداری بیشتر از دانشجویان مجرد می‌باشد. ۲) بین افکار پارانوئیدی و بعد انتقام‌گیر در مقیاس مفهوم ذهنی از خدا همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. ۳) نتایج تحلیل واریانس مربوط به رگرسیون چندگانه نشان داد که ۳۱٪ واریانس تغییرات در افکار پارانوئیدی از روی متغیرهای کیفیت دلبستگی و انگاره ذهنی از خدا (بعد انتقام‌گیر پنداری) قابل تبیین است. جوادزاده شهشهانی (۱۳۸۹) با بررسی و مقایسه تصور از خدا، معنویت و وضعیت هویت در جوانان ۲۴ تا ۳۰ ساله بهنجار و سوء مصرف‌کننده مواد مخدر به این نتیجه رسید که پرداختن به مسایل معنوی مانند باور به خدا و داشتن ارتباط با او و داشتن معنا و هدف در زندگی می‌تواند مانع بروز رفتار پرخطر سوء مصرف مواد مختلف شود. همچنین پژوهش حدادی کوهسار و غباری

¹ Frazer

بناب (۲۰۱۱) نشان دهنده تأثیر مثبت ادراک خدا بر سلامت روان والدین کودکان عقب مانده بود. هارمز (۱۹۴۴) به سه مرحله در تحول مفهوم خداوند اشاره می‌کند. نخست، مرحله (۶ - ۳ سال) که کودکان در این مرحله تفاوت ناچیزی بین خداوند و فرشتگان ادراک می‌کنند (فرشته پنداری). هارمز، معتقد است به تدریج و با گسترش ظرفیت شناختی، تصویری که در ذهن خود از خداوند نقاشی کرده است، عینی تر می‌شود و شباهت بیشتری به انسان‌ها پیدا می‌کند. او این مرحله را که در کودکان ۶ تا ۱۱ سال دیده می‌شود، مرحله واقع بینی می‌نامد و معتقد است کودکان در این مرحله برای معرفی خداوند به دیگران، به راحتی از سمبل‌های مذهبی استفاده می‌کنند. در آخرین مرحله شکل‌گیری مفهوم خداوند در انسان، که مرحله فردگرایانه نامیده می‌شود و در نوجوانان به چشم می‌خورد، نوجوانان منحصراً بر سمبل‌های مذهبی تکیه نمی‌کنند، بلکه رویکردی فردی در مورد خداوند اتخاذ می‌نمایند که نتیجه آن پیدایش برداشت‌ها و ادراکات بسیار متفاوتی از مفهوم خدا در یک فرد نسبت به فرد دیگر است. در پژوهش دکنچی^۱ (۱۹۶۵) بر کودکان و نوجوانان ۱۴ - ۷ ساله کاتولیک تداعی آزاد کلماتی مانند خدا بررسی شد. تحلیل پاسخ‌ها، وجود سه مرحله را در تحول مفهوم خداوند تأیید می‌نمود. دکنچی، معتقد است که کودکان ۸ - ۷ تا ۱۱ سال، غالباً رویکردی اسناد گونه در مورد خداوند اتخاذ می‌کنند. به این صورت که در این کودکان، خدا به صورت مجموعه‌ای از صفات تلقی می‌شود که این صفات، بیشتر ماهیت انسان گونه دارند (مانند صدای مهیب یک روح). ضمناً، در این مرحله مفهوم خدا از سایر سازه‌های مذهبی، نسبتاً مستقل است. سرانجام در سن حدوداً ۱۴ سالگی تغییرات بیشتری شروع به رخ دادن می‌نماید. معمولاً، در نوجوانان، تمرکز بر قائل بودن ویژگی‌های انسانی برای خداوند ناپدید می‌شود و برداشت نوجوانان از مفهوم خدا انتزاعی تر می‌گردد، آنها گرایش دارند تا در بیان مفهوم خداوند مؤلفه‌های ارتباطی و وابستگی با خداوند را منعکس نمایند (مثل عشق، مهربانی، ایمان و توکل) که از درون فرد و نه از ویژگی‌های توصیفی در گیر او، ناشی می‌شود.

ارتباط بین انگاره ذهنی منفی از خدا (تصور خدا به عنوان نیروی انتقام‌گیر و خشمگین) و افکار پارانوئیدی نیز نشان داده شده است (آرین دل و اتما، ۱۹۸۶). رابرتز (۱۹۸۹) در پژوهش خود همخوانی بین تصویر خدا و تصور خویش را گزارش کرد. کودکانی که از خودپنداره مثبت تری برخوردارند، در ذهن خود تصویر پروردگاری مهربان را نقاشی می‌کنند و برعکس خدایی غضبناک و طرد کننده با عزت نفس پایین در کودکان همخوانی داشت. کیرکپاتریک و شیور^۲ (۱۹۹۲) با گسترش تئوری دلبستگی بالبی به

^۱ Deconchy^۲ Kirkpatrick, L. A. and P. R. Shaver.

حیطه مذهب، تأکید نمودند که تئوری دلبستگی بالبی ممکن است چارچوب ادراکی مفیدی بر ای فهم تفاوت های فردی کودکان در ادراک مفهوم خدا، مهم زندگی کودک با مفهوم خدای کودکان، مرتبط می شود. تصورات ذهنی که کودک از خود و سایر افراد با اهمیت زندگی خود دارد، ادراک و رفتارهای کودک را در موقعیت های تازه و روابط تازه کنترل می کند. یعنی، این تصورات، رابطه کودک با خدا را تابع خود می سازند. نتایج پژوهش گلکه^۱ (۱۹۹۴) نشان داد ادراک خدا در میان دانشجویان مصرف کننده الکل منفی تر از دانشجویان غیر مصرف کننده بود. عزت نفس دانشجویان با ادراک خدای ایشان در ارتباط بود و به همان میزان که ادراک خدای ایشان مثبت تر بود میزان عزت نفسشان هم بیشتر بود. هرل و دوناهی (۱۹۹۵) در آزمودنی های شان گرایش محکمی برای ادراک خداوند به عنوان مظهر عشق و مهربانی (مادرانه) و نه به عنوان منبع قدرت و اقتدار (پدرانه) یافتند. و پیشنهاد دادند مادران نقش مهمی در مفهوم خدای کودکان بخصوص در دخترها ایفا می کند. یک بررسی نیز نشان داد که معلمان ممکن است در تحول مفهوم خدای کودکان مهم تر از والدین باشند. دی روز، میدیما و ایدیما (۲۰۰۱) گزارش کردند کودکان کدکستانی که رابطه نزدیک تری با مربی شان داشتند خداوند را مهربان تر ادراک می کردند. یافته های تحقیق جونکه و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد به همان میزان که اختلال شخصیت جدی تر می شد، تصویر فرد از خدا نیز منفی تر می گردید. نتایج تحقیق حاضر وجود رابطه ای قوی و معکوس را میان ادراک خدا و اختلالات روانی پیشنهاد نمود. همچنین نتایج بررسی بیشتر بیماران نشان داد تصویر منفی از خدا بیشتر با اختلالات روانی محور ۱ و ۳ از DSM ارتباط معکوس دارد.

این طور به نظر می رسد که صفاتی مانند مهربان، دور و غیرقابل دسترس، کیفردهنده یا طردکننده که فرد آن را به خداوند نسبت می دهد، می تواند بر مفهوم خدای کودکان دلالت داشته باشد (دی روز؛ میدیما؛ و ایدیما^۲، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه شرابیر و کنتاکی^۳ (۲۰۰۹) نشان داد که به اندازه ای که ادراک خدای زنان مبتلا به سرطان سینه، بالغانه تر و مثبت تر بود به همان میزان سرعت بهبودی در ایشان سریعتر بوده و توانایی های غلبه بر استرس، اضطراب و ترس در ایشان بیشتر بود و ادراک خدا می تواند متغیر مهمی در میزان امید به بهبودی باشد. نتایج پژوهش بومان^۴ (۲۰۰۹) ادراک خدا را به عنوان عامل زیربنایی وحدت شخصیت نوجوان معرفی نمود. اوکوزی^۵ (۲۰۱۰) به این نتیجه رسید که دلبستگی به خدا پیش بینی

^۱ Golke, Jill.

^۲ De Roos, S. A., Miedema, S. and Iedema, J.

^۳ Schreiber, Judith Anne & Kentucky, Lexington.

^۴ Baumann

^۵ Okozi

کننده سلامت روان است. براساس مطالعات فوق الذکر مسئله اصلی این پژوهش بررسی توزیع متغیر یاد شده و ارتباط آن با متغیرهای خودکارآمدی و خودپنداره در دانشجویان، به عنوان یکی از مهم ترین گروه های اجتماعی، بود.

فرضیه های پژوهش:

- با توجه به مقدمات گفته شده، فرضیه های این پژوهش بدین شرح تدوین شده اند:
- سطح خودکارآمدی افراد با ادراک خدا ارتباط دارد.
- سطح خودپنداره افراد با ادراک خدا ارتباط دارد.
- متغیرهای زندگینامه ای و دیگر متغیرها با ادراک خدا ارتباط دارد.
- در میان گروه های مختلف جنسیتی، وضعیت تاهل و تحصیلی دانشجویان از نظر ادراک خدا تفاوت معنی داری وجود دارد.

روش:

با توجه به آزمون آماری، اندازه اثر^۱ متوسط، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰، حجم گروه نمونه با استفاده از نرم افزار G*Power ۴۲۵ نفر برآورد شد، که با توجه به احتمال عدم پاسخدهی، از نمونه ای ۴۵۵ نفری (۳۶۳ زن و ۹۲ مرد) از دانشجویان دانشگاه فردوسی که در سال ۱۳۹۰ در تمامی مقاطع تحصیلی (کارشناسی ۳۸۴، کارشناسی ارشد ۵۱ و دکتری ۲۰ نفر؛ ۳۹۴ نفر مجرد و ۶۱ نفر متاهل) مشغول به تحصیل بودند (سن $23 \pm 21/74$) استفاده شد. نمونه مذکور به شیوه نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب گردید. همچنین جهت تعیین میزان اعتبار ملاکی پرسشنامه ادراک خدا و لزوم مقایسه آن با آزمونی دیگر، تعداد ۶۰ دانشجو (۵۲ زن و ۸ مرد) که به شیوه تصادفی انتخاب شدند (کارشناسی ۴۱، کارشناسی ارشد ۱۴ و دکتری ۵ نفر؛ ۵۲ نفر مجرد و ۸ نفر متاهل) مورد استفاده قرار گرفتند.

آزمون سنجش ادراک خدا گریلی (به نقل از لاورنس، ۱۹۹۷)، یک آزمون ۷۲ سوالی است که دارای ۶ خرده آزمون (هریک ۱۲ سوال) بوده و پاسخ دهندگان پاسخ های خود را به شکل لیکرت چهارتایی می دهند. پایایی آزمون ادراک خدا توسط سازندگان بدین قرار گزارش شده: خرده مقیاس حضور ۰/۹۴، خرده مقیاس چالش ۰/۸۶، خرده مقیاس پذیرش ۰/۹۰، خرده مقیاس خیرخواهی ۰/۹۱، خرده مقیاس تاثیر ۰/۹۲ و خرده مقیاس مشیت ۰/۹۲ و پایایی کل ۰/۹۱. خرده آزمون های این آزمون بدین شرح اند:

¹ effect size

۱. حضور^۱: آیا خداوند اینجا حضور دارد؟^۲ چالش^۳: آیا خدا می خواهد من رشد و پیشرفت کنم؟^۴ پذیرش^۵: آیا من شایسته دوست داشته شدن از جانب خداوند هستم؟^۶ خیرخواهی^۷: آیا خداوند همانند کسانی است که مرا دوست ام می دارند و آنچه برای من بهتر است را برایم می خواهند؟^۸ تاثیر^۹: من تا چه حد می توانم بر خداوند و خواست او تاثیر بگذارم؟^{۱۰} مشیت^{۱۱}: خداوند تا حد توان تاثیر گذاردن بر مرا دارد؟

آزمون خودکارآمدی عمومی دارای ۱۰ سوال است که به صورت طیف لیکرت چهار تایی پاسخ داده می شود. این مقیاس توسط شوارتز و جورشلیم (۱۹۷۹) ساخته شد. این مقیاس توسط نظامی و همکاران (۱۹۹۶) به فارسی ترجمه و در مطالعات مختلفی هنجار یابی و اعتبار سنجی شده بود که ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه رجبی ۰/۸۲ و در مطالعه معینی ۰/۸۱ بود.

آزمون خودپنداره راجرز دارای ۱۰۰ گویه دو بُعدی بوده که متغیر خودپنداره به صورت طیف لیکرت هفت تایی می سنجد. این آزمون (راجرز، ۱۹۵۱) برای تعیین خودپنداره مثبت و منفی به کار می رود. پاشا، نادری و اکبری (۱۳۸۸) در پژوهش خود، پایایی آزمون خودپنداره را با استفاده از روش دو نیمه کردن (تصفی) و آلفای کرونباخ، برای فرم الف برابر با ۰/۷۹ و برای فرم ب برابر با ۰/۷۵ به دست آوردند، همچنین در پژوهش رقیبی و میناخوانی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ برای فرم الف برابر با ۰/۶۹ و برای فرم ب برابر ۰/۶۰ به دست آمد.

همچنین به همراه آزمون های استاندارد یاد شده، جهت بررسی متغیرهای دموگرافیک از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. سوالات مربوط به مذهبی بودن، وضعیت اقتصادی و نماز خواندن به شرح ذیل بود:

- کدام عبارت درباره شدت مذهبی بودن خانواده شما صحیح است؟
کاملاً مذهبی تا محدودی مذهبی تا محدودی غیرمذهبی کاملاً غیرمذهبی
- کدام عبارت درباره وضعیت اقتصادی خانواده شما صحیح است؟
کاملاً ثروتمند تا محدودی ثروتمند متوسط تا محدودی فقیر کاملاً فقیر
- آیا نماز می خوانید؟

¹ presence² challenge³ acceptance⁴ benevolence⁵ influence⁶ providence

همواره می‌خوانم فقط گاهی نمی‌خوانم گاه گاه می‌خوانم هرگز نمی‌خوانم
جهت جمع آوری داده‌ها با توزیع پرسشنامه‌ها در میان گروه نمونه، ارائه توضیحات لازم در خصوص ماهیت و هدف پژوهش، همکاری ایشان جلب گردیده و اطلاعات لازم جمع آوری گردید.

یافته‌ها

جهت هنجاریابی آزمون ادراک خدا، پس از ترجمه، با استفاده از گروه نمونه‌ای به حجم ۴۵۵ نفر اقدام گردید. نام خرده مقیاس‌های آزمون به همراه سوالات هریک در جدول ذیل آمده است؛

جدول ۱-۱ سوالات خرده مقیاس‌های آزمون ادراک خدا

نام مقیاس	سوالات
حضور	۶-۱۵-۱۷-۲۰-۲۳-۲۴-۳۰-۵۴-۶۱-۶۳-۶۴-۷۰
چالش	۱۱-۱۲-۲۷-۲۹-۳۲-۳۶-۴۵-۴۸-۵۵-۶۲-۶۸-۷۱
پذیرش	۳-۵-۷-۹-۱۶-۱۹-۲۵-۲۶-۳۴-۴۳-۵۲-۷۲
خیرخواهی	۲-۱۳-۲۲-۲۸-۳۳-۴۱-۴۲-۴۶-۵۱-۵۳-۵۶-۶۷
تاثیر	۱-۴-۱۴-۱۸-۳۱-۳۷-۴۰-۴۴-۴۷-۵۸-۶۶-۶۹
مشیت	۸-۱۰-۲۱-۳۵-۳۸-۳۹-۴۹-۵۰-۵۷-۵۹-۶۰-۶۵

در پژوهش حاضر جهت سنجش پایایی آزمون از روش‌های آلفای کرونباخ، تنصیف (دو روش اسپیرمن - براون و گاتمن) و دو نیمه کردن استفاده شد که نتایج هریک در جدول ذیل به تفکیک نمایش داده شده است؛

جدول ۱-۲ ضرایب پایایی آزمون

مقدار	ضریب پایایی
۰/۷۲	آلفای کرونباخ
۰/۷۳	اسپیرمن براون
۰/۷۵	گاتمن
۰/۶۲	همبستگی بین دو نیمه آزمون
۷۲	تعداد سوال

ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برابر با ۰/۷۲ می‌باشد. ضریب پایایی حاصل از تنصیف نیز بر اساس هر دو روش اسپیرمن - براون و گاتمن محاسبه شد که مقدار آن ۰/۷۳ و ۰/۷۵ به دست آمد که

نشان دهنده پایایی مناسب این پرسشنامه است. همچنین همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰/۶۲ به دست آمد که قابل قبول و نشان دهنده پایایی مطلوب آزمون است.

جهت تعیین میزان اعتبار ملاکی پرسشنامه ادراک خدا از یک آزمون معتبر دیگر با نام آزمون تصور از خدا که دارای ۲۷ سؤال و ضریب آلفایی برابر با ۰/۸۹ بود (علوی، ۱۳۸۵؛ به نقل از نوید تست، تاریخ انتشار نامعلوم) استفاده شد. پرسشنامه تصور از خدا به صورت لیکرت پنج تایی نمره گذاری می شود. هر دو آزمون بر روی ۶۰ نفر از آزمودنی ها اجرا شد. نتایج این اجرا در جدول ذیل آمده است.

جدول ۳- ۱ ضریب اعتبار ملاکی

آزمون ها	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
آزمون ادراک خدا	۱۷۷/۵۳	۴۱/۱۷	۰/۶۱	۰/۰۰۰
آزمون تصور از خدا	۷۱/۲۳	۴/۶۹		

همانگونه که جدول فوق نشان می دهد، بین این دو گروه از نمرات ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده که مقدار آن (۰/۶۱) به دست آمد. این مقدار در سطح ($P < ۰/۰۰۰$) معنی دار می باشد. بنابر نتایج جدول فوق می توان گفت آزمون ادراک خدا از اعتبار روایی برخوردار است.

در ادامه بنابر اهداف تحقیق نمرات هنجار بر اساس گروه نمونه که توصیف آن در اوایل این گزارش آمده است، برآورد و گزارش شد. بر اساس ۱۵۸ نمره خامی (تعداد طبقات نمرات) که در گروه نمونه به دست آمده نمرات هنجاری Z و نمرات هنجاری T گزارش شده است.

جدول ۴- ۱ خلاصه نتایج نمرات هنجاری

نمرات	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار	دامنه تغییرات	مینیمم	ماکسیمم
نمرات خام	۱۷۶/۲۱	۱۷۷/۰۰	۱۳۵/۰۰	۴۵/۵۱	۱۷۶/۰۰	۷۴/۰۰	۲۵۰/۰۰
نمرات Z	۰	۰/۰۲۳	- ۰/۹	۱	۳/۸۷	- ۲/۲۴	۱/۶۳
نمرات T	۵۰	۵۰/۲۳	۴۱/۰۰	۱۰	۳۸/۶۷	۲۷/۶۰	۶۶/۲۷

فرضیه اول تحقیق حاکی از آن بود که سطح خودکارآمدی افراد با نحوه ادراک خدا ارتباط دارد. جهت بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج به تفکیک خرده آزمون ها در جدول ذیل گزارش شده است:

جدول ۵-۱ خلاصه نتایج ضریب همبستگی پیرسون مربوط به متغیر سطح خودکارآمدی و ادراک خدا

متغیرها	ضریب همبستگی	تعداد	سطح معناداری
خودکارآمدی - حضور	۰/۴۴	۴۵۵	۰/۰۰۰
خودکارآمدی - چالش	۰/۲۱	۴۵۵	۰/۱۸
خودکارآمدی - پذیرش	۰/۵۶	۴۵۵	۰/۰۰۰
خودکارآمدی - خیرخواهی	۰/۶۰	۴۵۵	۰/۰۰۰
خودکارآمدی - تاثیر	۰/۴۸	۴۵۵	۰/۰۰۷
خودکارآمدی - مشیت	۰/۱۸	۴۵۵	۰/۲۳
خودکارآمدی - کل	۰/۵۳	۴۵۵	۰/۰۰۳

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، با توجه به $r = ۰/۴۴$ و $p = ۰/۰۰۰$ ، $r = ۰/۵۶$ و $p = ۰/۰۰۰$ ، $r = ۰/۶۰$ و $p = ۰/۰۰۰$ ، $r = ۰/۴۸$ و $p = ۰/۰۰۷$ و $r = ۰/۵۳$ و $p = ۰/۰۰۳$ بین احساس خودکارآمدی و خرده مقیاس های حضور، پذیرش، خیرخواهی، تاثیر و کل نمره ادراک خدا ارتباط معنی دار وجود دارد. و با توجه به $r = ۰/۲۱$ و $p = ۰/۱۸$ و $r = ۰/۴۳$ و $p = ۰/۰۰۸$ بین دو متغیر احساس خودکارآمدی و خرده مقیاس های چالش و مشیت ارتباط معنی داری وجود ندارد.

فرضیه دوم تحقیق حاکی از آن بود که سطح خودپنداره افراد با نحوه ادراک خدا ارتباط دارد. جهت بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج به تفکیک خرده آزمون ها در جدول ذیل گزارش شده است:

جدول ۶-۱ خلاصه نتایج ضریب همبستگی پیرسون مربوط به متغیر خودپنداره و ادراک خدا

متغیرها	ضریب همبستگی	تعداد	سطح معناداری
خودپنداره - حضور	۰/۴۷	۴۵۵	۰/۰۰۰
خودپنداره - چالش	۰/۵۵	۴۵۵	۰/۰۰۰
خودپنداره - پذیرش	۰/۶۱	۴۵۵	۰/۰۰۰
خودپنداره - خیرخواهی	۰/۵۳	۴۵۵	۰/۰۰۰
خودپنداره - تاثیر	۰/۳۹	۴۵۵	۰/۰۰۸
خودپنداره - مشیت	۰/۴۳	۴۵۵	۰/۰۰۶
خودپنداره - کل	۰/۵۹	۴۵۵	۰/۰۰۰

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می دهد، با توجه به $r = 0/47$ و $p = 0/000$ ، $r = 0/55$ و $p = 0/000$ ، $r = 0/61$ و $p = 0/000$ ، $r = 0/53$ و $p = 0/000$ ، $r = 0/39$ و $p = 0/008$ ، $r = 0/43$ و $p = 0/006$ و $r = 0/59$ و $p = 0/000$ بین خودپنداره و خرده مقیاس های حضور، چالش، پذیرش، خیرخواهی، تاثیر، مشیت و کل نمره ادراک خدا ارتباط معنی دار وجود دارد.

فرضیه سوم تحقیق حاکی از آن بود که متغیرهای زندگی نامه ای و فردی با نحوه ادراک خدا ارتباط دارد. جهت بررسی این فرضیه از ضرایب همبستگی پیرسون، اسپیرمن و ایتا استفاده گردید. نتایج در جدول ذیل گزارش شده است:

جدل ۷-۱ خلاصه نتایج ضرایب همبستگی مربوط به متغیرهای دموگرافیک و ادراک خدا

معنی داری	مقدار همبستگی	نوع همبستگی	تعداد	
0/57	0/16	پیرسون	455	ادراک خدا - سن
0/24	0/31	اسپیرمن	455	ادراک خدا - مقطع تحصیلی
0/46	0/14	ایتا	455	ادراک خدا - جنسیت
0/34	0/21	ایتا	455	ادراک خدا - وضعیت تاهل
0/14	0/32	اسپیرمن	455	ادراک خدا - نماز خواندن
0/000	0/49	اسپیرمن	455	ادراک خدا - شدت مذهبی بودن خانواده
0/12	0/34	اسپیرمن	452	ادراک خدا - وضعیت اقتصادی خانواده

همانگونه که نتایج جدول فوق نشان می دهد با توجه به $r = 0/16$ و $p = 0/57$ ، $r = 0/31$ و $p = 0/24$ ، $r = 0/14$ و $p = 0/46$ ، $r = 0/21$ و $p = 0/34$ ، $r = 0/32$ و $p = 0/14$ و $r = 0/34$ و $p = 0/000$ بین ادراک خدا و متغیرهای سن، مقطع تحصیلی، جنسیت، وضعیت تاهل، نماز خواندن و وضعیت اقتصادی خانواده ارتباط معنی دار وجود ندارد و نیز با توجه به $r = 0/49$ و $p = 0/000$ بین ادراک خدا و وضعیت مذهبی خانواده ارتباط معنی داری وجود دارد.

فرضیه چهارم تحقیق بیان می کرد که در میان توزیع های مختلف جنسیتی، وضعیت تاهل و تحصیلی دانشجویان از نظر ادراک خدا تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون خی دو استفاده گردید. نتایج در جدول ذیل گزارش شده است:

جدول ۸-۱ خلاصه نتایج آزمون خی دو مقایسه ادراک خدا در گروه‌های مختلف

متغیر	درجه آزادی	خی دو	سطح معناداری
جنسیت	۱	۱/۳۱	۰/۶۴
وضعیت تاهل	۱	۲/۲۴	۰/۴۷
مقطع تحصیلی	۲	۰/۹۵	۰/۸۷

همانگونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد با توجه به $\chi^2 = 1/31$ ، $p = 0/64$ ، $\chi^2 = 2/24$ ، $p = 0/47$ و $\chi^2 = 0/95$ ، $p = 0/87$ میان گروه‌های فوق از نظر توزیع متغیر ادراک خدا تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد خرده آزمون‌های آزمون ادراک خدا و آزمون خودپنداره ارتباط معنی دار دارند. این یافته نشان دهنده تاثیر متقابل و انکار ناپذیر ادراک خدا و خودپنداره در افراد است. یعنی به همان نسبت که خودپنداره افراد مثبت تر می‌گردد به همان میزان ادراک ایشان از خدا نیز متعالی تر می‌شود و بالعکس. بر این اساس می‌توان پیشنهاد داد ادراک خدا زیربنای خودپنداره افراد است. این یافته همسو بود با نتایج پژوهش رابرتز (۱۹۸۹). یافته دیگر این پژوهش وجود ارتباط معنی دار احساس خودکارآمدی با ادراک خدا و نیز ارتباط معنی دار خرده مقیاس‌های حضور، پذیرش، خیرخواهی و تاثیر با احساس خود کارآمدی است. این یافته در تایید تاثیر سازنده ادراک خدا بر شکوفایی و فعلیت توانایی‌های فرد است. یعنی به همان میزان که افراد حضور خداوند در زندگی، پذیرش و دوست داشته شدن توسط خدا و اعتماد به خیرخواهی و تاثیر خداوند بر خود را ادراک می‌نمایند احساس توانایی و کارآمدی در موقعیت‌های مختلف در ایشان افزایش می‌باید. در بخش دیگری از این پژوهش ضمن تایید پایداری و اعتبار قابل قبول آزمون ادراک خدا، میانگین آن در دانشجویان دانشگاه فردوسی ۱۷۶/۲۱ با انحراف معیار ۴۵/۵۱ به دست آمد.

از نتایج جالب این پژوهش عدم ارتباط معنی دار ادراک خدا با متغیرهای زندگینامه ای همچون سن، جنسیت، مقطع تحصیلی، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی خانواده و وضعیت نماز خواندن شرکت کنندگان بود. دلیل این امر را می‌توان به عمیق و پیچیده تر بودن ادراک خدا از متغیرهای مذکور مربوط دانست (گورساج، ۱۹۶۸). در خصوص متغیر سن که در تحقیقات پیش از این نشان داده شده بود که در

ارتباط با متغیر ادراک خداست باید گفت از آنجاکه گروه نمونه تحقیق حاضر از ۱۸ تا ۳۰ سال سن داشته اند، مقاطع حساس تر و تاثیر گذار بر ادراک خدا را طی نموده و متغیر سن فاقد توان لازم برای تبیین پراکندگی ادراک خدا بوده است که به معنی دار نشدن ارتباط این دو انجامیده (دی روز؛ میدیما؛ و ایدیما، ۲۰۰۱). معنی داری بودن ارتباط ادراک خدا و وضعیت مذهبی خانواده افراد و این که هرچه بر شدت مذهبی بودن خانواده افراد افزوده می گردد، تصویر مثبت تری از خدا در ایشان ایجاد می گردد، می تواند به عنوان تایید اکتسابی بودن ادراک خدا در نظر گرفته شود. این یافته همسو بود با نتایج مطالعه لاورنس (۱۹۹۷).

بر این اساس باید ادراک خدا را سازه ای روانی به حساب آوریم که گرچه با سازه های روانی دیگر همچون احساس خودکارآمدی و خودپنداره در ارتباط است اما از متغیرهای دموگرافیک تاثیر و تاثر چندانی ندارد. ادراک خدا می تواند در تحقیقات روان شناسی رشد، آسیب شناسی روانی و نیز روان درمانی به عنوان یک متغیر محوری و نیز نقطه ورود، جایگاه مهمی داشته باشد که این به ادامه پژوهش ها در این حوزه بستگی دارد.

مهم ترین محدودیت این پژوهش عدم وجود آزمون ادراک خدا، منطبق با هنجارهای فرهنگی - مذهبی جامعه ما و الهیت اسلامی - ایرانی بود. گرچه متغیر ادراک خدا را می توان یک متغیر جهانی به حساب آورد اما ابعاد ملی و نیز تاثیر اکتساب بر آن را نباید از نظر دور داشت.

منابع:

- احمدی، خدابخش. (۱۳۷۶). خودشناسی در روانشناسی. تهران. مؤسسه فرهنگی میکان.
- براندن، ناتانیل. (۱۳۷۱). روانشناسی حرمت نفس. ترجمه جمال هاشمی. تهران: نشر انتشار.
- پروین، لارنس ای. (۱۳۷۴). روانشناسی شخصیت. ترجمه محمد جعفر جوادی و پروین کدیور. تهران: انتشارات رسا.
- پورافکاری، نصرت الله. (۱۳۸۲). فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی (چاپ چهارم). تهران، فرهنگ معاصر

- جوادزاده شهشهانی، افسانه. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه‌ی تصور از خدا، معنویت و وضعیت هویت در جوانان ۲۴ تا ۳۰ ساله‌ی بهنجار و سوء مصرف کننده‌ی مواد مخدر، روان گردان و الکل. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. سال دوازدهم شماره ۱۸، پاییز ۱۳۸۹
- جیمز، ویلیام. (۱۳۷۲). دین و روان (چاپ دوم). مهدی قائنی. تهران، انتشارات آموزش (تاریخ چاپ به زبان اصلی ۱۹۲۹)
- دورکیم، امیل. (۱۳۸۳). صور بنیانی حیات دینی. باقر پرهام. تهران، نشر مرکز (فاقد تاریخ چاپ به زبان اصلی)
- رسول زاده طباطبایی، نصیرزاده و خوشبخت. (۱۳۸۶). بررسی قدرت پیش بینی کنندگی خصوصیات دموگرافیک و ادراک کودکان دیستانی از ویژگی‌های والدین بر ادراک آنان از مفهوم خدا. مطالعات روان شناختی دوره ۳ شماره ۴ دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهرا. زمستان ۱۳۸۶
- رضاپور میرصالح، خباز، صافی، عبدی، یآوری و بهجتی. (۱۳۹۰). بررسی همبستگی جهت گیری مذهبی، ابعاد شخصیت و خودکارآمدی با سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان کارورز پرستاری. پژوهش پرستاری دوره ۶ شماره ۲۲ پاییز ۱۳۹۰. ۵۳-۶۴
- رقیبی، مهوش و میناخانی، غلامرضا. (۱۳۹۰). ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خودپنداره. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. سال دوازدهم. شماره ۴. زمستان ۱۳۹۰. پیاپی ۴۶.
- سنت کالر، مایکل. (۱۳۸۶). درآمدی بر روابط موضوعی و روانشناسی خود. علیرضا طهماسب و حامدعلی آقایی. تهران، نشر نی (تاریخ چاپ به زبان اصلی ۲۰۰۰)
- سیاسی، علی اکبر. (۱۳۷۱). نظریه‌های شخصیت. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۲). روانشناسی شخصیت. تهران: انتشارات رشد.
- شفیع آبادی، عبدالله؛ ولی نوری، ابوالفضل. (۱۳۷۳). رابطه بین احساس بیگانگی و خودپنداری. پژوهش‌های روانشناختی، دوره ۳، شماره ۱ و ۲
- شولتز، دوآن. (۱۳۶۹). روانشناسی کمال. ترجمه گیتی خوشدل. تهران: نشر نو
- شولتز، دوآن. (۱۳۸۱). نظریه‌های شخصیت. یوسف کریمی و دیگران، تهران ارسبارن (تاریخ چاپ به زبان اصلی ۱۹۹۰)

- طاهری، لیلان. (۱۳۸۴). بررسی علی متغیرهای عملکرد قبلی ریاضی، نگرش خودکارآمدی اضطراب، انگیزش بر عملکرد بعدی ریاضی، پایان نامه ی کارشناسی ارشد دانشگاه چمران اهواز
- فریزر، جیمز جرج. (۱۳۸۳). شاخه ی زرین؛ پژوهشی در جادو و دین. کاظم فیروزمند. تهران، آگاه
- (تاریخ چاپ به زبان اصلی ۱۹۹۴)
- کلی، مجید. (۱۳۷۵). مقایسه اثرروشهای مشاوره فردی و گروهی با تأکید بر روش مراجع محوری در افزایش خودپنداره دانشجویان پسر، مجرد، رشته های فنی و مهندسی سنین ۱۸ تا ۲۴ دانشگاه شاهرود در سال ۷۴-۷۵. پایان نامه ی کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران
- لاندین، رابرت ویلیام. (۱۳۷۸). نظریه ها و نظام های روان شناسی. یحیی سید محمدی. تهران، ویرایش (تاریخ چاپ به زبان اصلی ۱۹۹۶)
- یونگ، کارل گوستاو. (۱۳۷۰). روانشناسی و دین. محمد حسین سروری. تهران، سخن (فاقد تاریخ چاپ به زبان اصلی)

- Barrett, J. L., Richert, R. A. (2003). Inthropomorphism of preparedness? Exploring children's God concept. *Review of Religious Research*, 44 (3), 300 - 312.
- Bandura, Albert. (1995). Self-efficacy in Changing Societies. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. New York
- Baumann, Eddie K. (2009). The Essentials of Integration: Developing the Image of God. *Journal of CSE*. Volume 13 Number 4
- Deonchy, J, P. (1965). The idea of god: its emergence between 7 and 16 years. In A.Godin (Ed), *from religious experience to a religious attitude* (pp. 97 - 108). Chicago: Loyola: A comparison.
- De Roos, S. A., Miedema, S. and Iedema, J. (2004). Influence of Maternal Denomination, God Concepts, and Child-Rearing Practices. on Young Children's God Concepts. *Scientific Study of Religion*, 43 (4), 519 - 535.
- De Roos, S. A., Miedema, S. and Iedema, J. (2001). Attachment, working models of self and others, and God concept in kindergarten. *Scientific Study of Religion*, 40 (6), 7 - 18.
- De Roos, S. A., Miedema, S. and Iedema, J. (2003). Effects of mothers' and schools' religious denomination on preschool children's God concepts. *Beliefs and Values*, 24 (2), 165 - 181.
- Dickie, J. R., Eshleman, A. K., Merasco, D. M., Shepard, A., Vander Wilt, M., & Johnson, M. (1997). Parent - child relationships and children's images of God. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36 (1), 25 - 43.
- Freud, S. (1961). *The future of an illusion* (J.Strachey, Trans). New York: Norton. (Original published 1927).
- Gattis, Jay Paul.(2001). DEVELOPING A WEB-BASED SCORING PROGRAM FOR THE GOD IMAGE INVENTORY. Presented to the Faculty of the Rosemead School of Psychology. Biola University
- Golke, Jill. (1994). IMAGES OF GOD IN ABUSED AND NONABUSED COLLEGE STUDENTS. A Thesis presented to The College of Arts and Sciences Drake University

- Harms, E. (1944). The development of religious experience in children. *American journal of sociology*, 50, 112 - 122.
- Hertel, B. R. & Donahue, M. J. (1995) Parental influences on God images among children: testing Durkheim's metaphoric parallelism, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34, pp. 186 - 199.
- Hyde, K. E. (1990). *Religion in Childhood and Adolescence: A comprehensive review of the research* (Birmingham, AL, Religious Education Press).
- Kirkpatrick, L. A. (1999). Attachment and religious representation on behavior in J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment*. Theory, research, and clinical application (Pp. 803 - 822) New York: Guilford press.
- Kirkpatrick, L. A. (1994). The role of attachment in religious belief and behavior. *Advance in personal relationships*, 5, 239 - 265.
- Kirkpatrick, L. A. (1986). *Empirical Research on images of God: A methodological and conceptual critique*. Paper presented at the annual convention of the society for the scientific study of religion, Savannah, GA.
- Kirkpatrick, L. A. and P. R. Shaver. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin* 18: 266 - 75.
- Ladd, K.L., McIntosh, D. N., & Spilka, B. (1998). Children's God concepts: influence of denomination, age, and gender. *psychology of religion*, 8 (1), 49 - 56
- Lawrence, R. T. (1997). Measuring the image of God: the God Image Inventory and the God Image Scales. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 214-236.
- Okozi, Innocent, F. (2010). ATTACHMENT TO GOD: ITS IMPACT ON THE PSYCHOLOGICAL WELLBEING OF PERSONS WITH RELIGIOUS VOCATION. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Seton Hall University
- Potvin, R. H. (1977). Adolescent God images. *Review of Religious Research* 19: 43 - 53
- Roberts, C. W. (1989). Imaging God: Who is created in whose image? *Review of Religious Research*, 30, 375 - 386.
- Schreiber, Judith Anne & Kentucky, Lexington. (2009). IMAGE OF GOD EFFECT ON COPING, PSYCHO-SPIRITUAL WELL-BEING AND FEAR OF RECURRENCE IN EARLY BREAST CANCER SURVIVORS. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in the College of Nursing at the University of Kentucky
- Spilka, B. J., J. Addison, and M. Rosensohn. (1975). Parents, self, and God: A test of competing theories of individual religion relationships. *Review of Religious Research* 16: 154 - 65.
- Spilka, B., Hood, J. R. W., Hunsberger, B., And Gorsuch, R. (2003). *The psychology of Religion. Third Edition*. The Guilford press, New York.
- Vergote, A. & Tamay, O. A. (Eds.) (1981). *The parental figures and the representation of God: A psychological and cross - cultural study*. The Hague: Mouton.



کیمیایی، سیدعلی؛ گرجیان مهلبانی، حسن (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین دلبستگی ایمن - نایمن با شناخت‌های ناکارآمد دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲(۱)، ۱۹۶-۱۸۱.

بررسی رابطه بین دلبستگی ایمن - نایمن با شناخت‌های ناکارآمد دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد

دکتر سید علی کیمیایی^۱، حسن گرجیان مهلبانی^۲

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی ایمن - نایمن با شناخت‌های ناکارآمد در دانشجویان بود. به منظور دستیابی به هدف پژوهش، ۴۰۳ دانشجوی دانشگاه فردوسی مشهد به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰)، با آلفای ۰/۸۰ و پرسشنامه مثلث شناختی بکام، لبر، واتکینز، بویر و کوک (۱۹۸۶)، با آلفای ۰/۸۱ برای نگرش به خود، ۰/۹۱ به دنیا و ۰/۹۳ نسبت به آینده، را تکمیل نمودند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل همگنی نشان داد که بین سبک دلبستگی نایمن - اضطرابی و مثلث شناختی منفی همبستگی و همگنی یا رابطه مثبت و بین سبک دلبستگی ایمن (وابسته، نزدیک) و مثلث شناختی منفی همبستگی و همگنی یا رابطه منفی وجود دارد. به علاوه، بین سبک‌های دلبستگی دختران و پسران دانشجویان و نگرش آنها در کل و نسبت به خود تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، اما در نگرش نسبت به دنیا/دیگران و آینده این تفاوت معنی‌دار بود. سبک دلبستگی نایمن - اضطرابی با نگرش منفی نسبت به خود، دنیا/دیگران و آینده، دارای همبستگی و همگنی مثبت و سبک دلبستگی ایمن با نگرش منفی نسبت به خود، دنیا/ و آینده دارای همبستگی و همگنی منفی است. از این‌رو، احتمال می‌رود سبک دلبستگی ایمن با شناخت‌های کارآمد و سبک دلبستگی نایمن با شناخت‌های ناکارآمد رابطه داشته و به طبع آن بر روابط بین فردی، موفقیت تحصیلی، سلامت روان و کیفیت زندگی دانشجویان مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: دلبستگی ایمن - نایمن، شناخت‌های ناکارآمد، دانشجویان.

^۱. عضو هیأت علمی دانشگاه فردوسی مشهد Kimiaee@um.ac.ir

^۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده

مقدمه

نظریه‌ی دلبستگی^۱ را اولین بار بالبی^۲ به مثابه نیازی نخستین مطرح و آن را ارتباط و پیوند روانی پایدار بین دو انسان تعریف نمود (بالبی، ۱۹۸۸، ۱۹۶۹، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰، به نقل از رایس^۳، ۱۹۸۸). محور اصلی در نظریه‌ی دلبستگی که پیوند بین کیفیت روابط دلبسته کودک و بزرگسال را مطرح می‌نماید، مفهوم «الگوهای فعال درونی»^۴ است. از دیدگاه نظریه‌ی دلبستگی، کودکان از تعامل و ارتباط با مراقبین خود الگوهای فعال درونی خود را شکل می‌دهند که نوعی بازنمایی شناختی درونی شده^۵ از معنا، کارکرد و روابط اجتماعی است (بالبی، ۱۹۸۸؛ به نقل از دوزیس، فریون و کوین^۶، ۲۰۰۶). بنابراین، الگوهای فعال درونی که از طریق فرایند دلبستگی ایجاد می‌شوند، بنیاد شناختی اولیه باورهای هسته‌ای^۷ افراد بزرگسال از خود و دیگران را پی می‌افکند. به عبارت دیگر، کودکان روابط میان فردی بعدی را در طرحواره‌های برجسته یا الگوهای فعال درونی‌شان و ساختار خاطراتی که از روابط‌شان دارند، درون‌سازی کرده و شکل می‌دهند. ساختاری که در گذر زمان به شکل فزاینده‌ای مستحکم و در مقابل تغییر مقاوم می‌گردد (دوزیس، فریون و کوین، ۲۰۰۶).

یافته‌های پژوهشی از این دیدگاه که نظام دلبستگی در گذر زمان از نوزادی و کودکی تا نوجوانی، میانسالی و حتی سالمندی ادامه می‌یابد، حمایت می‌کند. بدین ترتیب، نظریه‌ی دلبستگی فقط نظریه‌ی تحول کودک نیست، بلکه نظریه تحول در گستره حیات نیز هست (وینفیلد، سراوف و اِگلند^۸، ۲۰۰۰؛ وینفیلد، والی^۹ و اِگلند، ۲۰۰۴). گرچه، دلبستگی کودک الزاماً توسط دلبستگی با بزرگسالان تعیین نمی‌شود، به خصوص اگر وقایع یا تغییرات مخربی در روابط دلبسته اتفاق بیفتد (کوزارلی، کارافا، کولینز و تاگلر^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ اما نظریه‌های دلبستگی بر این باورند که الگوهای درون‌سازی شده از خود و دیگران، مکانیسم‌هایی است که ادامه یافته و در گذر زمان حفظ می‌شود (کوزارلی و دیگران، ۲۰۰۳؛ هازن و شور^{۱۱}، ۱۹۸۷). براساس دیدگاه بالبی (۱۹۷۳، ۱۹۶۹)، یکی از گرایش‌های اساسی نظریه‌ی دلبستگی این

^۱ . Attachment theory

^۲ . Bowlby

^۳ . Rice

^۴ . internal working models

^۵ . internalized cognitive representation

^۶ . Dozois, Frewen & Covin

^۷ . Core beliefs

^۸ . Weinfield, Sroufe & Egeland

^۹ . Whaley

^{۱۰} . Cozzarelli, Karafa, Collins & Tagler

^{۱۱} . Hazan & Shaver

است که الگوهای درون‌سازی شده قائم به ذات است. به این معنی که، این الگوها تمایل به ثبات دارند، زیرا افراد مایل به انتخاب فعالانه روابط درونی با خود و با مراقبت‌کنندگان هستند که نگرش آنها نسبت به خود و دیگران را تأیید کرده و از این‌رو، راهبردهای دلبستگی را که آموخته‌اند، مناسب‌سازی می‌نمایند (کولینز و فنی^۱، ۲۰۰۴).

از این‌رو، الگوهای ارتباطی درون‌سازی شده در دوران اولیه کودکی درون چیزی سازمان‌دهی می‌شوند که بالبی آن را به عنوان الگوهای فعال یا طرحواره‌هایی^۲ مطرح می‌کند که کودک براساس آنها خود، دیگران و آینده را توصیف می‌کند (بالبی، ۱۹۸۸). الگوهای فعال ارزیابی‌هایی که فرد از خود، دیگران و رفتارهای بین فردی و آینده دارد را براساس طرحواره‌های ثابت، سازماندهی می‌کند. این فرایندهای شناختی و ذهنی پویا بر رفتار و عواطف افراد و ادراک آنها از خود، دنیا/ دیگران و آینده که به «مثلث شناختی»^۳ معروف است، تأثیر می‌گذارد. در نتیجه، دیدگاه فرد نسبت به خود، به عنوان فردی ارزشمند؛ به دیگران، به عنوان قابل اعتماد و نسبت به آینده، به عنوان قابل پیش‌بینی روی رشد و توسعه روابط فرد با دیگران به ویژه روابط عاطفی در بزرگسالی تأثیر خواهد گذاشت (هازن و شور، ۱۹۸۷).

به لحاظ نظری بارتولومئو و همکاران^۴ (بارتولومئو، ۱۹۹۰؛ بارتولومئو و هورویتز^۵، ۱۹۹۱؛ گریفین^۶ و بارتولومئو، ۱۹۹۴)، چهار حوزه سبک‌های دلبستگی افراد بزرگسال را براساس نظام شناختی آنها پیرامون خود و دیگران فرمول‌بندی نمودند که سبک دلبستگی ایمن^۷ بیانگر دیدگاه مثبت و سازگاری با خود و دیگران است. در مقابل سه سبک ناایمن شامل؛ اضطرابی - دل‌مشغول^۸؛ اجتنابی - انکارکننده^۹ و ترسناک - دوسوگرا^{۱۰} با دیدگاه منفی و ناسازگار نسبت به خود و دیگران مشخص می‌شود (ریگز و دیگران^{۱۱}، ۲۰۰۷). نگرش منفی نسبت به خود با دلبستگی اضطرابی و راهبردهای تکانشی در روابط بین فردی همراه است، در حالیکه نگرش منفی به دنیا/ دیگران با دلبستگی اجتنابی و راهبرد بین فردی غیر تکانشی در روابط همراه است (برنان، کلارک^{۱۲} و شور، ۱۹۹۸؛ گریفین و بارتولومئو، ۱۹۹۴؛ میکالینسر و فلورین^{۱۳}، ۱۹۹۸).

^۱. Collins & Feeney

^۲. Schema

^۳. Cognitive triad

^۴. Bartholomew et al.

^۵. Horowitz

^۶. Griffin

^۷. Secure

^۸. Anxious-preoccupied

^۹. dismissive-avoidant

^{۱۰}. fearful-ambivalent

^{۱۱}. Riggs et al.

^{۱۲}. Brennan, Klark

^{۱۳}. Mikulincer & Florian

حتی به نظر می‌رسد که نگرش منفی نسبت به آینده با احساس «فقدان کنترل» (وارد و کنان^۱، ۱۹۹۹؛ به نقل از وود و ریگز^۲، ۲۰۰۹) همراه است. بنابراین، راهبردها با هم و به تنهایی در عدم تعادل دلبستگی به دیگران که با دلبستگی ناامن افراد مشخص می‌شود، سهیم است که این وضع خطر تحریف‌های شناختی و ادراک منفی نسبت به خود، دنیا/ دیگران و آینده را افزایش می‌دهد (وود و ریگز، ۲۰۰۹).

یافته‌های وود و ریگز (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که افراد با دلبستگی ایمن ادراک منفی کمتری نسبت به خود، دیگران و آینده در مقایسه با افراد با دلبستگی ناایمن دارند. همچنین افراد با دلبستگی ایمن تحریف‌های شناختی کمتری در مقایسه با افراد ناایمن اضطرابی - دل‌مشغول و ترسناک و افراد با دلبستگی اضطرابی - دل‌مشغول نگرش منفی کمتری نسبت به خود در مقایسه با افراد با دلبستگی ترسناک - دوسوگرا دارند.

همچنین، یافته‌ها نشان می‌دهد که مثلث شناختی، به خصوص نگرش منفی نسبت به خود پیش‌بینی کننده مهمی در اضطراب ناتوان‌کننده است که بیانگر دلبستگی ناایمن می‌باشد (وونگ^۳، ۲۰۰۸)، در حالی که دلبستگی ایمن که با احساس آرامش و صمیمیت بالا و اضطراب پایین در احساس رهاشدگی همراه است، با تجارب حمایتی مناسب‌تری مرتبط است و اضطراب بالا پیرامون رهاشدگی با احساس عدم مراقبت همراه است (یووان و دبور^۴، ۲۰۰۹). به علاوه، دلبستگی ایمن با سطح بالای اعتماد به نفس، هوش هیجانی بالا و نظام شناختی منسجم نسبت به خود و روابط عاطفی با دیگران و دلبستگی اضطرابی با اعتماد به نفس پایین، هوش هیجانی پایین و نظام شناختی غیرمنسجم نسبت به خود و روابط عاطفی با دیگران رابطه دارد (یانگ‌می^۵، ۲۰۰۵) حتی دلبستگی اضطرابی پیش‌بینی کننده معنی‌داری در کودک آزاری^۶ است (وود و ریگز، ۲۰۰۹).

در مجموع یافته‌ها حاکی از ارتباط سبک‌های دلبستگی با نگرش نسبت به خود، دنیا/ دیگران و آینده است. چراکه سبک دلبستگی ناایمن با نگرش منفی به خود، دیگران/ دنیا و آینده و افسردگی بیشتر در مقایسه با دلبستگی ایمن که با نگرش‌های مثبت و افسردگی کمتر، همراه است (زاسزنوویسکی^۷، ۲۰۰۱)، به خصوص نگرش مثبت نسبت به آینده با دلبستگی در رابطه است، چراکه افراد با دلبستگی ناایمن با سطح بالای اضطراب و عدم وابستگی و نزدیکی در روابط با دیگران مشخص می‌شوند (گریفین و بارتولومئو،

^۱. Ward & Kennan

^۲. Wood & Rigges

^۳. Wong

^۴. Joanne & Deborah

^۵. Youngmee

^۶. Child molester

^۷. Zausziniewski

(۱۹۹۴)، و به هر میزان که از دلبستگی ناایمن و اضطرابی به سمت دلبستگی امن که با وابستگی و نزدیکی بیشتر و اضطراب کمتر در روابط همراه است، حرکت کنیم، نگرش منفی نسبت به خود، دیگران/ دنیا و آینده کاهش می‌یابد (وود و ریگز، ۲۰۰۹).

مطالعات آبلو و د'آلساندرو^۱ (۲۰۰۲) در مورد دانشجویان هم نشان می‌دهد که نگرش منفی آنها نسبت به آینده‌شان قویاً با نگرش‌های ناکارآمد و افزایش خلق افسرده در رابطه است. این یافته به وضوح از این ادعای بک^۲ که جوانانی که خطر افسردگی‌شان مربوط به نگرش‌های ناکارآمد است، نمی‌توانند به دانشگاه مورد علاقه‌شان وارد شوند، چراکه به آینده خود خوش‌بین نیستند، حمایت می‌کند. بنابراین، ادراک - خود این جوانان بعد از عدم دستیابی به دانشگاه مورد نظر منفی شده و نشانگان افسردگی مربوط به این نحوه‌ی تفکر را نشان می‌دهند. مطالعه براون و دیگران^۳ (۱۹۹۵) هم نشان داد که دانشجویانی که نمرات ضعیفی در دانشگاه می‌گیرند نگرش منفی نسبت به آینده دارند؛ در گذراندن دروس در مقایسه با آنها که نگرش مثبت دارند، ناموفق هستند. همچنین، آنهایی که نگرش منفی به آینده داشتند، معتقد بودند که از کلاس لذت نمی‌برند و آنها که نگرش منفی به خود داشتند، خود را در دانشگاه محبوب ارزیابی نمی‌کردند. از این‌رو نحوه نگرش افراد به خود، دیگران/ دنیا و آینده بر عملکردهای ارتباطی آنها همچون سبک دلبستگی، عملکرد اجتماعی و تحصیلی اثرگذار می‌باشد. حال با توجه به این مهم پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا رابطه‌ای بین این دو منبع مهم شخصیتی وجود دارد؟ در همین راستا دو فرضیه نیز به آزمایش گذاشته شد که عبارتند از: بین دختران و پسران دانشجو در زمینه سبک‌های دلبستگی و مثلث‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد؟ و در مقاطع تحصیلی مختلف بین این دو منبع تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

با توجه به هدف پژوهش که بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی با مثلث‌شناختی (نگرش نسبت به خود، دیگران/ دنیا و آینده) بود، پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع بررسی رابطه همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بودند که به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا از بین کل دانشکده‌های دانشگاه

^۱. Abela & D'Allesandro

^۲. Beck

^۳. Brown et al.

فردوسی مشهد ۷ دانشکده (کشاورزی، علوم پایه، ادبیات، علوم تربیتی، الهیات، مهندسی، اقتصاد) و از هر دانشکده ۲ کلاس به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها بین آنها توزیع شد. از بین ۴۱۲ دانشجویی که به پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند تعداد ۴۰۳ پرسشنامه قابل ارزیابی به دست آمد. بنابراین تعداد نمونه ۴۰۳ نفر با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و میانگین سنی ۲۱/۵۰ بود که براساس جدول مورگان تعیین شد. براساس این جدول وقتی جامعه آماری بالای ۱۰/۰۰۰ نفر است حجم نمونه ۳۸۴ نفر کفایت می‌کند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی: پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالی کولینز و رید^۱ (۱۹۹۰)، مشتمل بر ۱۸ ماده است که روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت برای هر ماده (از ۱ به هیچ وجه تا ۵ خیلی زیاد) سنجیده می‌شود. تحلیل عوامل، ۳ خرده مقیاس ۶ ماده‌ای را مشخص می‌سازد. کولینز و رید بر پایه توصیف‌هایی که در پرسشنامه هازن و شیور^۲ در مورد سه سبک اصلی دلبستگی وجود داشت، مؤلفه‌های پرسشنامه خود را ساختند. خرده مقیاس دلبستگی اضطرابی^۳ با دلبستگی ناایمن - دوسوگرا^۴ مطابقت دارد و خرده مقیاس نزدیکی^۵، سبکی دوقطبی است که اساساً توصیف ایمن و اجتنابی را در مقابل هم قرار می‌دهد و خرده مقیاس وابستگی^۶ را می‌توان تقریباً عکس دلبستگی اجتنابی قرار داد (فینی و نولر، ۱۹۹۲).

کولینز و رید (۱۹۹۰)، به نقل از فینی، نولر و کالان^۷ (۱۹۹۶) نشان دادند که خرده مقیاس نزدیکی، وابستگی و اضطراب در فاصله زمانی دو ماه و حتی ۸ ماه پایدار ماندند. با توجه به این که مقادیر آلفای کرانباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است، میزان قابلیت اعتماد به دست آمده بالاست. این پرسشنامه در ایران توسط صداقتی (۱۳۸۵) و با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد به صورت همبستگی بین دو اجرا بر روی نمونه‌ای با حجم ۱۰۰ نفر آزمودنی اعتباریابی شده است. نتایج حاصل از دو بار اجرای این پرسشنامه با فاصله زمانی یک ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که تفاوت بین دو اجرای مقیاس‌های وابستگی، نزدیکی و اضطراب در این پرسشنامه و در سطح ۰/۹۵ قابل اعتماد است. اما با توجه به همبستگی بین نتایج دو اجرا، خرده مقیاس اضطراب قابل اعتمادترین ($r=0/75$) است و در درجه بعدی خرده مقیاس نزدیکی ($r=0/57$) و وابستگی کمترین میزان قابلیت را در بین این سه خرده مقیاس دارا بود ($r=0/47$). از سوی دیگر محاسبه آلفای کرانباخ مشخص

^۱. Collins & Read

^۲. Hazan & Shaver

^۳. Anxious

^۴. insecure-ambivalent

^۵. Close

^۶. Depend

^۷. Feeney, Noller & Callan

گردید که خرده مقیاس اضطراب بیشترین قابلیت اعتماد (۰/۷۴) و وابستگی کمترین قابلیت اعتماد (۰/۲۸) را دارد و قابلیت اعتماد خرده مقیاس نزدیکی در حد متوسط (۰/۵۲) است که نتایج با بررسی از طریق بازآزمایی هماهنگ بوده است (حمیدی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه مثلث شناختی^۱: پرسشنامه مثلث شناختی (بکام، لبر، واتکینز، بویر و کوک^۲، ۱۹۸۶) یک ابزار خود-اظهاری ۳۶ سؤالی است که اساساً برای ارزیابی مثلث شناختی یا نگرش نسبت به خود، دنیا (و هم دیگران) و آینده که فرض شده است بیانگر نحوه ادراک افراد افسرده است (بک، راش، شاو و امری^۳، ۱۹۷۹)، ساخته شده است. به هر حال، هیچ یک از سؤالات اشاره‌ی خاصی به افسردگی ندارد و بیانگر این است که CTI ابزار مفیدی در ارزیابی نگرش افراد نسبت به خود، دنیا/ دیگران و آینده است (فیشر و کورکوران^۴، ۲۰۰۷).

نمره‌گذاری این پرسشنامه بر مبنای مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (۱-۷) می‌باشد که دامنه آن از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» گسترده است و فرد پاسخ خود را براساس اینکه در حال حاضر چه فکری دارد، انتخاب می‌کند. هر خرده مقیاس شامل ۱۰ سؤال (البته ۶ سؤال نمره‌گذاری نمی‌شود) بوده و در کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی نگرش منفی نسبت به خود، دنیا/ دیگران و آینده و نمرات پائین بیانگر نگرش مثبت در این پرسشنامه است. حداکثر نمره برای هر خرده مقیاس ۷۰ و برای کل پرسشنامه ۲۱۰ است. CTI از ثبات درونی خوبی با آلفای ۰/۹۱ برای نگرش نسبت به خود، ۰/۸۱ برای نگرش نسبت به دنیا و ۰/۹۳ برای نگرش نسبت به آینده برخوردار است. این مقیاس روائی همزمان خوبی با همبستگی ۰/۹۰ با مقیاس عزت نفس و هم مقیاس ناامیدی دارد (وود و ریگز، ۲۰۰۹). همچنین همبستگی معنی‌دار ۰/۷۷ با پرسشنامه افسردگی بک (بکام و همکاران، ۱۹۸۶ به نقل از وونگ^۵، ۲۰۰۸) دارد. آخرین بازنگری روی این آزمون (آندرسون و اسکیدمور^۶، ۱۹۹۵) بیانگر همبستگی درونی خوب بین خرده مقیاس‌ها (خود با دنیا: $r=0.71$ ، خود با آینده: $r=0.70$ ، دنیا با آینده: $r=0.66$) است.

CTI توسط پژوهشگر حاضر روی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد (۲۵۵ آزمودنی زن و ۱۵۷ آزمودنی مرد) با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و میانگین سنی ۲۱/۵۰ با $SD=2.8$ ، که ۶۱/۹ درصد مؤنث و ۳۸/۱ درصد مذکر بودند، اعتباریابی شده است. نتایج نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی خوب آزمون با آلفای

^۱. Cognitive triad inventory

^۲. Becham, Leber, Watkins, Boyer & Cook

^۳. Beck, Rush, Show & Emery

^۴. Corcoran & Fischer

^۵. Wong

^۶. Anderson & Skidmore

کرانباخ ۰/۸۵ برای کل آزمون است. همچنین این ضریب برای نگرش نسبت به خود ۰/۸۰، نگرش نسبت به دنیا/دیگران ۰/۷۳ و نگرش نسبت به آینده ۰/۸۱ به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نمونه مورد بررسی نشان داد که از کل نمونه دانشجویان ۱۵۷ نفر (۳۸/۱٪) مرد و ۲۵۵ نفر (۶۱/۹٪) زن با حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال سن ($SD=2/89$ و $\bar{X}=21/50$) بودند. از این تعداد ۷۵/۷٪ دانشجوی کارشناسی، ۱۹/۴٪ کارشناسی ارشد و ۲/۷٪ دانشجوی دکتری بودند.

به منظور پاسخ به این سؤال که آیا بین سبک‌های دلبستگی و مثلث شناختی رابطه وجود دارد، نتایج ضریب همبستگی پیرسون که به کمک خطای نوع اول در تمام همبستگی‌ها به روش بُن فرونی^۱ کنترل گردید، نشان داد که بین سبک دلبستگی اضطرابی با مثلث شناختی منفی (در هر سه زیر مقیاس) همبستگی مثبت و بین سبک وابستگی و نزدیکی با نگرش منفی نسبت به خود، دنیا/دیگران و آینده همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ($p<0/01$) و در جدول شماره ۱ آمده است. جدول ۱- نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین سبک‌های دلبستگی با مثلث شناختی (نگرش منفی به خود، دنیا/دیگران و آینده)

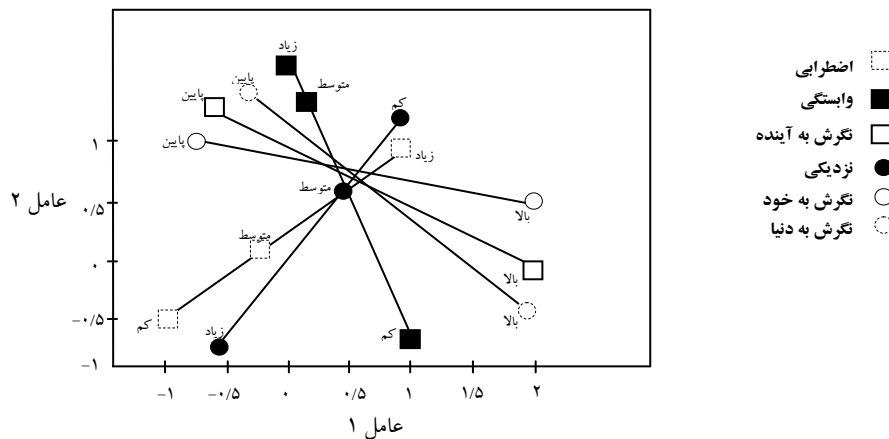
نگرش نسبت به خود	نگرش نسبت به دنیا/دیگران	نگرش نسبت به آینده	
-۰/۳۲۷**	-۰/۳۳۲**	-۰/۲۹۵**	نزدیکی
-۰/۱۹۳**	-۰/۳۰۴**	-۰/۲۳۱**	وابستگی
۰/۴۹۷**	۰/۳۴۵**	۰/۳۹۰**	اضطرابی

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

با توجه به اینکه نمرات بالا در مثلث شناختی بیانگر نگرش منفی و در این پژوهش دارای همبستگی مثبت با سبک اضطرابی و نمرات پایین مثلث شناختی بیانگر نگرش مثبت با نزدیکی و وابستگی همبستگی دارند و با توجه به اینکه همبستگی‌های جزئی تحت متغیر کنترل جنسیت نیز همین نتایج را نشان داد، از این‌رو، به منظور کشف ساختار این الگو، از روش تحلیل همگنی^۲ استفاده شد که در این روش متغیرها تبدیل به متغیرهای دسته‌بندی و کیفی می‌شوند. نتایج این تحلیل دو عامل متمایز را شناسایی نمود، که اعتبار الگوی شناخته شده را با مقدار آلفای کرانباخ ۰/۸۶ تأیید می‌نماید.

^۱. Bonferroni

^۲. Homogeneity analysis



نمودار ۱- نتایج تحلیل همگنی بین سبک‌های دلبستگی و مثلث شناختی

نتایج در عامل اول نشان می‌دهد که مقادیر بالا در نگرش نسبت به خود، دنیا و آینده که بیانگر مثلث شناختی منفی است با مقادیر زیاد اضطراب و مقادیر کم وابستگی و نزدیکی از عامل دوم در یک گروه به صورت همگن قرار می‌گیرند که نشان‌دهنده سبک دلبستگی ناایمن است. متناظر با آن در عامل دوم مقادیر کم نگرش نسبت به خود، دنیا و آینده که بیانگر مثلث شناختی مثبت از عامل اول است با مقادیر پایین اضطراب و مقادیر زیاد وابستگی و نزدیکی در یک گروه به صورت همگن قرار می‌گیرند که بیانگر سبک دلبستگی ایمن است که در نمودار (۱) آمده است. ضمن اینکه نتایج حاکی از همبستگی مثبت و معنی‌دار دو زیر مقیاس نزدیکی و وابستگی ($r=0/185$) و همبستگی منفی نزدیکی با اضطراب ($r=-0/280$) و وابستگی با اضطراب ($r=-0/150$) است که در سطح $p<0/01$ معنی‌دار می‌باشد.

به منظور مقایسه سبک‌های دلبستگی در دانشجویان دختر و پسر از آزمون t مستقل استفاده شد. قبل از این، آزمون نتایج برابری واریانس در هر سه زیر مقیاس برای دو نمونه تأیید شد (در هر سه زیر مقیاس $p>0/05$).

جدول ۲- شاخص‌های آزمون t مربوط به مقایسه میانگین سبک‌های دلبستگی در دانشجویان به تفکیک جنسیت

زیرمقیاس	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
نزدیکی	مرد	۳/۱۱	۰/۷۱	-۱/۲۷۲	۴۱۰	$p>0/05$
	زن	۳/۲۰	۰/۶۷			
وابستگی	مرد	۳/۵۵	۰/۶۰	۱/۳۳۱	۴۰۷	$p>0/05$
	زن	۳/۴۷	۰/۵۹			
اضطراب	مرد	۲/۳۱	۰/۷۰	-۰/۳۱	۴۰۹	$p>0/05$
	زن	۲/۳۲	۰/۷۶			

نتایج نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود ندارد که در جدول شماره ۲ آمده است.

همچنین به منظور مقایسه مثلث شناختی در دانشجویان دختر و پسر از آزمون t با نمونه‌های مستقل استفاده شد. قبل از این، آزمون برابری واریانس‌ها در هر سه زیر مقیاس نگرش نسبت به خود، دنیا/دیگران و آینده برای دو نمونه تأیید شد ($p > 0.05$).

جدول ۳- شاخص‌های آزمون t مربوط به مقایسه میانگین مثلث شناختی در دانشجویان به تفکیک جنسیت

زیرمقیاس	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی داری
نگرش نسبت به دنیا/دیگران	مرد	۳۰/۱۴	۹/۱۳	۳/۵۳	۳۷۱	$p < 0.01$
	زن	۲۶/۷۵	۸/۹۳			
نگرش نسبت به آینده	مرد	۲۴/۹۹	۱۰/۱۵	۲/۳۳	۳۷۳	$p < 0.05$
	زن	۲۲/۵۸	۹/۴۳			
نگرش نسبت به خود	مرد	۲۷/۲۳	۱۰/۳۴	۱/۶۸	۳۸۴	$p > 0.05$
	زن	۲۵/۵۰	۹/۴۲			
کل	مرد	۸۰/۴	۲۵/۸۸	۱/۹۴	۳۳۳	$p > 0.05$
	زن	۷۴/۸۲	۲۵/۳۸			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در کل مثلث شناختی و زیر مقیاس نگرش نسبت به خود بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما در زیر مقیاس نگرش نسبت به دنیا/دیگران و آینده این تفاوت معنی دار است. مشاهدات این نمونه در هر دو این زیر مقیاس‌ها نشان می‌دهد که میانگین پسران بالاتر از دختران است.

همچنین یافته‌ها درخصوص تفاوت سبک‌های دلبستگی دانشجویان در مقاطع تحصیلی مختلف با استفاده از تحلیل واریانس نشان داد که در نزدیکی و اضطراب بین دانشجویان مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری تفاوتی وجود ندارد، اما در وابستگی بین آنها تفاوت وجود دارد و میانگین وابستگی در مقطع کارشناسی ارشد نسبت به مقطع کارشناسی و دکتری پایین‌تر است که جدول شماره ۴ نشان‌دهنده آن است.

لازم به ذکر است که قبل از انجام این تحلیل آزمون همگنی واریانس‌ها اجرا و فرض همگنی واریانس‌ها در درون گروه‌ها تأیید شد ($p < 0.05$).

جدول ۴- شاخص‌های آزمون تحلیل واریانس سبک‌های دلبستگی با مقاطع تحصیلی

زیرمقیاس	مقطع تحصیلی	میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی داری
نزدیکی	کارشناسی	۳/۵۰	۰/۶۱	۰/۰۵۵	۲/۳۹۸	$p > ۰/۰۵$
	ارشد	۳/۵۲	۰/۵۸			
	دکتری	۳/۴۷	۰/۵۶			
وابستگی	کارشناسی	۳/۲۱	۰/۶۹	۴/۱۹۵	۲/۴۰۰	$p < ۰/۰۵$
	ارشد	۲/۹۷	۰/۶۴			
	دکتری	۳/۲۹	۰/۸۷			
اضطراب	کارشناسی	۲/۳۵	۰/۷۷	۱/۹۷۶	۲/۳۹۹	$p > ۰/۰۵$
	ارشد	۲/۱۸	۰/۵۹			
	دکتری	۲/۱۷	۰/۶۲			

به علاوه، نتایج نشان داد که زیرمقیاس‌های مثلث شناختی همبستگی مثبت و معنی داری با یکدیگر و با کل آزمون دارند (خود با دنیا و آینده به ترتیب ۰/۶۹۷ و ۰/۷۵۲ و با کل مقیاس ۰/۹۰؛ دنیا با آینده ۰/۷۴۴ و با کل مقیاس ۰/۸۹۳؛ و خرده مقیاس آینده با کل مقیاس همبستگی ۰/۹۱۹ داشت) که همگی در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی دار است. ضمن اینکه نتایج در خصوص تفاوت مثلث شناختی دانشجویان در مقاطع تحصیلی مختلف نشان داد که بین دانشجویان مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

در پاسخ به این سؤال که آیا بین سبک‌های دلبستگی ایمن - ناایمن و نگرش دانشجویان رابطه وجود دارد؟ یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک دلبستگی ناایمن که با اضطراب بالا و نزدیکی و وابستگی پایین مشخص می‌شود و مثلث شناختی منفی یا نگرش منفی نسبت به خود، دنیا و آینده همبستگی و همگنی مثبت معنی دار و بین سبک ایمن که با نزدیکی و وابستگی بالا، اضطراب پایین و مثلث شناختی مثبت یا نگرش مثبت نسبت به خود، دنیا و آینده همراه است، همبستگی و همگنی منفی وجود دارد. به عبارتی دلبستگی ناایمن با مثلث شناختی منفی و دلبستگی ایمن با مثلث شناختی مثبت همبسته و همگن است.

سایر یافته‌ها نیز (بارتولومئو، ۱۹۹۰؛ بارتولومئو و هوروتیز، ۱۹۹۱؛ گریفین و بارتولومئو، ۱۹۹۴) در این خصوص حاکی از آن است که سبک دلبستگی ایمن بیانگر نگرش مثبت و سازگار با خود، دنیا/دیگران و آینده است، در مقابل سه سبک ناایمن شامل: اضطرابی - دل‌مشغول؛ اجتنابی - انکارکننده و دوسوگرا -

ترسناک با دیدگاه منفی و ناسازگار نسبت به خود، دنیا/ دیگران و آینده مشخص می‌شود (ریگز و دیگران، ۲۰۰۷). همچنین افراد با دلبستگی ایمن ادراک منفی کمتری نسبت به خود، دیگران و آینده در مقایسه با افراد با دلبستگی ناایمن دارند، حتی افراد با دلبستگی ایمن تحریف‌های شناختی کمتری در مقایسه با افراد ناایمن اضطرابی دارند (وود و ریگز، ۲۰۰۸).

به علاوه، افراد با دلبستگی ناایمن با سطح بالای اضطراب و عدم وابستگی و نزدیکی در روابط با دیگران مشخص می‌شوند (گریفین و بارتولومئو، ۱۹۹۴)، و به هر میزان که از دلبستگی ناایمن اضطرابی به سمت دلبستگی ایمن که با وابستگی و نزدیکی بیشتر و اضطراب کمتر در روابط همراه است، حرکت کنیم، نگرش منفی نسبت به خود، دنیا/ دیگران و آینده کاهش می‌یابد (وود و ریگز، ۲۰۰۹).

اصولاً مثلث شناختی منفی پیش‌بینی‌کننده مهمی در اضطراب ناتوان‌کننده است که بیانگر دلبستگی ناایمن می‌باشد (وونگ، ۲۰۰۸)، در حالیکه دلبستگی ایمن که با احساس آرامش و صمیمیت بالا و اضطراب پایین با احساس رهاشدگی همراه است، با تجارب حمایتی مناسب‌تری مرتبط و اضطراب بالا پیرامون رهاشدگی با احساس عدم مراقبت همراه است (یووان و دبورا، ۲۰۰۹). به علاوه، دلبستگی ایمن با سطح بالای اعتماد به نفس، هوش هیجانی بالا و نظام شناختی منسجم نسبت به خود و روابط عاطفی با دیگران و دلبستگی اضطرابی با اعتماد به نفس پائین، هوش هیجانی پائین و نظام شناختی غیرمنسجم نسبت به خود و روابط عاطفی با دیگران همراه است (یانگ‌می، ۲۰۰۵). حتی دلبستگی اضطرابی پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری در کودک آزاری است (وود و ریگز، ۲۰۰۹).

درخصوص این فرض که آیا بین دانشجویان دختر و پسر در این دو منبع شخصیتی تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین وابستگی و نزدیکی همبستگی مثبت معنی‌دار و بین این دو با اضطراب همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد، اما بین دانشجویان دختر و پسر در این زیرمقیاس‌ها که تعیین‌کننده سبک‌های دلبستگی است، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. سایر مطالعات نیز هیچ تفاوت جنسیتی را در سبک‌های دلبستگی نشان نداده است (برای مثال؛ برنان و شور^۱، ۱۹۹۵؛ کارنلی و یانوف - بالمن^۲، ۱۹۹۲؛ میکالینسر و ارو^۳، ۱۹۹۱؛ به نقل از شی^۴، ۲۰۰۳)، بلکه، اصولاً سبک‌های دلبستگی متأثر از الگوهای فعال درونی و ساختار خاطراتی است که از کودکی در روابط درون‌سازی شده (دوزیس، فروین و کوین، ۲۰۰۶)، به علاوه وقایع یا تغییرات مخرب در روابط دلبسته (کوزارلی، کارافا، کولینز و تاگلر،

^۱. Brennan & Shaver

^۲. Carnelley & Janoff-Bulman

^۳. Mikulincer & Erev

^۴. Shi

(۲۰۰۳)، فرایندهای شناختی و ذهنی پویا که به مثلث شناختی معروف است و براساس آن نگرش فرد نسبت به خود، به عنوان فردی ارزشمند؛ به دیگران به عنوان قابل اعتماد و نسبت به آینده، به عنوان قابل پیش‌بینی است که بر ایجاد و رشد روابط فرد با دیگران، به ویژه روابط عاطفی در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد (هازن و شور، ۱۹۸۷).

در مورد این فرضیه که بین این دو منبع شخصیتی و مقطع تحصیلی دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج درخصوص نزدیکی و اضطراب در هر سه مقطع مورد تأیید قرار گرفت، اما درخصوص وابستگی مشخص شد که فقط دانشجویان کارشناسی ارشد از میزان وابستگی کمتری در مقایسه با دانشجویان کارشناسی و دکتری برخوردارند. این امر می‌تواند بیانگر سازگاری تحصیلی و هیجانی شخصی^۱ دانشجویان (فانتی^۲، ۲۰۰۵)، افزایش عزت‌نفس آنها (مؤیدفر و همکاران، ۱۳۸۶) و افزایش خودپنداره مثبت، کفایت و سازگاری اجتماعی (کوهن^۳، ۱۹۹۰) که همگی با دلبستگی ایمن رابطه دارد، باشد.

به علاوه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که خرده مقیاس‌های مثلث شناختی همبستگی مثبت معناداری با یکدیگر و کل آزمون دارد. ضمن اینکه، بین دانشجویان دختر و پسر در کل مثلث شناختی و نگرش نسبت به خود تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما در خرده مقیاس نگرش نسبت به آینده و دنیا این تفاوت معنی‌دار است که در هر دو میانگین پسران بالاتر از دختران و بیانگر نگرش منفی‌تر پسران نسبت به آینده و دنیا در مقایسه با دختران است. در این رابطه مطالعات آبلو و دِ آلکساندر (۲۰۰۲) در مورد دانشجویان نشان می‌دهد نگرش منفی آنها نسبت به آینده قویاً با نگرش ناکارآمد و افزایش خلق افسرده در رابطه است. این یافته به وضوح بیانگر این ادعای بک که جوانانی که خطر افسردگی‌شان مربوط به نگرش‌های منفی است، نمی‌توانند به دانشگاه مورد علاقه‌شان وارد شوند، چراکه به آینده خود خوش‌بین نیستند، حمایت می‌کند. بنابراین، ادراک خود این جوانان بعد از عدم دستیابی به دانشگاه مورد نظر منفی شده است. مطالعه براون و دیگران (۱۹۹۵) هم نشان می‌دهد دانشجویانی که نمرات ضعیفی می‌گیرند، نگرش منفی به آینده دارند و در گذراندن دروس در مقایسه با آنها که نگرش مثبت دارند، ناموفق‌تر هستند. واقعیت در دانشگاه‌های کشور ما به خصوص در رشته‌های علوم انسانی این است که میانگین نمرات تحصیلی دانشجویان دختر بیشتر از نمرات تحصیلی پسران است که مؤید این یافته است.

^۱ . personal-emotional and academic adjustment

^۲ . Fanti

^۳ . Cohn

نتیجه آن که در قلمرو نظری، یافته‌های پژوهش حاضر قابل مقایسه و مرتبط با نظریه بالبی (۱۹۸۸) می‌باشد که معتقد است، الگوهای ارتباطی درون سازی شده در کودکی فرایندهای شناختی و ذهنی پویایی است که بر رفتار، عواطف و ادراک افراد از خود، دنیا/ دیگران و آینده که به «مثلث شناختی» معروف است و بر روابط عاطفی در بزرگسالی تأثیرگذار است. از این رو، این پژوهش با ارایه یک رابطه نظری خاص می‌تواند گامی مهم در مطالعه کیفیت زندگی افراد و پیش‌آیندهای آن در دانشجویان ایرانی به شمار آید. با توجه به عدم وجود تحقیق پیشین در زمینه‌ی ارتباط مستقیم این دو متغیر به خصوص در ایران، مطالعه حاضر را می‌توان تلاشی هر چند ناچیز در جهت ارتقاء علم موجود دانست.

در عرصه عملی نیز، یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مهمی برای جوانان ایرانی و مسئولین وزارت علوم داشته باشد. با توجه به اینکه، دانشجویان در سنی هستند که مهمترین تصمیمات زندگی خود، همچون کار، ادامه تحصیل و ازدواج را اتخاذ می‌نمایند و با توجه به اینکه داشتن نگرش مثبت و خوش‌بینانه به خود، دنیا و آینده نقش مهمی در سلامت روان، رضایت زناشویی و دل‌بستگی ایمن دارد، می‌توان با آموزش مهارت‌های ارتباطی و تغییر نگرش‌های منفی از بروز نارضایتی‌های زناشویی، شغلی و تحصیلی پیش‌گیری نمود و به یکی از وظایف مهم دانشگاه‌ها که تربیت شهروندانی با نگرش‌های سالم و منطقی، روابط بین فردی سالم، ایمن و پایدار و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی است، جامه عمل پوشاند. ضمن اینکه در مراکز مشاوره دانشجویی نیز یافته‌های پژوهش حاضر کاربردهای فراوانی در حل مشکلات و تعارض‌های درون - برون فردی دانشجویان به دنبال دارد.

منابع

- حمیدی، ف. (۱۳۸۶). بررسی رابطه سبک‌های دل‌بستگی با رضایت‌مندی زناشویی در دانشجویان متأهل دبیری. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال سوم، شماره ۹، صص ۴۴۳-۴۵۳.
- مؤیدفر، ح.؛ آقامحمدیان، ح.؛ طباطبائی، م. (۱۳۸۶). رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و عزت‌نفس اجتماعی. مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی. دوره سوم، شماره اول، صص ۶۱-۷۲.
- Abela, J. R. Z., & D'Allesandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: the diathesis-stress and causal mediation components. *British journal of clinical psychology*, 41, 111-128.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment prospective. *Journal of social and personal relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among adults: A test of four category model. *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emey, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.

- Beck, A.T., Rush, J., & Shaw, B.F. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Beckham, E. E., Leber, W. R., Watkins, J. T., Boyer, J. L., & Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The cognitive triad inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54, 566-567.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford press.
- Brennan, K., & Shaver, P. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Journal of personality and social psychology bulletin*, 21, 267-283.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 104, 431-435.
- Carnelley, K. B., & Janoff-Bulman, R. (1992). Optimism about love relationships: general vs. specific lessons from one's personal experiences. *Journal of social and personal relationships*, 9, 5-20.
- Cohn, D. A. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Dev*, 61: 152-62.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. In D. J. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 163-187). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58, 644-663.
- Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L., & Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult attachment styles: Associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of social & clinical psychology*, 22, 315-346.
- Dozous, D. J., Frewen, D. A., & Covin, R. (2006). Cognitive theories. In M. Herson & J. C Thomas.
- Fanti, K. A. (2005). The parent-adolescent relationship and college adjustment over the freshman year. MA. Dissertation. Georgia state university, College of psychology, 24-8.
- Feeney, J., Noller, P., & Callan, V. (1996). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. *Advances in personal relationships*, 5, 269-308.
- Fischer, J., & Corcoran, K. (2007). *Measure for clinical practice: A sourcebook: Volume 2. Adults*. New York. The free press.
- Garamoni, G. L., Reynolds, C. F., III, Thase, M. E., Frank, E., & Fasiczka, A.L. (1992). Shifts in affective balance during cognitive therapy of major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 260-266.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67, 430-445.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52, 511-524.

- Joanne, D; Debora, K.(2009). Secure base processes in couples: Daily associations between support experiences and attachment security. *Journal of family psychology*. 23(1), 76-88.
- Kendall, Ph. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: the balance of positive and negative thinking. *Cognitive therapy and research*, 13, 583-598.
- Martin, M. H. (2001). The Roles of Attachment and the Cognitive Triad in Depression. PHD thesis. Ohio state: Case western Reserve University, Frances Payne Bolton School of Nursing, 1-24.
- McIntosh, C. N., & Fischer, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: one versus three factors. *Canadian journal of behavioural science*, 32, 153-157.
- Mikulincer, M., & Erey, L. (1991). Attachment style and the structure of romantic love. *British journal of social psychology*, 30, 273-291.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford press.
- Possel, P. (2009). Cognitive Triad Inventory (CTI): Psychometric properties and factor structure of the German translation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (2): 240-247.
- Rice, F. P. (1998). *Human development*. New jersey: prentice hall.
- Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., & Ross, C. A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology, among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus adult attachment interview states of mind. *Development and psychopathology*, 19, 263-291.
- Shi, L. (2003). The association between adult attachment styles and conflict resolution in romantic relationships. *The American journal of Family therapy*. 31:143-157.
- Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child molesters' implicit theories. *Journal of interpersonal violence*, 14, 821-838.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity and their correlates. *Child development*, 71, 695-702.
- Weinfield, N. S., Whaley, G. J. L., & Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity and coherence in attachment from infancy to late adolescence: Sequelae of organization and disorganization. *Attachment & Human development*, 6, 73-97.
- Wong, S. S. (2008). The Relations of cognitive Triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and Irrational beliefs with test anxiety. *Current psychology*- 27: 177- 191.
- Wood, E., & Riggs, S. (2008). Predictor of child molestation: Adult attachment, cognitive distortions and empathy. *Journal of interpersonal violence*, 23, 259-275.
- Wood, E; Riggs, S. (2009). Adult attachment, cognitive distortions, and views of self, others, and The future among child molesters. *Sexual Abuse: A journal of research and Treatment*. 20(5), 1-12.
- Youngmee, Kim. (2005). Emotional and cognitive consequences of adult attachment: The mediating effect of The self. *Personality & Individual differences*. 39(5), 913-923.

A study of the effectiveness of neurofeedback in the modification of the amplitude of brain waves and attention in students with dyslexia

Mohammad narimani^a, Soran rajabi^b, Abbas abolghasemi^c, Mohammad ali nazarei, Adel zahed-babelan^d

Abstract:

The purpose of this study was to determine the efficacy of neurofeedback in correcting the brain's wave amplitude and the attention of students with dyslexia. 31 dyslexic boys who were available as samples were selected from the learning disabilities center in Ardabil. Experimental and pretest posttest design with control group was used. For data collection Neurofeedback devices (NFT), the Continuous Performance Test (CPT), the reading disability test and children's Wechsler Intelligence Scale-Revised were used. Two-factor analysis of variance with repeated measurements indicated significant improvement in the continuous performance tests (correct responses, omission error and commotion error) and the measured brain waves (the delta and theta frequency amplitude) during the neurofeedback training and the follow-up after two-months. Also the significant interaction between time and group for the three scales (correct responses, omission error and commotion error) showed significant improvements in the Neurofeedback group, indicating significant improvements in delta and theta frequency amplitudes. The results of the study supports the efficiency and sustainability of neurofeedback as a method of therapy in treating attention problems and modifying brain waves for students with dyslexia.

Keywords: Neurofeedback, dyslexia, Theta and Delta wave, attention

^a- narimani@uma.ac.ir

^b- soranrajabi@gmail.com

^c- abolghasemi_44@yahoo.com

^d- zahed@uma.ac.ir

An Investigation of Effectiveness of The Emotionally focused Couple Therapy on Increasing Marital Intimacy in couples Entered at Counseling Centers in Tehran

Ismail Asadpour^a, Ali Mohammad Nazari^b, Bagher Sanai Zaker^c, Shahrzad Shaghghi^d

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of emotionally focused couple therapy in increasing marital intimacy. The research procedure was quasi experimental using mixed subjects design (3*2). The statistical population were couples who entered one of the counseling centers because of intimacy problems and marital conflict.

Sample group consisted of 32 subjects (16 couples) that were selected by convenience random sampling method and randomly allocated into experimental and control groups. The measurement tool was the Intimacy questionnaire.

The Experimental group participated in 12 sessions of emotionally focused couple therapy. To examine the research hypothesis, statistical analysis of variance test with repeated measures was used. The results indicated emotionally focused couple therapy increased couples's (emotional, intellectual, sexual, physical, relational, social, recreational, psychological, spiritual and general) intimacy.

Keywords: Emotionally Focused Couple Therapy, Marital Intimacy.

^a - Counseling, ph.D, University of Tarbiat Moallem. Author in charge, E-mail: dr.iasadpour@yahoo.com

^b - Assistant Professor of counseling, University of Tarbiat Moallem

^c - Professor of counseling, University of Tarbiat Moallem

^d - M.A. counseling, University of Allame Tabatabai

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Esteem, Depression and Attribution Styles in College Students

Negar Asgharipour^a, Rokhsareh Yeke Yazdandust^b, Fatemeh zargar^c

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive- behavioral group intervention on self-esteem, depression and attribution styles in college students.

The design of the study was experimental with experimental and control groups. The subjects' scores were below the cut-off point on Coopersmith test and then they were divided randomly into the groups. The tests used in this study were The Coopersmith test, Beck Depression Inventory and the Attributional Style Test that subjects completed at pre-test and post-test stages. The experimental group received ten sessions of CBT; subjects in the control group received the same sessions after the termination of the experiment. The data were transferred to the SPSS program and analyzed.

All study hypotheses were supported. The results indicated that there were significant differences between the experimental and control groups at the three assessment points. Furthermore, significant differences between the pre-test and post-test stages were found for the experimental group.

CBT was effective for the enhancement of self-esteem, reducing depression and changing attributional styles in college students.

Keywords: self-esteem, depression, attributional styles, cognitive- behavioral group intervention, college students

^a- Assistant Professor, Mashhad University of Medical Sciences Department of Psychiatry - Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad ,Iran email:Asgharipourn@mums.ac.ir

^b- Assistant Professor, Tehran University of medical sciences. Department of plastic surgery ,Tehran,Iran
Corresponding author: Dr rokhsareh yeke yazdandust Email:Yazdandoostr@yahoo.com

^c- Assisstant Profeser, Kashan University of Medical Sciences, Department of Clinical Psychology, , Kashan,Iran
Email: fatemehzargar@gmail.com

The Relationship among Perfectionism Defense Styles, and Depression Symptoms in Students

Mohaddaseh Namgou^a, Mousa Kafie^b, Mansour Hakim Javadi^c, Masoud Gholamali Lavasani^d, Roghayeh Atashkar^e

Abstract

In this study the relationship among perfectionism, defense styles and depression symptoms was studied. Participants were 426 undergraduate students from the University of Guilan (264 females, 162 males), who were selected through randomized clustering multistage method. All participants were asked to complete the Multidimensional Perfectionism Scale (Hewitt & Flett, 1991), the Defense Styles Questionnaire (Andrews et al., 1993), and the Beck Depression Inventory (Beck et al, 1996). The results showed that there Were positive and significant correlations between the three dimensions of perfectionism (self-oriented, other-oriented, socially prescribed) and depression symptoms and maladaptive defense styles (neurotic and immature). In addition, the immature defense style showed a positive significant correlation with depression symptoms. The results of regression analysis indicated that four out of six predictor variables (socially prescribed & self-oriented perfectionism, mature & immature defense style) show significant coefficients, predicting the students' depression symptoms. Furthermore, hierarchical regression analysis revealed that the immature defense style for both socially prescribed and other-oriented perfectionism in relation to the depression symptoms has a moderational effect and mature defense style moderates the relationship between socially prescribed perfectionism and the depression symptoms.

Key words: Perfectionism, Defense Styles, Depression Symptoms

^a- M.A. in General Psychology, University of Guilan, Tehran Road (Km.6), Rasht- Iran, namgou151@gmail.com

^b- Associate Professor of Department of Psychology, University of Guilan, mosakafie@yahoo.com

^c- Assistant Professor of Department of Psychology, University of Guilan, hakimjavadi@yahoo.com

^d- Associate Professor of Department of Psychology, University of Tehran, mglavasani@yahoo.com

^e- M.A. in General Psychology, University of Tarbiat Modarres, r.atashkar@gmail.com

The Effectiveness of Relaxation Training on Anxiety and Academic Achievement

Monir Kalantar Ghoreishi^a, FLor Rezaei Kargar^b, Fariborz Dortaj^c, Mahdi Shahnazari^d

Abstract

The aim of this study was to examine the effect of relaxation training on anxiety and academic achievement in adolescents. By this mean, ۴۰ girl students of second grade of middle school in Tehran were selected using random cluster sampling and screening in anxiety by completing Zoong anxiety self-reporting questionnaire (1970) and divided into two tests and control groups by random assignment. Then, the test group (one hour sessions and 3 sessions in per week) were taught relaxation training through 12 educational sessions and it is noteworthy that no education was given to control group. Upon completion of educational sessions both test and control groups were tested again with Zoong anxiety self-reporting questionnaire. To examine the participants' academic achievement, the grade point average (GPA) of the first term for pre- test and GPA of the second term for post- test were taken into account. The results of a MANCOVA showed that relaxation training reduced anxiety and increased academic achievement ($p < 0.01$).

Key words: relaxation; anxiety; academic achievement; adolescence.

^a- MA. Student of Educational Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. Monir-Esfahan@yahoo.com

^b- PhD. Student of General Psychology and Lecture, Islamic Azad University, Central Tehran Branch. Flor.rezaei@gmail.com

^c- Professor of Educational psychology Department, Alame Tabatabai University. F_Dortaj@yahoo.com

^d- PhD. Student of General Psychology and Lecture, Islamic Azad University, Central Tehran Branch. M_R_Sazegar@yahoo.com

Prevalent Mental Disorders in Substance Abusers

Eimanollah Bigdeli^a, Alimohammad Rezaei^b, Isaac Rahimian Boogar^c

Abstract

Comorbidity of mental disorders and substance abuse has significant effect in treatment of persons with substance dependency. This research is aimed to determine the frequency of mental disorders in substance abusers. In cross-sectional descriptive design, 643 people were selected using convenience random sampling among patients with substance dependency that were undergoing treatment in addiction treatment centers of Semnan State in 1389 and completed The Demographical Questionnaire and The MMPI Short Form (71 items) Scale. The data was analyzed by Chi Square and Cochran's Q test. Findings showed that 89% of persons with substance dependency at least have one elevated clinical scale. In terms of highest elevation, common elevated clinical scales are Schizophrenia (47%), Hypochondrias (19%) and Psychasthenia (10%). Also, according to 65>T scores, common elevated clinical scales for persons with substance dependency are Schizophrenia (74%), psychasthenia (56%) and Hypochondrias (41%). Moreover, in terms of 2 or 3 point codes, common elevated clinical scales related to code 167 with derivations (18%) and code 467 with derivations (16%). It is concluded that mental disorders have important role in onset, maintenance and relapse of substance abuse and careful attention should be paid to clinical patterns accompanied with substance abuse in prevention and tailoring effective treatment.

Keywords: Substance dependency, Substance abuse, mental disorders, clinical scale, MMPI

^a- Associate Professor, Department of clinical psychology, Semnan University, Mahdi-Shar, Semnan, Iran.
bigdeli9@gmail.com

^b- Assistant Professor, Department of educational psychology, Semnan University, Mahdi-Shar, Semnan, Iran.
rezaei_am@yahoo.com

^c- Assistant Professor, Department of clinical psychology, Semnan University, Mahdi-Shar, Semnan, Iran.
eshaghrAhimian@yahoo.com

The Comparison of Attentional Bias for OCD-Related Stimuli in Individuals with and without OCD

Saeedeh Azaraeen^a, Javad Salehi Fadardi^b

Abstract

Introduction. Previous research has led to conflicting findings on whether patients with subclinical or clinical Obsessive Compulsive Disorder (OCD) share an attentional bias for stimuli that are related to their current concerns, a finding that has been observed in other anxiety disorders. **Objectives.** The present study aimed to determine whether there was a difference in attentional bias for an OCD-related stimuli between individuals with and without OCD. **Participants.** 30 OCD patients (Mean age = 24; SD = 4.45) were compared with 30 healthy controls (Mean age = 24.66; SD = 2.24) on their performance on an emotional Stroop paradigm. **Results.** Compared with the controls, OCD patients showed attentional bias for OCD-related stimulus. **Conclusion.** The results suggested that OCD individuals have problems in ignoring stimuli that are related to their pathology. The bias may play an important role in the etiology and treatment of OCD.

Keywords: Attentional bias, Obsessive stimulus, Obsessive patient

^a- MSc in Clinical Psychology

^b- Associate Professor of Psychology Ferdowsi University of Mashhad

The Effect of Brief Empathic Psychotherapy in decreasing Anxiety and Depression in university students with respect to their attachment styles.

Shima Heidari^a , Abbas Ali Allahyari^b , Parviz Azadfallah^c

Abstract

This study had examined the effect of Brief Empathic Psychotherapy in decreasing Anxiety and Depression among university students with respect to their attachment styles. As a result we accumulated a sample of 20 students recognized as depressed and anxious by filling DASS (Depression & Anxiety inventory). These students also filled the Hazan & Shaver attachment questioner and sampling continued until we gathered 10 students in avoidant attachment group and 10 in ambivalent attachment group. Both groups received therapy (12 sessions, once every week and individually). Finally data was analyzed by ANCOVA & MANCOVA tests, and results proved that this therapy could affect anxiety and depression but the effectiveness of respecting the role of attachment styles was not proved. In summery the results have shown that Brief Empathic Psychotherapy decreased anxiety & depression in both group of avoidant and ambivalence attachment styles.

Key words: Brief Empathic Psychotherapy, Anxiety , Depression, Attachment styles

^a - P.h. D student of School of Psychology, Tarbiat Modares University, Iran. shimaheidary_2005@yahoo.com

^b - Professor Assistant of School of Psychology, Tarbiat Modares University, Iran. dr-a.allahyari@yahoo.com

^c - Professor Assistant of School of Psychology, Tarbiat Modares University, Iran. azadfallahparviz@gmail.com

A survey of the Influence of Training Self Differentiation on Increasing the Rate of Adjustment in children of divorced families.

Somaye kazemian ^a, Masumeh Esmaili ^b

Abstract

This study was conducted to determine the influence of training self differentiation on increasing the rate of adjustment in girl students in divorced families. The experiment procedure was experimental design (design of pretest and posttest with control group). The research samples were all the daughters of divorced couples who studied in high school and were chosen from the 7th educational borough of Tehran. In a way that one school among all of the schools in the 7th educational borough of Tehran was chosen through random sampling. Then the names of the daughters of the divorced families were listed and among them 16 girl students were randomly selected (6 persons in first class and 5 persons in second class and 5 persons in third class). All of them answered "sing & sina" adjustment inventory. Therapy interventions were performed during 10 meetings of 45 minutes length (2 meetings per week). We used covariance test for analyzing the data. The results showed that the education of self differentiation has a influence on increasing the rate of adjustment in children of divorced families with coefficient of %95. According to the results of this research, education of self-differentiation is suggested to counselors and psychotherapies as a useful method for maladjustment therapy in adolescents.

Keywords: education, self differentiation, adjustment, children of divorced families.

^a- Allame Tabatabaei University Kazemian_somaye@yahoo.com

^b- Allame Tabatabaei University azadi209@yahoo.com

Preparation and Validation of Entrepreneurial behaviour Questionnaire for career counseling

katrin Fekri^a, Dr. Abdollah Shafiabady^b, Dr. Rahmatollah Nooranipour^c, Dr. Ghodsy Ahghar^d

Abstract

The main objective of the study was to develop and validate a questionnaire to measure entrepreneurial behavior. Statistical population ($n = 1497$) of the research were all humanities graduate students at the Science and Research Branch of Islamic Azad University, Tehran in 2011, of whom 500 individuals were selected and completed a researcher compiled entrepreneurial behavior questionnaire. The content validity, construct validity, and criterion validity of the questionnaire were calculated by experts in the field. Cronbach's Alpha coefficient, a measure of internal consistency, was 0.90 for the entire questionnaire and larger than 0.7 for each of the subscales.

Keywords: Validation, entrepreneurial behavior, questionnaires

^a - Student of department of counseling, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

^b - Professor of Allameh Tabatabaei University

^c - Associate Professor of Shahidbeheshti University

^d - Research studies faculty member and Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Image of God and its relationship with demographics variables, self-concept and self-efficacy

Bahramali Ghanbari Hashemabadi^a, Seyed Mohamad Hasan Ashraf^b, Mohamadreza Ghanbari Hashemabadi^c

Abstract:

This study was carried out to examine the image of God among students at Ferdowsi University. Methods: a sample of 455 students (randomly selected), answered image of God (Lawrence, 1997), self concept Rogers (1951) and general self-efficacy (military and Associates, 1996). Data was analyzed using Pearson, Spearman and Eta coefficient and chi-square test. Results: Psychometric properties of the Image of God test were confirmed. A significant relationship was found between image of God and self-efficacy and self-concept. The results showed that there is no significant relationship between the image of God and age, education level, gender, marital status, economic status, and praying. Conclusion: The results showed that the image of God is in a mutual relationship with self-concept and self-coefficacy.

Keywords: Image of God - self-concept – self-efficacy

^a- Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad

^b- Ms of psychometry m_h_ashraf@yahoo.com

^c-student of Ms of clinical psychology Ferdowsi University of Mashhad (International Branch)

The Relationship between the Secure-Insecure Attachment Styles with Cognitive Distortions among a Sample of Ferdowsi University of Mashhad Students

Seyed Ali Kimiaee^a, Hasan Gorjian^b

Abstract

The purpose of this research was to examine the relationship between secure-insecure attachment styles and cognitive distortions. To this end, 403 students from Ferdowsi University of Mashhad were selected using a random clustering procedure, and completed the Collins and Read (1990) Attachment Styles Questionnaire and Becham, Leber, Watkins, Boyer, and Cook'd (1986) Cognitive Triad Inventory (CTI). The results of Pearson's correlation and homogeneity analysis showed a positive correlation between insecure-anxious attachment style and negative CTI. There was also a negative correlation between secure attachment and negative CTI. Male and female students did not differ from each other in terms of their attachment styles and views toward self, but they were different in terms of their view to future and world/ others. Insecure-anxious attachment style was positively correlated with negative view of self, world/others and future. Therefore, it is likely that secure attachment style, is related with effective cognitions and insecure attachment style is related with ineffective cognitions, affecting interpersonal communication, academic achievement, mental health, and the quality of life at the university.

Keywords: secure-insecure, cognitive distortion, students university.

^a. Ph.d of counseling: ferdowsi university of Mashhad - Email: kimiaee@um.ac.ir

^b. M.Sc of counseling

Table of contents

5	A study of the effectiveness of neurofeedback in the modification of the amplitude of brain waves and attention in students with dyslexia Mohammad narimani, Soran rajabi, Abbas abolghasemi, Mohammad ali nazarei, Adel zahed-babelan
25	An Investigation of Effectiveness of The Emotionally focused Couple Therapy on Increasing Marital Intimacy in couples Entered at Counseling Centers in Tehran Ismail Asadpour, Ali Mohammad Nazari, Bagher Sanai Zaker, Shahrzad Shaghaghi
39	The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Esteem, Depression and Attribution Styles in College Students Negar Asgharipour, Rokhsareh Yeke Yazdandust, Fatemeh zargar
53	The Relationship among Perfectionism Defense Styles, and Depression Symptoms in Students Mohaddaseh Namgou, Mousa Kafie, Mansour Hakim Javadi, M. Gholamali Lavasani, R. Atashkar
77	The Effectiveness of Relaxation Training on Anxiety and Academic Achievement Monir Kalantar Ghoreishi , FLor Rezaei Kargar , Fariborz Dortaj , Mahdi Shahnazari
93	Prevalent Mental Disorders in Substance Abusers Eimanollah Bigdeli , Alimohammad Rezaei , Isaac Rahimian Boogar
109	The Comparison of Attentional Bias for OCD-Related Stimuli in Individuals with and without OCD Saeedeh Azaraeen , Javad Salehi Fadardi
125	The Effect of Brief Empathic Psychotherapy in decreasing Anxiety and Depression in university students with respect to their attachment styles. Shima Heidari , Abbas Ali Allahyari , Parviz Azadfallah
143	A survey of the Influence of Training Self Differentiation on Increasing the Rate of Adjustment in children of divorced families. Somaye kazemian , Masumeh Esmaeili
153	Preparation and Validation of Entrepreneurial behaviour Questionnaire for career counseling katrin Fekri , Dr. Abdollah Shafiabady , Dr . Rahmatollah Nooranipour , Dr. Ghodsy Ahghar
165	Image of God and its relationship with demographics variables, self-concept and self-efficacy Bahramali Ghanbari Hashemabadi, S. Mohamad Hasan Ashraf, Mohamadreza Ghanbari Hashemabadi
181	The Relationship between the Secure-Insecure Attachment Styles with Cognitive Distortions among a Sample of Ferdowsi University of Mashhad Students Seyed Ali Kimiaee, Hasan Gorjian

Manager in charge and Chief Editor:

Professor, Bakhtiar Shabani Varaki, Ferdowsi University of Mashhad

Chief Editor:

Associate Professor, Bahramali Ghanbari Hashemabadi, Ferdowsi University of Mashhad

Editorial Board:

- **Dr. Hamid Reza Aghamohammadian sharbaf**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Amir Amin Yazdi**
Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Noor Mohamad Bakhshani**
Associate Professor, University of Zahedan
- **Dr. Mohammad Ali Besharat**
Professor, University of Tehran
- **Dr. Fariborz, Dortaj**
Associate Professor, Allameh Tabataba'i University
- **Dr. Javad. Salehi Fadardi**
Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Seyed Mahmood Tabatabaee**
Professor, Medical Sciences University of Tehran
- **Dr. Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi**
Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad

Excutive Manager : Ali Naghdi Davaloo

- This JOURNAL is published biannually by Ferdowsi University of Mashhad, Iran
- The editorial board reserves the right to accept or reject publications, if necessary to make all editorial changes, and to arrange articles in an appropriate order.
- **All submissions and correspondence should be online and Registered at : <http://tpccp.um.ac.ir>**
- Mailing Address : Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, P.O.Box. 9177948974-1518, Mashhad.

In the Name of Allah

Ferdowsi University of Mashhad
Faculty of Education and Psychology

**Research
in Clinical Psychology and Counseling**

A Bi-annual Journal

Vol. 2, No 1, Spring - Summer 2012

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in
ISC
&
SID
and available via
Magiran



Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol 2, No 1, (2012)

ISSN: 2251-6352

3

- 5 A study of the effectiveness of neurofeedback in the modification of the amplitude of brain waves and attention in ...
Mohammad narimani, Soran rajabi, Abbas abolghasemi, Mohammad ali nazarei, Adel zahed-babelan
- 25 An Investigation of Effectiveness of The Emotionally focused Couple Therapy on Increasing Marital Intimacy in ...
Ismail Asadpour, Ali Mohammad Nazari, Bagher Sanai Zaker, Shahrzad Shaghaghi
- 39 The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Esteem, Depression and Attribution Styles in ...
Negar Asgharipour, Rokhsareh Yeke Yazdandust, Fatemeh zargar
- 53 The Relationship among Perfectionism Defense Styles, and Depression Symptoms in Students
Mohaddaseh Namgou, Mousa Kafie, Mansour Hakim Javadi, M. Gholamali Lavasani, R. Atashkar
- 77 The Effectiveness of Relaxation Training on Anxiety and Academic Achievement
Monir Kalantar Ghoreishi , FLor Rezaei Kargar , Fariborz Dortaj , Mahdi Shahnazari
- 93 Prevalent Mental Disorders in Substance Abusers
Eimanollah Bigdeli , Alimohammad Rezaei , Isaac Rahimian Boogar
- 109 The Comparison of Attentional Bias for OCD-Related Stimuli in Individuals with and without OCD
Saeedeh Azaraeen , Javad Salehi Fadardi
- 125 The Effect of Brief Empathic Psychotherapy in decreasing Anxiety and Depression in university students with ...
Shima Heidari , Abbas Ali Allahyari , Parviz Azadfallah
- 143 A survey of the Influence of Training Self Differentiation on Increasing the Rate of Adjustment in children of ...
Somaye kazemian , Masumeh Esmaeili
- 153 Preparation and Validation of Entrepreneurial behaviour Questionnaire for career counseling
katrin Fekri , Dr. Abdollah Shafiabady , Dr . Rahmatollah Nooranipour , Dr. Ghodsy Ahghar
- 165 Image of God and its relationship with demographics variables, self-concept and self-efficacy
Bahramali Ghanbari Hashemabadi, S. Mohamad Hasan Ashraf, Mohamadreza Ghanbari Hashemabadi
- 181 The Relationship between the Secure-Insecure Attachment Styles with Cognitive Distortions among a Sample of ...
Seyed Ali Kimiaee, Hasan Gorjian