



- ۵ اثر بخشی و پایداری اثرباشی مبتنی بر تعارضات خانگی و تطبیق پذیری: همبستگی خانواده - تصور جهانی - حق ابراهیم، جهان جهان، عباس زاده محمد
- ۲۱ بررسی اثرباشی مداخله آموزشی-انگیزشی کودکان و سبک هیونداد در رشد فردی، روانی و انگیزشی در کودکان، حبیبی، آفرین، کتبی، سید زین العابدین، آید محمد
- ۲۱ مقایسه هلاکت‌های خانگی، در بهاران، میزان به هلاکت‌های خانگی، اختلاف‌های انفرادی و افراد، یحیی محمد، علی بهار
- ۵۵ بررسی اثرباشی درمان خانگی بر اعتماد، باور و توانایی، فکری و مدنی، محمدرضا علی، عباسی، نورالدین، محمد، آید محمد
- ۶۶ رابطه طول مدت اسفند و تعمیم اثرباشی با اختلاف، اسفند، پس از اسفند، در آذربایجان - جود، عباس زاده، محمد، باقری، بهروز، جواد
- ۸۱ مقایسه تحلیل رفتگی، بین زوج‌های و شایستگی و زوج‌های دارای تعارض خانگی، در شهر - عباسی، سید زین العابدین، آید محمد
- ۹۶ مقایسه اثرباشی در کمک‌های خانگی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی، در بهبود شایستگی‌های زهره‌ها، عباس زاده، سید زین العابدین، نورالدین، محمد، آید محمد
- ۱۱۶ بررسی و مقایسه ویژگی‌های خانگی، کودکان، آید محمد
- ۱۳۶ مقایسه ویژگی‌های شایستگی و سازگاری و خانگی، در افراد، تعداد درمان، با اعتماد و افراد - آید محمد، سید زین العابدین، نورالدین، محمد، آید محمد
- ۱۴۷ بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر اثرباشی، عزت نفس، دانش، انگیزش و باور، در افراد، عباس زاده، محمد، سید زین العابدین، نورالدین، محمد، آید محمد

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 ۳، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۲

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، استاد دانشگاه فردوسی مشهد

هیات تحریریه :

نام	تخصص	مرتبه علمی
دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف	روان شناس	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر امیر امین یزدی	روان شناسی کودک	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر نورمحمد بخشانی	روان شناسی بالینی	دانشیار علوم پزشکی زاهدان
دکتر محمدعلی بشارت	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه تهران
دکتر فریبرز درتاج	روان شناسی تربیتی	دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر جواد صالحی فدردی	روان شناسی بالینی و سلامت	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر سید محمود طباطبائی	روان پزشک	استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه فردوسی مشهد

داوران این شماره : دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف، دکتر محسن اصغری نکاح، دکتر نورمحمد بخشانی، دکتر کیومرث بشلیده، دکتر حسین حسن آبادی، دکتر غلامرضا رجبی، دکتر کاظم رسول زاده طباطبائی، دکتر زهره سپهری شاملو، دکتر منصور سودانی، دکتر جواد صالحی فدردی، دکتر علی غنایی چمن آباد، دکتر کیومرث فرحبخش، دکتر محمدباقر کجیاف، دکتر مرتضی مدرس غروی، دکتر علی مشهدی، دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند، دکتر سید ابوالقاسم مهری نژاد

کارشناس مجله : علی نقدی دولو

ویراستار: دکتر علی رضا قادری

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 اثر بخشی رویکرد ارتباطی ستیر بر تعارضات زناشویی و انطباق پذیری - همبستگی خانواده ...
منصور سودانی، علی امیری مقدم، مهناز مهربانی زاده هنرمند
- ۲۱ بررسی اثربخشی تعامل آموزش تنیدگی زدایی و سبک هویت در رضامندی روانی و تنیدگی
مژگان نیکنام، عباسعلی اللهیاری، کاظم رسول زاده طباطبایی، الهه حجازی
- ۴۱ مقایسه مکانیسم های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی، اختلال های اضطرابی و افراد عادی
محمد علی بشارت
- ۵۵ بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر استنتاج بر کاهش علائم وسواس فکری و عملی
ملاحت امانی، عباس ابوالقاسمی، بتول احدی، محمد نریمانی
- ۶۹ رابطه طول مدت اسارت و حمایت اجتماعی با اختلال استرس پس از سانحه در آزادگان ...
مجید معینی زاده، سید محمود طباطبایی، بهروز مهram
- ۸۱ مقایسه تمایز یافتگی بین زوج های رضایت مند و زوج های دارای تعارض زناشویی در شهر ...
صابر آریامنش، سید رضا فلاح چای، اقبال زارعی
- ۹۹ مقایسه اثربخشی برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص های ...
زهرا وفائی جهان، زهره سپهری شاملو، جواد صالحی فدردی
- ۱۱۹ بررسی و مقایسه ویژگی های زبانی کودکان اوتیستیک
داود سبحانی راد. علی مقیمی، علی غنایی چمن آباد. پرویز معروضی
- ۱۲۹ مقایسه ویژگی های شخصیتی و سازگاری زناشویی در افراد تحت درمان با متادون و افراد ...
زهره تیموری، سعید پور تقاش تهرانی
- ۱۴۷ بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش آموزان با مشکل بینایی
علی ارزنده فر، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد



استناد به این مقاله: سودانی، منصور؛ امیری مقدم، علی؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد ارتباطی ستیز بر تعارضات زناشویی و انطباق پذیری. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۱)، ۲۰-۵.

اثربخشی رویکرد ارتباطی ستیز بر تعارضات زناشویی و انطباق پذیری

دکتر منصور سودانی^۱، علی امیری مقدم^۲، دکتر مهناز مهربانی زاده هنرمند^۳

دریافت: ۱۳۹۰/۶/۵ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۱۴

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی رویکرد ارتباطی ستیز بر تعارضات زناشویی و انطباق پذیری در زوجین ارجاعی به شعب شوراهای حل اختلاف شهر اهواز بود. این پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. نمونه پژوهش شامل ۲۴ زوج بود که از میان ۳۶ زوجی که به فراخوان محقق پاسخ مثبت داده بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. این ۲۴ زوج به صورت تصادفی به دو گروه مساوی؛ گروه آزمایش و کنترل، گمارده شدند. مداخله به شیوه گروهی، طی ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تعارضات زناشویی و انطباق پذیری بود که زوجها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سئوالات آنها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از کواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ تعارضات زناشویی و انطباق پذیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$). بنابراین رویکرد ارتباطی ستیز باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش انطباق پذیری زوج‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

کلیدواژه‌ها: تعارضات زناشویی، انطباق پذیری خانواده، رویکرد ارتباطی ستیز

^۱ استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز sodani_m@scu.ac.ir

^۲ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز

^۳ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

خانواده واحد اصلی اجتماع است و به توجهی ویژه نیاز دارد؛ از این رو می‌بایست از گسترده‌ترین حمایت‌های ممکن برخوردار گردد، تا بتواند پذیرای کامل مسئولیت‌های خود در جامعه باشد. در بین تمامی سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی، خانواده نقش و اهمیتی خاص دارد (نوابی نژاد، ۱۳۸۳). یکی از مولفه‌های کارایی خانواده؛ رفع نیازهای روانی - عاطفی اعضا، برقراری ارتباط موثر در بین اعضای خانواده می‌باشد. ارتباط روشن و قوی بین اعضای خانواده موجب رشد احساسات، ارزشها، بلوغ عاطفی و رابطه کارآمدی در خانواده می‌شود (ابراهیمی، ۱۳۸۱). الگوهای ارتباطی زوجین، یکی از راه‌های ارزیابی ساختار خانواده می‌باشد که از طریق آن تعامل زن و شوهر با یکدیگر مشخص می‌شود. الگوی ارتباطی زوجین کارایی خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد (مانفردینی^۱، پرسچی^۲ و مازونی^۳، ۲۰۱۰).

گاتمن^۴ و لونسون^۵ (۲۰۰۰) معتقدند با تحلیل ارتباط یک زوج می‌توان احتمال به بن بست رسیدن ازدواج و رسیدن به طلاق را پیش بینی کرد. بروز تعارض در بین زن و شوهر امری اجتناب ناپذیر است؛ تجربه‌ی سطوح مختلفی از تعارض، اختلاف نظر و رنجش در تعاملات یک زوج، امری بدیهی و غیر قابل اجتناب می‌باشد (یالسن^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ کومینگز^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). تعامل ناکارآمد و کنترل غیر موثر تعارض، بر تداوم مشکلات ارتباطی اثر می‌گذارند. تعامل ناکارآمد؛ درک زوجین از یکدیگر را کاهش می‌دهد و کنترل غیر موثر تعارض؛ موجب حل نشدن مسائل مهم رابطه می‌شود. در نتیجه، این مسائل غالباً منبع تعارضات تکراری هستند (یپ^۸ و تسه^۹، ۲۰۰۹؛ هالفورد^{۱۰}، ۲۰۰۱، ترجمه تبریزی، کاردانی و جعفری، ۱۳۸۴). شیوه مقابله با تعارض، اکتسابی است و می‌توان آن را تغییر داد (آریتا^{۱۱}، ۲۰۰۸). از آنجایی که رابطه بین زوجین به عنوان یکی از عوامل بسیار مهم در ایجاد روابط صمیمانه مطرح است، نظریه پردازان علوم رفتاری و متخصصان فعال در حوزه خانواده، همیشه به دنبال این بوده‌اند که دقیقاً بدانند عملکرد زوجین در ارتباط با همدیگر چگونه است (آماتو^{۱۲} و هاهمن ماریوت^{۱۳}، ۲۰۰۷).

1. Manfredini

2. Breschi

3. Mazzoni

4. Gotmen

5. Levenson

6. Yalcin

7. Cummings

8. Yip

9. Tse

10. Halford

11. Arieta

12. Amato

13. Hahman marriot

کتتری^۱ و امری^۲ (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان دادند که زوجین دارای الگوی ارتباطی غیر منطقی و ناآرام بیشتر دارای تعارضات زناشویی هستند و آمادگی بیشتری برای جدایی دارند. یالسن و همکاران (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت‌های ارتباطی زوجین باعث ارتقاء کیفیت رابطه و حل مشکل آنها می‌شود. هانسون^۳ و لندبلند^۴ (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض به زوج‌هایی که در تعاملات زناشویی مشکل داشتند، باعث بهبود روابط زناشویی زوج‌ها و کاهش تعارضات در آنان می‌شود. مود^۵ (۲۰۰۰) نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی در بهبود رابطه زوج‌ها و انطباق‌پذیری و همبستگی خانواده موثر است. برنشتاین^۶ و همکارانش، (۲۰۰۱)، به نقل از اسدی، (۱۳۸۸) در پژوهشی، تاثیر ترکیب یک برنامه حل مشکل را با آموزش ارتباطی در کاهش درماندگی زناشویی اثبات کرده‌اند که در آن، بر افزایش تعامل‌های مثبت یا بر کاهش تعامل‌های منفی تاکید می‌شد.

کوهن^۷ (۲۰۰۶) در یک مطالعه ای نتیجه گرفت که رویکرد ارتباطی ستیز بر تعاملات زوجین تاثیر مثبت و معنی داری داشته است. براچر^۸ (۲۰۰۶) در پژوهشی که در مورد یکپارچه سازی درمان مبتنی بر هیجان با الگوی ستیز انجام داده است، به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر الگوی ستیز، بهتر قادر است در زوج‌ها و خانواده‌های دچار تعارضات زناشویی، تغییر بوجود آورد. آرمسترانگ^۹ (۱۹۹۷)، به نقل از گودرزی، (۱۳۸۶) یک طرح درمانی را با عنوان خانواده سازی اجرا کرد. تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از اجرای رویکرد آموزشی ستیز نشان داد که این رویکرد تاثیر معنی داری بر روی کاهش تعارضات خانوادگی و افزایش انطباق‌پذیری میان اعضای خانواده داشته است. پس از اجرای این رویکرد، همبستگی خانواده ۲۱٪ افزایش و میزان تعارضات زناشویی ۱۱٪ کاهش یافت.

السون (۲۰۰۰) معتقد است خانواده‌ها و زوجینی که عملکرد مناسب دارند، در سطوح متعادل یا مرکزی انطباق‌پذیری قرار می‌گیرند؛ می‌توانند بین جدایی و با هم بودن را تعدیل کنند، در کنار اینکه فردی مستقل هستند با خانواده و یا همسر خود رابطه‌ی عاطفی داشته باشند. سیستم‌های خانواده و زناشویی که سطح

-
1. Ketry
 2. Emery
 3. Hansson
 4. Lundbland
 5. Mudd
 6. Bornestein
 7. Kuhn
 8. Brubacher
 9. Armesterang

متعادل انطباق‌پذیری را دارند؛ در چرخه‌ی حیات خود عملکرد مؤثرتری دارند و زوج‌ها می‌توانند هر زمانی که ضرورت داشته باشد تغییر کنند، چرا که زوج‌ها و خانواده‌ها هم به ثبات و هم به تغییر نیاز دارند. در شرایطی که میزان نزدیکی روابط عاطفی، توافق و وابستگی در بین افراد خانواده و یا زوج‌ها خیلی بالا یا خیلی پایین است یا به عبارتی دارای انطباق‌پذیری نامتعادل هستند؛ احتمال ایجاد مشکلات در روابط بین آنها افزایش می‌یابد. بنابراین می‌توان با آموزش مهارت‌های ارتباطی مناسب سطوح انطباق‌پذیری متوازن و متعادل را بین آنها برقرار کرد.

ستیر، به بهترین نحو، موضوع ارتباط را در خانواده مطرح می‌کند. ستیر، رابطه را بزرگترین عاملی می‌داند که نوع رفتار انسان را با دیگران و حوادثی را که در جهان اطراف برایش اتفاق می‌افتد تعیین می‌کند. به طور کلی ستیر، ارتباط مختل را عامل اصلی تعارضات زناشویی زوج‌ها می‌داند و حتی معتقد است که تنها عامل منحصر به فرد طلاق، همین ارتباط ناکارآمد زوج‌ها می‌باشد. ستیر، سعی می‌کند به زوج‌ها کمک کند تا عزت نفس خود را تقویت کنند و معتقد است؛ زوج‌ها ی دارای عزت نفس پایین از الگوهای ارتباطی مختل و ناسالمی مانند سازشگر^۱، سرزنشگر^۲، حسابگر^۳ و بی ربط گو^۴ استفاده می‌کنند. او کوشش می‌کند تا زوج‌ها الگوی ارتباطی متعادل یا همتراز با یکدیگر داشته باشند (ستیر، ۱۹۸۳).

رویکرد ستیر، یک رویکرد ارتباطی است. او به زوج‌ها کمک می‌کند تا، با استفاده از برنامه‌های رفتاری ویژه به کاهش اختلافات و تعارضات زناشویی خود پردازند (بنمن^۵، ۲۰۰۸). به درمانگران در جهت یافتن راه‌حل‌های موثر در کاهش تعارضات و بهبود انطباق‌پذیری خانواده کمک می‌کند. با توجه به موارد ذکر شده و لزوم کاهش تعارضات زناشویی، بهبود روابط زناشویی، نقشی که مهارت‌های ارتباطی، در کاهش این تعارضات و مشکلات موجود در روابط زناشویی دارند، اهمیت و ضرورت این پژوهش مشخص می‌شود. بنابراین، در راستای تحقق هدف مورد نظر، پژوهش حاضر، به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا رویکرد ارتباطی ستیر بر تعارضات زناشویی و انطباق‌پذیری خانواده تاثیر دارد؟

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را زوج‌های ارجاعی به شعب شورای حل اختلاف، شهر اهواز تشکیل می‌دهد.

-
1. Placater
 2. Blamer
 3. Computing
 4. Irrelevant
 5. Banmen

دادند. حجم نمونه این تحقیق شامل ۲۴ زوج (۲۴ زن و ۲۴ مرد) بودند که حداقل دو سال از ازدواج آنها گذشته و دارای فرزند نیز بودند. روش نمونه گیری در دسترس بوده است، بدین صورت که ابتدا از بین ۵۷ زوجی که به فراخوان محقق پاسخ مثبت داده بودند، ۳۶ زوج براساس پرسشنامه‌ی تعارضات زناشویی نمره‌ی بالاتر از یک انحراف معیار از میانگین بوده‌اند. انتخاب و گمارش زوجین در گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی بوده است. به گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، آموزش رویکرد ارتباطی ستیز، داده شد.

در این پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن زوج‌ها در گروه آزمایش به ترتیب ۲۸/۶۵ و ۲/۲۸ و در گروه کنترل ۳۰/۴ و ۳/۰۲ بوده است. همچنین میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان در گروه آزمایش به ترتیب ۱/۱۰ و ۰/۳۵ و در گروه کنترل ۱/۳۰ و ۰/۴۲ است. به علاوه میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج در گروه آزمایش به ترتیب ۴/۴۶ و ۱/۰۴ و در گروه کنترل ۵/۱ و ۱/۳۲ بوده است.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تعارضات زناشویی^۱: این پرسشنامه توسط براتی و ثنایی (۱۳۸۳) تهیه و تنظیم گردیده و هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه‌ی جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. این پرسشنامه ۴۲ سؤال دارد و برای هر سؤال پنج گزینه در نظر گرفته شده و به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ است. آلفای کرونباخ و تنصیف برای پرسشنامه تعارضات زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۹) برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۶ بوده است. بشکار (۱۳۸۶) پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آورد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب برابر با ۰/۷۷ و ۰/۵۶ بوده است.

محتوای مؤلفه‌های پرسشنامه به گونه‌ای تهیه شده که با متغیر تعارضات زناشویی ارتباط نزدیک و مستقیم دارد بنابراین، از نظر روایی این پرسشنامه، می‌توان به روایی محتوایی آن استناد کرد. اضافه می‌نماید، روایی محتوایی پرسشنامه توسط گروهی از متخصصان و اساتید راهنما و مشاور، بررسی و مورد

1. Marital Conflict Questionnaire (MCQ)

تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه انطباق‌پذیری-همبستگی خانواده^۱: این پرسشنامه توسط السون، بل^۲ و پرتنر^۳ (۱۹۹۲) ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۰ سوال دارد که ۱۴ سوال آن انطباق‌پذیری و ۱۶ سوال آن همبستگی زوج‌ها را می‌سنجد. نمره‌گذاری به وسیله مقیاس لیکرت است و پاسخ‌ها از ۱ (تقریباً هیچ وقت) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۳۰ و حداکثر نمره ۱۵۰ است.

السون (۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه انطباق‌پذیری و همبستگی خانواده را ۰/۹۰ و عباس پور (۱۳۸۷) پایایی این آزمون را، با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش می‌کنند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه با روش کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۸۴ بوده است.

السون (۲۰۰۰) برای روایی همزمان پرسشنامه انطباق‌پذیری خانواده از مقیاس خودگزارشی خانواده استفاده کرد و نشان داد که مقیاس انطباق‌پذیری خانواده دارای اعتبار سازه قابل قبولی است. همچنین این مقیاس از روایی محتوایی و روایی صوری قابل قبولی برخوردار بوده است. عباس پور (۱۳۸۷) برای تعیین روایی پرسشنامه انطباق‌پذیری خانواده، از مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده استفاده کرد و ضریب همبستگی بین این دو آزمون را ۰/۷۵ به دست آورد.

شیوه اجرا

پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (رویکرد ارتباطی ستیر) قرار گرفتند، اما روی گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و با فاصله یک ماه پیگیری انجام شد. در هر هفته، یک جلسه برگزار می‌شد. محتوای هر جلسه شامل عنوان، موضوعات و تکلیف بود. در جدول ۱ خلاصه جلسات آورده شده است.

1. Family Adaptability and Cohesion Questionnaire (FACQ)

2. Bell

3. Portner

جدول ۱: خلاصه جلسات رویکرد ارتباطی ستیز

جلسه	موضوع جلسه
جلسه ۱	ایجاد ارتباط و بیان برخی از قواعد جلسات: ابتدا زوج ها خود را معرفی کرده و با همدیگر آشنا شدند، اهداف تشکیل جلسات بیان گردیده ساختار و قوانین گروه به صورت کامل تشریح شد.
جلسه ۲	آموزش فرایند ارتباط و توجه به حالات هم: آموزش چگونگی ارتباط زوج ها، رابطه ها و وظایف متقابل آنان در زمینه عشق، احترام، ابراز عواطف، مسائل اقتصادی، تفریحات ارتباط با خانواده و دوستان.
جلسه ۳	آشنایی با نقش الگوهای ارتباطی در زندگی زناشویی: بیان ویژگی های سالم ترین الگوی ارتباطی (الگوی همخوان) از نظر ستیز و ۴ الگوی ارتباطی ناکارآمد (سازشگر، سرزنشگر، حسابگر و گنج کننده).
جلسه ۴	اصلاح الگوهای ارتباطی، قواعد و تجارب درونی: ابتدا در خصوص الگوهای ارتباطی و تغییر آنها، موانع و مشکلات احتمالی تکالیف، تصمیم گیری صحبت شد.
جلسه ۵	آشنایی با کوه یخ (عواطف، نیازها و...): تجارب و عناصر کوه یخ با ذکر مثال از تعاملات زوج ها بیان گردید. سپس از زوج ها خواسته شد هیجانات مثبت خود را در مقابل یکدیگر ابراز کنند.
جلسه ۶	افزایش آگاهی زوج ها نسبت به الگوی ارتباطی خود و بازسازی خانواده: جهت آگاهی زوج ها و بازسازی خانواده مفاهیم حائل ها، لمس مجسمه سازی، نقاشی خانواده و فن صندلی خالی اجرا و آموزش داده شد.
جلسه ۷	آشنایی با خانواده پایه و اثر تجارب گذشته بر رفتار فعلی: با اجرای فنون بازسازی، ترسیم نقشه خانوادگی و ایفای نقش تعاملات خانواده اصلی و اثرات آن بر رفتار کنونی فرد بررسی شد و آگاهی زوج ها از خانواده پایه افزایش یافت.
جلسه ۸	آموزش مفاهیم الگو سازی ارتباط موثر با استفاده از عبارات (من): توضیح مبانی نظری عبارت (من)، تشویق زوج ها به استفاده از جملات و اظهارات (من)، کمک به زوج ها که در تعاملاتشان دست به انتخاب بزنند و مسئولیت آن را بپذیرند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر در جداول ۲ و ۳ نشان داده شده است. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های زوج‌های گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر تعارضات زناشویی، در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های تعارضات زناشویی زوج‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش آزمون	آزمایش	۱۵۲/۹۱	۹/۸۶	۲۴
	کنترل	۱۵۴/۱۷	۹/۳۳	۲۴
پس آزمون	آزمایش	۸۹/۴۸	۱۶/۱۷	۲۴
	کنترل	۱۵۷/۳۸	۱۲/۳۲	۲۴
پیگیری	آزمایش	۱۰۱/۵۲	۷/۸۸	۲۴
	کنترل	۱۵۸/۵۶	۱۲/۱۵	۲۴

با توجه به داده‌های مندرج در جدول ۲، مشاهده می‌شود که میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل تعارضات زناشویی در مرحله‌ی پیش‌آزمون برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۵۲/۹۱ و ۹/۸۶ و برای زوج‌های گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۵۴/۱۷ و ۹/۳۳ می‌باشد.

همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل تعارضات زناشویی در مرحله‌ی پس‌آزمون برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب ۸۹/۴۸ و ۱۶/۱۷ و برای زوج‌های گروه کنترل برابر با ۱۵۷/۳۸ و ۱۲/۳۲ می‌باشد. به علاوه میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل تعارضات زناشویی در مرحله‌ی پیگیری برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب ۱۰۱/۵۲ و ۷/۸۸ و برای زوج‌های گروه کنترل ۱۵۸/۵۶ و ۱۲/۱۵ می‌باشد. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره‌های زوج‌های گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر انطباق‌پذیری-همبستگی خانواده، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره‌های انطباق پذیری- همبستگی زوج‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	آزمایش	۵۶/۰۴	۹/۶۸	۲۴
	کنترل	۵۵/۰۰	۹/۳۴	۲۴
پس‌آزمون	آزمایش	۱۱۵/۳۱	۲۱/۱۹	۲۴
	کنترل	۵۳/۳۳	۸/۷۱	۲۴
پیگیری	آزمایش	۱۲۰/۲۹	۸/۱۵	۲۴
	کنترل	۵۱/۳۷	۸/۳۳	۲۴

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل انطباق‌پذیری در مرحله‌ی پیش‌آزمون برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب ۵۶/۰۴ و ۹/۶۸ و برای زوج‌های گروه کنترل ۵۵/۰۰ و ۹/۳۴ می‌باشد. در مرحله‌ی پس‌آزمون برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب ۱۱۵/۳۱ و ۲۱/۱۹ و برای زوج‌های گروه کنترل ۵۳/۳۳ و ۸/۷۱ می‌باشد. به علاوه میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل انطباق‌پذیری خانواده در مرحله‌ی پیگیری برای زوج‌های گروه‌های آزمایش به ترتیب ۱۲۰/۲۹ و ۸/۱۵ و برای زوج‌های گروه کنترل ۵۱/۳۷ و ۸/۳۳ می‌باشد.

قبل از انجام تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) برای مقابله میانگین گروه‌ها، جهت تعیین همگنی واریانس نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است که خلاصه نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	d _{f1}	d _{f2}	سطح معنی داری (p)
تعارضات زناشویی	۰/۰۶۹	۱	۴۶	۰/۷۹
انطباق‌پذیری- همبستگی	۰/۰۰۱	۱	۴۶	۰/۹۷

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج آزمون همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در تعارضات زناشویی و انطباق‌پذیری- همبستگی خانواده معنی دار نمی‌باشد. بنابراین واریانس‌های

گروه آزمایش و کنترل یکسان است. برای بررسی سؤال پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیری و تک متغیری استفاده شده است که نتایج حاصل در جداول ۵ و ۶ نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون تعارضات زناشویی و انطباق پذیری- همبستگی گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری (p)
اثر پیلائی	۰/۹۲۹	۱۲۳/۹۰۶	۲	۱۹	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکر	۰/۰۷۱	۱۲۳/۹۰۶	۲	۱۹	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۳/۰۴۳	۱۲۳/۹۰۶	۲	۱۹	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۳/۰۴۳	۱۲۳/۹۰۶	۲	۱۹	<۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی داری وجود دارد. براین اساس می‌توان گفت دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (تعارضات زناشویی و انطباق پذیری- همبستگی خانواده) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول ۶ درج شده است.

جدول ۶: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های تعارضات زناشویی و انطباق پذیری- همبستگی پس آزمون زوج‌های گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
تعارضات زناشویی	۲۶۹۷۰/۷۳۳	۱	۲۶۹۷۰/۷۳۳	۱۳۵/۱۶۲	<۰/۰۰۱
انطباق پذیری- همبستگی	۲۲۰۶۴/۷۹۵	۱	۲۲۰۶۴/۷۹۵	۱۲۳/۵۸۶	<۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۶، مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ دو متغیر تعارضات زناشویی ($F=۱۳۵/۱۶۲$) و انطباق پذیری- همبستگی ($F=۱۲۳/۵۸۶$) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. بنابراین، آموزش رویکرد ارتباطی ستیر، سبب کاهش تعارضات زناشویی و افزایش انطباق

پذیری- همبستگی گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. لازم به توضیح است که برای تداوم اثربخشی، آموزش رویکرد ارتباطی ستیز، پیگیری پس از یک ماه انجام شد. نتایج حاصل از مرحله ی پیگیری در جداول ۷ و ۸ آورده شده است.

جدول ۷: نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره های پیگیری تعارضات زناشویی و انطباق پذیری - همبستگی زوج های گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری (p)
اثر پیلایی	۰/۹۸۶	۶۶۶/۱۷۲	۲	۱۹	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۴	۶۶۶/۱۷۲	۲	۱۹	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۷۰/۱۲۳	۶۶۶/۱۷۲	۲	۱۹	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۷۰/۱۲۳	۶۶۶/۱۷۲	۲	۱۹	<۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۷ نشان می دهد که بین نمره های تعارضات زناشویی و انطباق پذیری- همبستگی زوج های گروه آزمایش و کنترل در سطح $P < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین می توان گفت که دست کم در یکی از متغیرهای (تعارضات زناشویی و انطباق پذیری- همبستگی خانواده) بین دو گروه، تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول ۸ درج شده است.

جدول ۸: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمره های تعارضات زناشویی و انطباق پذیری - همبستگی مرحله پیگیری زوج های گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
تعارضات زناشویی	۱۹۰۶۷/۶۹۷	۱	۱۹۰۶۷/۶۹۷	۲۴۱/۵۵	<۰/۰۰۱
انطباق پذیری - همبستگی	۲۷۷۰۲/۲۴۳	۱	۲۷۷۰۲/۲۴۳	۱۲۰۳/۰۶	<۰/۰۰۱

بر اساس مندرجات جدول ۸، مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل، در هر دو متغیر تعارضات زناشویی ($F=۲۴۱/۵۵$) و انطباق پذیری- همبستگی ($F=۱۲۰۳/۰۶$) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. بنابراین، اثربخشی آموزش رویکرد ارتباطی ستیز، در مرحله پیگیری یک ماهه تداوم داشته است و

باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش انطباق‌پذیری-همبستگی زوج‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های پژوهش حاضر چنین بر می‌آید که، این شیوه درمانی موجب کاهش تعارضات زناشویی و افزایش انطباق‌پذیری-همبستگی خانواده در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این اثر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط یالسن و همکاران (۲۰۰۹)، برابرچر (۲۰۰۶)، کوهن (۲۰۰۶)، هانسون و لندبلند (۲۰۰۶)، کتری وامری (۲۰۰۶)، برنشتاین و همکاران (۲۰۰۱)، مود (۲۰۰۰)، اسدی (۱۳۸۸)، جعفری (۱۳۸۷)، عباسپور (۱۳۸۷) و گودرزی (۱۳۸۶) همخوانی دارد. این پژوهشگران در پژوهش خود، به تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش تعارضات و بهبود رابطه زناشویی اشاره کرده‌اند. در تبیین یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان چنین بیان کرد که رویکرد ستیر، یک رویکرد آموزشی است، که برای حل مشکلات ارتباطی بین زوج‌ها به کار می‌رود. منشأ نقص در ارتباط مربوط به هر چیزی که باشد مانند: اسناد غلط، پریشانی هیجانی، مشکلات جنسی، مشکلات مالی، روابط میان فردی و...، قابل حل است. با آموزش مهارت‌های ارتباطی به زوج‌ها، می‌توان، رابطه زناشویی را بهبود و تعارضات زناشویی را کاهش داد. رویکرد ارتباطی ستیر، با توجه به تحقیقات انجام شده، بارها مورد تایید قرار گرفته است. که می‌توان علت آن را در محتوای برنامه‌های این رویکرد جستجو کرد. ستیر، ضمن آموزش الگوهای ارتباطی همخوان بر هیجانات، عواطف، انتظارات، آرزو و نیازها تاثیر گذاشته و باعث می‌شود تا زوجین شیوه‌های مخرب و ناکارآمد، مقابله با تعارض خود را تغییر دهند و شیوه‌های کارآمدتری را به کار گیرند. تاکید اصلی ستیر در درمان خانواده و زوجین بر ارتباط اعضا بوده است. در این رویکرد سبک‌های ارتباطی ناکارآمد و تدافعی (سازشگر، سرزنشگر، حساگر و بی ربط گو) زوجین اصلاح، و بر ارتباط همخوان بین زوجین تاکید شده است. همچنین از طریق آموزش مهارت‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، حالات ارتباطی موثر و ارزش شخصی فرد به انطباق کلی خانواده از جمله چگونگی تقسیم وظایف بین اعضا، قدرت برنامه ریزی برای ادای وظایف، حمایت از یکدیگر در موقع بحران، ارتباط صریح، اعتماد متقابل، مسئولیت‌پذیری، ابراز عواطف به یکدیگر کمک کرده است.

ستیر، موثر بودن ارتباط را در بین زوج‌ها این گونه تبیین می‌کند؛ ایجاد رابطه در همه رویکردهای آموزشی به عنوان یک مرحله ضروری است که باید در ابتدای فرایند آموزش ایجاد گردد و در این جا

بدون تقویت ارتباط زوج‌ها هیچ کار مهم دیگری در خصوص پرداختن به حل تعارضات آنها صورت نخواهد گرفت. از طرف دیگر وجود یک ارتباط سالم و خوب بین زن و شوهر موجب می‌گردد که مسائل تازه و جدیدی در تعاملات آنها مطرح گردد که با جهت دادن به آنها می‌توانند مفید و موثر باشد. علاوه بر این، چون ستیز، علت اصلی طلاق را، ارتباطات مختل زن و شوهر، مورد تهدید قرار گرفتن عزت نفس آنها می‌داند، استفاده از، به کارگیری مهارت‌های ارتباطی مانند: گوش دهی فعال و الگوهای ارتباطی، زوج‌ها را قادر می‌سازد تا مسائل و مشکلات خودشان را به راحتی در میان گذارند و در صدد رشد شخصی و تقویت عزت نفس خود برآیند (گاتمن و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از جعفری، ۱۳۸۷). ستیز، یک انسان‌گرا بود و تاکید اصلی ایشان بر تغییر الگوهای ناکارآمد بوده است، او معتقد بود، اگر شرایط و امکانات لازم برای زوجین فراهم گردد، آنان توانایی لازم برای تغییر خود را دارند (بنمن، ۲۰۰۸).

بنابراین، با توجه به تبیین‌های بالا می‌توان نتیجه گرفت، که آموزش رویکرد ارتباطی ستیز می‌تواند باعث کاهش تعارضات زناشویی، افزایش انطباق‌پذیری و همبستگی خانواده، در زوج‌ها شود. در مجموع می‌توان نتیجه‌گیری کرد که، برای کاهش تعارضات و ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی در زوجین می‌توان از دو راهکار استفاده کرد: شناسایی سبک ارتباطی زوج‌ها و سعی در تغییر سبک‌های ارتباطی ناسالم و جایگزینی سبک‌های ارتباطی همخوان از طریق آموزش، مشاوره و سایر مداخله‌های درمانی تا بدین شکل زوج‌ها احساس آرامش و آسایش نمایند و روابط خود را بهبود بخشند.

با توجه به اثربخشی رویکرد ارتباطی ستیز بر تعارضات زناشویی و انطباق‌پذیری خانواده در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تأثیر این رویکرد، در زوج‌های بدون فرزند نیز مورد بررسی قرار گیرد. برای زوج‌های جوان و در آستانه‌ی ازدواج آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود؛ شوراهای حل اختلاف، دیگر نهادها و سازمان‌ها، مراکز دولتی و خصوصی که با زوج‌ها سروکار دارند، از این رویکرد جهت حل مشکلات زناشویی و خانوادگی استفاده نمایند.

عدم امکان کنترل برخی متغیرهای مزاحم مانند: سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، محدودیت شرکت بخشی از جامعه‌ی آماری به دلیل شرط داشتن فرزند، استفاده فقط از یک ابزار و حساسیت دستگاه قضایی نسبت به کارهای پژوهشی در حیطه‌ی این دستگاه از جمله محدودیت‌های تحقیق می‌باشند.

کتابنامه

- ابراهیمی، اختر (۱۳۸۱). ارتباط، ارتباط درمانی و الگوهای ارتباطی در خانواده. تهران: انتشارات غلامرضا روزبان و اختر ابراهیمی.
- اسدی، مسعود (۱۳۸۸). بررسی تأثیر گروه درمانی کوتاه مدت ستیر بر الگوهای ارتباطی زوجها. پایان‌نامه کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- براتی، طاهره و ثنایی، باقر (۱۳۸۳). تعارضات زناشویی و درمان. نشریه زنان، سال چهارم، شماره ۱۲۰.
- بشکار، سلطان‌علی (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل خشم بر کاهش تعارضات زناشویی در زوجین مراجعه کننده به شوراهای حل اختلاف شهر باغملک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- جعفری، اصغر (۱۳۸۷). تأثیر رویکرد ارتباطی ستیر بر کاهش احتمال وقوع طلاق در زوجها. متعارض. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی.

عباس پور، ذبیح الله (۱۳۸۷). مقایسه پیوستگی، انطباق پذیری، سطح ارتباطات و رضایت زناشویی در کارکنان متأهل با گذشت و بدون گذشت اداره های دولتی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.

گودرزی، محمود (۱۳۸۶). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد ارتباطی ستیز بر عملکرد زوج های ناکارآمد. پایان- نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران.

نوابی نژاد، شکوه (۱۳۸۳). مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. تهران: انتشارات اولیاء و مربیان.

هالفورد، کیم (۲۰۰۱). زوج درمانی کوتاه مدت. ترجمه ی مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری (۱۳۸۴)، تهران: انتشارات فراوان.

- Arieta, M. T. (2008). Women's couple relationship satisfaction: The impact of family structure and inter parental conflict. Unpublished Doctoral Dissertation. Sanfraniso University.
- Amato, R. R., & Hahman-marriott, B. (2007). A comparison of high and low-distress marriages that end in divorce. *Journal of Marriage and Family*, 62, 621-638.
- Banmen, J. (2008). Satir's systemic brief therapy: an advanced residential training program. Dumas Bay, WA.
- Brubacher, L. (2006). Integrating emotion- Focused therapy with the Satir model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 141-153.
- Cummings, E. M., Faircth, W. B., Mitchell, P., Cummings, J. S., & Charmer horn, A. C. (2008). Evaluating a brief prevention program for improving marital conflict in community family. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 193-202.
- Guttmann, J.M., & levenson, R.W.(2000). A two-factor model for predicting when a couple will divorce: Exploratory analyses using 14-year. *Journal of Family Process*, 41(1), 83-96.
- Hansson, K., & Lund bland, A. (2006). Couple therapy/: Effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Family Therapy*, 28, 136-152.
- Kettrey, H. H., & Emery, B. C. (2006). Communication styles and marital satisfaction in Israeli and American Couples. *Journal of Family Violence*, 6, 400-401.
- Kuhn, T. (2006). The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press.
- Manfredini, M., Breschi, M., & Manzoni, S. (2010). Spouse selection by health status and physical traits. *American Journal of Physical Anthropology*, 141, 290-296.
- Muddy, J. F. (2000). Solution focused therapy and communication skills training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 20-25.
- Satir, V. (1983). Satir: Step by step. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Olson, D. H (2000). Circumplex model of marital & family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Yalcin, B. M., & Tevfik, T. F., Ozcelike, M., & Igde, F, A. (2009). Relationship of emotional intelligence and improve the quality of marital communication and relationship problems with couples. *Journal of the Counseling Psychologist*, 17(2), 344-428.

- Yip, T. H., & Tse, W. S. (2009). Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well- being. *Personality and Individual Differences*, 46, 3, 365-368.
- Olson, D.H., Bell, R., & Portner, J. (1992). *FACESII. Family inventories manual*. Minneapolis: life Innovations.



استناد به این مقاله: مژگان، اللهیاری، عباسعلی؛ رسولزاده طباطبایی، کاظم؛ حجازی، الهه (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی تعامل آموزش تنیدگی زدایی و سبک هویت در رضامندی روانی و تنیدگی ادراک شده. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۱)، ۴۰-۲۱.

بررسی اثربخشی تعامل آموزش تنیدگی زدایی و سبک هویت در رضامندی روانی و تنیدگی ادراک شده^۱

دکتر مژگان نیکنام^۲، دکتر عباسعلی اللهیاری^۳، دکتر کاظم رسولزاده طباطبایی^۴، دکتر الهه حجازی^۵
دریافت: ۱۳۹۰/۷/۹ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی تعامل آموزش تنیدگی زدایی و سبک هویت در رضامندی روانی و تنیدگی ادراک شده می باشد. از بین دانشجویان مونث دوره کارشناسی پس از تعیین نوع سبک هویت ($N=67$) نفر که دارای سبک‌های هویت هنجاری و سردرگم/اجتنابی بودند با استفاده از روش تحقیق تجربی بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرد. جهت بررسی از پرسشنامه‌های رضامندی روانی، تنیدگی ادراک شده و سبک‌های هویت استفاده گردید. تحلیل نتایج نشان داد که، اثر بخشی درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی بر بهبود رضامندی روانی در سبک هویت هنجاری نسبت به سبک هویت سردرگم موثرتر است. در اثر بخشی درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی بین سبک هویت هنجاری و اجتنابی/سردرگم در کاهش تنیدگی ادراک شده تفاوت معناداری وجود ندارد. پیگیری وضعیت افراد نشان دهنده‌ی پایداری تغییرات ایجاد شده است. ارتقاء شناخت، عواطف، احساسات و تاکید بر عوامل واسطه‌ای مانند هویت بر کاهش تنیدگی ادراک شده و بهبود رضامندی روانی موثر می باشد.

کلیدواژه‌ها: درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی، تنیدگی ادراک شده، رضامندی روانی، سبک‌های هویت

^۱ این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای خانم مژگان نیکنام است.

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن nicknam.mojgan@gmail.com

^۳ عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس

^۴ عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس

^۵ عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

مقدمه

سلامت روانی^۱ یکی از مسائل مطرح در دنیای امروز است. انجمن ملی بهداشت روانی^۲ علاوه بر ملاک‌هایی که به عنوان اساس سلامتی روان برای هر فرد در نظر گرفته شده است، معیارهای رفاه فردی و اجتماعی رضایت بخش را در سلامت روان بسیار مهم می‌داند. از دیدگاه فردی، رشد مطلوب همراه با نشاط و از دیدگاه اجتماعی با پذیرش نقش در زندگی و روابط مناسب با دیگران به مفهوم سلامت روان است (اینگرسول، ۲۰۰۱)^۳. به نظر می‌رسد سلامتی فرد بیشتر به عنوان عدم وجود مشکلات روانی و رضامندی روانی برمی‌گردد. لاوتن^۴ (۱۹۹۱) رضامندی روانی را حالتی از سلامت روانی می‌داند که خصوصیات خاص خود را دارد. امروزه میزان رضامندی روانی^۵ را مهمترین عامل در سلامت روان می‌دانند بطوریکه حتی در غیاب شاخص‌های سلامتی با بارور کردن عوامل رضامندی روانی می‌تواند احساس خوشبختی^۶ کند. برخلاف اکثریت دیدگاه‌های غربی که برای اندازه‌گیری سلامت روان به مسائلی مانند افسردگی^۷ توجه کرده‌اند (کریستوفر^۸، ۱۹۹۹، سینگر^۹ ۱۹۹۶ به نقل از کار^{۱۰}، ۱۹۹۹)، ریف^{۱۱} (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری سلامت روان عملکرد مثبت آن را قابل بررسی قرار می‌دهد. وی ابعاد مختلف عملکرد مثبت^{۱۲} را در نظر گرفته است و از این مولفه‌ها^{۱۳} به عنوان چهار چوب فرضی برای اندازه‌گیری رضامندی روانی استفاده می‌کند که این مولفه‌ها عبارتند از: پذیرش خود^{۱۴}، تسلط بر محیط^{۱۵}، رشد شخصی^{۱۶}، هدفمندی در زندگی^{۱۷}، روابط مثبت با دیگران^{۱۸}، خودمختاری^{۱۹}.

داده‌ها حاکی از آن است که رضامندی روانی با عدم توانایی، لیاقت و استعداد کم بستگی ندارد، بلکه بیشتر با عواملی مانند روابط عاطفی، تنیدگی، تعاملات اجتماعی و تجارب ناموفق گذشته بستگی دارد که

^۱ Mental Health

^۲ Health National Society

^۳ Ingersol-Dyton.B

^۴ Lawton.M.P

^۵ Psychological well-being

^۶ Happiness

^۷ Depression

^۸ Cristofer.M

^۹ Singer.J.A

^{۱۰} Car.M

^{۱۱} Ryff.D

^{۱۲} Positive Function

^{۱۳} Components

^{۱۴} Self Acceptance

^{۱۵} Mastery of Environment

^{۱۶} Self Growth

^{۱۷} Life Aims

^{۱۸} Positive relationship with others

^{۱۹} Autonomy

هر یک می توانند بر عملکرد روانی فرد اثرات نامطلوب بگذارند (جنکینز^۱، ۱۹۸۸). افرادی که به میزان زیادی در موقعیت های تعارضی^۲ قرار میگیرند و در تصمیم گیری های خود دچار تردید هستند، تنیدگی بالایی دارند و از حرمت نفس^۳ و رضامندی روانی پایینی برخوردارند (خسرو تاش، ۱۳۸۹). در چند دهه اخیر تنیدگی^۴ یکی از فراوانترین و مهمترین مشکلات روان شناختی را تشکیل میدهد. صنعتی شدن و مصرفی شدن دنیای امروز، افزایش روز افزون حجم اطلاعات، عدم تناسب زمان با میزان عملکرد افراد و عواملی دیگری در این حیطه منجر به ایجاد عوامل نامطلوب روانی می گردد. تنیدگی نوعی تنش روان شناختی است که بوسیله نیروها و عوامل فوق الذکر بوجود می آید. وجود وقایع منفی در زندگی به تدریج میتواند منجر به ایجاد تعمیم نتایج نامطلوب به سایر شرایط زندگی شود و به نوبه خود کاهش سلامت روانی و رضامندی روانی می شود.

اگر رضامندی روانی پایین باشد و تنیدگی از کنترل خارج شود، کیفیت زندگی و سلامت روان در معرض آسیب قرار می گیرد و نیاز به درمان دارد. هدف درمان این است که فرد بتواند با مهار اختلالات جسمی و روانی ایجاد شده، مدیریت و کنترل بیشتر بر خود آن پیدا کند. یکی از مهمترین راههای افزایش سلامت روان آموختن مهارتهای شناختی و رفتاری^۵ است (هیلز^۶ به نقل از خباز، ۱۳۸۴).

پژوهش های بی شماری اثر بخشی مداخلات شناختی رفتاری در مقابله با تنیدگی و ارتقاء رضامندی روانی مورد تایید قرار داده اند. آموزش تنیدگی زدایی^۷ میشن باوم^۸ (۱۹۷۸) رویکردی شناختی رفتاری است که بر ایجاد مهارت های مقابله ای بخصوص مهارت های خود رهنمود گری و تغییر خود گوئی های^۹ در موقعیت های پر تنیدگی تاکید دارد و در شرایط گوناگون با راهبردهای مختلف خود مدیریتی^{۱۰} را در فرد افزایش می دهد. هدف از این درمانگری روشن ساختن اهمیت نقش شناخت در پاسخ به تنیدگی و ماهیت تعاملی تنیدگی^{۱۱} میباشد (میسن بام ۱۹۹۰).

بیشاپ^{۱۲}، اسکاتلیف^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقی به این نتیجه رسیده اند که افرادی که تفسیر

^۱ Jenkins, S.R

^۲ Conflictive Situation

^۳ Self esteem

^۴ Stress

^۵ Cognitive and Behavioral Skills

^۶ Hills, D

^۷ stress inoculation Training

^۸ Meichenbaum, D

^۹ Self-Talk

^{۱۰} Self Management Strategy

^{۱۱} Transactional nature of Stress

^{۱۲} Bishop, D

^{۱۳} Sutcliffe, P

مجدد مثبت شرایط^۱، مقابله آگاهانه^۲ و خودمدیریتی بیشتری داشتند از روشهای مقابله سازگارانه تری با تنیدگی استفاده کردند. اوس^۳ (۱۹۸۴) در بررسی نشان داد افرادی که خود مهارگری بیشتر و باورهای مثبت^۴ بیشتری داشتند تنیدگی کمتر و رضامندی روانی بهتری داشتند (خسرو تاش، ۱۳۸۲). شارپ^۵ و همکاران (۲۰۰۷) در ارتباط با تأثیر تنیدگی زدایی بر تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی تحقیقی انجام دادند که نتایج بعمل آمده در جهت رضامندی روانی مثبت و تنیدگی ادراک شده کمتری بود.

عوامل واسطه ای و متغیرهای بسیاری وجود دارند که در ایجاد راهبردهای مناسب و پاسخ های سازگارانه و ایجاد تعادل روانشناختی و افزایش عملکردهای مثبت روانی دخیل می باشند. هویت^۶ یکی از آن سازه های اساسی می باشد. اریکسون^۷ (۱۹۵۸) در یک جمله وبه زبان ساده اینگونه عنوان کرد که هر گاه فردی به پرسش "من کیستم؟" پاسخ دهد، تصویری از هویت خویش را ارائه داده است.

هویت و خودآگاهی^۸ از مولفه های تبیین رفتار انسانی هستند. نظریه پردازان شناختی هویت را بازتابی میدانند از افق ادراکی فرد و هر گونه اختلال در هویت و خود آگاهی را بهم مرتبط میدانند (گرینفولد^۹، ۱۹۹۶ به نقل از محسنی، ۱۳۸۳). تلاش برای رسیدن به هویت فرایندی دائمی است و حتی در بزرگسالی نیز مطرح می شود (پاپالیا^{۱۰} و همکاران ۲۰۰۱). اسمیت^{۱۱} (۲۰۱۱) اظهار میدارد در مراحل شکل گیری هویت دوره های ناپایداری وجود دارد که تنظیم مجدد آن نیاز به دوره هایی از چالش و تغییرات شناختی و سازگاری دارد.

از سوی دیگر میشن بام (۱۹۷۵) مطرح می کند، آموزش تنیدگی زدایی بر این اساس است که با تغییر شیوه هایی که در آن فرد "خود" را مورد خطاب قرار می دهد می توان افراد را از سمت افکار و رفتار ناکارآمد^{۱۲}، به سمت خود گوایی های سازگار حرکت داد.

هویت؛ یک فرایند پویا و انعطاف پذیر است و افراد با هویت های مختلف در انواع موقعیت های زندگی از راهکارهای پردازش شناختی^{۱۳} متفاوتی استفاده می کنند (برزونسکی، ۲۰۰۳ به نقل از واترمن^۱،

¹ Positive Reconstruction of Situation

² Awareness Coping

³ Owss.M

⁴ Positive Bilief

⁵ Sharp.P.A

⁶ Identity

⁷ Erikson.E

⁸ awareness self

⁹ Greenfold.B

¹⁰ Papalia.D.E

¹¹ Smith.T.B

¹² Counterproducting Bilief and Behavior

¹³ Cognitive Processing

(۱۹۹۲).

نظریات متفاوتی در این حیطه وجود دارد، اما برزونسکی^۲ (۱۹۹۰) با توجه به تفاوت های فردی در زمینه پردازش شناختی اجتماعی در رویارویی یا سازماندهی مجدد مسائل و اهمیت خویشتن^۳ فرد به ایجاد چهارچوب پویا در فرایند تحول هویت پرداخت و سبک های مختلف پردازش اطلاعات هویت را عنوان کرد. وی سه سبک مختلف هویت را در افراد شناسایی کرد که افراد با هر سبک خاص هویت دارای خصوصیات ویژه در ایجاد، جهت دهی و کنترل فرایندهای روانشناختی میباشند.

افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی^۴، درگیر فرآیند خودکاوشگری^۵ فعال هستند و به جستجوی پردازش و ارزیابی اطلاعات مربوط به خود می پردازند.

افراد دارای سبک هویت هنجاری^۶ به شیوه جزئی و هنجاری عمل می کنند، این افراد همواره با تجارب و انتظارات افراد مهم^۷ زندگیشان همنوایی میکنند.

افراد دارای سبک هویت اجتنابی/سردرگم^۸ تا جایی که ممکن است از مواجهه با مسائل مربوط به هویت دوری می کنند، و بیشتر از راهبردهای ضعیف اسنادی^۹ و شناختی استفاده می کنند.

در این چشم انداز بدیهی است که هویت بر اساس نظریه برزونسکی به عنوان سازه ای مبتنی بر نظریه پرداززی در مورد خود، تاثیر قابل توجهی بر افزایش مهارتهای ایجاد کننده رفتارهای تطبیقی و سازگارانه^{۱۰} فرد و بهبود عملکردهای وی می گردد. با توجه به نظریه سبک پردازش هویت برزونسکی و نقش مهمی که هویت در رفتار، افکار و احساسات فرد در مقاطع مختلف زندگی دارد (کروگر^{۱۱} و مارسیا، ۲۰۱۰) بررسی هویت در کنار تاثیرات درمانگری بر رضامندی روانی و تنیدگی ادراک شده امری موثر به نظر میرسد. نظر به اینکه تا کنون تحقیقی تاثیر آموزش تنیدگی زدایی را بر تغییر تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی در افراد با سبک های متفاوت هویت گزارش نشده است و بررسی آن بخصوص در قشر دانشجویان می تواند تغییرات مثبتی در بر داشته باشد پژوهش حاضر قصد دارد تا میزان کارآمدی مدل ارائه شده را در این راستا مورد ارزیابی قرار دهد. لذا بررسی فرضیه زیر مورد نظر است:

¹ Waterman.A.S² Berzunsky.M.D³ Self⁴ Informational identity style⁵ Self Investigating⁶ Normative Identity Style⁷ Significant Others⁸ Avoidant/Diffusive Identity Style⁹ Attributional Sterategi¹⁰ Well-adjusted Behavior¹¹ Kroger.J

اثر بخشی درمانگری به شیوه آموزش تنیدگی زدایی در افراد با سبک هویت هنجاری نسبت به افراد سبک هویت اجتنابی/سردرگم در کاهش تنیدگی ادراک شده و بهبود رضامندی روانی موثرتر است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این تحقیق را دانشجویان دانشگاه آزاد رودهن که در سال ۹۰-۸۹ در رشته های علوم تربیتی مشغول به تحصیل بودند با تعداد کل (N=۱۰۰۰) نفر تشکیل میدهند. ابتدا پرسشنامه سبک های هویت را بر روی افراد اجرا می کنیم، نمونه گیری را آنقدر ادامه می دهیم تا بر اساس پیشینه پژوهشی و منطق آماری به سه سطح مورد نظر سبک های هویت برسیم. سپس بر اساس گمارش تصادفی، دو گروه آزمایشی سبک هویت هنجاری و اجتنابی/سردرگم تشکیل داده شد و دو گروه کنترل نیز برای هر یک از آنها در نظر گرفته شد. سبک هویت اطلاعاتی بدلیل عدم وجود پیشینه بالینی وارد مداخله نشدند.

ابزار

پرسشنامه سبکهای هویت بروزنسکی^۱ (ISI-3)

پرسشنامه سبک های هویت اولین بار توسط بروزنسکی ساخته شد و پس از آن مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۴۰ گویه است، ۱۱ گویه آن به سبک اطلاعاتی، ۱۰ گویه به سبک مغشوش - اجتنابی و ۹ گویه به سبک هویت هنجاری و ۱۰ گویه به تعهد هویت اختصاص دارد. بروزنسکی این مقیاس را در سال ۱۹۹۳ مورد تجدید نظر قرار داده است.

مقیاس حاضر بر اساس لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. گویه های ۱۴، ۱۱، ۹، ۲۰ نمره گذاری معکوس دارد. (برزنسکی، ۱۹۹۳) بروزنسکی (۱۹۹۳) بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی، ۴ عامل، در پرسشنامه حاضر را معرفی می کند که شامل آیتم های زیر است: عامل اول (سبک هویت اطلاعاتی) شامل آیتم های ۲، ۵، ۶، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۳۵، ۳۷ است. عامل دوم (سبک هویت هنجاری) شامل آیتم های ۲۳، ۲۸، ۳۲، ۳۴، ۴۰، ۴۱، ۴۹، ۲۱ است. عامل سوم (سبک هویت مغشوش - اجتنابی) شامل آیتم های ۳، ۸، ۱۷، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۶، ۳۸، ۱۳ است. عامل چهارم (تعهد هویت) شامل آیتم های ۱، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۲۰، ۲۲، ۳۹ است.^۲ در پژوهش حاضر جهت برای بررسی اعتبار این مقیاس، همسانی درونی بررسی گردید و آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمد. همسانی درونی عوامل بدست

^۱ (version revised) Identity Style Inventory

^۲ در پژوهش حاضر عامل چهارم بررسی نگردیده است

آمده به ترتیب عامل اول (سبک اطلاعاتی): ۰/۷۹، عامل دوم (سبک هنجاری): ۰/۶، عامل سوم (سبک سردرگم/اجتنابی): ۰/۸۴ بدست آمد. در تحلیل عاملی تاییدی که توسط بر جلیلو (۱۳۸۸) بر روی پرسشنامه انجام گردید شاخص های نیکویی برازش نشان دهنده برازش کامل الگو به دست آمده با داده های مشاهده شده است.

مقیاس رضامندی روانی ریف:

این مقیاس توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شده است و شامل ۶ مولفه خود مختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می باشد. پرسشنامه مزبور دارای ۸۴ گزاره است که با مقیاس شش درجه مقیاس شش درجه ای کاملاً مخالف (۱)، نسبتاً مخالف (۲)، کمی مخالف (۳)، کمی موافق (۴)، نسبتاً موافق (۵) و کاملاً موافق (۶) سنجیده می شود. برای نمره گذاری سوالات، ابتدا سوالاتی که می بایست به گونه معکوس نمره گذاری شوند، مشخص شدند که تعداد ۴۰ سوال را تشکیل می دهند. سپس به سوالات معکوس، نمره معکوس تعلق گرفت و مابقی سوالات به طریق معمول نمره گذاری شدند. همسانی هر یک از خرده مقیاس ها توسط ریف (۱۹۸۹) بررسی گردید: خودمختاری (۰/۸۳)، تسلط بر محیط (۰/۸۶)، رشد شخصی (۰/۸۵)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۸۴)، هدفمندی در زندگی (۰/۸۸) و پذیرش خود (۰/۹۱). تحلیل عوامل تائیدی این پرسشنامه شش بعدی را مورد تائید و حمایت قرار داد.

در پژوهش حاضر نیز جهت برای بررسی اعتبار این مقیاس، همسانی درونی بررسی گردید و آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمد. همسانی درونی هر یک از مولفه ها به ترتیب: رشد شخصی (۰/۴۹)، خود مختاری (۰/۶۹)، پذیرش خود (۰/۸۷)، تسلط بر محیط (۰/۶۸) و ارتباط مثبت با دیگران (۰/۶۷)، هدفمندی در زندگی (۰/۶۳) بدست آمد.

مقیاس تنیدگی ادراک شده^۱ (PSS)

مقیاس تنیدگی ادراک شده (PSS) توسط کوهن (۱۹۸۳) برای اندازه گیری درجه ای که موقعیتهای موجود در زندگی یک شخص تنیدگی را ارزیابی می شود طرح شده است. مقیاس تنیدگی ادراک شده شامل ۱۴ سوال است. این مقیاس دارای سوالهای پنج گزینه ای است که نیمی از آنها به صورت مستقیم و نیمی از دیگر از آنها به صورت معکوس نمره گذاری می شوند، بدین صورت که سوالهای ۴، ۵، ۶، ۷، ۹،

^۱ Perceived stress scale

۱۰ و ۱۳ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند و مجموع نمرات آنها با مجموع نمرات سایر سوالهای مقیاس یعنی سوالات ۱، ۲، ۳، ۸، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ که به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند، جمع می شوند تا نمره کل فرد در این مقیاس به دست آید. در پژوهش حاضر نیز جهت برای بررسی اعتبار این مقیاس، همسانی درونی بررسی گردید و آلفای کرونباخ ۰/۹ بدست آمد. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) این آزمون را به همراه مقیاس^۱ ACS روی ۱۱۹ آزمودنی داوطلب اجرا نمودند. همبستگی این نتایج دلالت بر همگرایی بالایی بین دو آزمون بوده است.

شیوه اجرا

در مرحله اول اجرا پس از اجرای پرسشنامه سبک هویت، گروه ها بر اساس سبک هویت اطلاعاتی، هنجاری و اجتنابی/سردرگم مجزا شدند. جهت ارائه درمانگری و تشکیل گروه های آزمایش و کنترل از افراد دارای سبک هویت هنجار و اجتنابی/سردرگم دعوت به عمل آمد^۲. با توجه به معیار ورود، افراد واجد شرایط به دو گروه آزمایشی، براساس سبکهای هویت تقسیم شدند و برای هر یک یک گروه کنترل در نظر گرفته شد. تاریخ شروع جلسات به افراد اطلاع داده شد. قبل از مداخله پرسشنامه های تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی اجرا گردید. و پس از آن آموزش تنیدگی زدایی در دوازده جلسه هفته ای یکبار برگزار شد و مدت هر جلسه ۱/۵ ساعت بود. پس از اتمام آموزش در گروههای آزمایشی و کنترل مجدداً پرسشنامه های رضامندی روانی و تنیدگی ادراک شده اجرا گردید. در مرحله بعد جهت بررسی پایداری اثرات مداخله پس از گذشت سه ماه، مجدداً پرسشنامه های رضامندی روانی و استرس ادراک شده بر روی گروهها اجرا گردید.

^۱ Adolescent's Coping Scale

^۲ افراد با سبک هویت اطلاعاتی بدلیل عدم وجود پیشینه در زمینه اختلالات روانی در مداخله درمانگری وارد نشدند

یافته ها

به منظور پاسخگویی به سوالات تحقیق ابتدا جداول توصیفی و سپس استنباطی ارائه می شود.
جدول ۱: شاخص های مرکزی و پراکندگی تنیدگی ادراک شده به تفکیک گروه های کنترل و آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ها

گروه	شاخص آماری	گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	هنجار	کنترل	۲۶/۲	۶/۵
		آزمایش	۲۵/۲۹	۸/۳۳
	اجتنابی/سردرگم	کنترل	۲۶	۸/۵
		آزمایش	۲۶/۷	۹/۳۵
پس آزمون	هنجار	کنترل	۲۶/۹	۸/۹۵
		آزمایش	۱۳/۰۹	۷/۳۱
	اجتنابی/سردرگم	کنترل	۲۸	۷/۱۷
		آزمایش	۱۳/۱۷	۵/۱۴
پیگیری	هنجار	کنترل	۲۷/۷	۷/۵
		آزمایش	۱۳/۸۸	۶/۷۶
	اجتنابی/سردرگم	کنترل	۲۶/۷	۹/۱
		آزمایش	۱۷/۱۶	۵/۲

مطابق با جدول بالا در مرحله پیش آزمون بیشترین میزان تنیدگی ادراک شده (۲۶/۲) مربوط به افراد گروه کنترل با هویت هنجار است. و کمترین میزان تنیدگی ادراک شده (۲۵/۲۹) مربوط به افراد گروه آزمایش با هویت هنجار است. همچنین در مرحله پس آزمون بیشترین میزان تنیدگی ادراک شده (۲۸/۵) مربوط به افراد گروه کنترل با هویت اجتنابی/سردرگم در گروه کنترل است در حالیکه کمترین میزان تنیدگی ادراک شده (۱۳/۰۹) در افراد گروه آزمایش با هویت هنجار در گروه آزمایش گزارش شده است. همچنین با مقایسه میانگین ها درمی یابیم که بیشترین میزان تفاوت در میانگین ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایشی هنجاری می باشد. در مرحله پیگیری نیز بیشترین میزان تنیدگی ادراک شده (۲۶/۷) مربوط به افراد گروه کنترل با هویت اجتنابی/سردرگم است ، در حالیکه کمترین میزان تنیدگی ادراک شده (۱۳/۸۸) در افراد گروه آزمایش با هویت هنجار گزارش شده است. همچنین با مقایسه میانگین ها درمی یابیم که بیشترین میزان تفاوت در میانگین ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایشی هنجاری می باشد.

جدول ۲: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی رضامندی روانی به تفکیک گروه‌های کنترل و آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون‌ها

گروه	شاخص آماری	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	هنجار	کنترل	۲۲۱/۸۵	۱۴/۷۸
		آزمایش	۲۳۶/۶۲	۱۸/۵
	اجتنابی/سردرگم	کنترل	۲۱۰/۵۵	۱۲/۰۵۷
		آزمایش	۲۳۳/۵	۱۴
پس آزمون	هنجار	کنترل	۲۲۳/۳۵	۲۸/۱
		آزمایش	۳۸۲/۸	۱۲/۶
	اجتنابی/سردرگم	کنترل	۲۲۰/۱۶	۲۲/۶
		آزمایش	۳۵۴/۷۵	۲۸/۵
پیگیری	هنجار	کنترل	۲۳۰/۵۷	۱۱/۴۷
		آزمایش	۳۷۸/۷	۲۷/۳۷
	اجتنابی/سردرگم	کنترل	۲۲۳/۸۵	۱۳/۶۸
		آزمایش	۳۵۸/۷۵	۲۶/۳۷

مطابق با جدول بالا در مرحله پیش آزمون بیشترین میزان رضامندی (۲۳۶/۶۲) مربوط به افراد گروه آزمایش با هویت هنجاری است. و کمترین میزان رضامندی (۲۱۰/۵۵) مربوط به افراد گروه کنترل با هویت اجتنابی/سردرگم است. همچنین در مرحله پس آزمون بیشترین میزان رضامندی (۳۸۲/۸) مربوط به افراد با هویت هنجار در گروه آزمایش است. در حالی که کمترین میزان رضامندی (۲۲۰/۱۶) در افراد با هویت اجتنابی/سردرگم در گروه کنترل نمایان است. در مرحله پیگیری نیز بیشترین میزان رضامندی (۳۸۲/۸) مربوط به افراد با هویت هنجار در گروه آزمایش است. در حالی که کمترین میزان رضامندی (۲۲۳/۸۵) در افراد با هویت اجتنابی/سردرگم در گروه کنترل گزارش شده است. همچنین با مقایسه میانگین‌ها درمی‌یابیم که بیشترین میزان تفاوت در میانگین‌ها در پیش آزمون - پس آزمون در گروه آزمایشی هنجاری می‌باشد.

جهت بررسی فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری دو راهه^۱ (مانکوا) استفاده شده است. از میان چهار آزمون پیلایی^۲، ویلکز^۳، هتلینگ^۴ و ریشه ری^۵، آزمون پیلایی نسبت به سانتروئید^۶ هر گروه (میانگین هریک از متغیرها در گروهها) مقاوم است (هومن، ۱۳۸۳)، بنابراین در جدول زیر به علت حجم زیاد جداول تنها آزمون پیلایی گزارش شده است.

قبل از انجام آزمون آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری دوراهه نیاز به اطلاع از برقراری مفروضه های این آزمون با ارزیابی آزمون کرویت بارتلت^۷، به منظور بررسی اندازه متغیرهای وابسته و آزمون باکس^۸ به جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس داریم. آزمون نتایج آزمون کرویت بارتلت (۰/۰۰۱، $P < ۲۰/۸۶$) نشان داد که این آزمون معنادار می باشد. این امر نشانگر این است که همبستگی کافی بین اندازه های وابسته برای انجام تحلیل مانکوا وجود دارد. همچنین نتایج بدست آمده از آزمون باکس نشان داد که این آزمون معنادار نمی باشد، (Box's M 6/17, F 1/84) که در واقع بیانگر این است که کوواریانس گروهها یکسان است، در مجموع وجود این شرایط اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره رامیسر می سازد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری دوراهه تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی پیش آزمون -

پس آزمون درمانگری افراد هنجار و سر در گم

آزمون	ارزش ویژه ^۹	مقدار F	درجه آزادی ^{۱۰}	سطح معناداری ^{۱۱}
پیش آزمون تنیدگی ادراک شده	۰/۱۴۶	۵/۰۳	۲	* ۰/۰۱
پیش آزمون رضامندی روانی	۰/۰۲	۰/۶۱	۲	۰/۵۴
تعامل درمانگری* هویت	۰/۱۱۴	۳/۷۹	۲	* ۰/۰۲۸

اطلاعات مندرج در جدول نشان می دهد که پیش آزمون تنیدگی ادراک شده معنادار است در واقع اثر همپراشی پیش آزمون تنیدگی ادراک شده در پس آزمون تفاوت معناداری را بوجود آورده است. اما

¹ Two way MANCOVA

² Pillai's trace

³ Wilks' Lambda

⁴ Hotelling's Trace

⁵ Roy's Largest root

⁶ Centroid

⁷ Bartlett

⁸ Box

⁹ Eigenvalue

¹⁰ Degree of Freedom

¹¹ Level of significant

¹² * معناداری در سطح ۰/۰۱

¹³ * معناداری در سطح ۰/۰۵

پیش‌آزمون رضامندی روانی معنادار نمی‌باشد. نتایج همچنین نشان می‌دهد تعامل درمانگری و هویت در گروه‌ها تفاوت معناداری را در ترکیب خطی^۱ متغیرهای تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون بوجود آورده است. از آنجا که اثرات پیش‌آزمون تنیدگی ادراک شده و تعامل درمانگری و هویت در ترکیب خطی دو متغیر تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی معنادار شده است. بنابر این به منظور بررسی تفاوت عملکرد متغیرهای مستقل در اندازه‌های هر کدام از دو متغیر وابسته بصورت جداگانه، خصوصاً به جهت تعیین اثر بخشی تعاملی دو متغیر مستقل در هر یک از متغیرهای تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا)^۲ استفاده شده است. آزمون لوین و آزمون کاموگروف-اسمیرنف^۳ نشان می‌دهد که توزیع نمرات مفروضه نرمال بودن را رعایت کرده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون

درمانگری افراد هنجار و سردرگم

منبع	مجموع مجذورات ^۴	درجه آزادی	میانگین مجذورات ^۵	مقدار F	سطح معناداری
پیش‌آزمون تنیدگی	۴۶۷/۰۵	۱	۴۶۷/۰۵	۱۰/۲۳	* ۰/۰۰۲
ادراک شده	۹۶/۱۸	۱	۹۶/۱۸	۰/۱۶۷	۰/۶۸
پیش‌آزمون رضامندی	۱۱/۴۸	۱	۱۱/۴۸	۰/۲۵	۰/۶۱
رضامندی	۶۵۶/۲	۱	۶۵۶/۲	۱/۱۳	۰/۲۹
تعامل هویت	۱/۰۷	۱	۱/۰۷	۰/۰۲۴	۰/۸۷
*درمانگری	۲۶۰۵/۳	۱	۲۶۰۵/۳	۴/۵	* ۰/۰۱۸

اطلاعات مندرج در جدول نشان می‌دهد که پیش‌آزمون تنیدگی ادراک شده در بررسی پیش‌آزمون-پس‌آزمون تنها در متغیر تنیدگی ادراک شده معنادار است. همچنین با مشاهده جدول درمی‌یابیم، تعامل هویت و درمانگری نیز در رضامندی روانی معنادار است. در واقع تفاوت نمرات افراد با سبک هویت هنجاری و سبک اجتنابی/سردرگم، در میزان تاثیر درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی بر بهبود رضامندی روانی معنادار است. با مراجعه به میانگین‌ها و بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها با آزمون تحلیل واریانس می‌توان دریافت، تاثیر درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی، در بهبود رضامندی روانی در

^۱ Linear Compounding

^۲ Two way ANCOVA

^۳ Kalmogrov-Smirnov

^۴ Sum of squares

^۵ Mean of suares

افراد با کدام سبک هویت موثرتر بوده است. معنا دار نبودن تعامل هویت و درمانگری در تنیدگی ادراک شده نیز نشان می دهد که در نمرات افراد با سبک هویت هنجاری، میزان تاثیر درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی، در کاهش تنیدگی ادراک شده نسبت به سبک اجتنابی/سردرگم تفاوت معناداری وجود ندارد. جهت اطلاع از، معناداری تفاوت نمرات میانگین سبک هویت هنجاری و سبک هویت اجتنابی/سردرگم در بهبود رضامندی روانی، از آزمون تحلیل واریانس یکراهه^۱ استفاده شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری یک راهه کنترل-آزمایش رضامندی روانی افراد هنجار و سردرگم در پس آزمون

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهی	۳۷۲۵۸۶/۹۷۶	۳	۱۹۴۱۹۵/۶۵۹	۲۲۷/۲۷۸	۰/۰۰۰۱**
درون گروهی	۳۵۳۵۹/۷۷۱	۶۳	۵۶۱/۲۶۶		
کل	۴۰۷۹۴۶/۷۴۶	۶۶			

نتایج جدول بالا نشان می دهد که تفاوت در نمرات میانگین گروه هنجاری و اجتنابی/سردرگم معنادار است. جهت مشخص نمودن نحوه تاثیر درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی، در بهبود رضامندی روانی در گروه های سبک هنجاری و اجتنابی/سردرگم کنترل و آزمایش از آزمون تعقیبی توکی^۲ استفاده شده است.

نتایج آزمون توکی نشان داد، گروه آزمایش سبک هویت هنجار، تفاوت میانگین معناداری را در مقایسه با بقیه گروهها دارد. این نشان می دهد، درمانگری به شیوه تنیدگی بر سبک هویت هنجار در پس آزمون موثر تر بوده است.

جهت ارائه جدول ۶ برای مرحله پیگیری، نتایج آزمون کرویت بارتلت ($\chi^2=25/08, P<0/001$) نشان داد که این آزمون معنادار می باشد. همچنین نتایج بدست آمده از آزمون باکس نشان داد که این آزمون معنادار نمی باشد، (Box's M5/04 F0/56). بنا بر این شرایط اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره وجود دارد.

¹ ANOVA

² Tukky Post Hoc

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری دو راهه تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی پیش آزمون - پیگیری درمانگری و هویت هنجار و سردرگم

آزمون	ارزش ویژه	مقدار F	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش آزمون تنیدگی ادراک شده	۰/۱۵۲	۵/۲	۲	*۰/۰۰۸
پیش آزمون رضامندی روانی	۰/۰۳۳	۱/۰۰۶	۲	۰/۳۷۲
درمانگری*هویت	۰/۰۶۲	۱/۹۴	۲	۰/۱۴۹

اطلاعات مندرج در جدول نشان می‌دهد که مقدار پیش آزمون تنیدگی ادراک شده معنادار شده است. اما پیش آزمون رضامندی روانی معنادار نمی‌باشد. نتایج همچنین نشان می‌دهد تعامل درمانگری و هویت در گروه‌ها تفاوت معناداری را در ترکیب خطی متغیرهای تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی در پیش آزمون- پیگیری بوجود نیاورده است. علاوه بر این یافته‌ها نشان می‌دهد، درمانگری تفاوت معناداری را در ترکیب خطی متغیرهای تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی در پیش آزمون- پیگیری بوجود آورده است.

این بدان معنی است، بدون در نظر گرفتن سبک‌های هویت کسانی که در درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی شرکت کرده‌اند نسبت به کسانی که در درمانگری شرکت نکرده‌اند، در بررسی همزمان، نمرات رضامندی روانی و تنیدگی ادراک شده، تفاوت معناداری در مرحله پیگیری داشته‌اند. اما در اثر اصلی سبک‌های هویت، تاثیر متغیر سبک‌های هویت در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در پیگیری بوجود آورده است.

از آنجا که اثرات پیش آزمون تنیدگی ادراک شده، درمانگری و هویت در ترکیب خطی دو متغیر تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی معنادار شده است. بنابراین به منظور بررسی تفاوت عملکرد متغیرهای مستقل در اندازه‌های هر کدام از دو متغیر وابسته تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی بصورت جداگانه از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در تنیدگی ادراک شده و رضامندی روانی پیش آزمون-پیگیری درمانگری افراد هنجار و سردرگم

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۶۱/۳۷	۱	۴۶۱/۳۷	۱۰/۴۲	۰/۰۰۲**
تنیدگی ادراک شده	۴۳/۵۴	۱	۴۳/۵۴	۰/۰۷	۰/۷۹
رضامندی روانی	۹/۹	۱	۹/۹	۰/۲۲۴	۰/۶۳۸
پیش آزمون	۱۱۹۵/۸۹	۱	۱۱۹۵/۸۹	۱/۹	۰/۱۷۱
رضامندی روانی	۲/۸۵	۱	۲/۸۵	۰/۰۶۵	۰/۸
هویت، درمانگری	۲۳۷۵/۰۹	۱	۲۳۷۵/۰۹	۳/۸	۰/۰۳۵*
رضامندی روانی					

اطلاعات مندرج در جدول نشان می دهد که همپراشی پیش آزمون تنیدگی ادراک شده در بررسی پیگیری-پیش آزمون تنها در متغیر تنیدگی ادراک شده معنادار است. همچنین یافته ها نشان می دهد، تعامل هویت و درمانگری نیز در رضامندی روانی در معنادار است. این یافته نشان می دهد، با وجود آنکه اثر هویت و درمانگری در دو متغیر وابسته بطور همزمان معنادار نشده است، اما هنگامی اثر آن روی متغیر رضامندی روانی جداگانه بررسی شده، معنادار شده است و بیانگر این است، تعامل درمانگری و هویت در متغیر رضامندی روانی در پیگیری معنادار می باشد، که همانند بالا، مراجعه به میانگین ها و بررسی آزمون معناداری تفاوت میانگین ها با تحلیل واریانس نشان داد، در افراد با سبک هویت هنجاری (میانگین ها ۲۲۳/۳۵ و ۳۷۸/۸)، اثر بخشی درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی بر بهبود رضامندی روانی نسبت به افراد با سبک هویت اجتنابی / سردرگم (میانگین ها ۲۲۰/۱۶ و ۳۵۸/۵۷) موثرتر بوده است. اما معنا دار نبودن تعامل هویت و درمانگری در تنیدگی ادراک شده نشان می دهد که در افراد با سبک هویت هنجاری، میزان تاثیر درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی، در کاهش تنیدگی ادراک شده نسبت به سبک اجتنابی / سردرگم، در پیگیری تفاوت معناداری ندارد.

نتیجه گیری

یافته ها در راستای فرضیه پژوهش نشان داد، اثر بخشی درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی بر بهبود رضامندی روانی در سبک هویت هنجاری نسبت به سبک هویت سردرگم موثر تر است. اریکسون در ارتباط با سلامت روان معتقد است، صفات خاصی وجود دارد که فرد دارای سلامتی روان شناختی را از

کسی که فاقد این عنصر است متمایز می‌سازد. به نظر اریکسون این صفات در مفهوم خود معنی می‌یابد و بر این اساس فرد در صورتی دارای سلامت روان است که از استعداد و توانایی‌های خود استفاده کند، در کارش مسلط باشد، ابتکار و آفرینندگی داشته باشد، و در نهایت در مورد فرایند زندگی نظریه معنوی روشن و قابل درکی داشته باشد (خدا رحیمی ۱۳۷۳). برزونسکی (۲۰۰۵) عقیده دارد هویت به عنوان سازه‌ای پویا، خود را در فرایند تغییرات سایر متغیرهای روانشناختی نشان می‌دهد و جستجوی هویت را تلاشی می‌داند در جهت بارور کردن بالقوه‌های واقعی خویش. طبق این رویکرد افراد دارای سبک‌های هویت مختلف پردازشگر فعال اطلاعات و یک شناساگر^۱ محسوب می‌شود، از راهبردهای شناختی متفاوتی استفاده می‌کنند و راهبردهای پردازش اطلاعات با احساس و عملکرد مثبت و سلامت روان شناختی مرتبط است. افراد با سبک هویت هنجاری تمایل به رفتار در چهارچوب مورد پسندی که افراد دیگر تعیین نموده‌اند و هم‌نوایی با الگوهای برترشان دارند و از بیرون کنترل می‌شوند. در واقع می‌توان گفت، اینگونه افراد تابع عواملی هستند که آنها را مهم برمی‌شمردند، در مقایسه با انواع هویت از دیدگاه مارسیا، سبک هویت هنجاری مانند افراد با هویت دیررس انسا نه‌ای مثبت گرا هستند، اما دارای قوانین جزمی و انعطاف ناپذیری هستند و پردازش اطلاعاتشان تابع قرارداد های خاصی است که منجر به استفاده از روشهای ناکارآمد و ناسازگارانه در مواجهه با مسائل می‌شود اما سبک هویت اجتنابی/سردرگم بر اساس اجتناب از مواجهه با مسائل و عدم جستجوگری و تمرکز بر مسائل تعریف می‌گردد. آموزش تنیدگی زدایی الگوی درمانی مرکب از برنامه آموزشی نیمه سازمان یافته و منظم در جهت خود توانمندسازی و اقداماتی برای تغییرات عملکرد است. تورک^۲، میشن باوم و جنست^۳ (۱۹۸۳) عقیده دارند این نوع مداخله درمانی بر گروههای خاص که رویکرد های مشترکی دارند مانند مشاغل مختلف یا جمعیت هایی که تحت یک رویداد آسیب زای مشترک قرار گرفتند، کاربرد مفیدی دارد زیرا این نوع درمانگری به گونه ای طراحی شده است که اقدامات وسیع و جامعه گستر^۴ در فرایند سازماندهی مجدد و بهبود شرایط افراد دارد. لذا با توجه به اینکه از یک طرف رضامندی روانی منجر به عملکرد بهینه می‌گردد و در اصل سازه روانی مثبت است که آموزش تنیدگی زدایی منجر به ارتقاء آن و به تبع آن ایجاد احساسات سازگارانه می‌شود و از طرف دیگر نیز طبق نظر برزونسکی فرایند پردازش هویت یا ساختن نظریه خویش، بر سایر فرایندهای شناختی بخصوص ادراک مثبت از خویش و احساس سلامت روانشناختی اثر می‌گذارد می‌توان اینگونه تبیین نمود در

^۱ - Knower^۲ Turk, D.^۳ Genest, M.^۴ Community Wide

درمانگری رضامندی روانی، سبک های هویت می توانند بعنوان یک میانجی اثرگذار باشند و آموزش تنیدگی زدایی توانسته است در چهارچوب تعهدی هنجاری ها نفوذ کند اما افراد با سبک هویت اجتنابی/سردرگم در مقایسه با سبک هویت هنجاری بدلیل خود پراکنده و نامنسجم، در ایجاد تغییرات شناختی، رفتاری در یک رویکرد سازماندهی شده و هدفمند با مشکلات بیشتری در جهت تغییر رضامندی روانی مواجه هستند. از بعد دیگر دوران دانشجویی مقطع خاصی است که افراد بیشتر تمرکز بر اهداف و ارزشها جهت تامین آینده دارند و لذا این روش برای افرادی که سعی در تعلیم و رشد مهارتهای مناسب جهت مواجهه با مشکلات آینده دارند موثر تر به نظر می رسد. مجموعاً با ذکر دلایل فوق، بهبودی بیشتر رضامندی روانی سبک هویت هنجار در اثر درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی نسبت به سبک هویت اجتنابی/سردرگم قابل تبیین است.

یافته ها در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده پایداری نتایج بدست آمده بود و بهبود بیشتری در میزان رضامندی روانی سبک هویت هنجاری نسبت به سبک اجتنابی/سردرگم وجود داشت. وجود این پایداری در نتایج پس از سه ماه نقش اثر درمانگری و تعدیل گری هویت را که به تفصیل در مورد آن بحث شد و نیازی به ارائه مجدد آنها نمی باشد، تحکیم می بخشد.

علاوه بر این نتایج در جهت راستای فرضیه پژوهش نشان داد، در اثر بخشی درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی بین سبک هویت هنجاری و اجتنابی/سردرگم در کاهش تنیدگی ادراک شده تفاوت معناداری وجود ندارد. در مرحله پیگیری نیز در تاثیر درمانگری بر تنیدگی ادراک شده بین دو سبک فوق تفاوتی وجود نداشت

سوابق پژوهشی، تاثیر درمانگری به شیوه تنیدگی زدایی بر تنیدگی را تایید نموده است یعنی خود درمانگری مستقیماً بر تغییرات تنیدگی اثر گذار بوده است. با توجه به این یافته می توان گفت که سبک های هویت هنجاری و اجتنابی/سردرگم نقش تعدیلگری در رابطه درمانگری تنیدگی زدایی و تنیدگی ادراک شده ندارند. کانینگهام^۱ (۲۰۰۲) نشان داد که بین مواجهه مسئله مدار^۲ و هویت ارتباطی وجود ندارد، اما شیوه مواجهه ناکارآمد گریز^۳ رابطه مثبتی با هویت اجتنابی/سردرگم داشته است (به نقل از شکری ۱۳۸۶). از جهت دیگر تنیدگی تجربه احساس منفی ناشی از شرایط تنیدگی زا است و رویکردی تعاملی و پیچیده است که به طور مستقیم و غیر مستقیم سبب مشکلات فیزیولوژیکی و روان شناختی می

^۱ Cunningham.M

^۲ problem focused coping

^۳ Digression

گردد (استلمن^۱، ۱۹۹۸). لازاروس (۱۹۸۴) کنار آمدن با تنیدگی را شامل کوششهایی به منظور سازگاری و انطباق با شرایط تنیدگی را می‌داند، در واقع تنیدگی بعنوان یک اختلال و عامل روانی منفی، کیفیت زندگی و سلامت روان را در معرض آسیب قرار می‌دهد و هر چه میزان تنیدگی ادراک شده بالا باشد حاکی از شناخت، عواطف و عملکرد منفی بالا در فرد می‌باشد بنا بر این بیشتر تلاش فرد در جهت کنترل و مدیریت موقعیت می‌باشد تا ارتقاء شناخت و عواطف خود.

با توجه به تبیین فوق و ماهیت منفی تنیدگی و تفاوت ساختاری آن با سازه‌هایی مانند هویت و رضامندی روانی و در نظر گرفتن اینکه برزونسکی (۱۹۸۹) عقیده دارد فرایند پردازش اطلاعات سبک‌های هویت تدریجی است و در تمام دوران زندگی ادامه دارد. به نظر می‌رسد، اگرچه درمانگری به شیوه تنیدگی‌زدایی در کنترل و کاهش تنیدگی افراد در دو سبک هویت موثر بوده است، اما تفاوت در نوع راهبردهای پردازشی دو سبک در دوران درمانگری جهت بازسازی و تغییرات شناختی و ایجاد راهبرد‌های مقابله مناسب، نمی‌تواند تفاوت‌های این دو سبک هویت را در حیطه‌ای مانند تنیدگی ادراک شده آشکار سازد و نیاز به عوامل دیگر و یا زمان بیشتری از دوران درمانگری دارد. سبک هویت در مجموعه‌ای از ویژگی‌هایی مانند پذیرش خود و رشد شخصی و دیگر مولفه‌های رضامندی روانی کارآمدتر است تا تنیدگی ادراک شده.

در نهایت می‌توان گفت تلاش‌های رویاروی همیشه به سلامت روان کمک نمی‌کنند و مداخلات با شکست مواجه می‌شوند (هاکنبری و هاکنبری^۲، ۱۹۹۸). و در این راستا باید در جهت کاهش پیامدهای منفی ناشی از منبع تنیدگی، انسجام شخصی و ایجاد شرایط مطلوب برای آینده به نقش پردازش‌های شناختی در شکل‌گیری هویت و پویایی نظام خود اهمیت داد.

¹ Stellman.G.M

² Hockenbury.D.H& Hockenbury.S

کتابنامه

- پیری، لیلا. شهرآراری، مهرناز. (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان سبک های هویت، ابزار وجود و سبک های مقابله. فصل نامه ی علمی - پژوهشی مطالعات روانشناسی
- خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روان شناختی، انتشارات جاودان
- خسرو تاش، پریسا (۱۳۸۲). بررسی رابطه هویت، رضامندی روانی و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- هومن، حیدر علی (۱۳۸۳). تحلیل داده های آماری چند متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: نشر پارسا
- هیلز، دایان (۱۳۸۴). راههای مقابله با استرس، ترجمه نریمان خباز. تهران: نشر ریحان
- Berzonsky, M. D. (1989). Identity style: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescent Research*, 4, 267-282.
- Berzonsky, M. D. (1990). Self-construction over the lifespan: A process perspective on identity formation. *Advances in Personal Construct Psychology*, 1, 155-186.
- Berzonsky, M. D., & Kuk, L. S. (2005). Identity style, psychosocial maturity, and academic performance. *Personality and Individual Differences*, 39, 235-247.
- Bishop, D. Sutcliffe, P. (2005). Psychophysical design influences frequency discrimination performance in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*, V, 91I3, Pages 249-270
- Car. D. (1999). psychological well-being and unfulfilled career aspiration. University of Michigan press.
- Cohen. Sh. Kamarck. T.; Mermelstein. R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 24 (December) 396-384
- Hockenbury, D.H., Hockenbury, S.E. (1998). *Discovering Psychology*. New York: worth publishers.
- Ingersoll-Dyton, B. Saengtienchia. M. Aungsuroch, Y. (2001). The perspective of psychological well-being Asian style. psychological well-being of thai elders. Find article. psychological well-being of elders. H.T.M
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kroger .J. Marcia. J.E. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, Volume 33, Issue 5, Pages 683-698
- Lawton. M.P. (1991). Multidimensional view of quality of life in frail elders. (Eds). San Diego. CA. Academic press
- Lazarus, R. S. (1986). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw - Hill
- Meichenbaum, D.H (1990). *Stress Inoculation Training*, Program Press, Inc, New York
- Papalia, Diane; E. wendkoo. ilds, sally. (2001). *human development*. New York: Me graw hill.
- Ryff, C.D., (1989). Happiness is everything, or is it — explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 1069-1081.

- Sharp, P.A., Willham, G.H., Hussey, J.R. (2007). A randomized study of the effect of massage therapy compared to guided relaxation on well-being and stress among older adult. *Complementary therapies in medicine*, 15, p 157-163.
- Smith, T.B., Silva, L. (2011). Ethnic Identity and Personal Well-Being of People of Color: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, Volume 58, Issue 1, Pages 42-60
- Stellman, J.M. (1998). *Encyclopedia of occupational Health and safety*. 4th ed. Geneva, Switzerland: ILO. 34-62
- Turk, D., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavior Medicine*. New York: Guilford Press
- Waterman, A. S. (1984). *The psychology of individualism*. New York: Praeger.
- Wellin, C., Dale, J.J. (2004). In search of "personal care": Challenges to identify support in residential care for elders with cognitive illness



استناد به این مقاله: بشارت، محمدعلی (۱۳۹۲). مقایسه مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و افراد عادی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۱)، ۵۴-۴۱

مقایسه مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و افراد عادی^۱

محمد علی بشارت^۲

دریافت: ۱۳۹۱/۲/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۷

چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه مکانیسم‌های دفاعی بیماران مبتلا به افسردگی و اختلال‌های اضطرابی و افراد عادی بود. تعداد ۲۲۴ نفر (۸۷ افسرده، ۶۴ مضطرب، ۷۳ عادی) از مبتلایان و جمعیت عمومی به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. علاوه بر تشخیص روانپزشکی نوع اختلال، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که مکانیسم‌های رشدنا یافته، دفاع‌های غالب افراد مبتلا به افسردگی؛ مکانیسم‌های نورتنیک، دفاع‌های غالب افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی؛ و مکانیسم‌های رشد یافته، دفاع‌های غالب افراد عادی بود. مقایسه سبک‌های دفاعی بیماران و افراد عادی، احتمال تاثیرگذاری دفاع‌های ناکارآمد نورتنیک و رشدنا یافته بر شکل‌گیری و یا تداوم افسردگی و اختلال‌های اضطرابی را تایید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: مکانیسم‌های دفاعی، افسردگی، اضطراب، آسیب‌شناسی روانی

^۱. این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۴۹ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

^۲. استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران besharat@ut.ac.ir

مقدمه

مکانیسم‌های دفاعی^۱ فرایندهای روانی ناهشیار هستند که مسئولیت محافظت از من^۲ را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند (فروید، ۱۹۲۳). این مکانیسم‌ها، علاوه بر محافظت فرد در مقابل اضطراب و آگاهی از خطرات و عوامل استرس‌زای درونی و بیرونی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، تجربه‌های ذهنی مربوط به افکار، عواطف و هیجان‌های دردناک را نیز تنظیم می‌کنند (ففر، هارت، پسکین و سیفکر^۳، ۱۹۹۵). ویلنت^۴ (۱۹۹۲، ۱۹۹۸) دفاع‌ها را بر حسب رابطه آنها با رشدیافتگی روانی-اجتماعی و آسیب‌های روانشناختی به صورت سلسله‌مرتب‌ای تنظیم کرده است. بر این اساس، والایش، شوخ‌طبعی، فرونشانی و نوع دوستی دفاع‌های رشدیافته؛ فرافکنی، انکار، دوپاره‌سازی، و عملی‌سازی (برون ریزی) دفاع‌های رشدنیافته (یا ابتدایی)؛ و جابجایی، واکنش متضاد، امحاء (ابطال)، مجزا سازی و سرکوبی دفاع‌های نورتیک محسوب می‌شوند.

مکانیسم‌های دفاعی گوناگون بروندهای متفاوتی دارند. این مکانیسم‌ها به فرد امکان می‌دهند تا عاطفه را نادیده بگیرد (مجزاسازی^۵، عقلانی‌سازی^۶)، از بازنمایی شناختی عاطفه چشم‌پوشی کند (سرکوبی^۷) و جهت‌تکانه را تغییر دهد (خود را به موضوع^۸ تبدیل کند: فرافکنی^۹؛ یا موضوع را به خود تبدیل کند: خودکشی یا پرخاشگری انفعالی). سبک‌های دفاعی در شرایط معمول زندگی، مواجهه فرد با تغییرات روان‌شناختی و محرک‌های استرس‌زای محیطی را تسهیل می‌کنند و باعث تداوم سازگاری فرد می‌شوند (بشارت، ۱۳۸۴؛ بشارت، شریفی و ایروانی، ۱۳۸۰؛ بوند و پری^{۱۰}، ۲۰۰۴). سلامت جسمی و عملکرد مثبت و سازگاری روانی-اجتماعی (مانند رضایت از زندگی و کیفیت دوستی‌ها) به عنوان پیامدهای سبک‌های دفاعی رشدیافته شناخته شده‌اند (محمدی حسینی نژاد، ۱۳۹۱؛ ویلنت، ۱۹۹۸، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دفاع‌ها با اختلال‌های روانی محور I و II رابطه دارند (بشارت، ۱۳۸۷، ۲۰۱۰؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ قربانی، ۱۳۸۲؛ محمدی حسینی نژاد، ۱۳۹۱؛ واتسون^{۱۱}، ۲۰۰۲). بین مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و اختلال‌های روانی مانند افسردگی (مک‌ماهون، برنت، کوالنکو و تنانت،

^۱. defense mechanisms

^۲. ego

^۳. Pfeffer, C. R., Hurt, S. W., Peskin, J. R., & Siefker, C. A.

^۴. Vaillant, G. E.

^۵. isolation

^۶. intellectualization

^۷. repression

^۸. object

^۹. Projection

^{۱۰}. Bond, M., & Perry, J.

^{۱۱}. Watson

۲۰۰۵؛ کوون و اولسون، ۲۰۰۷) اختلال وحشتزدگی (کیپر، بلایا، وچلسکی، دورنلز، سالوم و همکاران، ۲۰۰۷) و اختلال شخصیت مرزی (بوند، ۲۰۰۴) رابطه وجود دارد. سبک‌های دفاعی بیماران روانپزشکی ناکارآمدتر و سازش نایافته تر از سبک‌های دفاعی افراد بهنجار هستند (کیپر، بلایا، تروشکین، هلت، ایسولان و همکاران، ۲۰۰۴؛ محمدی حسینی نژاد، ۱۳۹۱).

واتسون (۲۰۰۲) با بررسی سبک‌های دفاعی خاص و پاسخ‌های مربوط به علامت در یک نمونه دانشجویی، نشان داد که دفاع‌های رشدنیافته می‌توانند الگوهای علائم آسیب شناختی را به طور معنادار پیش‌بینی کنند. به طور خاص ترکیب فرافکنی، جابجایی^۲، خیالپردازی اوتیستیک^۳، جسمانی سازی^۴ و عملی سازی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های آسیب شناسی روانی بودند. یافته‌های پژوهشی (بشارت، ۱۳۸۴؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۰؛ لارسن، بوگلید، مورتسن، فولداگر، هنسن و همکاران، ۲۰۱۰) همچنین نشان داده‌اند که رشدیافتگی بیشتر دفاع‌های روان‌شناختی با سطوح بالاتر کارکرد روان‌شناختی مرتبط است.

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که اختلال‌های خلقی، بویژه افسردگی، بیشتر با دفاع‌های رشدنیافته رابطه دارند و اختلال‌های اضطرابی با هر دو دسته دفاع‌های نورتیک و رشدنیافته مرتبط هستند (بشارت، ۱۳۸۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۰؛ کیپر و همکاران، ۲۰۰۵، ۲۰۰۷؛ کوون و اولسون، ۲۰۰۷؛ مک ماهون و همکاران، ۲۰۰۵). مرور پژوهش‌های منتشر شده همچنین شواهدی مبنی بر همبستگی سبک‌های دفاعی خاص با بعضی از تشخیص‌های روانپزشکی به دست می‌دهد. به عنوان مثال، اختلال شخصیت مرزی با کاربرد بیشتر دفاع‌های ناکارآمد و تحریف کننده (مثل دوپاره سازی^۵) و کاربرد کمتر دفاع‌های کارآمد از دیگر اختلال‌ها متمایز می‌شود (بوند، ۲۰۰۴؛ بوند، پاریس و زویگ-فرانک^۶، ۱۹۹۴). افراد افسرده با کاربرد دفاع‌های درونی سازی^۸ و برونی سازی^۹ از افراد غیر افسرده متمایز می‌شوند (بلاچ، شیر، مارکویتز، لئون و پری^{۱۰}، ۱۹۹۳؛ مارگو، گرینبرگ، فیشر و دیون^{۱۱}، ۱۹۹۳). بلایا و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان دادند که بیماران افسرده با فرافکنی، بیماران مانیک با والایش و بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی با عملی

^۱. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan, L., et al.

^۲. displacement

^۳. autistic fantasy

^۴. somatization

^۵. Larsen, A., Bøggild, H., Mortensen, J. T., Foldager, L., Hansen, J.

^۶. splitting

^۷. Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H.

^۸. internalizing

^۹. externalizing

^{۱۰}. Bloch, A. L., Shear, M. K., Markowitz, J. C., Leon, A. C., & Perry, J. C.

^{۱۱}. Margo, G. M., Greenberg, R. P., Fisher, S., & Dewan, M.

سازی مشخص می‌شوند.

از سوی دیگر، تعدادی از نظریه پردازان معتقدند که دفاع‌ها بیش از آن که با نشانگان تعریف شده روانپزشکی مرتبط باشند با ابعاد آسیب‌های روانی و در اصل با هیجان‌های منفی (بشارت، ۲۰۱۰؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱) مرتبط هستند. زمانی که اطلاعات هیجانی به درستی دریافت نمی‌شوند و به صورت مناسبی از طریق پردازش شناختی ارزیابی نمی‌شوند، درماندگی و آسیب فرد قابل پیش‌بینی است. این درماندگی به صورت متقابل می‌تواند به اختلال در شناخت‌ها و عواطف فرد منجر شود و احتمال استفاده از مکانیسم‌های نوروتیک و رشدنا یافته را در شرایط استرس‌زا افزایش دهد (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱). نظریه روانی-تکاملی پلاچیک (۱۹۹۵) هم معتقد است که دفاع‌ها از هیجان‌ها مشتق شده‌اند. بر این اساس، پلاچیک اضطراب را با سرکوبی، خشم را با جابجایی و اندوه/افسردگی را با جبران مرتبط می‌داند. از مجموع یافته‌های پژوهشی استنباط می‌شود که بین مکانیسم‌های دفاعی و اختلال‌های روانی، دست کم در حد نشانه‌ها، نوعی رابطه وجود دارد (استینر، آروجو و کوپمن، ۲۰۰۱؛ بشارت، ۱۳۸۷، ۲۰۱۰؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ قربانی، ۱۳۸۲؛ محمدی حسینی نژاد، ۱۳۹۱؛ موریس، ویناندز و هورسلندبرگ، ۲۰۰۳). علی‌رغم اهمیت شناسایی بیشتر این رابطه و دستاوردهای آن برای آسیب‌شناسی روانی و نقش و تاثیر مکانیسم‌های دفاعی در پدیدآیی و تداوم اختلال‌های روانی، پژوهش‌های کمی رابطه بین مکانیسم‌های دفاعی خاص و اختلال‌های روانپزشکی را مورد بررسی قرار داده‌اند. هدف اصلی پژوهش حاضر، شناسایی و مقایسه مکانیسم‌های دفاعی غالب در افسردگی و اختلال‌های اضطرابی بود. شناسایی و مقایسه مکانیسم‌های دفاعی غالب در اختلال‌های خاص مربوط به افسردگی و طیف اختلال‌های اضطرابی، هدف دیگر این پژوهش بود. مقایسه مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به افسردگی و اختلال‌های اضطرابی با مکانیسم‌های دفاعی افراد عادی می‌تواند دانش بالینی مرتبط با آسیب‌شناسی مکانیسم‌های دفاعی در اختلال‌های اضطرابی و خلقی را تکمیل کند. این مقایسه هدف دیگر این پژوهش بود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش - جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد ۶۰-۱۸ ساله ساکن در شهرهای تهران و یزد بودند. تعداد ۲۲۴ نفر (۸۷ افسرده، ۶۴ مضطرب، ۷۳ عادی) به صورت داوطلب در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. نمونه‌های بالینی از بین داوطلبان شرکت در پژوهش

¹. Steiner, H., Araujo, K. B., Koopman, C.

². Muris, P., Winands, D., Horselenberg, R.

در تعدادی از کلینیک‌های شهرهای تهران و یزد و نمونه‌عادی از بین داوطلبان از جمعیت عمومی پس از هم‌سازی با نمونه بالینی انتخاب شدند. شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ب) داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم؛ ج) نداشتن بیماری روانپزشکی غیر از افسردگی برای نمونه داوطلبان افسرده؛ نداشتن بیماری روانپزشکی غیر از اختلال‌های اضطرابی برای نمونه داوطلبان اضطرابی؛ نداشتن بیماری روانپزشکی برای نمونه داوطلبان عادی؛ و نداشتن بیماری پزشکی مستلزم مصرف دارو برای همه شرکت‌کنندگان در زمان انجام پژوهش. پس از جلب مشارکت آزمودنیها، پرسشنامه سبک‌های دفاعی^۱ (DSQ) در مورد داوطلبان به صورت فردی اجرا شد. نوع اختلال بیماران بر حسب تشخیص روانپزشک در پرونده روانپزشکی تعیین شد. با استناد به مدارک موجود در پرونده، میانگین طول مدت مصرف دارو در بیماران افسرده ۹ ماه با دامنه ۱ تا ۲۴ ماه و انحراف استاندارد ۶/۶۰؛ میانگین طول مدت مصرف دارو در بیماران مضطرب ۱۳ ماه با دامنه ۱ تا ۲۷ ماه و انحراف استاندارد ۷/۵۰؛ میانگین سن بیماران افسرده ۲۹ سال با دامنه ۱۷ تا ۵۵ سال و انحراف استاندارد ۹/۷۰؛ میانگین بیماران مضطرب ۳۰ سال با دامنه ۱۸ تا ۵۹ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۵۰؛ و میانگین سن افراد عادی ۳۰ سال با دامنه ۱۹ تا ۶۰ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۹۰ بود.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی - پرسشنامه سبک‌های دفاعی (اندروز، سینگ و بوند، ۱۹۹۳)، یک ابزار ۴۰ سوالی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته^۲، نورتیک^۳ و رشد نایافته^۴ می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیسم‌های والایش^۵، شوخ طبعی^۶، پیش‌بینی^۷ و فرونشانی^۸ است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نورتیک عبارتند از: ابطال^۹، نوع دوستی^{۱۰}، کاذب سازی^{۱۱} و واکنش متضاد^{۱۲}. سبک دفاعی رشد نایافته نیز از دوازده مکانیسم دفاعی به این شرح تشکیل شده است: فرافکنی^{۱۳}، پرخاشگری نافع^{۱۴}،

^۱ . Defense Style Questionnaire

^۲ . mature

^۳ . neurotic

^۴ . immature

^۵ . sublimation

^۶ . humor

^۷ . anticipation

^۸ . suppression

^۹ . undoing

^{۱۰} . pseudo-altruism

^{۱۱} . idealisation

^{۱۲} . reaction formation

^{۱۳} . projection

^{۱۴} . passive-aggressive

عملی‌سازی ۱، مجزاسازی ۲، نازرنده‌سازی ۳، خیال‌پردازی اوتیستیک ۴، انکار ۵، جابجایی ۶، تفرق ۷، دوپارگی ۸، دلیل تراشی ۹ و بدنی‌سازی ۱۰. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده‌اند (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳).

ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار ($n = ۴۲۳$) و بهنجار ($n = ۱۳۹۷$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۱؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۰). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای سبک رشد یافته از ۰/۸۳ تا ۰/۹۴، برای سبک رشد نایافته از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و برای سبک نورویتیک از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار هستند، همسانی درونی^{۱۱} زیرمقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تایید می‌کنند. پایایی بازآزمایی^{۱۲} پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای نمونه‌های بیمار ($n = ۱۰۷$) و بهنجار ($n = ۲۴۸$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای سبک رشد یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷، برای سبک رشد نایافته از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ و برای سبک نورویتیک از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تایید می‌کنند.

روایی همگرا^{۱۳} و تشخیصی (افتراقی)^{۱۴} نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی، مقیاس مشکلات بین شخصی، زیر مقیاس‌های نوروز گرایی و برونگرایی مقیاس شخصیتی NEOPI-R، مقیاس درجه بندی حرمت خود، مقیاس خود کارآمدی، مقیاس ناگوایی هیجانی تورنتو و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی زیر مقیاس سبک دفاعی رشد یافته با بهزیستی

^۱ . acting-out

^۲ . isolation

^۳ . devaluation

^۴ . autistic fantasy

^۵ . denial

^۶ . displacement

^۷ . dissociation

^۸ . splitting

^۹ . rationalization

^{۱۰} . somatization

^{۱۱} . internal consistency

^{۱۲} . test-retest reliability

^{۱۳} . convergent validity

^{۱۴} . discriminant validity

روانشناختی ۰/۵۱، با درماندگی روانشناختی ۰/۴۲، با مشکلات بین شخصی ۰/۳۷، با نوروگزایی ۰/۴۸، با برونگزایی ۰/۵۰، با حرمت خود ۰/۴۴، با خودکارآمدی کلی ۰/۴۵، با ناگویی هیجانی ۰/۴۷، با عاطفه مثبت ۰/۴۲ و با عاطفه منفی ۰/۴۳- به دست آمد. ضرایب همبستگی زیر مقیاس سبک دفاعی رشد نیافته با بهزیستی روانشناختی ۰/۴۹، با درماندگی روانشناختی ۰/۴۶، با مشکلات بین شخصی ۰/۴۱، با نوروگزایی ۰/۳۸، با برونگزایی ۰/۴۷، با حرمت خود ۰/۴۱، با خودکارآمدی کلی ۰/۴۸، با ناگویی هیجانی ۰/۴۵، با عاطفه مثبت ۰/۳۹- و با عاطفه منفی ۰/۴۰ به دست آمد. ضرایب همبستگی زیر مقیاس سبک دفاعی نوروژیک با بهزیستی روانشناختی ۰/۳۸، با درماندگی روانشناختی ۰/۳۶، با مشکلات بین شخصی ۰/۳۵، با نوروگزایی ۰/۴۲، با برونگزایی ۰/۳۷، با حرمت خود ۰/۴۰، با خودکارآمدی کلی ۰/۳۳، با ناگویی هیجانی ۰/۳۸، با عاطفه مثبت ۰/۴۳- و با عاطفه منفی ۰/۴۸ به دست آمد. این ضرایب در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز با تعیین سه عامل (سه سبک دفاعی رشد یافته، نورتیک و رشد نیافته)، روایی سازه نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۱).

یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره مکانیسم‌های دفاعی را به تفکیک در مورد سه گروه افراد مبتلا به افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و عادی نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌های شرکت کنندگان در مورد مکانیسم‌های دفاعی

متغیر	بیماران مبتلا به افسردگی		بیماران اضطرابی		افراد عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مکانیسم‌های رشد یافته	۳/۸۲	۱/۲۱	۳/۹۳	۱/۳۵	۶/۱۹	۱/۴۴
مکانیسم‌های نورتیک	۴/۳۵	۱/۳۵	۵/۶۰	۱/۸۲	۳/۹۵	۱/۴۲
مکانیسم‌های رشد نیافته	۵/۷۲	۱/۳۸	۴/۱۰	۱/۴۹	۳/۲۹	۱/۵۲

نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که تفاوت سه گروه در مورد مکانیسم‌های دفاعی معنادار است ($P < 0.001$). میانگین نمره‌های افراد سه گروه نشان می‌دهد که گروه افراد مبتلا به افسردگی بیشترین نمره را در مکانیسم‌های رشد نیافته کسب کرده‌اند، افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در مکانیسم‌های نورتیک و افراد عادی در مکانیسم‌های رشد یافته.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری یک راه برای مقایسه سه گروه افراد مبتلا به افسردگی و اختلال‌های اضطرابی و افراد عادی بر حسب مکانیسم‌های دفاعی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مکانیسم‌های رشد یافته	۲۶۵/۴۰۹	۲	۱۳۲/۷۰۵	۷۵/۰۰۳	۰۰۱
مکانیسم‌های نور تیک	۱۰۰/۳۷۰	۲	۵۰/۱۸۵	۲۱/۶۰۸	۰۰۱
مکانیسم‌های رشد نیافته	۲۴۷/۹۹۳	۲	۱۲۳/۹۹۶	۵۷/۹۶۴	۰۰۱

برای مقایسه دو به دو گروه‌ها با یکدیگر از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی شفه را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، مکانیسم‌های رشد یافته افراد عادی به طور معنادار از مکانیسم‌های رشد یافته افراد افسرده و مضطرب بیشتر است، در حالی که تفاوت مکانیسم‌های رشد یافته دو گروه افراد افسرده و مضطرب با هم معنادار نیست. مکانیسم‌های نور تیک افراد مضطرب به طور معنادار بیشتر از مکانیسم‌های نور تیک در افراد افسرده و عادی است. مکانیسم‌های رشد نیافته در افراد افسرده به طور معنادار بیشتر از مکانیسم‌های رشد نیافته در افراد مضطرب و عادی است.

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه سه گروه افراد مبتلا به افسردگی و اختلال‌های اضطرابی و افراد عادی بر حسب سبک‌های دلبستگی

رشد یافته	مکانیسم های		تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
		گروه افسرده- گروه اضطرابی	-۰/۱۱۴	۰/۲۱۹	۰/۸۷۲
		گروه افسرده- گروه عادی	-۲/۳۶۸	۰/۲۱۱	۰/۰۰۱
		گروه اضطرابی- گروه عادی	-۲/۲۵۴	۰/۲۲۷	۰/۰۰۱
نور تیک	مکانیسم های	گروه افسرده- گروه اضطرابی	-۱/۲۴۸	۰/۲۵۰	۰/۰۰۱
		گروه افسرده- گروه عادی	۰/۴۰۴	۰/۲۴۱	۰/۲۵۰
		گروه اضطرابی- گروه عادی	۱/۶۵۲	۰/۲۶۰	۰/۰۰۱
رشد نیافته	مکانیسم های	گروه افسرده- گروه اضطرابی	۱/۶۲۰	۰/۲۴۰	۰/۰۰۱
		گروه افسرده- گروه عادی	۲/۴۳۹	۰/۲۳۲	۰/۰۰۱
		گروه اضطرابی- گروه عادی	۰/۸۱۹	۰/۲۵۰	۰/۰۰۵

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که مکانیسم‌های رشدنیافته، دفاع‌های غالب افراد مبتلا به افسردگی؛ مکانیسم‌های نورتیک، دفاع‌های غالب افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی؛ و مکانیسم‌های رشدیافته، دفاع‌های غالب افراد عادی بود. این نتایج، به طور کلی با مبانی نظری دلبستگی (فروید، ۱۹۲۳) و شواهد پژوهشی منتشر شده (برای مثال، بشارت، ۱۳۸۴، ۱۳۸۷، ۲۰۱۰، بشارت و همکاران، ۱۳۸۰؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ بوند و پری، ۲۰۰۴؛ کیپر و همکاران ۲۰۰۴؛ لارسن و همکاران، ۲۰۱۰؛ محمدی حسینی نژاد، ۱۳۹۱؛ واتسون، ۲۰۰۲؛ ویلنت، ۱۹۹۸، ۲۰۰۰) مطابقت می‌کند. آن‌چه در خصوص یافته‌های این پژوهش از اهمیت بیشتری برخوردار است، مکانیسم‌های دفاعی غالب در بیماران افسرده و مضطرب است. این تفاوت در سبک‌های دفاعی غالب، که از نقطه نظر بالینی و آسیب‌شناختی اهمیت ویژه دارند، کم و بیش در پژوهش‌های پیشین (بشارت، ۱۳۸۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۰؛ کیپر و همکاران، ۲۰۰۵) نیز تایید شده است؛ هر چند نتایج گزارش شده کاملاً همسو نیستند. تفاوت سبک‌های دفاعی غالب در بیماران افسرده و مضطرب بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شوند:

ناتوانی من در به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی متناسب و کارآمد، ادراک فرد از خود، دیگران، احساسات و افکار را به صورت پاتولوژیک تحت تاثیر قرار می‌دهد. بر این اساس، این احتمال مطرح می‌شود که سبک‌های دفاعی غالب فرد در چنین شرایطی می‌تواند شکل و نوع اختلال روانی را تا حدودی تعیین کنند. برای مثال، وقتی سبک‌های دفاعی غالب فرد مستلزم استفاده از تغییر جهت تکانه از خود به موضوع (فرافکنی) یا از موضوع به خود (پرخاشگری به خود یا خودکشی) باشد، این ناتوانی و نارسایی تنظیم و مدیریت عواطف و هیجان‌های منفی و دردناک زمینه‌های درون روانی برای ابتلا به افسردگی را فراهم می‌سازد (بوند و پری، ۲۰۰۴). به گونه‌ای مشابه، وقتی سبک‌های دفاعی غالب فرد مستلزم استفاده از سرکوبی باشد، این ناتوانی و نارسایی تنظیم و مدیریت عواطف و هیجان‌های منفی و دردناک زمینه‌های درون روانی برای ابتلا به اختلال‌های اضطرابی را فراهم می‌سازد (کیپر و همکاران، ۲۰۰۴، ۲۰۰۵). این تبیین، با نظریه دوم فروید در خصوص اضطراب (فروید، ۱۹۲۶)، که بر اساس آن تجسم‌های کشاننده‌ای در "من" اضطراب ایجاد می‌کنند و من برای مقابله با این اضطراب به سرکوبی متوسل می‌شود، نیز مطابقت می‌کند.

به عکس دو وضعیت آسیب‌زای پیش‌گفته، سبک‌های دفاعی رشدیافته به عنوان مکانیسم‌های غالب افراد عادی (مثل، فرونشانی و والایش)، مواجهه آن‌ها با تغییرات روان‌شناختی و محرک‌های استرس‌زای محیطی را تسهیل می‌کنند و باعث تداوم سازگاری می‌شوند (بشارت، ۱۳۸۴، ۱۳۸۷، ۲۰۱۰، بشارت و

همکاران، ۱۳۸۰؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ بوند و پری، ۲۰۰۴). سلامت، عملکرد مثبت و سازگاری روانی- اجتماعی به عنوان پیامدهای مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته شناخته شده اند (بشارت، ۱۳۸۴، بشارت و همکاران، ۱۳۸۰؛ لارسن و همکاران، ۲۰۱۰؛ محمدی حسینی نژاد، ۱۳۹۱؛ ویلنت، ۱۹۹۸، ۲۰۰۰). تبیین‌های فوق بر حسب نظریه روانی- تکاملی پلاچیک (۱۹۹۵) در خصوص رابطه هیجان‌ها و مکانیسم‌های دفاعی نیز مطابقت می‌کنند. پلاچیک معتقد است که دفاع‌ها از هیجان‌ها مشتق می‌شوند. برای مثال، در این نظریه، مکانیسم جبران از هیجان اندوه و افسردگی نشأت می‌گیرد. بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که فراوانی و شدت استفاده از مکانیسم جبران شاخص افسردگی است و وقتی به سبک دفاعی غالب فرد تبدیل می‌شود که فرد در دام افسردگی بالینی گرفتار آمده باشد. در این نظریه، مکانیسم سرکوبی ریشه در هیجان اضطراب دارد. بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که فراوانی و شدت استفاده از مکانیسم سرکوبی شاخص اضطراب است و وقتی به سبک دفاعی غالب فرد تبدیل می‌شود که فرد به اختلال اضطرابی مبتلا شده باشد. احتمال دیگری که نباید فراموش شود تعامل هیجان‌ها و مکانیسم‌ها است. این احتمال از آن جهت تقویت می‌شود که ترتیب و جهت‌گیری علت شناختی رابطه بین هیجان‌ها و مکانیسم‌ها هنوز به صورت دقیق و تجربی مشخص نشده است. بر اساس فرضیه تعامل، برای مثال، می‌توان گفت که هیجان افسردگی مکانیسم جبران را فعال می‌سازد و مکانیسم جبران نیز به نوبه خود هیجان افسردگی را تشدید می‌کند. به همین صورت، هیجان اضطراب مکانیسم سرکوبی را فعال می‌سازد و مکانیسم سرکوبی هم به نوبه خود هیجان اضطراب را تشدید می‌کند. اگر "من" نتواند در مواجهه و مقابله با این هیجان‌ها راه برون رفت دیگری پیدا کند و در تنظیم و مدیریت هیجان‌ها شکست بخورد، اختلال خلقی، اضطرابی یا ترکیبی از آن‌ها تشکیل می‌شود یا استمرار می‌یابد. نقص و نارسایی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و پیامد آن استفاده از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان (کرینگ و ورنر^۱، ۲۰۰۴؛ مارتین و داهلن^۲، ۲۰۰۵) نیز مکانیسم‌های دیگری هستند که رابطه افسردگی و اضطراب را با به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد توجیه و تبیین می‌کنند. درماندگی و آشفتگی هیجانی می‌تواند زمینه ساز اختلال در شناخت‌ها و عواطف فرد شود و احتمال استفاده از مکانیسم‌های نوروتیک و رشدنایافته را در شرایط استرس‌زا افزایش دهد (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱). مطالعات نیز نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله انطباقی شامل ارزیابی مجدد مثبت^۳ و حل مساله

^۱. Kring, A. M., & Werner, K. H.

^۲. Martin, R. C., & Dahlen, E. R.

^۳. positive reappraisal

متمرکز بر برنامه‌ریزی^۱ - که به راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان نزدیک هستند- با مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته رابطه معنادار دارند (نیکولاس و جبران، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش گریو و همکاران (۲۰۰۶) نیز رابطه بین راهبردهای مقابله غیرانطباقی را با سبک دفاعی رشدیافته تایید می‌کنند.

به طور کلی راهبردهای تنظیم هیجان و مکانیسم‌های دفاعی، هر دو از کارکردهای ایگو در سازمان یکپارچه شخصیت هستند و ایگو در این رابطه حلقه واسطه محسوب می‌شود. در مفهوم پردازی فروید، ایگو به عنوان یک ساختار سازمان‌دهنده شخصیت شناخته می‌شود و به وسیله این کارکردهای شناختی مثل تفکر، حافظه و زبان با دنیای بیرون ارتباط می‌یابد و نیز تکانه‌های درونی را برای پاسخ به انتظارات و واقعیت‌های بیرونی تنظیم می‌کند (سناری، کلبرگ و نوام، ۱۹۸۳). بنابراین، ایگو به عنوان مسوول سازمان‌دهنده شخصیت دارای کارکردها و وظایفی است که در صورت ایفای بهینه و کارآمد این کارکردها، قوی و رشدیافته در نظر گرفته می‌شود. اُبگی و برنت (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که از نشانه‌های نیرومندی ایگو، توانایی مقابله و تنظیم هیجان انطباقی است. از سوی دیگر هرچه فرد توانایی بیشتری در مدیریت عواطف، پردازش‌های فکری و شناختی انطباقی داشته باشد، می‌توان انتظار داشت دسترسی به کارکردهای دفاعی سازش یافته تر به عنوان ابزارهایی برای تنظیم هیجان با سهولت بیشتری صورت گیرد. در مقابل، اشکال یا ضعف در فرایندهای شناختی، قضاوت و ارزیابی و تنظیم شناختی هیجان‌ها به عنوان عملکرد ضعیف ایگو و از نشانه‌های رشدنیافتگی آن محسوب می‌شود و ایگوی رشدنیافته با احتمال بیشتری به مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک و رشدنیافته برای تنظیم عواطف و هیجان‌ها متوسل می‌شود.

این یافته پژوهش که افراد عادی هم در مواردی از دفاع‌های نورتیک و رشدنیافته استفاده می‌کنند، دور از واقعیت‌های علمی در این زمینه نیست و این طور توجیه می‌شود که اولاً این دفاع‌ها سبک غالب افراد عادی نیست در حالی که در بیماران مضطرب و افسرده به سبک غالب تبدیل شده است. تفاوت معنادار افراد عادی با بیماران از جهت میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی، این تبیین را تایید می‌کند. ثانیاً، حاصل یافته‌های این پژوهش، که ماهیتاً از نوع همبستگی است، نشان می‌دهد که بیماران مضطرب و افسرده به طور غالب از مکانیسم‌های دفاعی نورتیک و رشدنیافته استفاده می‌کنند، اما عکس این وضعیت را نمی‌توان استنباط کرد. یعنی، نمی‌توان ادعا کرد که هر کس که از این مکانیسم‌ها استفاده کند مضطرب یا افسرده است.

پیامدهای نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح مطرح کرد: در

^۱. planful problem solving

^۲. ego strength

سطح نظری، یافته‌های پژوهش تاییدی است مجدد بر مفروضه‌های مرتبط با مکانیسم‌های دفاعی و نقش آن‌ها در تنظیم و مدیریت هیجان‌ها یا تاثیر آن‌ها بر پدیدآیی و یا استمرار اختلال‌های روانشناختی. از جمله پیامدهای نظری یافته‌های پژوهش حاضر، فراهم‌سازی اندیشه‌ها و فرض‌های جدید در مورد تعیین‌کننده‌های احتمالی اختلال‌های خلقی و اضطرابی است. این تعیین‌کننده‌ها (مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی) نه تنها باعث غنی‌سازی مدل‌های نظری آسیب‌شناسی روانی می‌شوند، که به تقویت رابطه‌ی دو دسته نظریه، یعنی نظریه‌های روان‌پویایی شخصیت و نظریه‌های مربوط آسیب‌شناسی روانی، منتهی می‌گردد. در سطح پیامدهای عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند مبنای تجربی مناسب برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی تحلیلی قرار گیرند.

محدودیت جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. نمونه مورد بررسی در این پژوهش به صورت داوطلب در دسترس انتخاب شدند و در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش تاثیرات متفاوت احتمالی داروهای مصرف شده توسط بیماران دو گروه شرکت‌کنندگان افسرده و مضطرب است که ممکن است بر نتایج پژوهش تاثیر گذاشته باشد. برای بررسی دقیق‌تر مقایسه سبک‌های دفاعی در اختلال‌های روانی مختلف و رابطه سبک‌های دفاعی با نشانه‌های اصلی این اختلال‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتر کنترل شده در گروه‌های تشخیصی متفاوت انجام شود. در این دسته از پژوهش‌ها پیشنهاد می‌شود زیرمجموعه اختلال‌های اضطرابی و خلقی با تعداد مناسب در هر گروه مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند. در ضمن، تکرار پژوهش‌های مشابه می‌تواند میزان درستی یافته‌های پژوهش حاضر را محک بزند و دامنه تاثیرگذاری آن‌ها در مفهوم‌سازی‌ها و نظریه پردازی‌های مربوط به آسیب‌شناسی روانی را گسترش دهد. همچنین، پیشنهاد می‌شود به منظور شناخت بهتر تاثیرات آسیب‌زای سبک‌های دفاعی نورتیک و رشدنا یافته بر فرایندهای شناختی، هیجانی و ارتباطی، مطالعات مشابه در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی انجام شود.

کتابنامه

- بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). بررسی رابطه کمال گرایی مثبت و منفی و مکانیسم‌های دفاعی پژوهشهای روانشناختی، ۱۵، ۲۲-۷.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سبک‌های دفاعی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی. اصول بهداشت روانی، ۳۹، ۱۹۰-۱۸۱.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۱). بررسی پایایی، روایی و تحلیل عاملی پرسشنامه سبک‌های دفاعی. روانشناسی معاصر، ۱۴، زیر چاپ.
- بشارت، محمد علی؛ شریفی، ماندانا؛ ایروانی، محمود (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی. مجله روانشناسی، ۱۹، ۲۸۹-۲۷۷.
- قربانی، نیما (۱۳۸۲). روان‌درمانگری پویای فشرده و کوتاه مدت: مبادی و فنون. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- محمدی حسینی نژاد، الهه (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، خشم و نشخوار خشم با سبک‌های دفاعی من. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران: تهران.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: Author.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 614-497.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychiatry*, 4, 145-149.
- Bloch, A. L., Shear, M. K., Markowitz, J. C., Leon, A. C., & Perry, J. C. (1993). An empirical study of defense mechanisms in dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1194-1198.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 263-278.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671.
- Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 28-31.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *the complete psychological works* (Vol. 19). New York: Norton, 1976.
- Grebot, E., Paty, B., & Girarddephanix, N. (2006). *Relationships between defense mechanisms and coping strategies, facing exam anxiety performance*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16840924>.

- Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K. et al. (2004). Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 58-64.
- Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzono, K. et al. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 619-24.
- Kipper, L., Blaya, C., Wachleski, C., Dornelles, M., Salum, G. A., Heldt, E., et al. (2007). Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients. *European Psychiatry*, 22, 87-91.
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In: P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *the regulation of emotion* (pp. 359-385). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kwon, P., & Olson, M. L. (2007). Rumination and depressive symptoms: Moderating role of defense style immaturity. *Personality and Individual Differences*, 43, 715-724.
- Larsen, A., Bøggild, H., Mortensen, J. T., Foldager, L., Hansen, J., Christensen, A. et al. (2010). Psychopathology, defence mechanisms, and the psychosocial work environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 563-577.
- 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, 65-69.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Difference*, 39, 1249-1260.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, n., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defense styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, 15-24.
- Muris, P., Winands, D., Horselenberg, R. (2003). Defense styles, personality traits, and psychopathological symptoms in nonclinical adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 771-80.
- Nicolas, M., & Jebrane, A. (2009). Relationships between coping strategies and defense mechanisms in sport performance. *Psychological Reports*, 103, 735-744.
- Obegi, J., & Berant, E. (2010). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: Guilford Press.
- Pfeffer, C. R., Hurt, S. W., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1995). Suicide children grow up: Ego functions associated with suicide attempts. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1318-1325.
- Plutchik, R. (1995). A theory of ego defenses. In R. C. Conte & R. Plutchik (Eds.), *Ego defenses: Theory and measurement* (pp. 13-37. New York: Wiley.
- Snarey, J., Kohlberg, L., & Noam, N. G. (1983). Ego development in perspective: Structural stage, functional phase, and cultural age-period models. *Developmental Review*, 3, 303-338.
- Steiner, H., Araujo, K. B., & Koopman, C. (2001). The Response Evaluation Measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adult and adolescent. *American Journal of Psychiatry*, 158, 467-73.
- Vai[lant, G. E. (1992). Ego mechanisms of defense: A guid for clinicians and researchers. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G. E. (1998). *Adaptation to life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. *American Psychologists*, 55, 89-98.
- Watson, D. C. (2002). Predicting psychiatric symptomathology with the Defense Style Questionnaire-40. *International Journal of Stress Management*, 9, 275-287.



استاد به این مقاله: امانی، ملاحت؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر استنتاج بر کاهش علائم وسواس فکری و علمی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۱)، ۵۵-۶۸

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر استنتاج، بر کاهش علائم وسواس فکری و عملی

ملاحت امانی^۱، عباس ابوالقاسمی^۲، بتول احدی^۳، محمد نریمانی^۴

دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۴ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی روش درمان مبتنی بر استنتاج بر کاهش علائم وسواس فکری و عملی انجام شده است. روش تحقیق مطالعه حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. تعداد ۳۰ زن مبتلا که از طریق مصاحبه بالینی (SCID) تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی را دریافت کرده بودند، بطور تصادفی در گروههای آزمایشی و کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند. شرکت کنندگان مقیاس وسواس فکری-عملی یل براون (Y-BOCS) و آشفتگی استنتاج (ICQ) را در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. افراد گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه درمان گروهی مبتنی بر استنتاج دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که، بین گروه های آزمایشی و کنترل در همه مقیاس های وسواس فکری-عملی یل براون (Y-BOCS) و در آشفتگی استنتاج (ICQ) به جز علائم وسواس پر خاشگری، مذهبی و جنسی، تفاوت معناداری وجود داشت. درمان مبتنی بر استنتاج در کاهش علائم وسواس فکری و عملی از اثربخشی لازم برخوردار است.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر استنتاج، اختلال وسواس فکری-عملی

¹ استادیار گروه روانشناسی و مشاوره دانشگاه بجنورد malahat1360@gmail.com

² دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، abolghasemi_44@yahoo.com

³ دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

⁴ استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی^۱ (OCD) یکی از اختلالات اضطرابی است که ویژگی‌های بارز آن افکار و آیین‌های وسواسی است و باعث آشفتگی در افراد مبتلا می‌شود و غالباً در عملکرد و سازگاری اجتماعی این افراد اختلال ایجاد می‌کند. افکار وسواسی پیوسته موجب پریشانی بیمار می‌شوند و فرد مبتلا با تلاش‌های ناموفق، درصدد مقابله با آنها برمی‌آید. اعمال یا آیین‌های وسواسی به صورت رفتارهایی کلیشه‌ای در می‌آیند که بیمار مدام آن‌ها را تکرار می‌کند (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۵). شیوه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ روان درمانی انتخابی برای کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی می‌باشد (مارچ، فرانسيس، کارپنتر و کاهن^۳، ۱۹۹۷) و بسیاری از بیماران بهبودی بالینی مهمی را با استفاده از مواجهه و جلوگیری از پاسخ نشان داده‌اند (آبراموویتز^۴، ۱۹۹۷؛ تایلور، آبراموویتز و مک کای^۵، ۲۰۰۵). با وجود این، بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران دارای اختلال وسواس فکری-عملی از درگیر شدن در فرایند درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ سر باز می‌زنند یا به طور زود هنگام قطع می‌کنند. حتی بعد از درمان، تعداد زیادی از این بیماران افکار مزاحم ناخواسته و مشکلاتی در سازگاری داشته‌اند (فیشر و ولز^۶، ۲۰۰۵). تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (احتمالاً حدود ۲۰-۳۰ درصد) به درمان‌های مرسوم مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان دارویی پاسخ نمی‌دادند. برخی عوامل مانند انگیزه کم، انتظار منفی از درمان، عدم پذیرش و ناتوانی در انجام تکالیف تعیین‌شده، باعث کاهش اثربخشی مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌شوند. احتمالاً مداخله‌های شناختی برای پرداختن به این موانع و مشکلات درمان لازم باشند. در نهایت، سوگیری‌های شناختی، باورهای ناکارآمد و تفکر نادرست در مواجهه و جلوگیری از پاسخ نشان می‌دهد که باید بطور مستقیم به جزء شناختی پرداخته شود (کلارک^۷، ۲۰۰۰). اخیراً در مدل درمان شناختی-رفتاری اوکانور و روبیلارد^۸ (۱۹۹۹) اینگونه مطرح شده است که فرایندهای استنتاجی ممکن است در ایجاد وسواس‌ها نقش داشته باشد. رویکرد مبتنی بر استنتاج^۹ (IBT) به جای تمرکز بر باورها یا ارزیابی‌های خاص در اختلال وسواس فکری-عملی، بر فرایند استدلالی مرتبط با شکل‌گیری وسواس تأکید می‌کند. این رویکرد از سایر مدل‌های شناختی متفاوت

-
1. Obsessive-compulsive disorder
 2. Sadock & Sadock
 3. March, Frances, Carpenter & Kahn
 4. Abramowitz
 5. Taylor & McKay
 6. Fisher & Wells
 7. Clark
 8. O'Connor & Robillard
 9. Inference-Based Therapy

است به این علت که رویکرد مبتنی بر استنتاج معتقد نیست که منبع وسواس افکار ناخوانده یا باورهای هستند که افکار مزاحم را خارج از کنترل می داند. در واقع، در این رویکرد ادعا می شود که ارزیابی ها و باورها بطور منطقی از تردیدهای اولیه در اختلال وسواس فکری-عملی ناشی می شوند.

در رویکرد مبتنی بر استنتاج اختلال وسواس فکری-عملی به عنوان اختلال تخیلی مفهوم سازی می شود. فرد حالتی از امور را تصور می کند و آن را مثل واقعیت در نظر می گیرد، شخص بجای مطالبات ادراک شده دنیای واقعی، طبق تخیل خود عمل می کند باوجود این، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مشکلاتی در ادراک واقعیت ندارند و قادر به تشخیص بین چیزهای واقعی و غیرواقعی هستند اما ممکن است اطمینان کمتر درباره آنچه که می بینند، داشته باشند (براون، کوسلین، بریتر، بائر و جنیک^۱، ۱۹۹۴). رویکرد مبتنی بر استنتاج، شک اولیه را به عنوان نقطه شروع افکار وسواسی می بیند. در واقع، دو مولفه فکری مجزا برای شک شناسایی شده است: استنباط اولیه درباره شک "شاید اجاق روشن باشد" و نتیجه آن یا استنتاج ثانویه "اگر اجاق روشن باشد خانه آتش خواهد گرفت، من همه چیزم را از دست خواهم داد و غیره". مدل ارزیابی درباره اختلال وسواس فکری-عملی معمولاً به جای استنتاج اولیه، روی استنتاج ثانویه بعدی تمرکز می کند (اوکانور، آردما و پلیسیر^۲، ۲۰۰۵ الف). اگر چه تشخیص بین استنتاج اولیه و ثانویه ممکن است بطور اولیه واضح و مشخص نباشد. با این حال، شک اولیه به عنوان اولین استنتاج در جایی که شخص دنیای ادراکات را رها می کند و به داستان های وسواسی پناه می برد، قابل شناسایی است. در مثال زیر: "من دستگیره در را می بینم (راه انداز)- احتمالاً روی دستگیره در میکروبهای باشد- احتمالاً میکروبها روی دست من قرار خواهند گرفت- احتمالاً من مبتلا به بیماری خواهم شد- احتمالاً بیماری من به افراد دیگر سرایت خواهد کرد." شک درباره دستگیره در، مقدم بر دستانش است، بنابراین شاید میکروبهای روی دستگیره در باشند، به عنوان استنتاج اولیه محسوب می شوند، چون در این نقطه شخص دنیای ادراکات را رها می کند (دیدن دستگیره)، این نقطه ای است در زنجیره استنتاج که رویکرد مبتنی بر استنتاج آن را پایه اولیه می نامد (اوکانور، کوزگی، آردما، نیکرک و تایلون^۳، ۲۰۰۹).

زنجیره افکار وسواسی همیشه با استنباط تردیدآمیز شروع می شود و بواسطه فرایند استدلالی که آشفته گی استنتاج نامیده می شود، ایجاد می گردد (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۵ الف). آشفته گی استنتاج دو

1. Brown, Kosslyn, Breiter, Baer & Jenike

2. Academe & Pe'Issie

3. Koszegi, Seguin, Niekerk & Taillon

مؤلفه دارد: الف) سرمایه‌گذاری روی احتمالات و ب) بی‌اعتمادی درباره احساسات و ادراکات معمول. این دو مؤلفه با هم فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی را بدون شواهد معتبر در مورد شک، در استنتاج شک دچار آشفتگی می‌کند. ادعای درمان مبتنی بر استنتاج، نامعتبر کردن استدلال تولیدکننده استنتاج اولیه (شک) و برگرداندن شخص به دنیای ادراکات و احساسات معمول است که داستانهای مستدل غیرمعتبر افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی را به سمت عدم اعتماد به ادراکات هدایت می‌کند. ارتقای بینش فراشناختی در مورد ماهیت مشخص و ریشه داستان‌های وسواسی به شخص کمک می‌کند تا افکار وسواسی خود را با موقعیت قبل شروع وسواس و حوزه‌های غیر وسواسی مقایسه کند و متعاقباً اعمالش را دوباره سازماندهی کند (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۹).

ارتباط آشفتگی استنتاج با رفتارهای وسواسی در چندین مطالعه هم با نمونه‌های بالینی و هم نمونه‌های غیر بالینی اثبات شده است که بطور همسانی با نشانه‌های وسواس فکری و عملی روابط قوی تا متوسط داشته‌اند (املکامپ و آردما، ۱۹۹۹؛ آردما، کلیجر، تریه‌ری^۱، اوکانور و املکامپ، ۲۰۰۶؛ آردما، اوکانور، املکامپ، مارچند و تودورو^۲، ۲۰۰۵). اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) تلاش کردند تا کارآمدی رویکرد مبتنی بر استنتاج را برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی در مقایسه با درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و مدل ارزیابی شناختی اثبات کنند. برای این منظور تعداد ۴۴ شرکت‌کننده در هر گروه درمانی بطور تصادفی گمارده شدند، نتایج نشان داد که این سه درمان اثربخشی یکسانی در کاهش نشانه‌های وسواس فکری و عملی داشته است. در حالیکه رویکرد مبتنی بر استنتاج اصولاً برای اختلال وسواس فکری-عملی دارای افکار بیش‌بها داده شده^۳ رشد یافته است. در مقایسه با مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و مدل ارزیابی شناختی، به نظر می‌رسد اثربخشی رویکرد مبتنی بر استنتاج در کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی بادوام و پایدار است. این یافته‌های آزمایشی اشاره می‌کند که آشفتگی استنتاج با درجات متفاوت ممکن است مشخصه همه اختلالات وسواس فکری-عملی با افکار بیش‌بها داده شده و بدون افکار بیش‌بها داده شده، باشد (آردما و همکاران ۲۰۰۵؛ پلیسیر و اوکانور، ۲۰۰۲).

تاکنون به جز کارآزمایی بالینی اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) ب)، پژوهشی در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر استنتاج انجام نشده است. همچنین اثربخشی این مدل درمانی در بین مراجعین که از علائم وسواس فکری و عملی در رنج هستند بررسی نشده است، بنابراین انجام این تحقیق ضرورت داشت.

1. Kleijer & Trihey

2. Aardema, Emmelkamp, Marchand & Todorov

3. overvalued ideation

روش

طرح پژوهش

روش تحقیق مطالعه حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. در این پژوهش روش درمان مبتنی بر استنتاج به عنوان متغیر مستقل و علائم و سواس فکری و عملی و آشفتگی استنتاج به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند.

آزمودنی ها

جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ساکن شهر اردبیل در سال ۱۳۹۰ بودند. در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است (دلاور، ۱۳۸۰)، برای پیش بینی کاهش تعداد آزمودنی ها در جریان جلسات درمانی، از میان زنانی که از طریق مصاحبه بالینی سازمان یافته توسط روان شناس تشخیص اختلال وسواس را دریافت کرده بودند، تعداد ۴۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و در گروه آزمایشی و گروه کنترل (لیست انتظار) گمارده شدند. ملاک های ورود افراد مبتلا به وسواس در گروه های آزمایشی و کنترل به شرح زیر بودند: حداقل تحصیلات دبیرستان، فاقد تشخیص اختلالات سایکوتیک، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، فقدان بیماری جسمی مزمن، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ ساله و رضایت داوطلبانه بیمار.

ابزار

مصاحبه بالینی ساختار یافته^۱: این مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای تشخیص گذاری اختلالات محور یک براساس چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی^۲ به کار می رود. در مطالعه ای که توسط بسکو و همکاران او انجام شد فواید بالقوه این مصاحبه برای استفاده در کلینیک بهداشت روانی مورد آزمایش قرار گرفت و به این نتیجه رسید که این مصاحبه می تواند برای تضمین یک تشخیص پایا و دقیقی مورد استفاده قرار گیرد (محمدخانی، تابش و تمنائی فر، ۱۳۸۴).

مقیاس وسواس فکری-عملی یل-براون^۳: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن^۴ و همکاران تهیه و تدوین شده است. مقیاس یل براون شدت علائم وسواس فکری عملی را مورد سنجش قرار می دهد و در

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV- TR (SCID)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th ed., text revision (DSM-IV-TR)

3. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

4. Goodman

مورد بیمارانی به کار می‌رود که به سئوالات مصاحبه بالینی اولیه در رابطه با وسواس جواب داده‌اند. مقیاس یل براون شاخص بالینی ۱۰ آیتمی است که هر آیتم از صفر تا ۴ در رابطه با شدت علائم، فراوانی علائم، مدت زمان علائم، میزان مقاومت بیمار در انجام تشریفات درجه بندی می‌شود. ضریب پایایی بین ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. دیکون و آبراموویتز^۱ (۲۰۰۵) ضریب همبستگی مقیاس یل براون را با پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری و عملی ۰/۴۵، مقیاس باورهای براون (ایزن و همکاران، ۱۹۹۸) ۰/۳۴، پرسشنامه افسردگی بک ۰/۴۶، مقیاس اضطراب زونگک ۰/۳۸ و مقیاس ناتوانی شیهان (۱۹۸۶) ۰/۵۵ بدست آوردند. این ضرایب بیانگر اعتبار خوب و بالای این مقیاس می‌باشد. محمدخانی (۱۳۷۲) ضریب پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۸۴ گزارش نموده و اعتبار محتوایی این آزمون را با نظر متخصصان تایید کرده است.

پرسشنامه آشفتگی استنتاج:^۲ این پرسشنامه توسط آردما و همکاران (۲۰۰۵) ساخته شده است. هدف این پرسشنامه ارزیابی تمایل به خنثی کردن واقعیت و ادراک مبتنی بر اطلاعات براساس احتمالات ذهنی است. پرسشنامه آشفتگی استنتاج شامل ۱۵ آیتم است که روی مقیاس پنج نقطه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) درجه بندی شده است. ضریب همسانی درونی پرسشنامه آشفتگی استنتاج ۰/۹۰ می‌باشد. این پرسشنامه با مقیاس‌های روان رنجورخویی، اضطراب و افسردگی در هر دو نمونه بالینی و غیر بالینی همبستگی متوسطی داشته است (آردما و همکاران، ۲۰۰۵). در ترکیه یورولماز، دیریک، کرآلی و یوز^۳ (۲۰۱۰) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ۰/۸۶، بیماران دارای اختلالات اضطرابی دیگر ۰/۸۵ و در بین دانشجویان ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه بعد از دو هفته ۰/۸۷ بدست آمد. در مطالعه مقدماتی پژوهشگر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمده است.

روند اجرای پژوهش

از افرادی که با علائم اختلال وسواس فکری-عملی به مرکز مشاوره و روان درمانی مراجعه کرده بودند، توسط روانشناس مصاحبه تشخیصی به عمل آمد و بعد از تشخیص از افراد مبتلا جهت شرکت در

1. Deacon & Abramowitz

2. Inferential Confusion Questionnaire

3. Yorulmaz, Dirik, Karaali & Uvez

تحقیق رضایت نامه گرفته شد و بصورت تصادفی برای هر گروه ۲۰ نفر گمارده شدند. قبل از شروع مداخله پیش آزمون صورت گرفت. تعداد ۱۲ جلسه گروهی درمانی ۹۰ دقیقه ای (هر هفته دو جلسه) برای گروه آزمایشی اعمال شد و گروه کنترل به عنوان گروه انتظار برای درمان بعد از پایان پژوهش قرار گرفت. در جریان درمان، تعدادی از شرکت کنندگان از ادامه درمان انصراف دادند و در نهایت در هر گروه ۱۵ نفر باقی ماندند. بعد از جلسات درمانی از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، از روش تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

جدول ۱: فرایند درمان مبتنی بر استنتاج در قالب ۱۲ جلسه درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	انجام پیش آزمون، توضیح در مورد ماهیت اختلال وسواس فکری-عملی، دلایل شرکت در گروه و توضیح در مورد مدل کلی درمان
دوم	کار بر روی شناختن تفاوت بین شک وسواسی و بهنجار، توصیف توالی افکار وسواسی از جمله راه اندازهای شک، خود شک، پیامد هیجانی آن و رفتارهای تکانه ای
سوم	آشناسازی با استدلال های پشت شک
چهارم	اثبات نقش خیال پردازی در شک و آگاهی نسبت به ذهنی بودن و نامناسب بودن استدلال پشت شک وسواسی در شرایط زمانی و مکانی فعلی
پنجم	روشن کردن قدرت خیال پردازی و تبیین اینکه چگونه شک وسواسی قوی می شود و داستان متقاعد کننده ای را شکل می دهد و شخص را بصورت منطقی به سمت شک هدایت می کند
ششم	آگاهی یافتن نسبت به رها کردن واقعیت به محض درگیری در شک وسواسی و شناسایی افکار و ادراکاتی که منجر به مشغولیت با شک و رها کردن واقعیت می شود
هفتم	شناسایی استدلالهای دارای خطا به عنوان مقدمه شک وسواسی، شناسایی خطاهای طبقه بندی، عدم اطمینان به ادراکات معمولی خود و اعتماد به زنجیره خیالات
هشتم	شناختن نقش ابزارهای استدلالی وسواسی برای فاصله گرفتن از واقعیت و ایجاد داستان افکار وسواسی و کمک به ایجاد داستان غیروسواسی منطبق با واقعیت و ادراکات
نهم	شناساندن موقعیت هایی که مراجع شک ها را تجربه نمی کند و آشناسازی با انتخابی بودن شک وسواسی
دهم	شناسایی باورهای آسیب پذیر در مورد خود در داستانهای وسواسی، انتخاب باورهای منطبق با واقعیت در مورد خود و خلق داستان غیر وسواسی براساس باورهای جدید
یازدهم	آموزش مراجع در اعتماد درست به ادراکات در موقعیت وسواسی
دوازدهم	حل مسائلی که ایجاد شده، جمع بندی و انجام پس آزمون

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایشی از نظر تحصیلی ۱۳/۳ درصد سیکل، ۶۰ درصد دیپلم، ۱۳/۳ درصد فوق دیپلم و ۱۳/۳ درصد لیسانس بودند، از نظر وضعیت تاهل ۶۶/۷ درصد مجرد و ۳۳/۳ درصد متأهل بودند و از نظر شغلی ۳۳/۳ درصد بیکار، ۳۳/۳ درصد خانه دار و ۳۳/۳ درصد خانه دار بودند. در گروه کنترل از نظر تحصیلی ۲۰ درصد سیکل، ۵۳/۳ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد فوق دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس بودند، از نظر وضعیت تاهل ۷۳/۳ درصد مجرد و ۲۶/۷ درصد متأهل بودند و از نظر شغلی ۲۶/۷ درصد بیکار، ۲۶/۷ درصد خانه دار و ۳۳/۳ درصد دانشجو و ۱۳/۳ درصد کارمند بودند. همچنین دامنه سنی گروه آزمایش ۲۰ تا ۳۶ سال با میانگین ۲۴/۸۰ و انحراف استاندارد ۵/۴۸ و دامنه سنی گروه کنترل ۲۰ تا ۳۸ سال با میانگین ۲۵/۲۶ و انحراف استاندارد ۵/۹۶ می‌باشد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها		گروه آزمایش				گروه کنترل			
		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
وسواس	آلودگی	۸/۰۷	۴/۷۲	۳/۱۳	۲/۶۴	۹/۶۶	۲/۸۹	۹/۹۳	۴/۷۷
فکری	پرخاشگری	۸/۱۳	۴/۴۵	۵/۱۳	۲/۷۴	۹/۶۰	۴/۹۵	۸/۶۰	۵/۳۷
	جنسی	۱/۲۰	۲/۲۱	۱/۰۶	۱/۲۲	۲/۴۶	۲/۴۷	۱/۸۰	۲/۵۷
	مذهبی	۱/۲۰	۱/۰۸	۱/۱۳	۰/۸۳	۱/۶۷	۱/۳۰	۱/۶۰	۱/۲۹
	کلی	۲۵	۱۲/۸۳	۱۲/۷۳	۵/۹۸	۳۱/۰۷	۱۳/۱۹	۲۸/۵۳	۱۳/۵۴
وسواس	وارسی	۵/۴۰	۴/۶۲	۲/۰۷	۱/۱۶	۵/۰۶	۳/۴۵	۵	۴/۷۵
عملی	شستن	۶/۲۰	۳/۹۸	۲/۶۰	۱/۷۲	۷/۵۳	۵/۳۷	۷/۴۶	۳/۵۶
	شمارش	۱/۷۳	۱/۰۳	۰/۴۰	۰/۵۰	۱/۳۳	۳/۴۶	۱/۱۳	۰/۹۰
	نظم و ترتیب	۲/۹۳	۰/۷۰	۱/۰۷	۰/۴۵	۲/۶۷	۰/۹۷	۲/۴۰	۱/۱۸
	تکرار	۲/۵۳	۱/۰۶	۰/۶۰	۰/۵۰	۱/۹۳	۱/۰۳	۲	۱
	کلی	۲۵/۳۳	۲/۰۱	۱۰/۲۰	۰/۸۶	۲۵/۲۰	۲/۶۵	۲۳/۷۳	۲/۶۹
	آشفته‌گی استنتاج	۳۷/۲۰	۴/۹۵	۲۳/۸۶	۱۰/۸۵	۳۷/۳۵	۸/۷۲	۳۸/۸۰	۱۰/۸۰

همانطوری که جدول ۱ نشان می دهد میانگین و انحراف استاندارد علائم و سواس فکری و عملی و آشفتگی استنتاج بصورت مجزا در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۲: بررسی تفاوت سطوح متغیر مستقل در ارتباط با متغیرهای وابسته

آزمون	ارزش	F	sig	خطا Df	فرضیه Df	اندازه اثر
اثر پیلا	۰/۸۶۹	۱۴/۷۴۲	۰/۰۰۰۱	۲۰	۹	۰/۸۶۹

جدول ۲ اشاره می کند که در آزمون اثر پیلا تفاوت بین سطوح متغیر مستقل در ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی دار است. در بین آزمونهایی که در تحلیل واریانس چندمتغیری انجام می شود به دلیل حجم پایین نمونه، آزمون اثر پیلا گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون علائم و سواس فکری و عملی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	میانگین و مجموع مجذورات گروه	خطا	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	خطا	F	Sig	اندازه اثر
وسواس	۱۸۲/۵۳	۱۷/۸۹	۵۰۰/۹۳	۱۰/۲۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷		
های فکری	۳۰	۱۷/۷۸	۴۹۸	۱/۶۹	۰/۲۰	۰/۰۵		
جنسی	۲/۱۳	۱/۴۷	۴۱/۰۷	۱/۴۵	۰/۲۳	۰/۰۵		
مذهبی	۰/۱۳	۱/۰۶	۲۹/۸۷	۰/۱۲	۰/۷۲	۰/۰۰۴		
وسواس	۸۳/۳۳	۱۰/۶۲	۲۹۷/۳۳	۷/۸۴	۰/۰۰۹	۰/۲۲		
های عملی	۹۳/۶۳	۱۰/۸۰	۳۰۲/۵۳	۸/۶۷	۰/۰۰۶	۰/۲۴		
شمارش	۹/۶۳	۰/۳۵	۹/۷۳	۲۷/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹		
نظم و ترتیب	۱۹/۲۰	۰/۴۵	۱۲/۶۶	۴۲/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰		
تکرار	۳۰	۰/۵۷	۱۵/۸۷	۵۲/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵		

برای اجرای آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری ابتدا تفاضل نمره های پیش آزمون-پس آزمون علائم و سواس فکری عملی محاسبه شد، سپس بر روی تفاوت نمرات آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بکار

رفت. همانطوری که جدول ۳ نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ تفاضل نمرات علائم و سواس فکری و عملی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. البته در سواس پرخاشگری، مذهبی و جنسی تفاوت بین دو گروه معنی‌دار نبود. به عبارت دیگر، بجز سواس پرخاشگری، مذهبی و جنسی، درمان مبتنی بر استنتاج در کاهش علائم و سواس فکری و عملی موثر بوده است. برای تفاضل نمرات کلی و سواس فکری و عملی و آشفته‌گی استنتاج آزمون t مستقل بکار برده شد که برای کل و سواس فکری ($t=2/47$ و $p<0/020$)، برای کل و سواس عملی ($t=5/26$ و $p<0/0001$) و برای آشفته‌گی استنتاج ($t=5/70$ و $p<0/0001$) تفاوت بین دو گروه بطور معناداری متفاوت بود. اندازه اثر گزارش شده برای علائم و سواس فکری و عملی البته در مواردی که تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود، از ۰/۲۲ تا ۰/۶۵ بوده که نشان‌دهنده اندازه اثر مناسب می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در رویکرد درمانی مبتنی بر استنتاج فرض بر این است که شخص مبتلا به اختلال و سواس فکری-عملی در ادراک درست یا احساس واقعی دچار نقص است و تقریباً احتمال وجود رخدادی را صرفاً براساس داده‌های ذهنی برآورد می‌کند، بطوری که فرد احتمال ذهنی و بعید را هم در غیاب شواهد حمایت‌کننده و یا هم حتی علی‌رغم حضور شواهد متناقض می‌پذیرد، بنابراین هدف درمان نامعتبر کردن استدلال‌های تولیدکننده استنتاج‌های تردیدآور و برگرداندن شخص به دنیای احساسات و ادراکات معمول است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر استنتاج بر علائم و سواس فکری و عملی انجام شد. نتایج مقایسه تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون علائم و سواس عملی نشان داد که نمرات و سواس عملی در گروه آزمایش و کنترل بطور معناداری متفاوت می‌باشد. نمرات و سواس‌های عملی شستن، واریسی، شمارش، تکرار و نظم و ترتیب در گروه آزمایشی بطور معنی‌داری کاهش یافته بود که حاکی از تاثیر درمان مبتنی بر استنتاج بر و سواس‌های عملی می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات موردی پیر دلمور^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) و اوکانور و همکاران (۲۰۰۵)ب) هماهنگ می‌باشد.

همچنین نتایج نشان داد گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل نمرات و سواس فکری کلی و آلودگی در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است این یافته نیز با مطالعات موردی پیر دلمور و همکاران (۲۰۱۱)،

اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) و اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگ می باشد. موثر بودن درمان مبتنی بر استنتاج از ادعای این رویکرد درباره اینکه وسواس های فکری و عملی با استنباط تردید آمیز شروع می شود، حمایت می کند. همچنین مطالعاتی که نشان داده اند افراد با نمرات بالا در وسواس کمتر براساس واقعیت و بیشتر بصورت ذهنی بین محتوای افکار مزاحم و مفهوم بی واسطه افکارشان ارتباط برقرار می کنند (جولین^۱ و همکاران، ۲۰۰۹)، دو مطالعه آزمایشی که استدلال رسمی را بررسی کرده اند و نشان دادند که افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی احتمالات موجود را قابل قبول تر می دانند و این می تواند اعتقاد به نتیجه گیری منطقی اولیه را تحت تاثیر قرار دهد (پلیسیر و اوکانور، ۲۰۰۲؛ پلیسیر، اوکانور و دوپوس^۲، ۲۰۰۹)، آرما و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که بین میزان احتمالات ذهنی و نشانه های بالینی اختلال وسواس فکری- عملی ارتباط وجود دارد. ارتباط آشفتگی استنتاج با رفتار وسواس فکری و عملی در چندین مطالعه هم با نمونه های بالینی و هم نمونه های غیر بالینی اثبات شده است که بطور همسانی با نشانه های وسواس فکری و عملی روابط قوی تا متوسط داشته اند (املکامپ و آرما، ۱۹۹۹؛ آرما و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶) و اینها از اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر استنتاج حمایت می کند.

همچنین نتایج نشان داد که بعضی از وسواس های فکری مثل وسواس جنسی، مذهبی و پرخاشگری در گروه آزمایشی بطور معنی داری کاهش نیافته بود، که این نتیجه با مطالعات موردی پیر دلمور و همکاران (۲۰۱۱)، اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) و اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگ نمی باشد. نتایج مربوط به وسواس جنسی و مذهبی بدین گونه توجیه می گردد که افراد شرکت کننده در تحقیق، اصولاً دارای وسواس مذهبی و جنسی نبودند که درمان مبتنی بر استنتاج روی این موارد تاثیر گذار باشد. گرچه در مطالعات متعددی، آشفتگی استنتاج با نشانه های وسواس فکری و عملی مرتبط است اما بعضی تناقض هایی در مورد نقش آشفتگی استنتاج بر حوزه رفتارهای وسواسی وجود دارد (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۵ الف). وسواس های فکری درباره آسیب به خود و دیگران، وسواس مذهبی و جنسی نیازمند کار بیشتری است تا نقش آشفتگی استنتاج در همه وسواس های عملی تایید گردد. همچنین در مورد وسواس پرخاشگری می توان گفت که رویکرد مبتنی بر استنتاج روی دلایل شناختی بنیادین برای شکل گیری وسواس فکری و عملی تمرکز می کند، بنابراین به نظر می رسد تغییر پایدار در افکار وسواسی و اصلاح روند استدلال ها و استنتاج های مبتنی بر واقعیت نیازمند جلسات درمانی بیشتری باشد، بطوری که در مطالعه موردی اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) در ۱۶ جلسه و مطالعه کارآزمایی بالینی اوکانور و

1.Julien

2.Dupuis

همکاران (۲۰۰۵ب) در ۲۰ جلسه اجرا شده است.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که، در مقایسه با گروه کنترل، میزان آشفته‌گی استنتاج بطور معنی داری در گروه آزمایشی کاهش یافته است. این یافته نیز هماهنگ با مطالعه اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) می باشد. این نتیجه هماهنگ با یافته آردما و همکاران (۲۰۰۵الف) است که، در جریان درمان شناختی- رفتاری، میزان آشفته‌گی استنتاج کاهش و این کاهش با پیامد درمانی مرتبط بوده است. بنابراین، به نظر می رسد که تغییرات در آشفته‌گی استنتاج ممکن است عنصر شناختی مهم برای درمان موفقیت آمیز برای همه افراد تحت درمان باشد. می توان بیان کرد که آشفته‌گی استنتاج برای تمیز گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی از دیگر گروه های اضطرابی و گروه کنترل حتی بعد از کنترل باورهای وسواسی و اضطراب ابزار مناسبی است. آشفته‌گی استنتاج بعد از کنترل تنیدگی کلی، اضطراب، افسردگی، بطور معنی داری نشانه های اختلال وسواس فکری- عملی را پیش بینی می کند (آردما و همکاران، ۲۰۰۹).

از آنجایی که درمان ارائه شده در طرح تحقیق حاضر به صورت گروهی بوده و به دلیل وجود پویایی های گروه و نقش اعضای گروه در ترغیب همدیگر برای همکاری و ادامه درمان و افزایش امید به درمان، توصیه می شود درمان مبتنی بر استنتاج بصورت گروهی برای درمان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در سایر گروه های سنی و جنسی نیز اجرا شود. همچنین چون رویکرد مبتنی بر استنتاج در همه مواردی که سطوح بالایی از اعتقاد و شک وسواسی وجود داشته باشد و یا در مواردی که افکار وسواسی عجیب و غریب، بیش بها داده شده باشد، سودمندتر است (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۵الف). بنابراین توصیه می شود که این رویکرد درمانی بر روی افراد دارای اعتقاد وسواسی و افکار بیش بها داده شده و همچنین برای درمان اختلالات نظیر خودبیمارپنداری و بدشکلی بدنی نیز اجرا شود.

کتابنامه

دلاور، علی (۱۳۸۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم اجتماعی و اجتماعی، تهران: انتشارات رشد.

محمدخانی، پروانه (۱۳۷۲). بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علایم در مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.

محمدخانی، پروانه؛ جهانی، عذرا؛ و تمنائی فر، شیما (۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات دی اس ام، تهران: انتشارات فرادید.

- Aardema, F., Kleijer, T.M.R., Trihey, M., O'Connor, K., & Emmelkamp, P. (2006). Inference processes, schizotypal thinking and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Rep*, 99, 213-220.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293-308.
- Aardema, F., O'Connor, K., Pélissier, M.-C., & Lavoie, M. (2009). The quantification of doubt in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 188-205.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Brown, H.D., Kosslyn, S.M., Breiter, H.C., Baer, L., & Jenike, M.A. (1994). Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percepts and mental images? A signal detection analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 445-454.
- Clark, L.A. (2000). Cognitive behavior therapy for obsessions and compulsions: new applications and emerging trends. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 30, 129-147.
- Deacon, B.J., & Abramowitz, J.S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(5), 573-585.
- Emmelkamp, P.M.G., Aardema, F. (1999). Metacognition specific obsessive compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 6, 139-145.
- Fisher, P.L., & Wells, M.J. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Giles, D. (2002). *Advanced research methods in psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heniger, G. R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Julien, D., O'Connor, K., & Aardema, F. (2009). Intrusions related to obsessive-compulsive disorder: A question of content or context? *Journal of Clinical Psychology*, 65, 709-722.

- March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. A. (1997). Expert consensus guidelines for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 5–72.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pe'lissier, M. (2005a). *Beyond reasonable doubt reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*, Manchester: John Wiley & Sons Ltd.
- O'Connor, K.P., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to modifying primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 1–17.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Aardema, F., Seguin, F., Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 420–429.
- O'Connor, K.P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Rebilled, S., Pelissier, et al. (2005b). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy*, 34(3), 148-63.
- Pe'lissier, M.C., & O'Connor, K. (2002). The role of inductive reasoning in obsessional doubt. Abstracts, 32nd European Advancement for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Maastricht, The Netherlands.
- Pélissier, M.C., O'Connor, K. P., & Dupuis, G. (2009). When doubting begins: Exploring inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 39–49.
- Sadock, b., & Sadock, V. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*, New York: Lippincott Willims&Wilkins,
- St-Pierre-Delorme, M-E., Lalonde, M.P., Perreault, V., Koszegi, N., & O'Connor, K. (2011). Inference-Based Therapy for compulsive hoarding: a clinical case study. *Clinical Case Study*, in press, 1-13.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2006). Cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of OCD: Fundamentals and beyond* (pp. 9–29). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Yorulmaz, O., Dirik, G., Karaali, O., & Üvez, E. (2010). The Psychometric Properties of the Inferential Confusion Scale Based in Turkish Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*, 21(2), 135-142.



استاد به این مقاله: معینی زاده، مجید؛ طباطبایی، محمود؛ مهram، بهروز (۱۳۹۲). مدت اسارت، حمایت اجتماعی و اختلال استرس پس از سانحه در آزادگان شهر مشهد. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۱)، ۸۰-۶۹.

مدت اسارت، حمایت اجتماعی و اختلال استرس پس از سانحه در آزادگان شهر مشهد

دکتر مجید معینی زاده^۱، دکتر سید محمود طباطبایی^۲، دکتر بهروز مهram^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۹

چکیده

یکی از شایع ترین اختلالاتی که در افراد دارای تجربه اسارت جنگی مشاهده می شود، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است. در این مطالعه که با هدف بررسی وضعیت روان شناختی آزادگان شهر مشهد و ارزیابی "مولفه های بنیادین سازش یافتگی" در آنان انجام شد، ۱۱۰ نفر آزاده به صورت نمونه در دسترس و با استفاده از فرمول پیشنهادی برگ و گال (۱۹۸۹) انتخاب گردیدند. پس از مطالعه ای مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از آزادگان جنگ تحمیلی، آزمون استرس پس آسیمی (RIES) و تست حمایت اجتماعی (S.S.S) بر روی نمونه اصلی انجام و با هدف تشخیص افتراقی، همراه با پرسشنامه ها، مصاحبه تشخیصی انجام شد. داده ها با استفاده از روش های آماری همبستگی و تحلیل واریانس (ANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش، رابطه ای معکوس میان طول مدت اسارت و اختلالات روانی - رفتاری آزادگان را نشان داد. یافته های پژوهش حاضر، همسو با پژوهش های داخلی و ناهمخوان با پژوهش های خارجی است. پابندی مذهبی، مکان نگهداری اسرا، ایمان و پایداری، صبر بر مشکلات در طول مدت اسارت، از عوامل اثرگذار در کاهش علائم اختلالات روانی - رفتاری معمول در آزادگان است.

کلیدواژه ها: اسارت، آزاده، اختلالات روانی - رفتاری، سازش یافتگی، مذهب

1 دکترای روان شناسی و پژوهش بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول) Email: moinyzadeh@gmail.com

2 استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران.

3 دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد.

مقدمه

ساختار جامعه صنعتی امروز نسبت به جوامع بشری به گونه ای است که احتمال ابتلای افراد بشر را به اختلالات افزایش داده است. امروزه با توجه به مشکلاتی که در جامعه وجود دارد، مصونیت از فشارهای روانی تقریباً غیر ممکن است. این مسئله برای افرادی که در شرایط خاص زندان، اسارت و جنگ به سر برده اند، بیشتر مطرح است. تحقیقات نشان داده است که پس از وقوع حوادث و اتفاقات شدید هیجانی از قبیل: جنگ، اسارت، زلزله، سیل و تصادفات، انسانها دچار واکنش های ناخوشایند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱، استرس، افسردگی و اضطراب می شوند. در پژوهشی که بر روی ۲۱۴۰ زن و ۱۶۶۲ مرد، از پناهندگان غیر نظامی غرب آفریقا که پس از جنگ داخلی سیرالئون در سال های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶ انجام شد، نتایج نشان داد که اختلال استرس پس از سانحه در میان پناهندگان، بسیار شایع بود (وینسون، چنج، ۲۰۱۲)^۲.

استفاده از جنگ افزارها، تاکتیک و تکنیکهای پیشرفته در جنگ، تلفات انسانی و اختلالات زیادی را به بار آورده است، به طوری که پس از پایان جنگ، دولت و ملتهای درگیر، با مشکلات عدیده و هزینه های هنگفتی برای درمان آسیب دیدگان خود مواجه بوده اند. در مطالعه ای که در مراکز یوگسلاوی بر روی ۵۲۶ نفر صورت گرفت، گزارش شد که ۴۶۳ نفر از آنان دچار PTSD هستند که، خدمات رسانی به آنان هزینه های زیادی را به وجود آورده است. (پریب، و همکاران^۳، ۲۰۱۰).

اختلال PTSD، اولین بار توسط انجمن روان پزشکی آمریکا، در سال ۱۹۸۰ جزء طبقه بندی های تشخیصی اختلالات روانی قرار گرفت. در مطالعه ای که جهت برآورد میزان شیوع و شدت اختلال استرس پس از سانحه در بین ۲۰۰ مرد کویتی صورت گرفت، چهارگروه پنجاه نفری: نظامیان بازنشسته، نظامیان فعال، رزمندگان شرکت کننده در جنگ و اسیران جنگی انتخاب شدند. مقیاس های اختلال استرس پس از سانحه، عزت نفس، و مقیاس رویداد (RIES)^۴ مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۶۳ نفر از افراد مطالعه شده، دارای ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای اختلال استرس پس از سانحه بوده، گروهی که به عنوان اسیر جنگی در زندان بوده اند، در مقایسه با سه گروه دیگر، فراوانی و علائم بیشتری از

1 Posttraumatic Stress Disorder

2 Vinson and Chang

3 Priebe, et al

4 Impact of Even scale-Revised

این اختلال را نشان دادند (فاوزیا و همکاران^۱، ۲۰۰۸). بابیک^۲ و سینانویک^۳، (۲۰۰۴) در پژوهشی به مقایسه رزمندگان اسیر شده و فاقد تجربه اسارت پرداخته و گزارش نمودند که اسیران جنگی، در مقایسه با کسانی که اسارت را تجربه نکرده بودند، از شدت بیشتری در ابتلاء به PTSD برخوردارند. گلد^۴ و همکاران (۲۰۰۰). در مطالعه ای با هدف مقایسه ۹۸ اسیر جنگی آزاده شده ویتنامی با ۹۸ خلبان نیروی هوایی ویتنام که فاقد این تجربه بودند انجام شد، گزارش نمودند، که در این افراد اختلالات بیشتری به ثبت رسیده است. بر اساس نتایج این مطالعه، زندانیانی که در اردوگاههای دشمن اسارت را تحمل کرده بودند، قادر به پذیرش بعضی از معیارهای جامعه نبوده، زمانی که با عواملی استرس زا از قبیل: عوامل مالی و اجتماعی روبرو می شدند، قدرت تحمل کمتری داشتند. از این تعداد، ۵۶ نفر از همسرانشان جدا شده و تنهایی به زندگی ادامه می دادند. سایگ^۵ (۱۹۹۱) گزارش نمود که خاطرات باقی مانده از جنگ بزرگ لندن، کابوسها و اختلالاتی را برای خواب به دنبال داشته است. همچنین تحقیقات دیگر، میزان شیوع پنج گروه مطالعات همه گیر شناسی در باره شیوع PTSD بین سربازان جنگی را در حدود ۷۰٪ عنوان می کنند (مک فارلن و دی گیرلم، ۱۹۹۶).

در پژوهشی که توسط گلدستین^۷ و همکاران (۱۹۸۷) بر روی ۴۱ اسیر ژاپنی جنگ جهانی دوم انجام گرفت، گزارش گردید که مدت زمان سپری شده پس از آزادی، سبب از بین رفتن اختلال نمی شود؛ آنان مشاهده نمودند که اسیران آزاده شده با وجود گذشت ۴۰ سال از آزادی آنها و بازگشت به وطن، هنوز از هجوم افکار هنوز از هجوم افکار ناخواسته، کابوس های شبانه و پریشان کننده و اختلال PTSD در رنج بوده اند. ناخواسته، کابوس های شبانه و پریشان کننده و اختلال PTSD در رنج بوده اند. این در حالی است که برخی تحقیقات انجام شده در داخل کشور نتایجی متفاوت را گزارش نموده اند. نشاط دوست (۱۳۷۱) پژوهشی را بر روی ۱۲۹ نفر از آزادگان شهر اصفهان و با هدف بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه در بین آزادگان به انجام رسانده است، گزارش نمود که ۵۹/۷ درصد آزادگان، دارای علائم PTSD تشخیص داده شدند. نتایج به دست آمده نشان داد که شدیدترین اختلالات در گروهی مشاهده شد که به صورت تصادفی اسیر شده و از انگیزه ای بالا برای حضور در جبهه برخوردار نبوده اند. درحالی که

1 Fawziyah

2-Babic

3-Sinanovic

4-Gold

5-Saigh

6-McFarlane, & De Girolamo

7-Goldstein

افراد با انگیزه مذهبی بالا، اختلالات کمتری را نشان دادند. بر این اساس است که نقش اعتقادات و هدفدار بودن شرکت در جنگ به عنوان عاملی مهم مطرح می‌گردد، و اینکه اعتقادات؛ زندانی خسته و رنج دیده را به رهایی امیدوار ساخته و در نتیجه کمتر دچار اختلالات خلقی می‌گردد. مشاهدات ویکتور فرانکل^۱ در اردوگاه نازی‌ها طی جنگ جهانی دوم، نشان داد که تنها آنانی که تکیه گاه اخلاقی و روحانی را ازدست می‌دادند، گرفتار تاثیرات مخرب زندگی اردوگاهی می‌شدند (نوربالا، نریمانی، ۱۳۷۴). بر این اساس پژوهشگر در این تحقیق به دنبال بررسی رابطه میان مدت اسارت و شدت اختلالات در میان آزادگان شهر مشهد است. از طریق یافته‌های این مطالعه، دلایلی برای کاهش فرسودگی‌های روانی در میان آزادگان با مدت اسارت بالا، قابل تبیین است.

روش پژوهش

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق، توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. این مطالعه از لحاظ هدف، تحقیقی کاربردی قلمداد می‌گردد؛ چرا که بر اساس یافته‌های این مطالعه، می‌توان دلایل و عواملی را برای افزایش بهداشت روانی رزمندگان در جبهه‌های جنگ شناسایی و راهکارهایی را برای متولیان و برنامه ریزان منابع انسانی در عرصه نظامی و دفاعی ارائه نمود. جامعه آماری این پژوهش ۱۷۰۰ نفر از آزادگان ساکن شهر مشهد بوده که دارای پرونده و شناسنامه هویتی در ستاد آزادگان شهر مشهد بوده‌اند. توزیع آزادگان بر حسب سنوات اسارت و سن آنها در هنگام اجرای پژوهش در جدول ذیل ارایه شده است.

جدول ۱ توزیع فراوانی آزادگان بر حسب سنوات اسارت و سن

مدت اسارت	فراوانی	درصد	سن افراد	فراوانی	درصد
۲-۴	۴۴	۴۰	۲۰-۳۰	۱۴	۱۲/۷
۴/۱-۶	۱۱	۱۰	۳۱-۴۰	۶۶	۶۰
۶/۱-۸	۵۱	۴۶/۴	۴۱-۵۰	۲۳	۲۰/۹
۸/۱-۱۰	۴	۳/۶	۵۱-۶۰	۷	۶/۴
جمع	۱۱۰	۱۰۰	جمع	۱۱۰	۱۰۰

جهت تعیین حجم نمونه از روش پیشنهادی برای مطالعات همبستگی (برگ و گال، ۱۹۸۹) استفاده شد. بدین منظور و ابتدا در قالب مطالعه ای مقدماتی، سی نفر از آزادگان انتخاب و پرسشنامه بر روی آنان

1-Victor Frankl

اجرا سپس بر اساس همبستگی و ارزش واریانس مشاهده شده، حجم نمونه نهایی به کمک فرمول $(n = Z^2 S^2 / d^2)$ برابر ۱۱۰ نفر تعیین گردید. در این پژوهش، نمونه گیری بصورت نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انجام شده است، بدین صورت که پژوهشگر در محل ستاد آزادگان حضور یافته و مصاحبه و اجرای پرسشنامه ها را بر عهده داشته است.

ابزارهای اندازه گیری

در این مطالعه از مقیاس پس آسیبی (RIES) و نیز تست حمایت اجتماعی^۱ استفاده شده است. مقیاس بازننگری شده پیامد رویداد، دارای ۱۵ ماده است که از طریق اظهار نظرهای متداول افرادی که دگرگونی های زندگی را اخیراً تجربه نموده اند، استخراج شده اند. براساس مصاحبه های عمیق، پژوهشگران توانسته اند به دو مولفه اصلی یعنی "تسخیر"^۲ و "اجتناب"^۳ دست یابند. پاسخ های تسخیری در فرد براساس هجوم افکار ناخواسته، رویا های پریشان کننده یا بروز نوعی احساسات و رفتارهای تکراری یا قالبی مشخص می شود. درحالی که پاسخ های اجتنابی، در برگیرنده محدودیت های فکری، افکار و پیامدها و معانی رویدادها، کاهش دریافت های حسی و بازداری رفتار، فعالیت های ضد-هراسی^۴ و هشیاری نسبت به بی حسی یا کاهش دریافت های هیجانی هستند. این مولفه ها و شیوه ای که فرد آنها را تجربه نموده است، در گزارش های روان شناختی دوباره آنان نسبت به تنیدگی نیز دیده شده است. بنابراین مجموع نمرات این دو زیر مقیاس، پیامد کلی رویداد را ارزشیابی می کند (دادستان، ۱۳۷۶). پایایی زیر مقیاس های تسخیر و اجتناب، نیز با روش آزمون _ آزمون مجدد محاسبه گردید. پایایی تست از طریق همسانی درونی آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹. محاسبه شده است. و برای مطالعه روایی RIES، از روایی ملاکی همزمان استفاده شد.

برای مطالعه میزان حمایت اجتماعی از مقیاس حمایت اجتماعی که در جهت حمایت های بعد از اسارت بکار گرفته می شود، استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۱ سؤال است که کاربرد آن با هدف آگاهی از تاثیر حمایت های بعدی موثر، بر کاهش آلام و مشکلات آنان بوده است. پایایی تست به روش مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر انجام شد. پایایی ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ بود. همچنین برای روایی تست از روش ملاکی استفاده گردیده است که ضریب همبستگی برابر با ۰/۹۷ ($P < .001$).

1-Social support Scale

2-Intrusion

3-Avoidance

4-Counter phobic

مشاهده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر از مجموع ۱۷۰۰ نفر آزاده مشهودی، ۱۱۰ نفر بصورت نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب گردیدند، و با احتساب نقطه میانی ۵ سال به دو دسته سنوات پایین و بالای اسارت تقسیم بندی گردیدند که شاخص‌های توصیفی اختلالات در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی اختلالات بر حسب سنوات

آماره	کلیه آزادگان		آزادگان با سنوات پایین		آزادگان با سنوات بالا	
	PTSD	حمایت اجتماعی	PTSD	حمایت اجتماعی	PTSD	حمایت اجتماعی
میانگین	۱۳/۸	۲۹/۷۰	۱۷/۸۹	۳۱/۲۹	۱۰/۶۴	۲۸/۴۶
انحراف معیار	۳/۴۸	۳/۳۸	۴/۲۹	۷/۵۹	۳/۳۵	۲/۷۶
واریانس	۴۲/۲۴	۳۸/۶۷	۱۸/۴۷	۵۷/۷۴	۳۷/۹۳	۲۱/۰۷
تعداد	۱۱۰		۴۸		۶۲	

با مشاهده جدول شماره ۲، میانگین نمره اختلالات در گروه با مدت زمان اسارت کمتر (۱۷/۸۹) در مقایسه با میانگین نمره اختلالات در گروه با مدت زمان اسارت بیشتر (۱۰/۶۴)، تفاوت چشمگیری را نشان می‌دهد. مساله‌ای که در تضاد با پژوهش‌های خارجی و همسو با پژوهش‌های داخلی است. در ادامه و به منظور بررسی رابطه طول مدت اسارات با میزان شیوع اختلالات، همبستگی رابطه طول مدت اسارت و اختلال PTSD آزادگان مد نظر قرار گرفت، که نتایج در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳ نتایج همبستگی بین متغیرهای طول مدت اسارت و میزان شیوع اختلالات

مدت اسارت	PTSD	تسخیر	اجتناب
r=1.000 . N=110	r=-.518** p=.000 N=110	r=-.522** p=.000 N=110	r=-.334** p=.000 N=110
مدت اسارت			
PTSD	r=-.518** p=.000 N=110	r=.873** p=.000 N=11	r=.804** p=.000 N=11
تسخیر	r=-.522** p=.000 N=110	r=1.000 . N=110	r=.412** p=.000 N=110
اجتناب	r=-.334** p=.000 N=110	r=.804** p=.000 N=11	r=1.000 . N=110

با توجه به همبستگی منفی معنادار ($P < .05$) بین طول مدت اسارت و PTSD، تسخیر و اجتناب، رابطه ای معکوس میان طول مدت اسارت و مقوله PTSD مشاهده شد. این بدین معنی است که آنانی که اسارت کمتری را تحمل کرده اند، دارای اختلال بیشتری نسبت به آنانی که اسارت بالاتری دارند، می باشند. هم چنین جهت برآورد نقش حمایت های اجتماعی - خانوادگی بر کاهش اختلالات روانی، ضریب همبستگی یک سویه پیرسون بین PTSD و حمایت اجتماعی مد نظر قرار گرفت، که نتایج در جدول ۴ ذکر شده است.

جدول ۴ نتایج همبستگی بین متغیرهای حمایت اجتماعی و میزان شیوع PTSD

اجتناب	تسخیر	PTSD	حمایت اجتماعی	
$r=.116^{**}$ $p=.114$ $N=110$	$r=.293^{**}$ $p=.001$ $N=110$	$r=.129$ $p=.089$ $N=110$	$r=1.000$. $N=110$	حمایت اجتماعی
$r=.804^{**}$ $p=.000$ $N=11$	$r=.873^{**}$ $p=.000$ $N=11$	$r=1.000$. $N=110$	$r=.129$ $p=.089$ $N=110$	PTSD
$r=.412^{**}$ $p=.000$ $N=110$	$r=1.000$. $N=110$	$r=.873^{**}$ $p=.000$ $N=110$	$r=.293^{**}$ $p=.001$ $N=110$	تسخیر
$r=1.000$. $N=110$	$r=.412^{**}$ $p=.000$ $N=110$	$r=.804^{**}$ $p=.000$ $N=11$	$r=.116^{**}$ $p=.114$ $N=110$	اجتناب

با توجه به جدول ۴، گرچه در حالت کلی بین حمایت اجتماعی و PTSD همبستگی وجود ندارد، اما در مولفه های PTSD یعنی تسخیر، بخشی که فرد با هجوم افکار ناخواسته، رویا های پریشان کننده و یا بروز نوعی احساسات و رفتارهای تکراری یا قالبی مواجه است، همبستگی معنی دار وجود دارد.

نتیجه گیری

صحنه جنگ، موقعیتی است که به دلیل شرایط متنوع تهدید کننده، "تندگی" همواره در آن وجود دارد. زندگی در شرایط دشوار، وجود عوامل متعدد آسیب زا، مشاهده بدنهای پاره پاره شده همزمان، تحمل بی خوابی و گرسنگی و ترس مداوم از مرگ، همواره رزمنده را بطور طبیعی، در معرض تندگی های مزمن قرار می دهد. با این حال، دستگیری توسط کسانی که با سلاحهای آتشین پیش روی او ایستاده اند و انتقال از جبهه خودی به جبهه دشمن و پس از آن، انتقال به اردوگاههای اسرای جنگی، اسارات در دست دشمن، انواع شکنجه های روحی و روانی، یکنواختی و سکوت، بی خبری از دنیای خارج، عدم

ارتباط با دیگران و نامعلوم بودن آینده اسیر، بی تردید توان فرساترین و فشارزاترین دوران زندگی اسیر خواهد بود (بهرامی و همکاران، ۱۳۷۸).

اسارت پدیده‌ای است که محدودیت‌های خاصی را در تمام جوانب زندگی اسیر چه به لحاظ جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و... بر او تحمیل، و بسته به شدت استرس‌ورهای وارده؛ اعم از اینکه در زمان دستگیری یا دوران اسارت و یا مسایل دیگری که برای او رخ داده، اختلالات عصبی و روانی را برای او به دنبال داشته است. ویکتور فرانکل، روانپزشک گرفتار آمده در اردوگاه‌های نازی، از این اختلالات به عنوان سندرم اردوگاه‌های متمرکز (سندرم K.Z)^۱، سندرم بازماندگان^۲، سندرم پس از اردوگاه‌های متمرکز^۳، سندرم ارباب برده^۴، و سندرم سیم‌های خاردار یاد می‌کند (فرانکل، فرنودی، میلانی ۱۳۸۰).

اورسانو^۵ و همکاران (۱۹۸۱) در گزارش نسبتاً مفصلی که پیرامون زندانیان جنگ یا اسیران جنگی منتشر کردند، بیان می‌دارند که هر حادثه شدیدی در زندگی اختلالات روانی را به همراه داشته و دارد، بر این نکته تأکید می‌ورزند که اسارت یکی از شدیدترین حوادث زندگی انسانی قلمداد می‌شود. اسیر در زمان گرفتاری، عمق ضربه روانی برایش مشخص نیست، لیکن به محض رهایی از چنگال دشمن خود را گرفتار این ضربه می‌پندارد و راه‌گزینی را پیش رو نمی‌بیند. لذا از تمام تعلقات زندگی اعم از جامعه، خانواده، و دوستان جدا شده و این جدایی فشار مضاعفی را به اسیر وارد نموده و سبب تشدید اختلالات وی می‌گردد.

پژوهش‌های بین‌المللی نشان داده‌اند که اسرا مدتها پس از آزادی؛ از اختلالات خلقی، رفتاری و شناختی رنج می‌برده‌اند که معمولاً مانع تطابق مجدد آنها با جامعه بوده است. هورویتز^۶ طی بررسی‌های خود در سال ۱۹۷۶ در باره اختلالات روان پزشکی ناشی از تروما یادآوری می‌کند که بیشترین عوامل استرس‌زایی که زندگی اسیر را در بر می‌گیرد عبارتند از: ترس از تکرار حادثه استرس‌زا، احساس شرمندگی و بیچارگی، احساس پوچی، خشم نسبت به مصیبت وارده، احساس گناه یا خجالت در مورد تکانه‌های پرخاشگری، احساس گناه از زنده ماندن خود، در حالی که دیگران از بین رفته‌اند، ترس از همدلی و یک رنگ شدن با قربانیان حادثه و حسرت برای امور از دست رفته (هورویتز و همکاران، ۱۹۹۵).

1-K.Z Syndrome

2-The Survivor Syndrome

3-The Post Concentration Camp Syndrome

4-The Muster-Slove Syndrome

5-Ursano, et al

6-Horowitz

پژوهش ها نشانگر این واقعیت است که اگر چه وارد آمدن صدمات جسمی، روانی و عاطفی بر کسانی که به طور طولانی در اسارت بوده اند امری مسلم است، لیکن هدف و ماهیت جنگ، عامل مهمی است که می تواند اسارت را توجیه کند (نور بالا، نریمانی، ۱۳۷۴). نیچه ۱ به نقل از فرانکل (۱۹۶۳) می گوید "هر کس چرایی برای زنده بودن داشته باشد، با هر گونه مشکلی خواهد ساخت" در اسارت نیز وقتی انسان دلیلی برای گرفتاری خود داشته باشد، با هر وضعیت دشواری خواهد ساخت؛ واکنش های ملایمتری در برابر استرس ها نشان خواهد داد. مثلاً در جنگ های آزادی بخش و مردمی، به دلیل روشن بودن ماهیت و هدف جنگ، اختلالات روانی اسیران کمتر گزارش شده است. همچنین اگر زندگی هدفمند و با معنا باشد، رنج نیز معنا خواهد داشت. معنای زندگی را نمی شود به کسی تلقین نمود بلکه هرکسی خود باید معنای زندگی را دریابد و مسئولیت آنرا بپذیرد (فرانکل/معنوی ۱۳۶۶).

نور بالا، نریمانی، (۱۳۷۴) به نقل از ویکتور فرانکل، تصریح می کنند که اسیرانی که بصورت داوطلب در جنگ حضور پیدا کرده و در میدان نبرد اسیر شده بودند، نسبت به افرادی که در حمله به دشمن شرکت نداشته و با حمله دشمن اسیر شده بودند و یا آنانی که بخاطر سپری کردن دوران وظیفه مجبور به حضور در جبهه بوده و اسیر گشته و به اردوگاهها انتقال یافته بودند، دارای روحیه ای بالاتر و مقاوم تر در مقابل مشکلات بودند. با توجه به پیشنه های خارجی موجود، چنین استنتاج می شود که به علت شرایط اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی متفاوت، واکنش های اسرای آزاد شده در فرهنگ غیر ایرانی - اسلامی، دارای شباهتها و نیز افتراق های بسیاری با اسرای جنگ تحمیلی است. به عنوان مثال ارتباط معکوس بین طول مدت اسارت و اختلالات روانی از جمله افتراق هایی است که در این بین دیده می شود. مساله ای که در تضاد با پژوهش های خارجی و همسو با تحقیقات داخلی است. در واکاوی این یافته که اسیران با مدت اسارت بیشتر چرا شدت اختلال کمتری را نسبت به اسیران با مدت اسارت کمتر داشته اند، می توان توجه به هدف و اعتقادات دینی و مذهبی را مهم دانست. اشارات متعدد قرآن به این نکته " که کسانی که یاد خدا می کنند و استقامت می ورزند فرشتگان بر آنان نازل می شوند که نرسید و غمگین مباشید، و بشارت باد بر شما به آن بهشتی که به شما وعده داده شده است. ۲ و یا مؤمنان، تنها کسانی هستند که هرگاه آیات خدا بر آنها خوانده می شود، ایمانشان فزونتر می گردد؛ و تنها بر پروردگارشان توکل دارند ۳. و یا آنجا که

1-Nicheh

2-سوره ۸ آیه ۲

3-سوره ۲ آیه ۸

۳-سوره ۵ آیه ۱۱

دشمنان قصد اذیت و آزار مومنین را دارند خداوند می‌فرماید که: ای کسانی که ایمان آورده‌اید نعمتی را که خدا به شما بخشیده، به یاد آورید؛ آن زمان که جمعی (از دشمنان)، قصد داشتند دست به سوی شما دراز کنند (و شما را از میان بردارند)، اما خدا دست آنها را از شما باز داشت. از خدا پرهیزید و مؤمنان باید تنها بر خدا توکل کنند^۱. در حالی که حضرت علی (ع) در جنگ صفین، در وصف اصحاب پیامبر (ص) به صبر و بردباری در برابر ناگواری‌ها و ثابت قدمی در برابر دشمن اشاره می‌نماید؛ در مواجهه‌ی با خوارج عنوان می‌فرماید که ما با شکیبایی بر درد جراحت‌های سوزان، در پیمودن راه حق مصمم می‌شویم^۲. و نیز در خطبه حمام در وصف پرهیزکاران می‌فرماید: از نشانه‌های پرهیزکاران آن است که در سختی‌ها بردبار هستند^۳. نمونه‌هایی در راستای این ادعا قلمداد می‌شوند.

این تفسیر، همسوی با نتایج پژوهش انجام شده توسط یاریاری و نوربالا (۱۳۷۲) با هدف بررسی الگوهای علایم عصبی-روانی یا روان‌شناختی آزادگان شهر تهران می‌باشد. در این مطالعه تعداد ۳۷۰ نفر مورد آزمون قرار گرفتند، نتایج نشان داد که ۶۱/۱ درصد آزادگان برای حضور در جبهه، انگیزه مذهبی داشته و میانگین سلامت افرادی که با "انگیزه مذهبی" در جبهه شرکت نموده‌اند بیش از دیگرانی بوده است که با انگیزه‌های دیگر پا به صحنه جنگ گذاشته‌اند. هم چنین این یافته، همسو با گزارش پژوهشی نوربالا و نریمانی تلقی می‌شود که اختلالات آزادگان با طول مدت اسارت ۲ تا ۴ سال را، بیش از سایر گروه‌ها با میانگین ۶ سال نشان داده‌اند. با توجه به مطالب فوق که بیانگر رابطه معکوس بین طول مدت اسارت و اختلال استرس پس از سانحه و ابعاد آن در تسخیر و اجتناب است، می‌توان نتیجه گرفت که هدف و چرایی در انجام کار، تاحد بالایی بر حالت روانی فرد تاثیر گذاشته و او را در سخت‌ترین شرایط از اختلالات مصون می‌دارد.

محدویت و پیشنهادات:

در حالی که عدم امکان نمونه تصادفی و استفاده از آزمودنی‌های در دسترس به عنوان محدودیتی در این پژوهش قلمداد می‌شود، ارائه آموزش‌های با محوریت موضوعات معنوی به رزمندگان و مجموعه نیروهای نظامی پیشنهاد می‌شود. آموزش‌هایی که با محوریت باورهای دینی، ضمن افزایش قابلیت

۱ - خطبه ۵۵

۲ - خطبه ۱۲۱

۳ - خطبه ۱۸۴

سازگاری آنان با موقعیت های دشوار، بتواند ایفای نقشی مددکارانه را در میان اعضای گروه به دنبال داشته باشد.

کتابنامه

- بهرامی، احسان؛ دادستان، پریرخ؛ اژه ای، جواد؛ و کیامنش، علیرضا (۱۳۷۸). مجله روان شناسی شماره ۱۱ و ۱۲، تهران: سمپاد.
- دادستان، پریرخ، (۱۳۷۶) *روان شناسی مرضی تجربی از کودکی تا بزرگسالی*. جلد اول. تهران: سمت.
- فرانکل، ویکتور (۱۳۸۰)، انسان در جستجوی معنی، معنی درمانی چیست. ترجمه دکتر نهضت فرنودی و مهین میلانی. چاپ یازدهم، تهران: انتشارات درس، ۶-۲۶-۶۱۰۴-۹۶۴.
- فرانکل، ویکتور؛ انسان در جستجوی معنا (۱۳۶۶)، ترجمه ن. معنوی، تهران: دانشگاه تهران.
- نشاط دوست، حمید طاهر (۱۳۷۱). بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه در آزادگان شهر اصفهان. فصلنامه علوم انسانی. تابستان، دوره ۱، شماره ۸.
- نوربالا، احمد؛ و نریمانی، محمد؛ *روان شناسی اسارت و عوارض روان پزشکی ناشی از آن*، تهران: ناشر دانشگاه شاهد، ۱۳۷۴.
- یاربیری فریدون، نوربالا احمد علی (۱۳۷۲). بررسی تظاهرات عصبی روانی در آزادگان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، صفحه ۱۱۷.

- Babic, D., & Sinanovic, S. (2004) Psychic disorders in former prisoners of war. *Medical Archives*, 58, 179-182.
- Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). *Educational Research: An Introduction* (Fifth Ed.). New York: Longman.
- Fawziyah A. Al-Turkait, Jude U. Ohaeri (2008), "prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder among kuwaiti military men according to level of involvement in the first gulf war." *Journal of Depression and Anxiety Disorder*, 25:932-941.
- Frankl, V. E. (1963). (I. Lasch, Trans.) *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. New York: Washington Square Press. (Earlier title, 1959: *From Death-Camp to Existentialism*. Originally published in 1946 as *Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager*)
- Gold, P. B., Engdahl, B. E., Eberly, R. E., Blake, R. J., Page, W. F., & Frueh, B. C. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 36-42.
- Goldstein, G., van Kammen, W., Shelly, C., Miller, D., & van Kammen, D. P. (1987). Survivors of imprisonment in the Pacific theater during World War II. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1210-1213.
- Hall, R., & Malone, P. (1976). Psychiatric effects of prolonged Asian captivity: A 2 year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 133, 786-790.

- Horowitz, K., S. Weine, et al. (1995). "PTSD symptoms in urban adolescent girls: compounded community trauma." *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 34(10): 1353-1361.
- McFarlane, A. C. & De Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of post traumatic reactions. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp.129-154). New York: The Guilford Press.
- Priebe, S., J. J. Gavrilovic, et al. (2010). "Treatment outcomes and costs at specialized centers for the treatment of PTSD after the war in former Yugoslavia." *Psychiatr Serv* 61 (6): 598-604.
- Saigh, P. A. (1991). "The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization." *Behav Res Ther* 29 (3): 213-216.
- Ursano, R. J., J. A. Boydston, et al. (1981). "Psychiatric illness in U.S. Air Force Viet Nam prisoners of war: a five-year follow-up." *Am J Psychiatry* 138 (3): 310-314.
- Vinson, G. A. and Z. Chang (2012). "PTSD symptom structure among West African war trauma survivors living in African refugee camps: a factor-analytic investigation." *J Trauma Stress* 25 (2): 226-231.



استناد به این مقاله: آریامنش، صابر؛ فلاح چای، رضا؛ زارعی، اقبال (۱۳۹۲). مقایسه تمایز یافتگی بین زوج‌های رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض زناشویی در شهر بندرعباس. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۱)، ۸۱-۹۸.

مقایسه تمایز یافتگی بین زوج‌های رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض زناشویی در شهر بندرعباس

صابر آریامنش^۱، دکتر سید رضا فلاح چای^۲، دکتر اقبال زارعی^۳
دریافت: ۱۳۹۱/۳/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۲۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه میزان تمایز یافتگی بین دو گروه از زوج‌های رضایت‌مند و دارای تعارض زناشویی در شهر بندرعباس بود. چهار مؤلفه‌ی تمایز یافتگی (واکنش‌پذیری هیجانی، گسلش عاطفی، هم‌آمیختگی با دیگران، موقعیت من) مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور ۱۲۰ زوج با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. از میان آنها، ۶۰ زوج دارای تعارض بودند که در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ به کلینیک‌های مشاوره شهر بندرعباس مراجعه کرده بودند و ۶۰ زوج دیگر نیز دارای رضایت زناشویی بودند. پرسشنامه ۴۶ سؤالی تمایز یافتگی (اسکورون و فریدلندر، ۱۹۹۸) و پرسشنامه ۲۵ سؤالی رضایت زناشویی (هودسن، ۱۹۹۲) برای جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌های پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. بین زنان و مردان در مورد تمایز یافتگی تفاوت معناداری وجود نداشت. بین زوج‌های رضایت‌مند و دارای تعارض زناشویی در خصوص مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی و هم‌آمیختگی عاطفی با دیگران، تفاوت معناداری وجود داشت. زنان بیشتر از مردان دچار واکنش‌پذیری هیجانی و هم‌آمیختگی با دیگران می‌شوند. در مولفه‌های گسلش عاطفی و موقعیت من، بین زوج‌های رضایت‌مند و دارای تعارض زناشویی، تفاوت معناداری یافت نشد. تحلیل رگرسیون نشان داد که مولفه‌های تمایز یافتگی ۵۶٪ از واریانس رضایت زناشویی را تبیین می‌نمایند. به طور کلی مشخص گردید که زوج‌های رضایت‌مند در مقایسه با زوج‌های دارای تعارض زناشویی، از تمایز یافتگی سطح بالاتری برخوردار می‌باشند و همین عامل باعث افزایش رضایت زناشویی در آنان شده است.

کلیدواژه‌ها: تمایز یافتگی، رضایت زناشویی، تعارض زناشویی

^۱ - کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مشاور مدارس آموزش و پرورش سیلوانا (ارومیه)، aryamanesh.s@gmail.com

^۲ - عضو هیأت علمی دانشگاه هرمزگان.

^۳ - عضو هیأت علمی دانشگاه هرمزگان.

مقدمه

رابطه زناشویی به عنوان یکی از مهم‌ترین روابط است که مقدمه تربیت نسل آینده، بهزیستی روانی زوجین و استقلال و خود افراد محسوب می‌شود (لارسون و هولمن^۱، ۱۹۹۴). رضایت زناشویی^۲ یک جنبه بسیار مهم و پیچیده از یک رابطه زناشویی است. رضایت زناشویی یک ارزیابی هیجانی - شناختی فرد از رابطه زناشویی‌اش می‌باشد (اسپرچر و همکاران^۳، ۲۰۰۸، گریف^۴، ۲۰۰۰). رضایت زناشویی انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار است. برخی از صاحب‌نظران در تعریف رضایت زناشویی، آن را تابع مراحل چرخه‌ی زندگی می‌دانند. رضایت زناشویی یعنی احساس خشنودی، رضایت و لذت توسط زن و شوهر زمانی که همه‌ی جنبه‌های ازدواج در نظر گرفته شوند. به‌طور کلی می‌توان گفت که رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند (بیرامی، فهیمی، اکبری و امیری، ۱۳۹۱). بسیاری از تحقیقات رضایت زناشویی را به عنوان عامل مؤثر در رشد مطرح می‌کنند (بادر^۵، ۲۰۰۴، پروچنو، ویلسون - جندرسون، کارت رایت^۶، ۲۰۰۹). پژوهش‌های متعددی به بررسی رضایت زناشویی و سطح سلامت روانی در زوجها پرداخته‌اند که تعداد زیادی از این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رابطه قوی معنی‌داری بین رضایت زناشویی و سلامت روانی زوجین وجود دارد (هرلبرت^۷، ۲۰۱۱).

عامل دیگری که در رابطه زناشویی مهم است، تعارض زناشویی می‌باشد. تعارض^۸ در هر رابطه نزدیکی اجتناب‌ناپذیر است. تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن‌ها، خود محوری، اختلاف در خواسته‌ها، طرحواره‌های رفتاری، رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (شارف^۹، ۱۹۹۶، گلاس^{۱۰}، ۲۰۰۰). درمان‌گران سیستمی، تعارض زناشویی را تنازع بر سر تصاحب پایگاه، منافع قدرت و حذف امتیازات دیگری می‌دانند. بعضی از زوجها تعارض خود را به شکل بارز و مستقیم نشان می‌دهند. بعضی دیگر تعارض شان را انکار و سرکوب می‌کنند و به شکل پنهانی بروز می‌دهند (قربانی، ۱۳۸۴). تحقیقات متعدد رابطه تعارضات زناشویی را با افسردگی،

^۱ - Larson & Holman

^۲ - Marital satisfied

^۳ - Sprecher, Wenzel & Harvey

^۴ - Greef

^۵ - Badr

^۶ - Pruchno, Wilson- Genderson, & Cartwright

^۷ - Holbert

^۸ - Conflict

^۹ - Sharf

^{۱۰} - Glaser

اختلالات خوردن، بیماریهای خاص مثل سرطان و بیماری های قلبی تایید کرده‌اند. در واقع رفتارهای خصمانه در طی تعارض، با تغییرات دستگاه ایمنی بدن در ارتباط است (فینچام^۱، ۲۰۰۳). از لحاظ روانی، اکثر افراد وجود تعارض در روابط زناشویی را بی‌نهایت تنش‌زا تجربه می‌کنند (هالفورد^۲، ۲۰۰۱). تعارض زناشویی با پدیده خشونت نیز مرتبط است. تعارض زناشویی به عنوان یک عامل خطرناک در ایجاد اختلالات در فرزندان و یک پیش‌بینی کننده مهم سازگاری در آنان می‌باشد (فینچام، ۲۰۰۳). در نهایت طلاق، که یکی از پراسترس‌ترین وقایع زندگی است به عنوان یکی از پیامدهای تعارضات زناشویی محسوب می‌شود (کریستنسن و هیوی^۳، ۱۹۹۹).

هم نظریه‌ها و هم تحقیقات نشان داده‌اند که تجارب کسب شده در خانواده، مبدأ نقشی محوری در رشد عاطفی- اجتماعی و سازگاری افراد دارند. از سوی دیگر تحقیقات نشان داده‌اند که موفقیت بزرگسالان در دستیابی به رشد عاطفی و کفایت در روابط بین فردی، با تجارب عاطفی آن‌ها در خانواده اصلی گره‌خورده است (اسکورون، استانلی و شاپیرو^۴، ۲۰۰۸). بوون^۵ (۱۹۷۸) در تلاش برای تشریح الگوی‌های روابط صمیمی، مفهوم تمایز یافتگی را برای مرتبط کردن تجارب کسب شده در خانواده و روابط از هم بکار گرفت. افراد تمایز یافته می‌توانند فکر و احساس خود را در تعاملات صمیمی از هم جدا کنند، این افراد هیجانات خود را به صورت کامل تجربه می‌کنند اما به صورت واکنشی و منفعلانه به این هیجانات پاسخ نمی‌دهند (کر^۶ و بوون، ۱۹۸۸؛ اسکورون و فریدلندر^۷، ۱۹۹۸؛ اسپنسر و براون^۸، ۲۰۰۷).

مفهوم تمایز یافتگی،^۹ اساسی‌ترین مفهوم نظریه بوون است، که به توانایی تجربه صمیمیت با دیگران و ماندن در جو عاطفی خود و در عین حال استقلال از دیگر افراد اشاره دارد (گلدنبرگ، ۱۳۸۷؛ کلور^{۱۰}، ۲۰۰۹). در نظریه بوون تمامی نشانه‌های مربوط به بیماری‌های روانی، بیماری‌های جسمی، مشکلات اجتماعی و خصوصاً مشکلات زناشویی با سطح تمایز یافتگی مرتبط می‌باشند (لال^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ کئر^{۱۲}، ۲۰۰۸، هراس^{۱۳}، ۲۰۰۸). تمایز یافتگی به عنوان یک کارکرد درون فردی، به توانایی جداسازی فرآیندهای عاطفی

^۱ - Fincham

^۲ - Hallford

^۳ - Christensen & Heavey

^۴ - Skowron, Stanley & Shapiro

^۵ - Bowen

^۶ - Kerr

^۷ - Skowron & Friedlander

^۸ - Spencer & Brown

^۹ - Differentiation

^{۱۰} - Klever

^{۱۱} - Lal

^{۱۲} - Knerr

^{۱۳} - Heras

از فرآیندهای عقلانی، و تعادل مناسب میان آنها اشاره دارد به‌عنوان کارکرد بین فردی، روابط فرد با دیگران و میزان امتزاج فرد با دیگران را نشان می‌دهد (تایسون و فریدلندر^۱، ۲۰۰۰؛ روتس، جان کوووسکی و سانداچی^۲، ۲۰۰۹).

مفهوم تمایز یافتگی، شامل چهار مؤلفه اصلی می‌باشد، واکنش‌پذیری هیجانی^۳، حالتی است که در آن احساسات بر عقل و منطق غلبه دارد. در این حالت فرد براساس واکنش‌های عاطفی و هیجان‌اتش تصمیم می‌گیرد (تیموری، لواسانی و بخشایش، ۱۳۹۱). موقعیت من^۴: به معنای داشتن عقاید و باورهای مشخص در زندگی است. هم‌آمیختگی با دیگران^۵: یعنی ناتوانی در حفظ عقاید و اگر، در حضور دیگران می‌باشد؛ افراد هم‌آمیخته، تحت تأثیر سیستم عاطفی محیط و واکنش دیگران رفتار می‌کنند (اسکورون و دندی^۶، ۲۰۰۴) گسلش عاطفی^۷ به معنی ایجاد فاصله فیزیکی و قطع تمام ارتباطات با خانواده اصلی می‌باشد. گسلش عاطفی، فریب دیگران و فرار از قید و بند پیوندهای عاطفی حل نشده است، اما یک رهایی حقیقی نمی‌باشد (خزاعی، ۱۳۸۶). تمایز یافتگی، به عنوان فرآیندی برای دستیابی به هدف و یک جهت‌گیری مشخص برای روشن کردن اهداف و ارزش‌های شخصی تعریف می‌شود. تمایز یافتگی در سطح سیستمی، به عنوان توانایی یک سیستم/ خانواده در نظم دهی به خودش مطرح می‌شود. سطح بالای تمایز یافتگی افراد، سازگاری در خانواده و سیستم را به دنبال دارد (اسکورون و دندی، ۲۰۰۴؛ لال، ۲۰۰۶).

تمایز یافتگی به عنوان یک فرآیند و الگوی بین‌نسلی، شخصیت فرد را براساس یک یک سری الگوی شناختی و رفتاری مرسوم در خانواده شکل می‌دهد. تمایز یافتگی هم چنین به عنوان پیش‌بینی کننده اضطراب محسوب می‌شود (جنکینز، بالبولتز، شوارتز و جانسون^۸، ۲۰۰۵). هم‌چنین تمایز یافتگی یک ویژگی شخصیتی است که در سطوح مختلف صفات درون‌روانی و برون‌روانی نمایان می‌شود. در سطح درون‌روانی، تمایز یافتگی به دو مقوله: کارکردی و پایه تقسیم می‌شود. مقوله کارکردی، طریقه انطباق با موقعیت‌ها را در فرد شکل می‌دهد؛ در مقوله پایه، باعث ثبات داشتن در روابط و موقعیت‌ها می‌شود. در سطح برون‌روانی شکل‌دهنده روابط فرد با دیگران و مرزبندی‌های شخص در خصوص این روابط می‌باشد

^۱- Tuason & Friedlander

^۲- Rootes, Jankowski & Sandage

^۳- Emotional reactivity

^۴- I- position

^۵- Emotional Fusion

^۶- Skowron & Dandy

^۷- Emotional Cutoff

^۸- Jenkins, Bulboltz, Schwartz & Johnson,

(کر و بوون، ۱۹۸۸؛ ونگ^۱، ۲۰۱۰).

بسیاری از تحقیقات، تمایز یافتگی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده کیفیت روابط زناشویی و صمیمت زناشویی مطرح می‌کنند (کنر، ۲۰۰۸؛ اسکورون و دندی، ۲۰۰۴؛ لال ۲۰۰۶؛ آماتو، جانسون، بوث و راجرز^۲، ۲۰۰۳؛ موردک و جور^۳، ۲۰۰۴؛ گروس و سیمونز^۴، ۲۰۰۲؛ علیکی، ۱۳۸۶؛ یوسفی، سهرابی و بشلیده، ۱۳۸۹). از سوی دیگر نتایج برخی از تحقیقات تمایز یافتگی را به عنوان یک سازه اساسی در رشد بلوغ و دست‌یابی به سلامت روانی مطرح می‌کنند (برهمند^۵، ۲۰۱۰؛ سوربرگ و لایورز^۶، ۲۰۰۶). بررسی پیلاژ^۷ (۲۰۰۸) نشان داد که بین تمایز یافتگی بالا و رضایت زناشویی زوج‌های در مراحل مختلف زندگی رابطه مثبت وجود دارد.

پاپشتاین و باکوم^۸ (۲۰۰۲)، مطرح می‌کنند که پیشرفت‌های نظری و تجربی به درک بیشتر شناخت‌های مؤثر در رابطه زناشویی منجر شده‌اند. نتایج تحقیقات متعدد نشان می‌دهد میزان موفقیت و رضایت روابط زناشویی وابسته به میزان آگاهی زوج‌ها از عوامل مؤثر بر روابط زناشویی موفق می‌باشد. شناخت عوامل مرتبط با رضایت زناشویی باعث کاهش مسائل و مشکلات پیش‌روی خانواده‌ها می‌شود. تجربه‌های بالینی درمان‌گران خانواده و رویکردهای خانواده درمانی نشان می‌دهد که در بروز بسیاری از مسائل و تعارض‌های زناشویی، خانواده اصلی نقشی کلیدی را بازی می‌کنند (ثنایی، ۱۳۷۸). باتوجه به شرایط فرهنگی کشور ما و نقشی که خانواده‌های اصلی در زندگی زوج‌های دارند و با عنایت به پیشینه پژوهشی ذکر شده و نقش تمایز یافتگی در رشد و تعالی فرد، خانواده و جامعه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تمایز یافتگی در بین زوج‌های رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض و نیز تعیین نقش تمایز یافتگی در پیش‌بینی رضایت زناشویی انجام گرفت. فرضیه‌های پژوهشی شامل موارد زیر بودند:

- برحسب تفکیک جنسیت (زن و مرد)، بین زوج‌های رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض زناشویی، در خصوص سطح «تمایز یافتگی»، تفاوت وجود دارد.

- برحسب تفکیک جنسیت (زن و مرد)، بین زوج‌های رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض زناشویی، در خصوص مؤلفه‌های تمایز یافتگی تفاوت معناداری وجود دارد.

^۱ - Wong

^۲ - Amato, Johnson, Booth & Rogers

^۳ - Murdock & Gore

^۴ - Gross & Simmons

^۵ - Barahmand

^۶ - Thorberg & Lyvers

^۷ - Pelage

^۸ - Epstein & Bacom

:- بین مؤلفه‌های تمایزیافتگی با رضایت زناشویی، در بین زوج‌های دارای رضایت زناشویی، رابطه چندگانه وجود دارد.

روش پژوهش، جامعه و نمونه

با توجه به هدف پژوهش حاضر، دو گروه از زوج‌های دارای رضایت زناشویی و دارای تعارض زناشویی، از نظر تمایزیافتگی و مؤلفه‌های تمایزیافتگی مورد مقایسه قرار گرفتند. در ادامه پژوهش مؤلفه‌های تمایزیافتگی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و رضایت زناشویی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر از آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

جامعه آماری این پژوهش کلیه زوج‌های رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض زناشویی ساکن در شهر بندرعباس بودند. از بین این زوج‌های تعداد ۶۰ زوج دارای تعارض زناشویی که به مراکز مشاوره سطح شهر بندرعباس مراجعه کرده بودند به همراه ۶۰ زوج دارای رضایت زناشویی ساکن شهر بندرعباس، به صورت در دسترس، انتخاب شدند. قابل ذکر است که در نمونه‌گیری سعی شد همگنی دو گروه از زوج‌های از لحاظ سن، طول مدت زناشویی، تحصیلات، شغل (به تفکیک جنسیت) و تعداد فرزندان رعایت شود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تمایزیافتگی خود (DSI-R):^۱ این پرسشنامه خودسنج توسط اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) تهیه شد و سپس (اسکورون، اسمیت؛ ۲۰۰۳) مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۴۶ سؤال می‌باشد. پاسخ‌ها بر روی یک طیف شش درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده‌است که دارای چهار خرده مقیاس: واکنش‌پذیری هیجانی (ER)، موقعیت من (IP)، گسلش عاطفی (EC) و هم‌آمیختگی با دیگران (FO) می‌باشد (محسنیان و همکاران، ۱۳۸۶).

اسکورون و اسمیت (۲۰۰۳)، پایایی کل را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و دامنه پایایی خرده مقیاس‌ها را ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش داده‌اند. کتر (۲۰۰۸)، پایایی کل را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و دامنه پایایی خرده مقیاس‌ها را ۰/۷۶ تا ۰/۸۶، لال (۲۰۰۶)، ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های آن، در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌است.

^۱ - Differentiation of self Inventory

یونسی (۱۳۸۸)، پرسشنامه مذکور را در بین افراد ۵۰-۲۵ ساله در شهر تهران با استفاده از روش بازآزمایی بر روی ۵۰۰ نفر هنجاریابی کرده است. وی پایایی کلی پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های آن، دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۷۷ گزارش کرده است. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش به وسیله اجرای اولیه بر روی ۲۰ زوج و تحلیل از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ بود و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های آن، در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ به دست آمد که یک پایایی قابل قبول برای این ابزار می‌باشد.

پرسشنامه (شاخص) رضایت زناشویی (IMS):^۱ شاخص رضایت زناشویی هودسن^۲ (۱۹۹۲)، یک ابزار ۲۵ سؤالی است، که برای اندازه‌گیری میزان شدت یا دامنه مشکلات زن یا شوهر در رابطه زناشویی تدوین شده است. این شاخص دارای دو نمره برش^۳ است. اولین نمره برش (± 5) ۳۰ که نمرات کمتر از آن نشانه عدم مشکلات مهم بالینی رابطه است. نمرات بیش از ۳۰ دلالت بر وجود مشکلات بالینی قابل ملاحظه است. دومین نمره برش، ۷۰ است. نمرات بالاتر از ۷۰ تقریباً همیشه نشانه آن است که مراجع دچار استرس شدید است و احتمال استفاده از نوعی خشونت برای حل مشکلات را لحاظ می‌کند (ثنایی، ۱۳۸۷). پایایی این پرسشنامه از نظر سازنده اصلی آن ۰/۹۶ می‌باشد (ثنایی، ۱۳۸۷). ابراهیم نژاد (۱۳۸۱)، پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ در زنان ۰/۹۶ و در مردان ۰/۹۴ به دست آورده است. در این پژوهش نیز پایایی این پرسشنامه به وسیله اجرای اولیه بر روی ۲۰ زوج و تحلیل از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ بود، که پایایی خوبی برای این پرسشنامه به حساب می‌آید.

شاخص رضایت زناشویی هودسن از یک روایی همزمان عالی برخوردار است، و با آزمون «سازگاری زناشویی لاک - والاس»^۴ و آزمون رضایت زناشویی انریچ^۵ همبستگی معناداری نشان می‌دهد. همچنین، این شاخص، از روایی بسیار خوب و با معنایی برای متمایز کردن زوج‌های مشکل‌دار و زوج‌های ظاهراً بدون مشکل برخوردار است. علاوه بر این، شاخص رضایت زناشویی دارای روایی سازه‌ی خوبی است (ثنایی، ۱۳۸۷).

یافته‌های پژوهش

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به فرضیه‌های پژوهشی اول و دوم از آزمون‌های تحلیل

^۱ - Index of marital satisfied

^۲ - Hudson

^۳ - Cutting scores

^۴ - Lock-Wallace Marital Adjustment Test

^۵ - Enrich

واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی سوم که بررسی رابطه چند گانه مؤلفه‌های تمایز یافتگی با رضایت زناشویی بود، از رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

جدول ۱. تحلیل واریانس دو راهه نوع گروه (رضایت‌مند و دارای تعارض) و جنسیت بر تمایز یافتگی در بین زوج‌های رضایت‌مند و دارای تعارض

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معنی داری
نوع (رضایت‌مند و دارای تعارض)	۴۳۶۸۶/۰۲	۳	۴۳۶۸۶/۰۲	۱۰۸/۷۴	۰/۰۱
جنسیت (مرد زن)	۴۶۴/۸۲	۱	۴۶۴/۸۲	۱/۱۵	۰/۲۳
اثر تعاملی (جنسیت و نوع گروه)	۲۳۶/۰۲	۱	۲۳۶/۰۲	۰/۵۸۸	۰/۴۴
خطا	۹۴۸۰۸/۳۳	۲۳۶	۴۰۱/۷۳		
مجموع	۵۰۵۴۳۹۴	۲۴۰			

همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، بر حسب متغیر مستقل، نوع زوج‌ها (رضایت‌مند و دارای تعارض)، با $F=108/74$ ، در سطح آلفای $P=0/01$ ، تفاوت معناداری در تمایز یافتگی وجود دارد. بر حسب متغیر مستقل جنسیت با $F=1/15$ ، تفاوت معناداری در تمایز یافتگی مشاهده نشد. اثر تعاملی جنسیت و نوع گروه (رضایت‌مند و دارای تعارض) با $F=0/588$ ، تفاوت معناداری را در تمایز یافتگی ایجاد نکرده است.

به طور کلی از دو اثر اصلی، تنها اثر اصلی نوع زوج‌ها (رضایت‌مند و دارای تعارض) تفاوت معناداری را در تمایز یافتگی را ایجاد کرد. اما اثر تعاملی جنسیت بر نوع گروه (رضایت‌مند و دارای تعارض) در تمایز یافتگی تفاوت معناداری را ایجاد نکرده است.

جدول ۲. تحلیل واریانس دو راهه نوع گروه (رضایت‌مند و دارای تعارض) و جنسیت بر مؤلفه‌های تمایز یافتگی در بین زوج‌های رضایت‌مند و دارای تعارض

مؤلفه‌های تمایز یافتگی	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
واکنش‌پذیری هیجانی	نوع (رضایت‌مند و دارای تعارض)	۶۲۳۲/۲۰۴	۳	۶۲۳۲/۲۰۴	۱۳۳/۹۶۲	۰/۰۰۱
	جنسیت (مرد و زن)	۳۲۴/۳۳۸	۱	۳۲۴/۳۳۸	۶/۹۷۲	۰/۰۰۹
	اثر تعاملی (جنسیت و نوع گروه)	۳۱۰/۵۳۸	۱	۳۱۰/۵۳۸	۶/۶۷۵	۰/۰۰۱
	خطا	۱۰۹۷۹/۲۱۷	۲۳۶	۴۶/۵۲۲		
	مجموع	۲۸۰۰۶۵	۲۴۰			
گسلش عاطفی	نوع (رضایت‌مند و دارای تعارض)	۱۱/۲۶۷	۳	۱۱/۲۶۷	۰/۴۴۵	۰/۵۰۵
	جنسیت (مرد و زن)	۶۰	۱	۶۰	۲/۳۷۲	۰/۱۲۵
	اثر تعاملی (جنسیت و نوع گروه)	۱/۶۶۷	۱	۱/۶۶۷	۰/۰۶۶	۰/۷۹۸
	خطا	۵۹۶۹	۲۳۶	۲۵/۲۹۲		
	مجموع	۴۳۵۸۱۰	۲۴۰			
هم‌آمیختگی با دیگران	نوع (رضایت‌مند و دارای تعارض)	۳۸۷۲/۰۶۷	۳	۳۸۷۲/۰۶۷	۶۷/۴۲۲	۰/۰۰۱
	جنسیت (مرد و زن)	۵۲/۲۶۷	۱	۵۲/۲۶۷	۰/۹۱۰	۰/۳۴۱
	اثر تعاملی (جنسیت و نوع گروه)	۱۹۸/۰۱۷	۱	۱۹۸/۰۱۷	۳/۴۴۸	۰/۰۶۵
	خطا	۱۳۵۵۳/۶۳۳	۲۳۶	۵۷/۴۳۱		
	مجموع	۳۲۷۱۳۴	۲۴۰			
موقعیت من	نوع (رضایت‌مند و دارای تعارض)	۲۲/۸۱۷	۳	۲۲/۸۱۷	۱/۰۷۳	۰/۳۰۱
	جنسیت (مرد و زن)	۳۸/۴۰۰	۱	۳۸/۴۰۰	۱/۸۰۶	۰/۱۸
	اثر تعاملی (جنسیت و نوع گروه)	۴/۸۱۷	۱	۴/۸۱۷	۰/۲۲۷	۰/۶۳۵
	خطا	۵۰۱۷/۹۰	۲۳۶	۲۱/۲۶۲		
	مجموع	۳۳۶۹۰۸	۲۴۰			

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، بر حسب متغیر مستقل نوع زوجها (رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض) با مقدار $F=133/962$ ، در سطح آلفای $P=0/001$ ، تفاوت معناداری در متغیر واکنش‌پذیری هیجانی وجود دارد. بر حسب متغیر مستقل جنسیت (زن و مرد) در واکنش‌پذیری هیجانی بین دو گروه زنان و مردان با مقدار $F=6/972$ ، در سطح آلفای $P=0/009$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. اثر تعاملی بین جنسیت (زن و مرد) و نوع گروه (رضایت‌مند و دارای تعارض) در خصوص سطح واکنش‌پذیری هیجانی با مقدار $F=6/675$ ، در سطح آلفای $P=0/01$ ، معنادار می‌باشد. به‌طور کلی دو اثر اصلی و اثر تعاملی نوع زوجها (رضایت‌مند و دارای تعارض) و جنسیت (زن و مرد)، تفاوت معناداری را در واکنش‌پذیری هیجانی را ایجاد کرده است. ضمناً جدول ۲ نشان می‌دهد، بر حسب متغیر مستقل نوع زوجها (رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض) با مقدار $F=62/422$ ، در سطح آلفای $P=0/001$ ، تفاوت معناداری در متغیر هم‌آمیختگی با دیگران وجود دارد. بر حسب متغیر مستقل جنسیت (زن و مرد) در متغیر هم‌آمیختگی با دیگران بین دو گروه زنان و مردان با مقدار $F=0/91$ ، تفاوت معناداری وجود ندارد. اثر تعاملی بین جنسیت (زن و مرد) و نوع گروه (رضایت‌مند و دارای تعارض) در خصوص سطح آمیختگی با دیگران نیز با مقدار $F=3/448$ ، در سطح آلفای $P=0/065$ ، معنادار نمی‌باشد. ولی بین دو گروه زوجها (رضایت‌مند و زوج‌های دارای تعارض) و مردان و زنان حاضر در پژوهش در خصوص دو متغیر گسلش عاطفی و موقعیت من، تفاوت معنادار نمی‌باشد.

جدول ۳. خلاصه مقادیر R و مجذور R رگرسیونی در پژوهش حاضر

مدل	مقدار R	مجذور R	مجذور R تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
Enter	۰/۷۵۶	۰/۵۷۱	۰/۵۵۷	۳/۸۵۹

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه بین مؤلفه‌های تمایز یافتگی و رضایت زناشویی برابر با ۰/۷۵۶ می‌باشد و مؤلفه‌های تمایز یافتگی (واکنش‌پذیری عاطفی، گسلش عاطفی، هم‌آمیختگی با دیگران و موقعیت من) می‌توانند تقریباً ۵۶٪ از واریانس متغیر وابسته رضایت زناشویی را به صورت تعدیل شده تبیین نمایند.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس مؤلفه‌های

تمایز یافتگی در پژوهش حاضر

منبع تغییر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	مجدور میانگین‌ها	مقدار F	سطح معناداری
اثر رگرسیونی	۲۲۸۳/۸۳	۴	۵۷۰/۹۶	۳۸/۳۴	۰/۰۰۱
باقی‌مانده	۱۷۱۲/۷۲	۱۱۵	۱۴/۸۹		
کل	۳۹۹۶/۵۵	۱۱۹			

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌گردد، اثر رگرسیونی مؤلفه‌های تمایز یافتگی بر رضایت زناشویی با $F=۳۸/۳۴$ در سطح $P=۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر مجموع مجدورات باقی‌مانده به آن میزانی نبود که اثر رگرسیونی را خنثی نماید؛ لذا تغییر نشان داده شده به وسیله مدل رگرسیونی بر اثر اتفاق و تصادف نیست.

جدول ۵. ضرایب رگرسیونی مؤلفه‌های تمایز یافتگی برای پیش‌بینی رضایت زناشویی در پژوهش حاضر

مدل	مقدار B	ضرایب غیر استاندارد		مقدار t	سطح معناداری
		مقدار خطای استاندارد	مقدار استاندارد β		
واکنش‌پذیری هیجانی	-۰/۳۱۴	۰/۰۴۲	-۰/۴۶۰	-۷/۴۲	۰/۰۰۱
گسلش عاطفی	-۰/۲۳۹	۰/۰۵۴	-۰/۲۷۵	-۴/۴۴	۰/۰۰۱
هم‌آمیختگی با دیگران	-۰/۰۱۳	۰/۰۵۰	-۰/۰۱۶	-۰/۲۶۵	۰/۷۹۲
موقعیت من	-۰/۳۴۷	۰/۰۴۹	-۰/۴۳۷	-۷/۰۹۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، از بین چهار مؤلفه‌ی تمایز یافتگی، واکنش‌پذیری عاطفی بیش‌ترین سهم را در پیش‌بینی واریانس متغیر وابسته رضایت زناشویی دارد. و می‌تواند به طور معناداری رضایت زناشویی را پیش‌بینی کند. به نحوی که با مقدار بتای $۰/۴۶$ و مقدار $t = -۷/۴۲$ ، در سطح $P=۰/۰۰۱$ ، پیش‌بینی‌کننده مثبت رضایت زناشویی می‌باشد. از دیگر مؤلفه‌های تمایز یافتگی، موقعیت من است، که با مقدار بتای $۰/۴۳۷$ و مقدار $t = -۷/۰۹۲$ و سطح معنی‌داری $P=۰/۰۰۱$ ، به طور معناداری پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی می‌باشد؛ گسلش عاطفی از دیگر مؤلفه‌های تمایز یافتگی می‌باشد که با مقدار بتای $۰/۲۷۵$ و مقدار $t = -۴/۴۴$ و سطح معناداری $P=۰/۰۰۱$ ، به طور معناداری پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی می‌باشد. همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، تنها مؤلفه‌ی تمایز یافتگی که به صورت معناداری رضایت زناشویی را پیش‌بینی نمی‌کند، آمیختگی با دیگران می‌باشد. به طور کلی

مؤلفه‌های یاد شده همان‌طور که در جدول شماره ۳ ذکر شد، می‌توانند روی هم رفته تقریباً ۵۶٪ از واریانس رضایت زناشویی را تبیین نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین زوج‌های رضایت‌مند و دارای تعارض زناشویی در خصوص میزان تمایزیافتگی تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی زوج‌های رضایت‌مند دارای تمایزیافتگی بالاتری نسبت به زوج‌های دارای تعارض زناشویی بودند؛ اما بین زنان و مردان در خصوص تمایزیافتگی تفاوت معناداری وجود نداشت، و ضمناً اثر تعاملی نوع گروه (رضایت‌مند و دارای تعارض زناشویی) و جنسیت (زن و مرد) معنادار نبود. با توجه به این یافته‌ها فرضیه اول پژوهش تأیید می‌گردد. این یافته با نتایج تحقیقات قبلی (کنر، ۲۰۰۸؛ اسکورون و دندی، ۲۰۰۴؛ لال ۲۰۰۶؛ آما تو، جانسون، بوث و راجرز، ۲۰۰۳؛ موردک و جور^۱، ۲۰۰۴؛ گروس و سیمونز، ۲۰۰۲؛ علیکی، ۱۳۸۶؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸) که تمایزیافتگی را عاملی اثر گذار در جهت افزایش رضایت زناشویی دانسته بودند، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که سطوح پایین تمایزیافتگی از نظر بوون باعث مشکلات روانی و بین‌فردی می‌شود. بوون معتقد بود که دلیل اصلی نشانه‌های روانی و تعارض زناشویی عدم تمایزیافتگی در سیستم خانواده می‌باشد. عدم تمایزیافتگی به معنی نداشتن مرز مشخص کافی برای حفظ هویت فردی و صمیمیت اصلی می‌باشد. در مقابل افراد تمایزیافته توانایی کنترل روابط بین فردی شان را دارند. افراد با تمایزیافتگی بالا از هیجانات خود آگاهی دارند و قادر به سنجش متفکرانه موقعیت هستند. این افراد، توانایی رشد خود یکپارچه را در روابط صمیمی دارند و می‌توانند در روابط عمیق، آرامش و راحتی خود را حفظ کنند و بنابراین از هم‌آمیختگی با دیگران و یا گسلش عاطفی برای تعدیل تنش‌های درونی خود اجتناب می‌کنند؛ در حالی که افراد کمتر تمایزیافته، یا به آمیختگی با دیگران متمایل می‌شوند و به این ترتیب با جدایی از افراد مهم زندگی از پا در می‌آیند و یا به گسلش عاطفی تن می‌دهند و بنابراین هنگام مواجه شدن با صمیمیت عاطفی، واکنش اضطرابی نشان می‌دهند (اسکورون و دندی، ۲۰۰۴).

ضمناً یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، که بین زوج‌های رضایت‌مند و دارای تعارض در خصوص سطح واکنش‌پذیری هیجانی و آمیختگی با دیگران تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی میانگین زوج‌های رضایت‌مند از زوج‌های دارای تعارض بیشتر می‌باشد و حاکی از آن است که زوج‌های

¹ - Murdock & Gore

رضایت‌مند نسبت به زوج‌های دارای تعارض کمتر دچار واکنش‌پذیری هیجانی و آمیختگی با دیگران بودند. این نتایج نشان می‌دهد که زوج‌های دارای تعارض، واکنش‌پذیری هیجانی بالاتری دارند و کمتر در موقعیت‌ها از قوه شناختی (عقل) خود کمک می‌گیرند. ولی در عوض زوج‌های رضایت‌مند از قوه شناختی خود در موقعیت‌های تنش‌زا بیشتر استفاده می‌کنند. ضمناً بین زنان و مردان نیز در مورد واکنش‌پذیری هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنی که زنان بیشتر از مردان دچار واکنش‌پذیری هیجانی می‌شوند. با توجه به این یافته‌ها فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌گردد. این یافته نیز با یافته‌های پژوهشی کتر (۲۰۰۸)، لال (۲۰۰۶) و برهنمد (۲۰۱۰)، که تمایز یافتگی را عاملی برای اختلالات روانی و رضایت زناشویی معرفی کرده بودند، همسو می‌باشد.

به طور کلی در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت برآورد صحیح موقعیت که لازمه آن به کارگیری عناصر شناختی می‌باشد، منجر به قابل کنترل بودن موقعیت توسط افراد و لحاظ کردن تصمیمات بجا می‌شود. لذا، زوج‌هایی که دارای مهارت شناختی بهتری بوده و در موقعیت‌ها، احساسی و عاطفی عمل نمی‌کنند، دارای قدرت بیشتری در کنترل روابط بوده و از روابط خود لذت بیشتری می‌برند. با توجه به این که واکنش‌پذیری هیجانی حالتی است که در آن، احساسات فرد بر عقل و منطق او غلبه دارد و فرد در موقعیت‌های مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی محیط و بدون توجه به راه‌حل‌های منطقی ممکن، تصمیم‌گیری می‌کند. لذا در برخورد با مشکلات زندگی و مسائل زناشویی نیز به صورت احساسی واکنش نشان می‌دهد، و خانواده را به سوی کارکرد عاطفی بیشتر رهنمود می‌سازد و خود پیروی فرد کاهش می‌یابد. کاهش خود پیروی، فرد را دچار اضطراب مزمن می‌کند و این خود باعث ایجاد مشکلات جدید شده و جو عاطفی خانواده را نامطلوب می‌سازد. همچنین می‌توان گفت، از آن جا که زوج‌ها با واکنش‌پذیری هیجانی بالا نمی‌توانند در مواجهه با موقعیت‌ها و مشکلات زندگی عملکرد شناختی‌شان را به خوبی استفاده کنند. در نتیجه در برخورد با موقعیت‌ها با مشکل مواجه شده و این امر باعث افزایش درگیرها و کاهش رضایت زناشویی آنان می‌گردد. در خصوص تفاوت بین مردان و زنان در مورد واکنش‌پذیری هیجانی، به نظر می‌رسد با توجه به اینکه زنان بیشتر از مردان در احساسات و عقاید دیگران غرق می‌شوند و دارای حس همدردی قویتری می‌باشند، زنان بیشتر از مردان دچار واکنش‌پذیری هیجانی شوند.

براساس نتایج پژوهش حاضر تمایز یافتگی یک پیش‌بینی‌کننده خوب جهت رضایت زناشویی می‌باشد. افراد تمایز یافته دارای احساس و تفکر و رفتار انعطاف‌پذیر در سازگاری با فشارهای زندگی می‌باشند. این

افراد دارای عواطف روشن در ارتباط با دیگران می‌باشند و در نزدیکی و گسستگی ارتباط از تعادل روانی برخوردار هستند. سطح پایین تمایز یافتگی در خانواده باعث بالا رفتن سطح اضطراب خانوادگی و بروز تعارض‌های زناشویی می‌شود.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر با دیدگاه بوون در خصوص تمایز یافتگی هماهنگ بود. با توجه به نظریه بوون اولاً افراد متمایز در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی به صورت عقلانی و منطقی برخورد کرده و آن‌ها را حل می‌نمایند. ثانیاً تمایز از خانواده اصلی باعث تفکیک ساختار سیستم‌ها (خانواده‌ها) از همدیگر، جلوگیری از ایجاد مشکلات در زندگی زوج‌ها و تسهیل‌کننده روند حل تعارض زوج‌ها می‌شود. افرادی که مفهوم نیرومندی از خویش‌داری دارند، در زندگی نیز عقاید محکم و باورهای مشخصی را مطرح می‌سازند. با توجه به فرآیند انتقال چندنسلی بوون، موقعیت من افراد تحت تأثیر شدید شیوه‌های فرزند‌پروری والدین‌شان می‌باشد. زیرا شخصیت و رفتار افراد هرچند در مراحل مختلف از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرد؛ اما نقش والدین از مبانی و موارد اولیه تأثیرگذاری محسوب می‌شود. ناتوانی در ادراک خود به عنوان یک فرد مستقل و متمایز ناشی از چگونگی شبکه روابط خانوادگی و شیوه‌های فرزند‌پروری می‌باشند که هر دو آن‌ها تحت تأثیر فرهنگ آن جامعه می‌باشد.

کتابنامه

- ابراهیم نژاد، ندا. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سطح هیجان خواهی همسران و سازگاری زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران.
- بیرامی، منصور؛ فهیمی، صمد؛ اکبری، ابراهیم و امیری، احمد. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس سبک‌های دلبستگی و مولفه‌های تمایز یافتگی. مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۴، شماره ۱.
- تیموری آسفیچی، علی؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و بخشایش، علیرضا. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس سبک‌های دلبستگی و خودتمایزسازی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال هشتم، شماره ۳۲.
- ثنایی، باقر. (۱۳۷۸). نقش خانواده اصلی در ازدواج فرزندان. مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، جلد اول، شماره ۲.
- ثنایی، باقر. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت، چاپ دوم.
- خاتمی، احمد. (۱۳۸۷). بررسی آداب پیوند زناشویی و امور خانواده در شاهنامه فردوسی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، دوره چهارم، شماره ۱۵.
- خزاعی، سمانه. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش تمایز یافتگی بر افزایش صمیمیت زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم، کرج.
- علیکی، محمد. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین میزان تمایز یافتگی و رضایت زناشویی در بین کارکنان دانشگاه تربیت معلم تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، کرج.
- قربانی، کیومرث. (۱۳۸۴). تأثیر زوج درمانی به شیوه درمان عقلانی هیجانی رفتاری بر تعارض‌ها و افکار غیرمنطقی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.

- گلدنبرگ، ایرونه و گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۰). خانواده درمانی. (مترجمان، حمیدرضا بروات شاهی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمند، ۱۳۸۷). تهران: انتشارات روان، چاپ چهارم، ص ۲۰۹-۲۲۳.
- محسنیان، محمد؛ کرملو، سمیرا و گنجوی، آناهیتا. (۱۳۸۶). رابطه میان تمایز یافتگی خود و هوش هیجانی در متقاضیان طلاق، فصلنامه خانواده‌پژوهی، دوره سوم، شماره ۱۲.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۰). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس.
- یوسفی، ناصر؛ سهرابی، احمد و بشلیده، کیومرث. (۱۳۸۹). کتاب چکیده مقالات چهارمین کنگره آسیب‌شناسی خانواده، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
- یونس، فاطمه. (۱۳۸۸). هنجاریابی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون خود متمایز سازی در بین افراد ۵۰-۲۵ ساله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- Amato, P. R., Johnson, D. R., Booth, A., & Rogers, S. J. (2003). Continuity and change in marital quality between 1980 and 2000. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 1-22.
- Barahman., U. (2010). Self differentiation in women with and without mental disorder. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 559-562.
- Bowen, M. (1978). Family therapy in clinical practice. New York, NY, USA: J. Aronson.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 90-165.
- Epstein N.B, Baucom D.H. (2002). Enhanced cognitive behavioral therapy for couples: A contextual approach. Washington, DC: *American Psychological Association*; p. 284.
- Fincham, F. D. (2003). Marital conflict: correlates, structur, and context. *Current Direction in psychological sciences*, 12, 23- 27.
- Greeff, A.P. (2000). Characteristics of families that function well. *Journal of family issues*, 21(8), 948- 963.
- Gross, N. & Simmons, S. (2002). Intimacy as a double edged phenomenon? An Empirical Test of Giddens. *Social Forces*, 81(2), 531-555
- Halford, W.K. (2001). *Brief couple therapy for couples*. New York: Guilford publications.
- Heiden Rootes, K. M, Jankowski, P. & Sandage, S.J. (2010). Bowen Family Systems Theory and Spirituality: Exploring the Relationship between Triangulation and Religious Questing, *Contemporary Family Therapy*, 32, 89-101.
- Heras, J. E. (2008). A clinical application of Bowen family systems theory. Available: www.thebowencenter.org.
- Holbert, J.M. (2011). The relationship of involvement in a support group, communication patterns. And marital satisfaction in couples whit a genetic mutation for breast and ovarian cancer (BRCA). Dissertation of doctor of Philosophy. The University of Akron, <http://etd.ohiolink.edu/>.
- Jenkins, S. M., Buboltz, W. C. Schwartz, J. P., & Johnson, P. (2005). Differentiation of self and psychosocial development. *Contemporary Family Therapy*, 27(2), 251-261.
- Klever, P. (2009) Goal Direction and Effectiveness, Emotional maturity, and nuclear family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*. 35, (3), 308-324

- Kerr, M.E. & Bowen, M.(1988). Family Evaluation: An approach based on Bowen theory. New York, NY, USA: <http://www.Norton Company>
- Knerr, M.R. (2008). Differentiation and power in couples therapy. Dissertation Committee, M.S. The Ohio State University. <http://etd.ohiolink.edu/>.
- Lal, A. (2006). Relationship among differentiation of self, Relationship satisfaction, Partner support, Depression, Monitoring/Blunting style, Adherence to treatment and quality of life in patients with chronic lung disease. Dissertation of doctor of Philosophy. The Ohio State University, <http://etd.ohiolink.edu/>.
- Larson J.H, Holman T.B. (1994). *Predictors of marital quality and stability*. *am Relations*; (43), 228-237.
- Murdock, N. L., & Gore, P. A. Jr., (2004). Stress, coping, differentiation of self: A test of Bowen Theory. *Contemporary Family Therapy*, 26, 319-335.
- Pelage, M. (2008). The relationship between differentiation of self and marital Satisfaction: What can be learn from married couple over the course of life? *The American Journal of Family Therapy*, 36, 388-401.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. P. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 23, 573-583. doi: 10.1037/a0015878
- Rothbaum, F., Rosen, K., Ujii, T., & Uchida, N. (2002). Family system theory, attachment theory and culture. *Journal of Family Process*, 41(3), 328-351.
- Skowron, E.A.(2000). The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of counseling psychology*, 45(3), 235-246.
- Skowron, E. A., & Dendy, A. K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlated of effortful control. *Contemporary Family Therapy*, 26(3), 337-357.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 1-11.
- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 209-222.
- Skowron, E. A., Stanley, K., & Shapiro, M. (2009). A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal, and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy*, 31, 3-18.
- Spencer, B. & Brown, J. (2007). Fusion or Internalized Homophobia? A Pilot Study of Bowen's Differentiation of Self Hypothesis with Couples. *Journal of Family Process*, 46(2), 257- 268.
- Sprecher S, Wenzel A, Harvey J.(2008). *Handbook of Relationship Initiation*. New York: Taylor & Francis Group; 337-353.
- Thorberg, F. A, & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities, *Journal of Addictive Behaviors*. 31, 732- 737.
- Tuason, M.T, & Friedlander, M. L.(2000). Do parents differentiation levels predict those of their adult children? And other tests of Bowen theory in Philippine sample. *Journal of counseling psychology*, 47(1), 27-35.
- Wanic, R & Kulik, J. (2011). Toward an Understanding of Gender Differences in the Impact of Marital Conflict on Health, Published online: <http://www.springerlink.com>.

Wong, C. T.(2010). Self Construal as a Moderator between Differentiation Of self and Trait Anxiety. Dissertation Committee, M.A, Psychology (Counseling Psychology). University of California, <http://etd.ohiolink.edu/>



استناد به این مقاله: زهرا؛ سپهری شاملو، زهره؛ صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص های درمانی اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۱)، ۹۹-۱۱۸.

مقایسه اثربخشی برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص های درمانی اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد

زهرا وفائی جهان^۱، زهره سپهری شاملو^۲، جواد صالحی فدردی^۳

دریافت: ۱۳۹۰/۵/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۱۸

چکیده

درمان افراد وابسته یا سوء مصرف کننده مواد چه به صورت سرپایی یا بستری مستلزم مشاوره و درمان گروهی و شرکت در فعالیت های گروهی دیگر، مثل شرکت در گروه های سوء مصرف کنندگان مواد بی نام می باشد. هدف پژوهش حاضر عبارت بود از مقایسه اثربخشی برنامه های آموزش گروهی غنی سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص های درمانی اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد. شرکت کنندگان ($N = 30$) که همگی به دلیل سوء مصرف مواد تحت درمان بودند، به طور تصادفی به یکی از سه گروه برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی، واقعیت درمانی، و کنترل نما گمارده شدند و بر روی همه آنها پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری با استفاده از ابزار یکسانی، انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل نما، برنامه های آموزشی غنی سازی و ارتقاء زندگی LEAP و واقعیت درمانی RT با بهبود شاخص های اعتیاد در پس آزمون و آزمون پیگیری همراه بودند. گروه آموزشی RT در شاخص های منبع کنترل، میزان وسوسه، احساس کنترل مثبت و رضایت از زندگی موثرتر از گروه کنترل نما بود. برنامه LEAP در شاخص های افزایش شادکامی، کاهش احساس کنترل منفی، اطمینان موقعیتی، کاهش میزان داروی مصرفی، کاهش میزان وسوسه و میزان رضایت از زندگی برتری داشت.

کلیدواژه ها: برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی، واقعیت درمانی، اعتیاد، سوء مصرف مواد، کنترل

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد، Zahra_va2009@yahoo.com

^۲ استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

^۳ دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

اعتیاد به مواد که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است. یکی از بارزترین آسیب‌های روانی- اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند و پویایی‌های انسانی آن را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی آن را تباه سازد. درهم پیچیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، این گرفتاری را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است. امروزه اعتیاد یک مشکل سلامتی و بهداشتی عمومی در سرتاسر جهان و در تمام کشورها محسوب می‌شود (باتوین، ۲۰۰۰). مشکل اعتیاد آثار مخرب متعددی را سبب می‌شود که از جمله آن‌ها عبارتند از: جسمانی (مثل بیماری‌های گوارشی، قلبی، تنفسی، عصبی، ایدز، مجروح شدن و در برخی مواقع مرگ)؛ روانی (مثل استرس، اضطراب، دلهره، افسردگی، بی‌قراری، پریشانی و فراموشی)؛ خانوادگی (مثل اختلاف و کشمکش با اعضای خانواده، ارتباط ناسالم با افراد خانواده، سوء استفاده و تجاوز جنسی، خیانت، دعوا و کنک کار، طلاق و جدائی)؛ شغلی (مثل تاخیر و غیبت در محل کار، اخراج و بیکاری)؛ مالی (مثل بدهکاری، ورشکستگی، فقر و تنگدستی)؛ اجتماعی (مثل طرد، انزوا و گوشه گیری، از دست دادن دوستان، بی‌ارزشی، نداشتن احترام، تنهائی و بی‌کسی)؛ اخلاقی (دروغگوئی و تهمت، زنا)؛ و ارتکاب خلاف، جرم و جنایت (مثل تجاوز و سوء استفاده ی جنسی، تقلب، دزدی، رشوه خواری، کلاهبرداری و قتل). اعتیاد نه تنها افراد را از فعالیت و تولید بهینه، کارائی و اقدامات مثبت و سازنده باز می‌دارد، بلکه باعث از بین بردن نیرو، انرژی، وقت و منابع و امکانات جامعه در جهت برنامه ریزی‌ها و اقدامات و فعالیت‌های مثبت و ثمربخش می‌شود. علاوه بر این، هزینه‌های سنگین و سرسام آوری را بر فرد، خانواده، موسسات درمانی و بهداشتی (برای کشف، دستگیری، بازپرسی، زندانی کردن و اعمال سایر مجازات‌ها در مورد تولید کنندگان، توزیع کنندگان و مصرف کنندگان) تحمیل می‌کند. آثار و نتایج منفی زیان بار فوق، باعث شده است که افراد سوء مصرف کننده مواد و خانواده‌های آنها و مسئولان جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت اقدام کنند و از افراد متخصص مثل روان‌پزشکان، مشاوران، روان‌شناسان بالینی و مددکاران اجتماعی یاری بخواهند (به نقل از ماردن و لاسکوئز، ۲۰۰۶: ۳۲۹-۳۲۷). در سالهای اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی و موسسات آموزشی و درمانی، نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و جلوگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند. از جمله می‌توان به گروه درمانی شناختی، شناختی- رفتاری-

هیجانی، رفتاری، برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی^۱ اشاره کرد که اثربخشی آنها بررسی شده است. با وجود این، تحقیقات داخلی بر روی اثربخشی برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی کافی نبوده و تاکنون اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر روی بهبود شاخص‌های اعتیاد افراد سوء مصرف کننده مواد بررسی نشده است. بنابراین، در این پژوهش، اثربخشی گروه آموزشی- روانی واقعیت درمانی^۲ و برنامه آموزشی غنی سازی و ارتقاء زندگی و گروه کنترل‌نما^۳ بر روی بهبود شاخص‌های اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد بررسی شد و در نهایت اثربخشی این سه شیوه درمانی مورد مقایسه قرار گرفت.

رویکرد واقعیت درمانی گلسر یک رویکردی است که، به توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع بینانه اعتماد دارد. گلسر ۵ نیاز اساسی را مطرح می‌کند و ارضاء آنها را در ایجاد سازگاری افراد مهم می‌داند. این نیازها عبارتند از: عشق، قدرت، تفریح، آزادی و بقاء. به نظر گلسر (۱۹۸۵) انسانها برای ارضای نیازهای فطری خویش، تصاویری را در ذهن خود به وجود می‌آورند. این تصاویر به قول گلسر در آلبوم عکس شخصی انسان‌ها جمع می‌شوند. آلبوم عکس که تصاویر در آن اندوخته می‌شود، دنیائی است که در آن زندگی و تمایلات خویش را ارضاء می‌کنیم. گلسر (۱۹۹۰) نام این دنیا را دنیای خواسته‌ها یا دنیای کیفی می‌گذارد. این دنیا حاوی انتظارات، دیدگاه‌مان در مورد موفقیت و فرصت‌هایمان برای رفع نیازها می‌باشد. به عبارتی، ما در جریان ارضای نیازهای خود، پیوسته برای خودمان دنیای کیفی خلق می‌کنیم. همچنین، گلسر معتقد است که رفتار کلی شامل چهار قسمت است که جدانشدنی بوده، همزمان رخ می‌دهند. این چهار عنصر عبارتند از: فعالیت، فکر کردن، احساس کردن و فیزیولوژی. درمان از دید واقعیت درمانی صرفاً یک نوع تعلیم یا کارآمدی ویژه است که می‌کوشد به فرد آنچه را که باید طی رشد طبیعی خود فرا گیرد، در یک مدت زمان نسبتاً کوتاه بیاموزد (به نقل از امانلو، ۱۳۸۷: ۳۶).

برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی (LEAP)، به منظور کمک به مراجعان برای دستیابی موثرتر به اهداف، ارتقاء کیفیت زندگی خود و افزایش میزان رضایت از زندگی‌شان، طراحی شده است. در درمان انگیزشی کاکس و کلینگر علت اکثر مشکلات روان‌شناختی از اختلال در انگیزش است؛ یعنی روشهای ناکارآمد که افراد بر اساس آن به تعقیب اهداف می‌پردازند. بنیاد درمان انگیزشی نظام دار بر دو اصل، مفهوم دغدغه جاری و ساختار انگیزشی بنا شده است. دغدغه جاری، یک حالت انگیزشی درونی در فرد

^۱ Life Enrichment and Advancement Progame (LEAP)

^۲ Reality therapy (RT)

^۳ sham control

است که به هنگام تلاش برای رسیدن به یک هدف شکل می‌گیرد. این حالات درونی تا زمانی که شخص به هدف دست یابد یا از آن رهائی می‌یابد، ادامه دارد. منظور از ساختار انگیزشی، اهداف مراجع و شیوه‌های تعقیب آنها می‌باشد. که این ساختار انگیزشی به دو صورت انطباقی و غیر انطباقی می‌باشد (کاکس و کلینگر، ۱۹۹۰، ۱۹۹۸) در ادامه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه می‌پردازیم.

اسکروئر^۱ (۲۰۰۱) اثربخشی را در یک مطالعه با ۱۴۶ سوء مصرف کننده مواد در ۳ گروه درمانی مورد بررسی قرار داد. گروه اول درمان گروهی انگیزشی (G SMG-) و گروه دوم آموزش مهارت‌های اجتماعی را دریافت کردند. گروه سوم تحت هر دو درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر سه گروه درمانی موثر بوده‌اند (میلر و ویلبورن، ۲۰۰۲). کاکس و کلینگر معتقدند که مشاوره انگیزشی نظام دار، ساختار انگیزشی را بهبود می‌بخشد و مصرف مواد را کاهش می‌دهد (کاکس و کلینگر، ۲۰۰۲). نتایج مطالعه کاکس و شاملو^۲ (۲۰۰۹) نشان داد که احساس کنترل و انگیزش درونی، رابطه‌ی مثبتی با انگیزش انطباقی دارند و رابطه‌ی منفی با مصرف الکل دارند. و انگیزش انطباقی، میانجی میان احساس کنترل و انگیزش درونی و مصرف الکل است و همچنین رابطه‌ی منفی میان احساس کنترل و انگیزش بیرونی به دست آمد.

نتایج پژوهش کاکس و فدردی^۳ (۲۰۰۸) حاکی از این بود که ساختار انگیزشی غیر انطباقی و تورش توجه الکل پیش بینی کننده مثبت در مصرف الکل مجموعه‌ای از دانشجویان دانشگاه هستند. کاکس و کلینگر (۱۹۸۹) مدل انگیزشی مصرف الکل را بررسی کردند. نتایج تحقیق‌شان نشان داد که مصرف الکل دلیل انگیزشی دارد. فرد به طور آگاهانه یا ناآگاهانه الکل را بر طبق آنچه که از مصرف آن انتظار دارد، مصرف می‌کند یا نمی‌کند

عبدالحسینی (۱۳۸۸) به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری و برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی در بهبود شاخص‌های اعتیاد (بهبود حالت خلقی، بهبود ساختار انگیزشی، باورهای غیر منطقی و کاهش وسوسه مواد) در زنان سوء مصرف کننده مواد پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که زنان سوء مصرف کننده مواد، خلق منفی بیشتر و خلق مثبت کمتری داشتند. همچنین شاخص‌های مشترک در سه گروه، یعنی خلق منفی، خلق مثبت و وسوسه مصرف مواد در سه مرحله زمانی در هر دو گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری و برنامه‌ی غنی سازی و ارتقاء زندگی در مقایسه با گروه

^۱ Scheroer

^۲ Shamloo

^۳ Fadardi

کنترل بهبود بیشتری داشته است. همچنین اثر بخشی برنامه درمانی غنی سازی و ارتقاء زندگی در بهبود وضعیت خلقی و کاهش میزان وسوسه مواد آزمودنی‌ها از برنامه گروهی عقلانی-هیجانی- رفتاری بیشتر شد. تحقیقات نشان داده‌اند که برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی بر بهبود کیفیت زندگی زوجها، بهبود روابط درون فردی و عملکرد تحصیلی نوجوانان و کاهش تعارض زناشویی موثر است (بوچارد^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ریچ^۲ و اریک^۳، ۲۰۰۶؛ سلیمیان، ۱۳۸۴).

چانس و همکاران (۱۹۹۰) به مطالعه تأثیرات واقعیت درمانی بر روی ۲۰ زندانی که مواد مخدر مصرف می‌کردند پرداختند. نتیجه این پژوهش اجتناب آزمودنی‌ها از مصرف مواد مخدر و اظهار نظر بر ضد مواد مخدر بود. هانمین (۱۹۹۰) تأثیر واقعیت درمانی را بر سوء مصرف کنندگان مواد با استفاده از پرسشنامه اهداف خویشتن در هفته‌ی دوم، چهارم، ششم مورد بررسی قرار دادند. تغییراتی که سوء مصرف کنندگان مواد در طول جلسه درمان به آنها اشاره کردند، عبارت بودند از: افزایش احساس عزت نفس، افزایش آگاهی در پذیرش مسئولیت رفتار خود، یادگیری برقراری ارتباط انسان دوستانه به جای به کارگیری شیوه‌های اکتشافی- روانی. همزمان نتایج آزمون MMPI نشانگر کاهش نشانه‌های منفی در ۲۴ آزمودنی و کنترل زندگی در زمان ترخیص آنها بود. دسلی (۱۹۸۸) پژوهشی را تحت عنوان مداخلات گروهی در واقعیت درمانی برای مصرف کنندگان داروهای شیمیائی با بیماری روانی شدید و مزمن انجام داد. در پایان جلسات آزمودنی‌ها نسبت به ایجاد ارتباط با دیگران از خود علاقه نشان دادند. (به نقل از سردار آبادی، ۱۳۸۸: ۷۰-۸۲). تحلیل آماری بر روی داده‌های پژوهش گودرزی (۱۳۷۸) نشان داد که بین منبع کنترل درونی و مولفه‌های رضایت زناشویی یعنی (رضایت از دیدگاه همسر، رضایت نسبی و درک و تفاهم) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

همچنین، اثربخشی برنامه واقعیت درمانی در کاهش بحران هویت قربانیان بزه در زندان، افزایش خودپنداره دانش آموزان و دانشجویان، کاهش افسردگی، پیش بینی تغییر روابط و انعکاس خود در آموزگاران، مشاوره تحقیقاتی در رفتار دانش آموزان، افزایش کنترل درونی دانش آموزان دبیرستان (شعبانی، ۱۳۸۲؛ بلاک، ۱۹۹۴؛ پترسون، کوینز و چانک، ۱۹۸۸؛ انیگرام و هینکل، ۱۹۹۰؛ کولینن، ۱۹۹۵؛ اندرویل، ۱۹۹۴ کسم، دوزنسکار، هانگ، بیکا، ۱۹۹۶، به نقل از سردار آبادی، ۸۲-۷۰)، افزایش رضایت زناشویی، بهبود پیشرفت درمان مبتلایان به بیماری دیابت، پیشرفت تحصیلی، کاهش نشخوار فکری بیماران

¹ Burhard

² rich

³ erick

⁴ Androbill

PTSD، احساس ارضاء نیاز و تغییر رفتار در دانش آموزان دبیرستانی، کاهش بحران هویت دختران نوجوان و افزایش میزان عزت نفس دانشجویان اثبات شده است (فرح بخش، ۱۳۸۲؛ امانلو، ۱۳۸۷؛ هارمر^۱، ۱۹۹۲؛ پرینزلا^۲، ۲۰۰۶؛ لوید^۳، ۲۰۰۵؛ موسوی، ۱۳۷۷؛ مرادی، ۱۳۸۸).

بر اساس بحث و تشریح موضوعی که در بالا ارائه شد، اهداف پژوهش عبارت بودند از؛ (الف) بررسی مقایسه‌ای برنامه گروهی غنی سازی و ارتقای زندگی (LEAP) و گروه کنترل نما در بهبود شاخص‌های اعتیاد؛ (ب) بررسی مقایسه‌ای واقعیت درمانی (RT) به شیوه گروهی و گروه کنترل نما در بهبود شاخص‌های اعتیاد؛ (ج) بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی (LEAP) و برنامه واقعیت درمانی (RT) در بهبود شاخص‌های اعتیاد.

روش انجام پژوهش

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه به مقایسه اثربخشی برنامه‌های آموزش گروهی غنی سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد می‌پردازد که از نوع توسعه‌ای-کاربردی است. در این مطالعه از طرح آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل نما استفاده شد. حجم نمونه بر اساس مقادیر گزارش شده در پژوهش عبدالحسینی (۱۳۸۸) به دست آمد که میزان اندازه اثر در حد بزرگ محاسبه شد ($F = 0/70$)، با استفاده از برنامه G*power، سطح معناداری $p = 0/05$ و $G^*power = 0/80$ ، تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه آزمایش (LEAP، RT، کنترل نما) محاسبه شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. گروه نمونه از بین مراجعان مرکز ترک اعتیاد انتخاب شدند.

ابزار

پرسشنامه علائق و دل مشغولی‌های شخصی^۴؛ پرسشنامه‌ی اهداف شخصی (PCI)؛ کاکس و کلینگر، ۲۰۰۳، فدردی، ۲۰۰۶) فرم تجدید نظر شده و کوتاه از پرسش‌نامه‌ی ساختار انگیزشی (MSQ)؛ ککس و کلینگر، ۱۹۹۶، ۱۹۸۶؛ کلینگر و کاکس و بلانت، ۱۹۹۵) است.

شواهد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول پرسش‌نامه‌ی ساختار انگیزشی MSQ است (کاکس و

^۱ Harmer

^۲ Prenzlav

^۳ loyd

^۴ personal concerns inventory (PCI)

کلینگر، ۲۰۰۲؛ کلینگر و کاکس، ۲۰۰۳). در پژوهش صالحی فدردی، فرم خلاصه شده‌ی PCI با ۱۰ شاخص، بر روی دو نمونه شامل دانشجویان و سوء مصرف کنندگان الکل صورت گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه‌ی شامل دانشجویان ۰/۷۷ و برای نمونه‌ی شامل سوء مصرف کنندگان الکل ۰/۷۵ محاسبه شد. پس از ترجمه‌ی PCI به فارسی و بررسی روایی آن، بر روی یک نمونه‌ی ۱۲۰ نفری شامل ۴۰ دانش‌آموز (سن، $M = ۲۵/۱۷$ ؛ $SD = ۰/۸۸$) و ۸۰ بزرگسال (سن، $M = ۲۶/۴۲$ ؛ $SD = ۵/۱۸$) اجرا شد. فرم PCI به‌روش مصاحبه‌ی فردی در مورد هر شرکت‌کننده اجرا شده بود. نتایج به‌دست آمده نشان داد که فرم فارسی دارای همسانی درونی مناسب برای هر یک از مؤلفه‌ها و نیز برای کل آزمون می‌باشد (فدردی، ۲۰۰۳).

پرسشنامه منبع کنترل راتر: این مقیاس توسط راتر جهت سنجش منبع کنترل افراد تدوین شده است، که حاوی ۲۹ ماده است که هر ماده آن دارای یک جفت سوال (الف و ب) می‌باشد. راتر ۲۳ ماده از مواد این پرسشنامه را با هدف مشخص، جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین کرده و شش ماده دیگر (۱-۸-۱۴-۱۹-۲۴-۲۸) هدف آزمون را با لباس مبدل دنبال می‌کند که این ماده‌های خنثی، ساختار اندازه‌گیری شده را برای آزمودنی مبهم می‌سازد. از آزمودنی خواسته می‌شود که بین هر جفت سوال یک ماده یکی را انتخاب کند و علامت بزند. میانگین این مقیاس ۸/۴۸ و میانه آن ۸ است.

پرسشنامه احساس کنترل: پرسشنامه احساس کنترل به منظور سنجش میزان کنترلی که افراد در حال حاضر در ارتباط با موضوعات مختلف احساس می‌کنند، طرح شده است. این مقیاس حاوی ۱۶ سوال می‌باشد. آزمودنی باید با توجه به طیف ۷-۱ پاسخ دهد. شماره‌ای که آزمودنی انتخاب می‌کند، میزان احساس کنترل (دارای دو بعد منفی و مثبت) او را در زندگی منعکس می‌کند.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: آزمون شادکامی آکسفورد (OHI)^۱ دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرگایل و کراسلند از شادکامی است. این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط مایکل آرگایل و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک (BDI، ۱۹۷۶) ساخته شده است. ۲۱ عبارت از این پرسشنامه از BDI گرفته شده و معکوس گردیده و ۱۱ پرسش به آن اضافه شده است تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. آرگایل و همکاران پایایی این پرسشنامه را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شد.

^۱ Oxford Happiness Inventory

پرسشنامه اطمینان موقعیتی^۱: از طریق پرسشنامه اطمینان موقعیتی، که توسط آنیس و گراهام (۱۹۸۸) ساخته شده است. و برای اندازه‌گیری خودکارآمدی شخصی در موقعیت‌های مصرف مواد (شامل هشت خرده‌مقیاس، هیجانات مثبت، هیجانات منفی، تمایلات و وسوسه‌ها، موقعیت‌های اجتماعی مثبت، تنش-های اجتماعی، مشکلات اجتماعی در کار، ناراحتی جسمی و آزمایش کنترل شخصی) استفاده خواهد شد. پاسخ‌های پرسشنامه اطمینان موقعیتی در مقیاس لیکرت در دامنه ۰ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۱۰۰ (کاملاً مطمئن هستم) طبقه‌بندی شده است. این پرسشنامه بر روی ۵۳ نفر از افراد وابسته به مواد اجرا شده است و میزان آلفای کرونباخ آن مساوی ۰/۹۳ است.

پرسشنامه رضایت از زندگی: این مقیاس توسط دینر و همکاران طراحی شده است. میزان رضایت از زندگی از طریق این مقیاس سنجیده می‌شود. در این مقیاس عقاید فرد در مورد زندگی اندازه‌گیری می‌شود. پایایی این مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ در ۵ مقیاس گزارش شده است. همچنین دینر روایی این مقیاس را تأیید کرده است.

پرسشنامه وسوسه مواد پس از ترک: صالحی فدردی، بر عرفان و ضیایی این پرسشنامه را ساختند (ضیایی، ۱۳۸۷). این مقیاس حاوی ۲۰ سوال است که میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف را که پس ترک تجربه می‌شوند، می‌سنجد. برای سنجش اعتبار پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شده است که میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. برای روایی این مقیاس از پرسشنامه اطمینان موقعیتی آنیس^۲ و گراهام^۳ (۱۹۸۸) ($r = ۰/۰۴$, $p = ۰/۰۰۱$)، خلق مثبت ($r = ۰/۳۲$, $p = ۰/۰۰۱$) و منفی ($r = ۰/۵۵$, $p = ۰/۰۰۱$) استفاده شده است که جهت و اندازه همبستگی‌ها تأیید کننده روایی پرسشنامه میزان وسوسه پس ترک می‌باشد.

پرسشنامه میزان مصرف داروهای غیر تجویزی. این پرسشنامه حاوی ۱۲ سوال است، که فرد با استفاده از معیار ۱-۶ مقیاس، میزان موافقت خود را با خط کشیدن دور معیار مناسب نشان می‌دهد. با نمره گذاری این پرسشنامه، میزان مصرف داروهای مسکن (نظیر قرصهای کدئین دار)، ضد درد، ضد افسردگی، ضد اضطراب، قرصهای خواب، داروهای گیاهی اعصاب، مصرف چای و قهوه، دخانیات (انواع تنباکو و سیگار)، نوشیدنیهای غیرمتعارف، مواد غیرمتعارف، مواد نیروزا و هیجان آور و... سنجیده می‌شود.

^۱ Situational confidence questionnaire

^۲ Annis

^۳ Graham

روش اجرا

آزمودنی‌ها، از میان مراجعانی که جهت ترک اعتیاد به مرکز ترک اعتیاد انگیزه واقع در خیابان احمدآباد مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. شرکت در طرح داوطلبانه بود. از افراد سوء مصرف کننده مواد که تمایل به همکاری داشتند، درخواست شد که برگه اطلاعات و رضایت نامه تحقیق را مطالعه کرده و در صورت موافقت و تمایل، شماره تماس یا آدرس خود را ذکر کرده تا جهت شرکت در پژوهش با آنها تماس گرفته شود. بعد از پر کردن رضایت‌نامه، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. سپس برنامه آموزشی غنی سازی و ارتقاء زندگی (LEAP) در ۷ جلسه برای گروه آزمایش اول اجرا شد و برنامه واقعیت درمانی (RT) نیز در ۷ جلسه برای گروه آزمایش دوم و برنامه گروه کنترل نما نیز در ۷ جلسه ارائه شد. در گروه کنترل نما نرم افزار word آموزش داده شد. هر جلسه ۱/۵ ساعت طول کشید. همچنین، جلسات به طور هفتگی تشکیل شد. پس از ۳ ماه، دوره پیگیری (بدون اینکه هیچ یک از شرکت کنندگان تمرینی انجام دهند) بار دیگر مجموعه آزمون‌ها برای همه آزمودنی‌ها اجرا شد و اثربخشی درمانها سنجیده شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانی برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی

جلسه اول	خوشامدگویی، معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با قواعد و مقررات گروه، بیان انتظارات و اهداف اعضای گروه از جلسات، آموزش منطق LEAP توسط آموزش دهنده.
جلسه دوم	کمک به تکمیل پرسش‌نامه PCI و در صورت لزوم و نمره گذاری و تفسیر کیفی پرسش‌نامه PCI بر اساس ۹ مقیاس آن، توصیف هریک از مقیاسها برای درک اهمیت آنها، توضیح اهداف دستیابی و اهداف اجتنابی و ارتباط آنها با ساختار انگیزشی انطباقی در راستای هدف ترک سوء مصرف مواد، بررسی بُعد کمی اهداف بر اساس پرسش‌نامه PCI.
جلسه سوم	توضیح دلایل زیربنایی مصرف بیش از حد مواد مخدر، فهرست نمودن برخی خرافات درباره مصرف مواد مخدر و برخی واقعیتها درباره مصرف مواد مخدر، شناسایی موقعیت‌های بر انگیزاننده مصرف مواد مخدر (چرا، چه وقت، کجا، چگونه، با چه کسی).
جلسه چهارم	آموزش سه روش برای ایجاد یک سبک زندگی شادتر، توضیح راهبردهای مدیریت تنش و استرس دراز مدت توضیح رابطه بین سبک زندگی شادتر به دور از مصرف مواد مخدر و افزایش سلامتی، شناسایی منابع شادی و استرس: (الف) ساخت زیستی؛ (ب) خوشی‌ها و مشکلات روزانه (استرس بد در مقابل استرس خوب)؛ (ج) نگرش‌ها و باورها، یافتن اهداف و فعالیت‌هایی برای جایگزین کردن مصرف مواد مخدر، شیوه‌های کاهش استرس روزانه و بکارگیری شیوه‌های جدید به منظور افزایش احساس شادی در خود.

جلسه پنجم	بازنگری اهداف برای افزایش احتمال دستیابی به آن‌ها برای شادی فرد با تمرکز بر کمیت اهداف، کیفیت اهداف و طرح ریزی هدف با توجه به نتایج پرسش‌نامه نگرانی‌ها و آرزوهای شخصی.
جلسه ششم	ساخت دهی و برنامه‌ریزی در مورد اهداف به ویژه هدف اختصاصی ترک اعتیاد؛ تعریف اهداف بصورت اختصاصی، عینی و قابل دسترس و دست یافتنی؛ الویت بندی اهداف (تمرین مرور هدف)؛ آموزش نحوه طراحی نردبان اهداف برای هریک از اهداف، مرور جلسات و نتیجه‌گیری، قراردایی به منظور پی‌گیری و ارزیابی پس از درمان، دریافت بازخورد از مراجعان.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمانی واقعیت درمانی گروهی

جلسه اول	آشنایی و مقدمه، معرفی درمانگر و اعضا و هدف گروه، آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و بیان انتظاراتشان از گروه، معرفی نیازهای اساسی و تعریف جامع آنها و بررسی تفاوتها و شباهتهای افراد با هم.
جلسه دوم	آموزش و فهماندن رفتار کلی و انتخاب رفتار خود، ارزیابی توانایی کنترل خوشتن و تقویت جنبه‌های مثبت خود.
جلسه سوم	طرح و برنامه‌ای برای دستیابی به هدف که باید ساده، فوری و بدون معطلی، خاص و مشخص و جدی باشد، بیان و فهماندن چگونگی حرکت به سوی خواسته‌هایمان و توصیف و بیان جهان کیفی و جهان عینی (واقعی).
جلسه چهارم	توضیح اینکه عذر و بهانه راه رسیدن به اهداف و خواسته‌هایمان نیست، بررسی واقع گرایانه بودن تصویر جهان کیفی و کمک به اعضای گروه در جهت ساختن تصویر واقع گرایانه‌تری از اهدافشان.
جلسه پنجم	کمک به اعضا تا در جهت خواسته‌هایشان گام عملی بردارند، به اعضا کمک شد تا بفهمند که آنها خود مسئول رفتار خود هستند و باید مسئولیت رانندگی را بپذیرند و تفکر راجع به احساساتی که در زمان مواجه شدن با انتقاد و عیب جویی ایجاد می‌شود.
جلسه ششم	تفکر در مورد مفهوم حل تعارض، فهمیدن و درک کردن ۵ نیاز اساسی در جهت کمک به حل تعارضات فردی، آموزش و فهماندن هدف در زندگی و لزوم داشتن هدف برای خود و آنگاه دعوت به تفکر در خصوص چگونگی دستیابی به هدف و برنامه‌ریزی برای خود جهت نیل به اهداف بدون آنکه باعث ناکامی دیگران در رسیدن به اهدافشان شویم.

نتایج

به منظور بررسی تفاوت‌های جمعیت شناختی سه گروه، ابتدا از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه^۱ برای متغیرهای سن، تحصیلات، سال‌های اعتیاد و تعداد درمان‌ها، استفاده شد. هیچ تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نشد. سپس از آزمون غیرپارامتریک کروسکال-والیس^۲ برای بررسی تفاوت‌های بین گروه-ها در متغیرهای شغل و وضعیت تاهل استفاده شد. هیچ تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نشد. بنابراین؛ در تحلیل استنباطی برای آزمون فرضیه‌ها، وارد کردن این متغیرها به عنوان متغیر همراه در مدل-های آماری ضرورتی ندارد.

نتایج متغیرهای همراه در در سطح آمار توصیفی در جدول ۳ آورده شده است:

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای همراه

گروه						
متغیر	گروه آزمایشی		گروه آزمایشی RT		گروه کنترل نما	
	LEAP					
	SD	M	SD	M	SD	M
سن	۴/۶۰	۲۷/۱۰	۴/۳۲	۲۸/۳۰	۵/۲۸	۲۷/۲۰
تحصیلات	۲/۳۴	۱۲/۲۰	۲/۴۹	۱۳/۳۰	۲/۸۶	۱۲/۳۰
سالهای اعتیاد	۳/۸۰	۶/۳۰	۴/۴۶	۸/۲۰	۴/۸۱	۶/۹۰
تعداد درمان‌ها	۱/۷۶	۲/۷۰	۲/۴۸	۳/۸۰	۲/۰۵	۲/۳۰

نتایج متغیرهای وابسته در سطح آمار توصیفی در جدول ۴، آورده شده است:

^۱ANOVA

^۲Kruskal-Wallis

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	LEAP						گروه آزمایشی RT	گروه کنترل نما
	SD	M	SD	M	SD	M		
منبع کنترل	۲/۲۵	۱۴/۸۰	۱/۳۲	۱۶/۲۰	۲/۱۶	۱۳/۷۰	پیش آزمون	
	۲/۴۱	۱۴/۴۰	۱/۰۵	۸/۷۰	۱/۳۷	۱۰/۹۰	پس آزمون	
	۲/۴۶	۱۴/۱۰	۱/۳۷	۸/۹۰	۱/۹۰	۱۰/۱۱	پیگیری	
میزان وسوسه	۱۵/۱۱	۴۱/۱۰	۱۱/۵۱	۵۰/۱۰	۱۱/۹۰	۵۳/۴۰	پیش آزمون	
	۱۵/۳۷	۴۱/۱۰	۳۰/۶۶	۳۱/۲۰	۵/۱۶	۳۱/۰۰	پس آزمون	
	۱۵/۳۸	۴۰/۷۰	۷/۳۳	۳۰/۶۰	۶/۳۷	۳۰/۳۰	پیگیری	
شادکامی	۵/۰۱	۳۹/۵۰	۶/۲۵	۳۱/۵۰	۹/۰۷	۳۴/۸۰	پیش آزمون	
	۴/۷۶	۳۹/۶۰	۱/۸۸	۴۱/۳۰	۶/۰۱	۴۲/۳۰	پس آزمون	
	۵/۱۶	۳۹/۰۰	۱/۶۳	۴۱/۰۰	۵/۹۱	۴۱/۰۰	پیگیری	
احساس کنترل منفی	۰/۹۱	۴/۷۶	۰/۶۶	۴/۹۰	۰/۹۷۸	۴/۶۲	پیش آزمون	
	۰/۸۴	۲/۵۰	۱/۳۳	۲/۳۲	۱/۲۱	۳/۵۶	پس آزمون	
	۰/۸۴	۲/۴۸	۱/۳۵	۲/۳۲	۱/۲۲	۳/۵۶	پیگیری	
احساس کنترل مثبت	۰/۸۹	۲/۵۶	۱/۰۶	۳/۴۰	۱/۲۷	۳/۶۶	پیش آزمون	
	۰/۹۲	۴/۷۴	۰/۵۶	۵/۷۰	۰/۹۰	۴/۹۰	پس آزمون	
	۰/۹۲	۴/۷۴	۰/۵۵	۵/۶۶	۰/۹۴	۴/۸۴	پیگیری	
میزان رضایت از زندگی	۶/۷۰	۲۴/۱۰	۶/۵۰	۲۳/۹۰	۴/۱۷	۱۹/۵۰	پیش آزمون	
	۵/۷۰	۲۳/۶۰	۵/۲۴	۳۰/۸۰	۵/۸۷	۲۹/۱۰	پس آزمون	
	۵/۸۱	۲۳/۴۰	۵/۰۳	۳۰/۵۰	۵/۳۷	۲۸/۶۰	پیگیری	
اطمینان موقعیتی	۱۶۸	۵۹۲	۱۵۴	۵۴۸	۲۳۲	۵۴۶	پیش آزمون	
	۱۶۴	۵۸۸	۱۵۹	۶۴۸	۲۰۲	۷۶۱	پس آزمون	
	۱۶۳	۵۸۴	۱۶۲	۶۴۴	۲۰۱	۷۶۲	پیگیری	
میزان مصرف داروهای غیر تجویزی	۶/۹۷	۱۶/۳۰	۷/۷۰	۲۲/۳۰	۷/۳۷	۲۰/۸۰	پیش آزمون	
	۷/۱۰	۱۶/۰۰	۵/۴۷	۱۳/۲۰	۳/۵۲	۹/۳۰	پس آزمون	
	۶/۱۱	۱۵/۸۰	۶/۱۶	۱۳/۳۰	۳/۷۷	۹/۵۰	پیگیری	

برای آزمون فرضیه اول تا سوم، از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. در مدل آماری یاد شده، نمرات منبع کنترل، شادکامی، میزان وسوسه، رضایت از زندگی، احساس کنترل مثبت و منفی، میزان مصرف دارو و اطمینان موقعیتی به عنوان متغیر وابسته در پس آزمون و آزمون پیگیری؛ گروه به عنوان متغیر مستقل؛ و نمرات پیش آزمون مقیاسهای فوق، به عنوان متغیر همراه وارد شدند. در مورد اثر متغیرهای همراه، نتایج حاکی از آن بود که نمره پیش آزمون متغیرهای فوق به استثنای منبع کنترل در رابطه (در مرحله پیگیری) اثر معنی داری نداشتند. اثر گروه در پس آزمون و آزمون پیگیری معنادار بود. همچنین برای مقایسه دو به دو اثر گروه‌های کنترل‌نما LEAP, RT از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. و نتایج آن در جدول ۵ ذکر شده است.

با توجه به جدول ۵، فرضیه اول، در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری تایید شد. و تفاوت برنامه آموزشی LEAP در شادکامی، احساس کنترل منفی، اطمینان موقعیتی، میزان داروی مصرفی، رضایت از زندگی و میزان وسوسه با گروه کنترل نما معنادار بود، ولی در منبع کنترل و احساس کنترل مثبت تفاوت معناداری با گروه کنترل نما نداشت. بنابراین؛ برنامه آموزشی LEAP در افزایش شادکامی، کاهش احساس کنترل منفی، افزایش اطمینان موقعیتی، کاهش میزان داروی مصرفی، افزایش رضایت از زندگی و کاهش میزان وسوسه موثر بود.

همچنین، فرضیه دوم، در مرحله، پس آزمون و آزمون پیگیری تایید شد. تفاوت گروه آموزشی RT با گروه کنترل نما در منبع کنترل، میزان وسوسه، احساس کنترل مثبت و رضایت از زندگی معنادار بود. در نتیجه، گروه آموزشی RT در کاهش نمره منبع کنترل، کاهش میزان وسوسه، افزایش احساس کنترل مثبت و افزایش رضایت از زندگی موثر بود. اثر بخشی روش آموزشی گروه LEAP در کاهش میزان وسوسه و افزایش رضایت از زندگی همانند روش آموزشی گروه RT بود ولی در شاخص‌های بهبود دیگر (افزایش شادکامی، کاهش احساس کنترل منفی، افزایش اطمینان موقعیتی، کاهش میزان داروی مصرفی) موثرتر از گروه آموزشی RT بود، و صرفاً گروه آموزشی RT در افزایش احساس کنترل مثبت و کاهش نمره منبع کنترل موثرتر از گروه آموزشی LEAP بود. در نتیجه، چون گروه آموزشی LEAP در تعداد شاخص‌های بهبود بیشتری نسبت به گروه آموزشی RT موثر بود (جدول ۵)، فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اثربخش‌تر بودن گروه آموزشی LEAP تایید شد.

جدول ۵. نتایج مدل‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره برای نمرات تغییرات شاخص‌های درمانی گروه

مدل مورد آزمون		اثر اصلی		متغیر همراه		تفاوت‌های دو-به-دو معنی دار	
		گروه		$F(p)$			
		η^2	p	F (۲،۲۲)		LEAP > RT	RT > Control I
						p	p
منبع کنترل	T1-T2	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱	۲۱/۱۰	۰/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	T1-T3	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱	۱۷/۴۱			
شادکامی	T1-T2	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۱۶/۲۶	۰/۸۸	۰/۰۲	۰/۰۰۲
	T1-T3	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱	۲۲/۲۸			
احساس کنترل مثبت	T1-T2	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۱/۵۵	۰/۷۱	۰/۰۳	۰/۰۲
	T1-T3	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۱/۴۶			
احساس کنترل منفی	T1-T2	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۱۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۰۲	۰/۰۴
	T1-T3	۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۰/۰۹			
میزان وسوسه	T1-T2	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	۵/۴۷	۰/۴۹	۰/۹۵	۰/۰۴
	T1-T3	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۱۱/۹۴			
اطمینان موقعیتی	T1-T2	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۱۲/۵۵	۰/۷۸	۰/۱۴	۰/۰۳
	T1-T3	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱	۱۲/۴۳			
رضایت از زندگی	T1-T2	۰/۶۰	۰/۰۰۰۱	۶۱/۸۴	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۰۰۷
	T1-T3	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۱۷/۵۵			
میزان مصرف داروهای غیر تجویزی	T1-T2	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۱۵/۹۱	۰/۱۹	۰/۱۵	۰/۰۲
	T1-T3	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۱۲/۸۳			

نتیجه‌گیری

هدف اصلی گروه‌های آموزشی-روانی در این پژوهش، افزایش آگاهی درباره پیامدهای رفتاری، بهداشتی و روان‌شناختی سوء مصرف مواد بود. هدف اصلی دیگر، دادن انگیزه به مراجع برای وارد شدن به مرحله بهبود بود (مارتین و همکاران، ۱۹۹۶؛ پیفر و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از فلورس، ۲۰۰۵: ۷۱-۶۱). اگرچه گروه‌های آموزشی-روانی، مراجعان را درباره مسائل روان‌شناختی آگاه می‌کنند، هدف آنها تغییر درون-روانی نمی‌باشد، اما غالباً تغییرات فردی در تفکر و احساسات رخ می‌دهد. گروه‌های آموزشی-روانی برای کمک به مراجعان و برای ادغام کردن اطلاعاتی که به آنها در ایجاد انگیزه و فقط ترک مواد کمک خواهند کرد، ارائه می‌شوند و آنها را برای انتخاب‌های موثرتر در زندگی‌شان راهنمایی می‌کنند. همچنین، این گروه‌ها می‌توانند برای خنثی کردن افکار مراجعان در مورد مصرف موادشان، افزایش احساس مسئولیت‌شان برای درمان مداوم، ایجاد تغییرات در رفتارهای ناسازگارانه (مثل ارتباط با افرادی که فعالانه از مخدرها استفاده می‌کنند) و تشویق رفتارهای منجر به بهبودی، استفاده شوند (فلورس و جورجی، ۲۰۰۵). هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی برنامه‌ی آموزش گروهی غنی‌سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد بود. به نظر محقق حاضر وجه اشتراک دو رویکرد واقعیت درمانی و برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی، توجه به نیازهای افراد (هر دو رویکرد به افراد کمک می‌کنند تا کنش‌های خود را در تلاش برای ارضای نیازهای اساسی انتخاب کنند)، تعیین اهداف و پیگیری آن و تاکید بر زمان حال می‌باشد و تفاوتی بین دو رویکرد واقعیت درمانی و برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی نیز وجود دارد. برنامه واقعیت درمانی به افراد کمک می‌کند که مسئولیت پذیر باشند، حق انتخاب بر روی اعمالشان داشته باشند، بتوانند ارزشیابی درستی در مورد رفتارهای خود داشته باشند و همچنین، به افراد کمک می‌کند که منبع کنترل خود را از بیرونی بودن به درونی شدن تغییر دهند. اما برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی به افراد کمک می‌کند که اهداف مناسب خود را تعقیب کنند، اهداف غیرواقع‌بینانه خود را کنار بگذارند و ساختار انگیزشی خود را از غیرانطباقی به انطباقی تبدیل کنند.

نتیجه‌ی این بررسی پیشنهاد می‌کند که هر دو رویکرد درمانی (RT, LEAP) از گروه کنترل نما در بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد موثرتر بودند. برنامه آموزشی LEAP در افزایش شادکامی، کاهش احساس کنترل منفی، اطمینان موقعیتی، کاهش میزان داروی مصرفی، افزایش رضایت از زندگی، کاهش میزان وسوسه نسبت به مواد مخدر موثر بود. ولی در منبع کنترل و افزایش احساس کنترل مثبت تفاوت

معناداری با گروه کنترل نداشت. که این نتیجه، موید پژوهش عبدالحسینی (۱۳۸۸) است که در آن بازسازی انگیزشی سبب کاهش میزان وسوسه نسبت به مواد مخدر شد. همچنین، همسو با نتیجه مطالعه‌ی کاکس و کلینگر (۱۹۸۸) است که معتقدند بازسازی انگیزشی با افزایش رضایت از زندگی همراه است. پژوهش کاکس و فرددی (۲۰۰۸) و کاکس و کلینگر (۲۰۰۲)، حاکی از این بود که بین میزان مصرف دارو و ساختار انگیزشی غیرانطباقی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد و کاکس و شاملو (۲۰۰۹) بین ساختار انگیزشی انطباقی و احساس کنترل رابطه مستقیمی، گزارش کردند. در نتیجه، برنامه LEAP با بازسازی انگیزشی، در بهبود شاخص‌های اعتیاد تاثیر مثبتی دارد که در پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی اثبات شده است.

همچنین، در این پژوهش، نمرات آزمودنی‌های گروه آموزشی RT در منبع کنترل و میزان وسوسه کاهش یافت و افزایش محسوسی در احساس کنترل مثبت، رضایت از زندگی یافت. لازم به ذکر است که کاهش نمره منبع کنترل مبنی بر درونی تر شدن منبع کنترل از بیرونی به درونی می‌باشد که این نتیجه مطلوبی می‌باشد. این یافته با یافته‌های پژوهش چانس و همکاران (۱۹۹۰) و هانمین (۱۹۹۰) مشابه می‌باشد و موید نظریه گلسر می‌باشد که معتقد است بسیاری از تبیین‌های موجود روان‌پزشکی امروز در مورد ناراحتی‌های روانی، مبین روان‌شناسی کنترل بیرونی است. یعنی همان چیزی که بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب یا وسواس به آن معتقدند. کسانی که عقیده به روان‌شناسی کنترل درونی دارند معتقدند که عمل، شناخت، احساس و حالت فیزیولوژیکی رفتار کلی، تحت کنترل خودشان است. آنها هرگاه احساس کنند که این اجزاء در جهت خواسته‌هایشان نیست، رفتاری دیگری را انتخاب می‌کنند. هرگاه روان‌شناسی کنترل بیرونی در انسان رشد کند رفتار غیرعادی و غیرمسئولانه بروز می‌یابد (فرح بخش، ۱۳۸۳). گروه آموزشی RT، افراد گروه را دعوت به مسئولیت پذیری، کنترل پذیری و احساس تعهد در اعمال دعوت می‌کند که این امر در تجزیه و تحلیل داده‌ها که نشان دهنده تاثیر مثبت گروه RT در منبع کنترل، احساس کنترل مثبت، میزان وسوسه و رضایت زندگی بود، اثبات شده است.

یافته‌های این پژوهش نشان دادند که رضایت از زندگی و احساس کنترل در دو گروه آموزشی RT، LEAP در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری متفاوت است. نتیجه‌ی این تحقیق یافته‌های سلیمانیان را تأیید می‌کند (سلیمانیان، ۱۳۸۴). پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی احساس خوب بودن و داشتن معنا در زندگی نشان داده‌اند که هر دوی این مقوله‌ها با ادراک افراد از داشتن اهداف مهم در زندگی و پیشرفت رضایت بخش در به‌دست آوردن آن‌ها رابطه دارند. برای مثال، بیشتر مردم ارزش بسیار بالایی برای

برقراری و حفظ روابط صمیمانه و نزدیک قائل هستند (بایمستر و لری، ۱۹۹۵) و به‌دست آوردن این اهداف بین فردی با احساس خوب بودن در زندگی ارتباط بسیار قوی دارد. تحقیقات روفلمن و ولچیک (۱۹۸۸) نشان داده‌اند، این‌که فرد احساس کند در تعقیب اهداف مورد نظرش از حمایت‌های دیگران برخوردار است، احساس مثبت، خوب و مطلوب را در وی پرورش می‌دهد و احساس این‌که دیگران مانع تحقق اهداف وی می‌گردند، از احساس خوب بودن می‌کاهد.

عامل دیگری که در پرورش احساس مثبت، خوب و مطلوب نقش مهمی ایفا می‌کند، حس پیشرفت به‌سمت هدف است. به اعتقاد داینر و فوجیتا (۱۹۹۵) حس پیشرفت به سمت هدف یک عامل بسیار مهم و تعیین‌کننده در داشتن احساس خوب است. مطالعات طولی هالیچ و جیپرت (۱۹۹۸) نشان داده‌اند، احساس رضایت از زندگی و برخورداری از احساس خوب و مطلوب به داشتن اهداف دست‌یافتنی بستگی دارد، به‌خصوص در افرادی که نسبت به اهداف خود تعهد بیشتری احساس می‌کنند. البته همه‌ی اهداف فردی به یک اندازه بر پرورش احساس خوب و مطلوب نقش ندارند. برای مثال، پیشرفت در اهدافی که توسط دیگران یا تحت تأثیر فشارهای اجتماعی به فرد تحمیل شده کمتر از اهدافی که خود فرد آن‌ها را انتخاب کرده است موجب احساس خوب بودن می‌شوند (به نقل از سلیمانیان، ۱۳۸۴: ۵۶-۴۵).

به اعتقاد کاکس و کلینگر (۲۰۰۲) ارتباط بین اهداف و شناخت، هیجان، تصورات و رفتارها در مداخلات مشاوره‌ای حائز اهمیت هستند. آن‌ها معتقدند آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ارتباط تنگاتنگی با مشکلات مربوط به تعقیب هدف دارند. یعنی هرچقدر مشکلات و آسیب‌های موجود بر سر راه تعقیب هدف بیشتر باشد، آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری نیز بیشتر بروز می‌کند. این‌که مشکل افسردگی باشد یا اضطراب یا اعتیاد و... مداخله‌ی مشاوره‌ای مؤثر مستلزم بررسی و مداخله در فرآیند تعقیب هدف است. رضایت افراد در زندگی تا حد زیادی از باور آن‌ها نسبت به دست‌یابی به اهداف مطلوب‌شان سرچشمه می‌گیرد (برون، مادیکس و اسنایدر، ۱۹۹۷؛ برنسن، ۱۹۹۳؛ به نقل از کاپلان و مادیکس، ۲۰۰۲: ۱۶۴-۱۵۷). همچنین، توانایی رسیدن یک فرد به هدفش ممکن است توسط دیگران تقویت یا جلوگیری شود. بنابراین، درک حمایت در دست‌یابی به اهداف از طرف افراد مهم زندگی فرد، عامل مهمی است که در رضایت‌مندی یا تعارض در روابط صمیمانه و نزدیک نقش دارد (برسکید و ریز، ۱۹۹۸؛ استروب و استروب، ۱۹۹۶؛ به نقل از کاپلان و مادیکس، ۲۰۰۲: ۱۶۴-۱۵۷).

در انتها، باید اشاره کرد که زمانی که این رویکردها به‌صورت گروهی به کار گرفته می‌شوند، مزیت‌های روان درمانی گروهی در مقایسه با روان درمانی فردی از جمله تعامل اعضاء، الگوگیری، و ...

دو چندان می‌شود. در واقع اعضای گروه در نتیجه‌ی تعامل با یکدیگر و از طریق خودافشایی، دریافت حمایت، همدلی و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسایل‌شان به فهم و بینش وسیع‌تری دست یافته و بهتر با آن‌ها کنار آیند. یافته‌های این پژوهش موید فرضیه سوم می‌باشد. زیرا برنامه LEAP در تعداد شاخص‌های بهبود بیشتری، اثربخش‌تر از گروه RT بود. این یافته را باید یک یافته‌ی مقدماتی دانست و به‌کارگیری این دو شیوه در قالب طرح‌های تک آزمودنی و آزمایشی در سطح گسترده ضروری می‌باشد. به‌علاوه، نتیجه‌گیری این پژوهش را بایستی با احتیاط تفسیر نمود، هر چند کوشش پژوهش‌گر این بوده است که شرایط را تا جایی که امکان دارد کنترل کند، اما درباره‌ی آزمودنی‌های انسانی و آن هم امر درمان روان‌شناختی کنترل همیشه دشوار می‌باشد. در انتها، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در قالب طرح‌های تجربی مجدداً اجراء شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که سایر روش‌های مداخله‌ای مطرح در درمان اعتیاد به‌صورت عملیاتی تدوین و آزمون شوند.

تشکر و قدردانی

از همکاری خانم دکتر اکرمی و همکاران‌شان در کلینیک درمان و بازتوانی اعتیاد انگیزه کمال تشکر و قدردانی را دارم که در طول انجام پژوهش، نهایت همکاری را با محقق داشتند.

کتابنامه

- امانلو، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی با رویکرد شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر مبتلایان دیابت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- سردار آبادی، مهدی. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- سلیمانیان، علی اکبر. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی و کارآمدی مشاوره انگیزشی نظام مند بر تعارض زناشویی. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- عبدالحسینی، فاطمه. (۱۳۸۸)، بررسی مقایسه ای اثربخشی گروه درمانی عقلانی- هیجانی- رفتاری و برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی در بهبود شاخص های اعتیاد زنان سوء مصرف کننده مواد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- فرح بخش، کیومرث. (۱۳۸۲). بررسی کارآمدی و اثربخش واقعیت درمانی و شناخت درمانی عقلانی هیجانی بر تعارض زناشویی. پایان‌نامه دکتری منتشر نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- گودروزی، ناصر. (۱۳۷۸). بررسی رابطه رضایت زناشویی با منبع کنترل در کادر درمانی بیمارستانهای تابع دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- مرادی شهر بابک، فاطمه. (۱۳۸۶). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه‌ی گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- موسوی، معصومه. (۱۳۷۷). اثر مشاوره فردی با رویکرد واقعیت درمانی بر بحران هویت در دختران نوجوان ۱۵-۱۸ ساله (سال سوم متوسطه) ناحیه یک کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

- Burhard, G., Yarhouse, M.A., Kilian, M.K., Worthington, E.L., Berry, J & Enter, D. (2003). A Study of Two marital Enrichment programs and couples Quality of life. *Journal of Psychology & Theology*, 31(2): 240-252.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (2002). Motivational structure: Relationships with substance use and processes of change. *Addictive Behaviors*, 27(3): 925-940.1.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2):168-180.
- Cox, W. M.; Klinger, E. & Blount, J. P. (1995). Systematic motivational counseling: a treatment manual. Unpublished manuscript, Bangor.
- Cox, W.M. Heinemann, A.W., Miranti, S.V., Schmidt, M., klinger, E., & Blount, J. (2003). Outcomes of systematic motivational counseling for substance use following traumatic brain injury. *Journal of Addictive Disorder*, 22(1): 93-110.
- Cox, W.M., Fadardi, J.S., & Klinger, E. (2006). Motivational process underlying implicit cognition in addiction. In R.W. Wiers & A. W. Stacy (editors). *Handbook of implicit cognition in addiction*. Thousand Oaks, California: SAGE, 253-266.

- Diener, E., RA. Emmons, R. J., and Griffin, S. (1985).The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(3):71-75.
 - Fadardi, J. s., & Cox, W. M. (2008). Alcohol-attentional bias and motivational structure as independent predictors of social drinkers' alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(3): 247-256.
 - Fadardi, J.S. Ziaee.S. Shamlou. Z.S. (2009). Substance Use and the Paradox of Good and Bad Attentional Bias. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(6): 456-463.
 - Fadardi., S.J., Cox, W.M.,& kllinger, E. (2006). Life Enrichment and Advancement Program (LEAP): A self-Help manual for Reducing your Need to Drink. *Unpublished manual*, Bangor University.
 - Flores, P.J. & Georgi, J.M. (2005). Groups and substance Abuse Treatment. In: Flores P.J., Georgi J.M. (Editors). *Substance Abuse Treatment: Group therapy A Treatment*. U.S. Department of Health and Human Services, 61-71.
 - Harmer, Jill .(1992).The Effect of Reality Therapy Treatment on law achieving students. phd. Dissertation. Georgia: university, college of Georgia state university, 55-80.
 - Kaplan, M. & Maddux, j. E. (2002). Goals and Marital Satisfaction: Perceived Support for Personal and Collective Efficacy for Collective Goals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(2), 157-164.
 - Loyd, B.D. (2005).The Effect of Reality therapy / choice theory high school Student s perception of Needs satisfaction and behavioral change. *International Journal of Reality Therapy*, 25(1): 5-9.
 - Marden. M. (2001). Health Behavior Change: A Guide For Practitioners. Families, Systems & Health, 19(3): 327-329.
 - Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use of disorders. *Addiction*, 97(2): 265-277.
 - Prenzlav, S. (2006). Using Reality therapy to Reduce PTSD-Related symptoms. *International Journal of Reality Therapy*, 25(2): 23-29.
- Reference
- Rich. G., & Eric, M. A. (2006). The relationship between relative levels of motivation and intrapersonal, interpersonal, and academic functioning among older adolescents. *Journal of School Psychology*, 44(4): 375-391.
 - Sepehri, Z. S. , & Cox, W. M. (2009). The relationship between motivational structure, sense of control, intrinsic motivation and university students' alcohol consumption. *Addictive Behaviors*, 35(3), 140-146.



استناد به این مقاله: سبحانی راد، داود؛ مقیمی، علی؛ غنایی چمن آبادی، علی؛ معروضی، پرویز (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه ویژگی‌های زبانی کودکان اوتیستیک. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۱)، ۱۲۸-۱۱۹

بررسی و مقایسه ویژگی‌های زبانی کودکان اوتیستیک

داود سبحانی راد^۱، علی مقیمی^۲، علی غنایی چمن آباد^۳، پرویز معروضی^۴

دریافت: ۱۳۹۰/۵/۲۵ پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۹

چکیده

کودکان با اختلال اتیسم دارای طیف وسیعی از اشکالات می‌باشند. مشکلات ناشی از عدم درک معنای کلام، یکی از شاخصه‌های اصلی کودک اتیسم است. همچنین ممکن است کودک توانایی کلامی برای برقراری ارتباط مناسب را نداشته باشد. بطور خلاصه، حیطه‌های زبانی دچار مشکل در این کودکان، در سایر زبانها، نوعاً حیطه‌های کاربرد شناسی و تاحدی معنی شناسی گزارش شده است. با توجه به این که برقراری ارتباط با کودکان اتیستیک بسیار مشکل است؛ مطالعات اندکی بر روی این کودکان انجام شده است. هدف از انجام این تحقیق، ترسیم نیم رخ زبانی دقیقی از کودکان اتیستیک و تعیین سطح زبانی این کودکان در زبان فارسی می‌باشد. پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی تحلیلی، از نوع مقایسه‌ای می‌باشد و بر روی ۲۳ کودک مبتلا به اتیسم انجام گرفت. پس از جلسات برقراری ارتباطی و با توجه به معیارهای ورود، کودکان با استفاده از آزمون رشد زبانی TOLD بصورت انفرادی مورد بررسی قرار گرفتند. مهارت‌های زبانی فرد که زبان گفتاری، گوش کردن، سازماندهی، صحبت کردن، معنی شناسی و نحو را در بر می‌گرفت، توسط آزمون TOLD ارزیابی شد. سن کودکان مورد مطالعه، بین ۵/۶ تا ۷/۸ سال (با متوسط ۶/۴) بود. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که بین مهارت زبان گفتاری و همه مهارت‌ها، بجز مهارت نحوی، تفاوتی معنی داری، وجود دارد ($P < .05$). این بدان معنی است که، فرد اتیستیک در مهارت زبان گفتاری نسبت به سایر مهارت‌ها (به جز مهارت نحوی) در سطح پایین تری قرار دارد، این تفاوت معنی دار می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اتیسم، آزمون رشد زبانی TOLD نسخه فارسی، معنی شناسی، کاربردشناسی.

۱ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. sobhanid@mums.ac.ir

۲ استاد دانشگاه فردوسی مشهد.

۳ استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

۴ عضو مرکز پژوهشی علوم شناختی دانشگاه فردوسی مشهد.

۵ مربی گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

مقدمه

اختلالات فراگیر رشد^۱ به گروهی از ناهنجاریها اطلاق می‌گردد که در آنها رشد مهارتهای اجتماعی، زبانی، ارتباطی و رفتاری با تاخیر و بصورت انحرافی^۲ انجام می‌گیرد (لیندگرن، فولستین، تاملین، تاگر فلاسگر^۳، ۲۰۰۹؛ نئوس و ون بلکر ئونس^۴، ۲۰۰۵؛ وایت هوس، وات، لاین، بیشاپ^۵، ۲۰۰۹؛ تاگر فلاسبرگ^۶، ۱۹۹۹؛ اورمان کری، فلگ، روبرتس و روبرتس^۷، ۲۰۰۵). از میان این اختلالات، بیماری اتیسم که پیش از ۳ سالگی بروز می‌کند، بیشتر مورد توجه محققین قرار گرفته است (زاگبام^۸، ۲۰۰۱؛ تاگر فلاسگر و همکاران^۹، ۲۰۰۹). بنابراین اتیسم دسته‌ای از اختلالات رشدی-عصبی محسوب می‌شود که در سه حیطه اجتماعی، ارتباطی و رفتاری تأثیرات خود را نشان می‌دهد (تات و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۷). علائم به صورتهای زیر دیده می‌شود: تعامل اجتماعی دوطرفه غیرطبیعی، مهارتهای ارتباطی تاخیری و مجموعه فعالیتهای و علایق محدود فردی (زاگبام، ۲۰۰۱؛ تات و همکاران، ۲۰۰۷؛ کیگارد^{۱۱} و تارگر فلاسگر، ۲۰۰۱؛ سادوک و سادوک^{۱۲}، ۲۰۰۳). مطالعات حاکی از آمار رو به افزایش میزان ابتلا به این بیماری می‌باشند (تاگر فلاسگر و همکاران، ۲۰۰۹). در حال حاضر احتمال بروز این بیماری ۶ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر گزارش شده است (تات و همکاران، ۲۰۰۷). تشخیص و درمان این اختلال نیاز به همکاری گروهی از متخصصین شامل: روانپزشک، روان‌شناس، گفتار درمان، کاردرمانگر و سایر مربیان دارد. زیرا تشخیص این بیماری مبتنی بر دریافت تاریخچه خانوادگی، معاینه فیزیکی، معاینه عصب شناختی و ارزیابی مستقیم رشد اجتماعی، زبانی و شناختی فرد می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

بررسی ویژگیهای زبانی و ارتباطی فرد اتیستیک در ارزیابی صحیح این بیماری بسیار مهم است. در این ارتباط تمایز صحیح این اختلال از سایر اختلالات مشابه، نظیر عقب ماندگی ذهنی با نشانه‌های رفتاری، اختلال مختلط زبان درکی-بیانی، زبان پریشی اکتسابی همراه با تشنج، حایز اهمیت می‌باشد. از این رو تعیین سطح زبانی فرد اتیستیک توسط متخصصین تیم توانبخشی می‌تواند نقش موثری در روند

1 Pervasive development disorder

2 Deviant

3 Lindgren, Folstein, Tomblin, Tager-Flusberg, 2009

4 Noens, van Berckelaer-Onnes, 2005

5 Whitehouse, Watt, Line, Bishop, 2009

6 Tager-Flusberg, 1999

7 Oram Cary, Flagg E.J. Roberts, Roberts, 2005

8 Zwaigenbaum, 2001

9 Tager-Flusberg H. et al. 2009

10 Tath et al. 2007

11 Kjelgaard, 2001

12 Sadock, Saduk, 2003

تشخیصی فرد ایفا کند (کیگارد و تارگر فلاسگر، ۲۰۰۱؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). از بین حیطه های دچار اشکال در این افراد، ناتوانی ارتباطی و زبانی، از بزرگترین چالشهای بیماری اتیسم محسوب می گردد (کیگارد و تارگر فلاسگر، ۲۰۰۱). بطور حتم نیمی از کودکان اتیستیک با نقص زبانی مواجه می شوند؛ نقایص و انحرافات عمده در رشد زبان از ملاکهای اساسی در تشخیص محسوب می شود. انحراف زبانی از جمله حیطه های دچار مشکل است (اورمان کری، فلگ، روبرتس و روبرتس، ۲۰۰۵). این کودکان حتی در صورت داشتن ذخیره واژگان وسیع قادر به کنار هم چیدن جملات معنی دار نیستند. چنانچه این افراد تکلم صحیح و سلیس را نیز بیاموزند، اما همچنان زبان آنان فاقد کفایت اجتماعی و برخوردار از تعاملات دو طرفه مناسب می باشد (لیندگرن، فولستین، تاملین، تاگر فلاسگر، ۲۰۰۹؛ نیوکامر و همیل^۱، ۱۹۹۸).

کودکان اتیستیک ممکن است از اختلالات زبانی گوناگونی در رنج باشند که شامل: حوزه های کاربرد شناسی (تاگر فلاسبرگ، ۱۹۹۹؛ وایت هوس، وات، لاین، بیشاپ، ۲۰۰۹، کیگارد و تارگر فلاسگر، ۲۰۰۱)، نحو (لیندگرن، فولستین، تاملین، تاگر فلاسگر، ۲۰۰۹؛ کلینهااس، مولر، کوهن، کورچسنی^۲، ۲۰۰۸) و معنایی شناسی (کیگارد و تارگر فلاسگر، ۲۰۰۱؛ کوندوریس، مایر^۳، تارگر فلاسگر، ۲۰۰۳؛ نئوس و ون بلکر نئوس، ۲۰۰۵) می باشد. تعدادی از مطالعات انجام شده، بر سالم بودن خزانه واژگان (نئوس و ون بلکر نئوس، ۲۰۰۵)، دانش گرامری و مهارت تولیدی^۴ تاکید دارند (کیگارد و تارگر فلاسگر، ۲۰۰۱).

پیش آگهی اختلال اتیسم ضعیف است (تات و همکاران، ۲۰۰۷؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). علت آن، مربوط به اختلالات رفتاری این کودکان است. این اختلالات، ارزیابی و کار کردن با این کودکان را مشکل کرده است. طی سالهای اخیر، مطالعات اندکی در مورد کودکان اتیستیک در کشورمان انجام شده است. از این رو تاکنون، گزارشی در خصوص سطوح زبانی کودکان فارسی زبان اتیستیک، منتشر نشده است. ارزیابی سطوح زبانی کودکان اتیستیک غیر فارسی زبان، توسط گروههای پژوهشی متفاوتی با استفاده از انواع آزمونهای زبانی انجام گرفته است. اما نبود آزمونهایی نرم شده به زبان فارسی مانع از مطالعه بر روی کودکان فارسی زبان شده است. به عنوان مثال در تحقیق تات و همکاران (۲۰۰۷) با استفاده از آزمون مقیاس یادگیری Mullen، که بر روی ۲۰ کودک اتیستیک انجام شده بود. نتایج نشان داد که زبان بیانی و بهره هوشی این کودکان به نسبت زبان درکی بیشتر آسیب دیده بود. همچنین ناکارآمدیهای

1 Newcomer, Hammill, 1998

2 Kleinahns, Muller, Cohen, Courchesne, 2008

3 Condouris, Meyer, 2003

4 Articulation

در سایر حیطه‌ها از جمله رفتارهای سازگارانه، مهارت ارتباطی، بکارگیری کلمات و بیان چهره‌ای گزارش شد (تات و همکاران، ۲۰۰۷).

در مطالعه دیگر، کوندوریس و همکاران (۲۰۰۳) به بررسی و مقایسه آزمونهای استاندارد (CELF Peabody, Expressive vocabulary Test) با آزمونهای غیر رسمی در کودکان اتیستیک پرداخته‌اند (کوندوریس، مایر، تارگر فلاسگر، ۲۰۰۳) در مطالعه خود نشان دادند که کودکان اتیستیک در هر دو نوع آزمون زبانی رسمی و غیر رسمی نمرات پایینی کسب کردند. علاوه بر این نوئس و همکاران (۲۰۰۵) در مقاله‌ای تالیفی- مروری، نوعاً مشکل کودکان اتیستیک را نه در سطح معنی‌شناسی و رشدی زبان، بلکه آن را صرفاً در سطح کاربرد شناسی می‌دانند (نوئس و ون بلکر نوئس، ۲۰۰۵). این در حالی است که در تحقیق کیگارد (۲۰۰۱) که بر روی ۸۹ کودک اتیستیک با کمک آزمون استاندارد (ADI-R) انجام شد؛ نتایج نشان داد که مهارت‌های زبانی کودکان اتیستیک با هم ناهمخوان است، بطوریکه در بعضی مهارت‌ها، مانند آزمون تولید کلمات یا تلفظ، نمره فرد از آزمون طبیعی و در برخی، مانند معنی‌شناسی به میزان زیادی پایین‌تر از حد متوسط است. از سو دیگر در بعضی از کودکان، مهارت‌های زبانی در حد طبیعی است. حال آنکه، همان مهارت‌ها در گروهی دیگر از سن تقویمی، پایین‌تر است (کیگارد و تارگر فلاسگر، ۲۰۰۱).

در مطالعات بالینی از آزمون‌های زبانی مختلفی: جهت شناسایی مشکلات زبانی، ارزیابی و طراحی درمان استفاده می‌شود. این ابزارهای بالینی به دو دسته آزمونهای استاندارد، از جمله آزمون زبانی TOLD، و آزمونهای گفتارخودبخودی تقسیم می‌شوند (کوندوریس، مایر، تارگر فلاسگر، ۲۰۰۳). با توجه به این که، در حال حاضر تنها آزمون استاندارد موجود در ایران آزمون زبانی TOLD می‌باشد. لذا در تحقیق حاضر از این آزمون استفاده شده است.

از جمله ضرورت‌های مطالعه کودکان اتیسم می‌توان به تفاوت‌های بین زبان‌های مختلف، شیوع در حال گسترش این اختلال، ناشناخته بودن سطح زبانی کودکان اتیستیک ایرانی و کمک به طراحی رویکردهای تشخیصی، درمانی، در کودکان اتیستیک اشاره کرد. از این رو هدف از انجام این پژوهش، بررسی جامع و استاندارد سطوح زبانی کودکان اتیسم بود تا از این طریق علاوه بر شناخت بهتر این اختلال، نیم رخ زبانی دقیقی از کودکان اتیستیک فارسی زبان ترسیم گردد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی، از نوع مقایسه‌ای می‌باشد.

جامعه آماری: در پژوهش حاضر ۲۳ کودک پسر مبتلا به اتیسم مورد مطالعه قرار گرفتند. محدوده سنی

کودکان بین ۵/۶ تا ۷/۸ سال (با متوسط ۶/۴) بود. کودکان شرکت کننده در مطالعه، از دانش آموزان مدارس استثنایی مختص کودکان اتیسم و فارسی زبان بودند.

معیارهای ورود: تشخیص قطعی بیماری اتیسم با استفاده از آزمونهای روانپزشکی و تایید روانپزشک. عدم ابتلا به اختلالات فک-دهانی. عدم وجود اختلالات آناتومیک اندامهای گویایی. عدم وجود آپراکسی دهانی. عدم وجود مشکلات بینایی و شنوایی و اختلالات اعصاب مغزی کرانیال. عدم وجود صحبت به زبانی غیر از فارسی در محیط کودک و عدم ابتلا بیمار به بیماریهایی نظیر سرماخوردگی در زمان ارزیابی.

از والدین کودکان اتیستیک، رضایت نامه شرکت در مطالعه اخذ گردید. تشخیص بیماری با استفاده از آزمونهای فارسی و استاندارد شده انجمن روانپزشکی امریکا (DSM IV) توسط روانپزشک انجام شد. کودکان به صورت انفرادی، توسط متخصص گفتاردرمانی ارزیابی شدند. پس از شناسایی بیماران (از طریق پرونده های پزشکی) و انجام آزمونهای تشخیصی توسط روانپزشک، روند کار، جهت همکاری برای خانواده‌ها شرح داده شد.

از آنجا که کودکان اتیستیک در برقراری ارتباط مشکل دارند، پس از شناسایی افراد مورد نظر، جلسات ابتدایی به منظور برقراری ارتباط صحیح در نظر گرفته شدند. پس از انجام آزمون و هماهنگی با مرکز، اطلاعات با رعایت اصول اخلاقی از پرونده های موجود استخراج و در روند تحقیق به کارگیری شد. بدنبال آن نتایج این تحقیق به منظور کمک به درمان موثر کودکان در اختیار درمانگران گفتار و زبان قرار گرفت.

ابزار پژوهش: آزمون رشد زبانی TOLD نسخه TOLD-P:3 نوشته فلیس نیوکامر و دونالد هامیل^۱ (نیوکامر و همیل، ۱۹۹۸)، در سال ۱۳۸۰ توسط سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور (آقایان سعید حسن زاده و اصغر مینایی) انطباق و هنجاریابی شد. این آزمون شامل ۹ خرده آزمون است. خرده آزمونها به ترتیب شامل: واژگان تصویری، واژگان ربطی، واژگان شفاهی، درک دستوری، تقلید جمله، تکمیل دستوری، تمایزگذاری کلمه، تحلیل واجی و تولید کلمه است. بر اساس دفترچه راهنمای آزمون، ضرایب آلفا برای کل افراد از طریق میانگین ضرایب آلفای سطوح سنی مختلف با استفاده از روش تبدیل Z آمد. ضریب آلفا برای خرده آزمونها و ترکیبها در حد بسیار مطلوبی قرار داشت. بالا بودن این ضرایب نشان می دهد که آزمون مورد نظر، آزمون بسیار معتبری است و می توان نتایج آن را با اطمینان استفاده کرد.

میانگین ضرایب آلفا در خرده آزمونهای واژگان تصویری، واژگان ربطی، واژگان شفاهی، درک دستوری، تقلید جمله، تکمیل دستوری، تمایزگذاری کلمه، تحلیل واجی و تولید کلمه به ترتیب: ۸۹، ۷۶، ۸۹، ۷۴، ۹۰، ۸۱، ۹۰، ۹۴ و ۸۲ می باشد.

یافته ها

در این پژوهش نه خرده آزمون از آزمون TOLD مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. به دنبال انجام آزمون نمرات خامی با ارزش محدود به دست آمد که در ادامه به نمرات استاندارد خرده آزمونها تبدیل شدند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. جدول آمار توصیفی مربوط به نمرات استاندارد خرده آزمونها

خرده آزمونها	تعداد افراد	داده حداقل	داده حداکثر	میانگین داده ها	انحراف معیار
واژگان تصویری	۲۳	۳	۹,۹۰	۳,۸۱	۱,۳۷
واژگان ربطی	۲۳	۳	۷,۳۰	۳,۶۰	۱,۱۳
واژگان شفاهی	۲۳	۳	۷,۹۰	۳,۷۰	۱,۲۵
درک دستوری	۲۳	۳	۶,۳۰	۳,۳۶	۰,۸۲
تقلید جمله	۲۳	۳	۹,۹۰	۴,۵۸	۱,۸۱
تکمیل دستوری	۲۳	۳	۷,۹۰	۳,۹۶	۱,۴۱
تمایزگذاری کلمه	۲۳	۳	۸,۹۰	۳,۴۲	۱,۲۷
تحلیل واجی	۲۳	۳	۷,۶۰	۳,۵۲	۱,۲۲
تولید کلمه	۲۳	۳	۸,۶۰	۶,۴۴	۱,۹۷

از آنجا که نمرات استاندارد میانگین و انحراف معیار مشترکی را برای خرده آزمونها تولید می کنند، به همین دلیل می توان نمرات استاندارد خرده آزمونها را می توان با یکدیگر مقایسه کرد.

در بررسی نمرات استاندارد بدست آمده، مهارتهای تولید کلمه، تقلید جمله و واژگان تصویری بیشترین نمرات را به خود تخصیص دادند (نمرات استاندارد به ترتیب ۶,۴۴، ۴,۵۸ و ۳,۸۱) و کمترین نمرات در مهارت، تحلیل واجی و درک دستوری حاصل گردید (نمرات استاندارد به ترتیب ۳,۵۲ و ۳,۳۶).

جهت تجزیه و تحلیل نمرات استاندارد خرده آزمونها، از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۳) استفاده شد. در

ابتدا جهت تعیین توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون‌های غیر پارامتریک (Non-Parametric) و روش K-Independent sample استفاده شد. معنی دار بودن اختلاف بین گروه‌ها توسط آزمون Z-independent و Mann-Whitney مورد بررسی قرار گرفت (سطح معنی داری $P \leq 0.05$ در نظر گرفته شد). در جدول شماره ۱، داده‌های آمار توصیفی مربوط به نمرات استاندارد خرده آزمون‌ها آورده شده است. بین خرده آزمون‌های واژگان تصویری با واژگان شفاهی، درک دستوری، تکمیل دستوری، تمایزگذاری کلمه، تحلیل واجی و تولید کلمه اختلاف معنی دار بود (P-Value) ها به ترتیب ۰,۰۶، ۰,۰۱، ۰,۰۶، ۰,۰۰۱، ۰,۰۰۱ و ۰,۰۱۶ بدست آمد).

در مقایسه سایر خرده آزمون‌ها، سطح معنی داری تنها در مورد خرده آزمون‌های زیر بدست آمد: واژگان ربطی با تقلید جمله و تولید کلمه (P-Value) ها برابر ۰,۰۱۴ و ۰,۰۰۰)، واژگان شفاهی با تقلید جمله و تولید کلمه (P-Value) ها برابر ۰,۰۱ و ۰,۰۰)، درک دستوری با تقلید جمله و تولید کلمه (P-Value) ها برابر ۰,۰۰ و ۰,۰۰)، تقلید جمله با تکمیل دستوری، تمایزگذاری کلمه، تحلیل واجی و تولید کلمه (P-Value) ≥ 0.05 ، تکمیل دستوری با تولید کلمه (P-Value) برابر ۰,۰۰)، تمایزگذاری کلمه و تحلیل واجی با تولید کلمه، تفاوت معنی داری داشتند (P-Value= 0.00). در سایر آزمون‌ها علاوه بر این که نمرات پایینی کسب شد، هیچ یک از زیر آزمون‌ها نیز با یکدیگر تفاوت معنی داری نشان ندادند (جدول ۱).

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که: مهارت‌های تولید کلمه، تقلید جمله و واژگان تصویری بیشترین نمرات را در کودکان اتیستیک به خود اختصاص دادند. در توضیح این که چرا نمرات کسب شده در تکالیف تولید کلمه و تقلید جمله بالا است؟ احتمالاً علت را می‌توان با نوع تکلیف و ماهیت اختلال مرتبط دانست. در تکلیف طراحی شده در تولید کلمه، کلمات بطور شنیداری به افراد ارائه و صحت تولید کلمه^۱ مورد ارزیابی قرار گرفت. از آنجا که توانایی تقلید کودکان اتیستیک بسیار بالا است، در موارد متعددی اختلال پژواک‌گویی^۲ (تقلیدهای پشت سر هم بصورت تند یا تاخیری)، مشابه با سایر گزارش‌ها، دیده شد (بناد^۳، ۲۰۱۰). در توضیح بالا بودن نمرات در تکلیف واژگان تصویری نیز می‌توان علت احتمالی

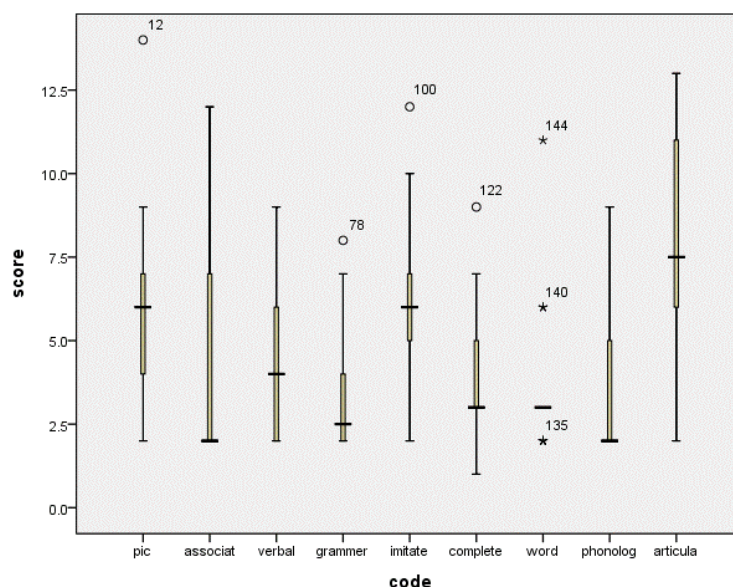
^۱ Accuracy in articulation

^۲ Echolalia

^۳ Beaud, 2010

را مهارت غیر طبیعی و بالای این کودکان در مسیر بینایی دانست (گرین وی، دیویس و پلیسیت گرنٹ، ۲۰۱۳)

کمترین نمرات در مهارت‌های تحلیل واجی و درک دستوری بدست آمد که علت احتمالی این نتایج را می‌توان به اشکالات درکی این کودکان و همسو با تحقیق کاندوریس و همکاران دانست. با توجه به نتایج بدست آمده، مشخص شد که بین مهارت‌های زبان گفتاری (شامل واژگان تصویری، تقلید جمله و تولید کلمه) با اکثر مهارت‌های زبانی فرد اتیستیک تفاوت معنی داری وجود داشت. این بدان معنی است که فرد اتیستیک در مهارت واژگان تصویری، تقلید جمله و تولید کلمه در مقایسه با سایر مهارت‌ها دارای عملکرد بهتر و تاحدی نزدیک به فرد طبیعی بود. در حالیکه، در سایر مهارت‌ها، نظیر واژگان ربطی، واژگان شفاهی، درک دستوری، تکمیل دستوری، تمایزگذاری کلمه و تحلیل واجی، نسبت به فرد عادی از سطح عملکرد پایین تری برخوردار بود (نمودار شماره ۱).



نمودار ۱. نمرات استاندارد مربوط به خرده آزمون‌ها می‌باشد. در ذیل تصویر، "pic" مربوط به خرده آزمون واژگان تصویری، "associate" مربوط به خرده آزمون واژگان ربطی، "verbal" مربوط به خرده آزمون واژگان شفاهی، "grammer" مربوط به خرده آزمون درک دستوری، "imitate" مربوط به خرده آزمون تقلید جمله، "complete" مربوط به خرده آزمون تکمیل دستوری، "word" مربوط به خرده آزمون تمایزگذاری کلمه،

“phonology” مربوط به خرده آزمون تحلیل واجی و “article.” مربوط به خرده آزمون تولید کلمه می باشد. مطالعه تات و همکاران (۲۰۰۷) بر روی کودکان اتیستیک نشان داد که در مقایسه با زبان درکی، زبانی و بهره هوشی این کودکان بیشتر آسیب دیده است (تات و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش حاضر با گزارش مذکور همسو است، زیرا نشان داده شد که افراد اتیستیک در مهارت‌های بیانی (نظیر؛ تقلید جمله و تولید کلمه) نسبت به مهارت‌های درکی (نظیر؛ درک دستوری، تحلیل واجی و...) عملکرد بهتری داشتند. کاندوریس و همکاران (۲۰۰۳)، در مطالعه خود نشان دادند که کودکان اتیستیک در هر دو نوع آزمون زبانی رسمی و غیر رسمی نمرات پایینی کسب کردند (کوندوریس، مایر، تارگر فلاسگر، ۲۰۰۳). نتایج این تحقیق نیز حاکی از این است که مهارت‌های بیانی این کودکان در سطح طبیعی و مهارت‌های درکی آنها پایین تر از حد طبیعی بود.

نوئنس و همکاران (۲۰۰۵) مشکل کودکان اتیستیک را نه در سطح معنی شناسی و رشدی زبان، بلکه در سطح کاربرد شناسی می دانند (نئوس و ون بلکر نونس، ۲۰۰۵). با این وجود در پژوهش حاضر تفاوت معنی داری بین مهارت‌های معنایی و دستوری نشان داده شد.

کیگارد و فلاسگر (۲۰۰۱) ناهمخوانی در مهارت‌های زبانی کودکان اتیستیک را گزارش کردند بدین صورت که در بعضی از مهارت‌ها (مانند آزمون تولید کلمات یا تلفظ) نمره فرد طبیعی بود در حالیکه در سایر فعالیتها (از جمله معنی شناسی) نمرات به شدت افت می کردند (کیگارد و تارگر، ۲۰۰۱). تحقیق حاضر نیز مهارت‌های فرد اتیستیک را ناهمگون ارزیابی کرده و دال بر وجود تفاوت معنی دار بین مهارت‌های واژگان تصویری، تقلید جمله و تولید کلمه با سایر مهارت‌ها بود.

یافته های پژوهش حاضر، امکان تشخیص و درمان موثرتر کودکان اتیستیک را در مراکز درمانی خاص را به دنبال خواهد داشت. با این وجود میزان پایین حجم نمونه و دشوار بودن اجرای آزمون‌ها بر روی کودکان اتیستیک، از محدودیت‌های این مطالعه محسوب و مانع از تعمیم نتایج حاصل می شوند. از این رو پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی از تعداد بیشتر بیماران و سایر ابزارهای استاندارد استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه از همکاری صمیمانه آموزشگاه پیک هنر و والدین کودکان اتیستیک نهایت تشکر و قدردانی دارند. همچنین از همکاری صمیمانه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه فردوسی و زحمات خانمها مالکی و رضوی پور و آقای دکتر جهانگیری قدردانی می گردد. لازم به ذکر است که این طرح پژوهشی با شماره ۲/۱۶۵۹۲ در دانشگاه فردوسی مشهد به تصویب رسیده است.

منابع

- Beaud L. (2010). Echolalia in children with autism: A pragmatic impairment of interactional unity? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 58(3). 168-176.
- Condouris K., Meyer E., Tager-Flusberg H. (2003). The relationship between standardized measures of language and measures of spontaneous speech in children with autism. *Am J Speech Lang Pathol*. 12(3): 349-58.
- Greenaway R., Davis G., Plaisted-Grant K. (2013). Marked selective impairment in autism on an index of magnocellular function. *Neuropsychologia*. 51(4):592-600.
- Kjelgaard M., Tager-Flusberg H. (2001). An Investigation of Language Impairment in Autism: Implications for Genetic Subgroups. *Lang Cogn Process*. 16(2-3): 287-308.
- Kleinhans NM, Muller RA, Cohen DN, Courchesne E. (2008). Atypical functional lateralization of language in autism spectrum disorders. *Brain Res*. 1221: 115-25.
- Lindgren KA, Folstein SE, Tomblin JB, Tager-Flusberg H. (2009). Language and reading abilities of children with autism spectrum disorders and specific language impairment and their first-degree relatives. *Autism Res*. 2(1):22-38.
- Noens I, van Berckelaer-Onnes IA. (2005). Captured by details: sense-making, language and communication in autism. *J Commun Disord*. 38: 123-41.
- Newcomer F., Hammill D. (1998). *Test of language development primary (TOLD- P: 3)*. Hassanzadeh S., Minaei A. (Persian translators) (1381). 3. Edition. Tehran. Amozesh Parvaresh organization pub.
- Oram Cary JE, Flagg EJ, Roberts W, Roberts TPL. (2005). Delayed mismatch field for speech and non-speech sounds in children with autism. *Cog Neurosci Neuropsychol*. 16 (5): 521-5.
- Sadock BJ, Saduk VA. (2003). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Rafiee H, Sobhanian Kh. (Persian translator) 9 edition. Tehran. Arjmand Publication Company. 3: PP: 359-72.
- Tager-Flusberg H. (1999). A psychological approach to understanding the social and language impairment in autism. *Int Rev Psychiatry*. 11(4): 325-34.
- Tager-Flusberg H, Rogers S, Coper J, Landa R, Lord C, Paul R, Rice M, et al. (2009). Defining spoken language benchmarks and selecting measures of expressive language development for young children with autism spectrum disorders. *J Speech Lang Hear Res*. 52(3): 643-55.
- Tath K., dawson G., Meltzoff A., Greenson J., Fein D. (2007). Early Social, Imitation, Play, and Language Abilities of Young Non-Autistic Siblings of Children with Autism. *J Autism Dev Disord*. 37(1): 145-57.
- Whitehouse AJO, Watt HJ, Line EA, Bishop VM. (2009). Adult psychosocial outcomes of children with specific language impairment, pragmatic language impairment and autism. *Int J Lang Commun Disord*. 44(4): 511-28.
- Zwaigenbaum L. (2001). Autistic spectrum disorders in preschool children. *Can Fam Physician*. 47: 2037-42.



استاد به این مقاله: تیموری، زهره؛ پورنقاش تهرانی، سعید (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد تحت درمان با متادون و عادی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۱)، ۱۴۶-۱۲۹.

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد تحت درمان با متادون و عادی

زهره تیموری^۱، دکتر سعید پورنقاش تهرانی^۲

دریافت: ۱۳۹۰/۷/۱۰ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۱

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد تحت درمان با متادون و عادی بود. به روش نمونه‌گیری هدفمند ۵۲ نفر معنادار متاهل مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد استان گیلان و ۵۲ نفر از افراد متاهل عادی انتخاب و به پرسشنامه شخصیت کلونینجر (TCI-56) و نیز مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (DAS) پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون Z فیشر استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، رابطه بین کلیه زیر مقیاس‌های خلق و خو و منش با رضایت زوجی در افراد تحت درمان با متادون معنادار است. در افراد عادی آسیب‌گریزی، نوجویی، پافشاری، همکاری و خودتعالی‌گری دارای رابطه معنادار و بعد پاداش وابستگی و خودهدایتگری فاقد رابطه معنادار است. همچنین رابطه میان رضایت زوجی و پاداش وابستگی در افراد تحت درمان بطور معناداری قوی‌تر از افراد عادی ($p=/.008$) و رابطه میان رضایت زوجی و خودتعالی‌گری در افراد عادی بطور معناداری قوی‌تر از افراد تحت درمان بود ($p=/.000$). نتیجه‌گیری: در گرایش به سمت مصرف مواد، عوامل روان‌شناختی چون ویژگی‌های شخصیتی افراد، وضعیت خانوادگی و ارتباط فرد معنادار با همسرش نقش اساسی دارد و توجه دقیق به این عوامل می‌تواند در پیشگیری و مداخلات درمانی موثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها: شخصیت، کلونینجر، اعتیاد به مواد مخدر، سازگاری زناشویی

۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تهران Teymori.z@gmail.com

۲ دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تهران.

مقدمه

در حال حاضر درمان اعتیاد، خط اول دفاع در جنگ بر علیه بیماری‌های رفتاری، از قبیل ایدز و هپاتیت بوده که یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (مارگولین^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). یافته‌های پژوهشی متعددی نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی فرد در آمادگی‌های رفتاری او موثر هستند به عنوان مثال دو نوع از این آمادگی‌های فردی با شواهد علمی معتبر، پرخاشگری^۲ و تحریک‌جویی^۳ است. افراد دارای تحریک‌جویی بالا به جستجوی تحریک در موقعیتهای مختلف و به شکل‌های متعددی گرایش دارند که می‌تواند شامل موقعیتهای خطرزا هم بشود، این افراد به تجربه مصرف مواد، انجام سکس و ورزش متمایل هستند و علی‌رغم خطرزا بودن این فعالیتها فرد به دلیل هیجان ناشی از خطر به آن روی می‌آورد (کاویانی، ۱۳۸۲).

از نظر فیزیولوژیک مواد افیونی بر روی سیستم‌های ناقل عصبی دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک اثرات قابل‌ملاحظه‌ای دارند. داده‌های گوناگون حاکی از آن است که خواص پاداش‌دهنده و اعتیاد‌آور مواد افیونی و شبه‌افیونی از طریق فعال شدن نورونهای دوپامینرژیک ناحیه تگمنتال شکمی که به قشر مخ و سیستم لیمبیک کشیده می‌شوند. مصرف طولانی مدت مواد افیونی و شبه‌افیونی موجب تغییر در حساسیت گیرنده‌های افیونی می‌شود هر چند مصرف طولانی مدت با افزایش حساسیت نورونهای دوپامینرژیک، کولینرژیک و سرتونرژیک همراه است اثرات مواد شبه‌افیونی بر نورونهای نورآدرنرژیک احتمالا عامل اصلی ترک این مواد است. صرف کوتاه مدت مواد افیونی هم ظاهرا فعالیت نورونهای نورآدرنرژیک را در لوکوس سرلئوس کاهش می‌دهد (کاپلان _ سادوک، ۲۰۰۷).

خصوصیات روانی - شخصیتی معتادان به مواد مخدر، صرفا ناشی از مواد مخدر نیست، بلکه معتادان، قبل از اعتیاد دارای نارسایی‌های روانی و شخصیتی عدیده‌ای بوده‌اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب تری ظاهر و تشدید شده، لذا مسئله معتاد، تنها مواد مخدر نیست، بلکه در اصل رابطه متقابل شخصیت او و اعتیاد مطرح است (کتابی و همکاران، ۱۳۸۷). در یک بررسی میلر^۴ (۱۹۹۱) نشان داد در معتادانی که دچار عود نمی‌شوند دارای ویژگیهایی نظیر هدف‌مدار بودن، تحمل ناکامی و خودکارآمدی بالا هستند و معتادانی که دچار عود می‌شوند دارای ویژگی‌های تکانشی بودن، داشتن شخصیت ضداجتماعی و اختلالات عاطفی هستند (فیشر، ۱۹۹۸).

1. Margoline et al

2. Aggressiveness

3. Sensation seeking

4. Miller

یافته‌های یک پژوهش با استفاده از پرسشنامه TCI^۱ بر روی ۴۱ بیمار وابسته به متامفتامین و ۳۵ فرد عادی نشان داد که ابعاد نوجویی، آسیب‌گریزی و خود تعالی‌گری در افراد بیمار نسبت به افراد عادی بالاتر و پافشاری، خود هدايت‌گري و همكاري به طور معناداري پايين تر از افراد سالم بود (هساك و همكاران^۲، ۲۰۰۴). آباته داگا و همكاران^۳ (۲۰۰۷) هم با اجراي TCI بر روی بیماران وابسته به مواد میزان بالایی از نوجویی، آسیب‌گریزی، سطوح پایین همكاري و خودهدايت‌گري را در بين اين بیماران گزارش کردند.

استیوارت و همكارانش (۲۰۰۳)، نشان دادند كه نمرات مقیاس نوجویی در بیماران مبتلا به افسردگی، هراس، اضطراب فراگیر، وسواس- اجبار، اختلال‌های تغذیه‌ای و به خصوص سوء مصرف مواد مخدر بالاست، علاوه بر این، افراد هروئینی و الکلی از سطوح بالاتری از آسیب‌گریزی (که مرتبط با درونی کردن است) نسبت به گروه کنترل برخوردار هستند (به نقل از پور نقاش تهرانی، ۱۳۸۸).

در یک پژوهش با استفاده از آزمون‌های شخصیتی گوناگون از قبیل NEOPI-R^۴، TCI^۵، BIS-11^۵، PICS^۶، CQ^۷ بر روی مصرف‌کنندگان مواد شواهد به دست آمده حاکی از آن بود که نمرات میل به مواد همبستگی مثبتی با نمرات افسردگی و همبستگی منفی با تعداد روزهای پرهیز از مواد دارند. همچنین نمرات میل به مواد با عامل (N) در پرسشنامه TCI و نمره کل مقیاس BIS-11 همبستگی مثبتی دارند و با صفات وجدان‌گرایی (C) و دلپذیر بودن (A) در پرسشنامه NEOPI-R همبستگی منفی دارند (زیلبرمن^۸ و همکاران، ۲۰۰۳).

از سویی دیگر سوء مصرف یا وابستگی به مواد در جهان یکی از بزرگترین معضلات در جهت فروپاشی کانون خانواده و اجتماع به شمار می‌رود و دامی است که در کمین بسیاری از افراد جامعه به خصوص جوانان است (اتکینسون و هیلگارد، ۱۹۹۶). اعتیاد پدیده‌ای نیست که در روابط با همسر نادیده گرفته شود، بازتاب اعتیاد در کیفیت رابطه با همسر و وجود یا فقدان روابط صمیمی پایدار یا ناپایدار، می‌تواند آینده یک رابطه زناشویی را رقم بزند، اعتیاد می‌تواند صمیمیت بین همسران را مورد تهدید قرار دهد، آسیب برساند و یا به ورطه زوالی تدریجی بکشد (نادری، ۱۳۸۹). برخی از محققان از جمله

1. Temperament and character inventory

2. Hosak et al

3. Abbate-Daga et al

4. Neo personality Inventory

5. Barratt Impulsiveness Scale Version 11

6. Pennsey Ivarnia craving scale

7. Craving Questionnaire

8. Monical zilberman

راینز^۱ (۱۹۸۰) بر پایه پژوهش‌های خود پی بردند که تعارض‌های زناشویی و خانوادگی با بزهکاری و مصرف مواد توسط فرزندان مرتبط است (گلپور و همکاران، ۱۳۸۲).

پیشینه پژوهش‌ها حاکی از آن است که سازگاری زناشویی زوجین از ویژگی‌های شخصیتی آنان متأثر می‌گردد، واتسون و همکاران^۲ (۲۰۰۰)، رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی را تایید کرده و وجدان‌گرایی را از همبسته‌های مهم رضایت زوجین نام بردند، دونلان و همکاران^۳ (۲۰۰۴)، با اشاره به تحقیقات متعدد انجام شده، بر این نکته تاکید دارند که رضایت زناشویی بیش از همه، از ویژگی‌های شخصیتی زوجین متأثر است.

در تحقیقی که توسط ویگین و مودی^۴ (۱۹۸۳) در رابطه با خصوصیات شخصیتی و رضایت زناشویی صورت گرفت، مشاهده شد که مردان ناسازگار، (در حال جدایی) نسبت به مردان سازگار، رفتارهای تکانه‌ای بیشتری دارند. یافته‌های این تحقیق حاکی از آن بود که سطوح بالای برانگیختگی فیزیولوژیک می‌تواند پیش‌بینی کننده قوی، کاهش رضایت و سازگاری زناشویی در زندگی آینده باشد.

در پژوهشی که مارلات^۵ (۱۹۹۹) در بیماران بستری انجام داد، به سه طبقه کلی ویژگی‌های هیجانی، محیطی و بین فردی درگیر در موقعیتهای منجر به بازگشت بیماران به اعتیاد، پی برد. از جمله این موقعیتهای پرخطر: موقعیتهایی که شامل یک فرد دیگر یا گروهی از افراد هستند (موقعیتهای پرخطر بین فردی) به خصوص تعارضات بین فردی (بحث با یک عضو خانواده). در حقیقت حالات هیجانی منفی بین فردی در موقعیتهای تعارض بین فردی در حدود ۵۰ درصد کل بازگشت‌ها را در مصرف مواد منجر می‌شوند.

پژوهشگران با استفاده از مدل پنج عاملی شخصیتی نقش ویژگی‌های شخصیتی را در سازگاری زناشویی بررسی کرده‌اند؛ از این پنج عامل، عصبیت؛ که بیشتر با هیجان‌پذیری منفی از آن یاد می‌شود، اثرات عمده‌ای بر بازده زناشویی دارد، تا چهار عامل دیگر (به نقل از نادری، ۱۳۸۹).

بنابراین همانطور که در بالا آورده شد، مسئله اساسی در بررسی شخصیت وابستگان به مواد، توجه به ماهیت شخصیت آنهاست و اینکه ویژگی‌های شخصیتی آنها از چه زاویه و با چه نظریه‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرد. در اوایل قرن ۲۰، بیشتر پژوهش‌ها بر اساس تیئوریهای روانکاوی بود و گرایش ذهنی در تحلیل

1. Robins

2. Watson et al

3. Donnellan et al

4. Wiggin & moody

5. Marlatt

رفتار آدمی، گرایش غالب در میان روانشناسان ایران بوده است. اما پس از دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ به تدریج جای خود را به گرایش های عینی داد. رویکرد زیست شناختی به شخصیت و رفتار از جمله این گرایش ها است. که بدون تلاش افرادی چون هانس آیزنک، گری، نیومن، رابرت کلونینجر^۱ و دیگران نمی توانست شکل بگیرد (کاویانی، ۱۳۸۲).

در این بین کلونینجر مدل عمومی را ارائه داده است که شخصیت بهنجار و نابهنجار را در برمی گیرد. در سال ۱۹۹۴ کلونینجر و همکارانش مجموعه ای از آزمونها (TCI) را بر اساس تنوری زیستی اجتماعی برای ارزیابی تفاوت میان افراد در ۷ بعد اصلی خلق و خو^۲ و منش^۳ طراحی کردند. خلق و خو عبارت است از استعدادهای زیستی که در سراسر رشد ثابت باقی می ماند، غالباً ارثی است و بوسیله فرایند یادگیری تغییر پیدا نمی کند و منش یک مجموعه از خصوصیات است که در طول رشد از طریق یادگیری فرهنگی - اجتماعی و نیز در نتیجه تجربه حاصل شده است (آنا دن^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به موارد ذکر شده در بالا، این گونه به نظر می رسد، که نیمرخ شخصیتی مصرف کنندگان مواد متفاوت از افراد عادی است و سازگاری زناشویی افراد از ویژگیهای شخصیتی آنان متأثر می گردد. هدف از اجرای پژوهش حاضر مقایسه ویژگیهای شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد تحت درمان با متادون و افراد عادی است. از این رو فرضیات این پژوهش عبارتند از:

۱. بین ویژگیهای شخصیتی افراد تحت درمان نگهدارنده با میزان سازگاری زناشویی آنان رابطه وجود دارد.

۲. بین ویژگیهای شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد تحت درمان نگهدارنده و افراد عادی تفاوت وجود دارد.

روش شناسی

این پژوهش از نوع همبستگی است، و جامعه مورد مطالعه در این پژوهش را، کلیه مردان متاهل ۵۰-۲۵ ساله، وابسته به مواد افیونی تشکیل می دادند، که در فاصله زمانی شهریور ماه لغایت خرداد ماه ۹۰ در مراکز خصوصی و دولتی ترک اعتیاد استان گیلان تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند. نمونه شامل: ۱۰۴ نفر (۵۲ نفر معتاد متاهل وابسته به مواد افیونی که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند و ۵۲ نفر از افراد متاهل عادی) با در نظر گرفتن سن، جنس و میزان تحصیلات (حداقل سیکل و حداکثر

1. Eysenck, Gray, Newman & Cloninger

2. Temperament

3. Character

4. Adan et al

لیسانس) بود. شیوه نمونه‌گیری هدفمند و ملاک ورود افراد بدین شرح بود:

(۱) تشخیص سوء مصرف و وابستگی به یک یا چند نوع ماده مورد سوء مصرف توسط روانپزشک و یامتخصص درمان سوء مصرف مواد حداقل یکسال قبل از پژوهش (۲) حداقل ۳ ماه استفاده از متادون و داشتن پرونده پزشکی در یکی از مراکز ترک اعتیاد (۳) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه خلق و خو و منش کلونینجر (TCI-56)، برای سنجش ویژگیهای شخصیتی آزمودنیها که این پرسشنامه در واقع فرم کوتاه پرسشنامه TCI مرکب از ۲۴۰ آیتم با پاسخهای بله و خیر است، این پرسشنامه دارای ۷ بعد است که ۴ بعد (نوجویی^۱، آسیب‌گریزی^۲، پاداش وابسته بودن^۳، پافشاری^۴) خلق و خو و ۳ بعد دیگر آن (خود هدایت‌گری^۵، همکاری^۶، خود تعالی‌گری^۷) منش را می‌سنجد (کلانینجر و همکاران، ۱۹۹۴). TCI-56، دارای ۵۶ آیتم می‌باشد که برای هر بعد شخصیت ۸ آیتم در نظر گرفته شده است، بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً درست تا کاملاً غلط نمره گذاری می‌شود. CI-56، به زبان‌های متعددی ترجمه و نرم شده است. همسانی درونی آلفا کرونباخ برای مقیاس‌ها، ۷۲٪ تا ۸۵٪ است. پایایی از طریق باز آزمایی ۶ ماهه ۷۰٪ تا ۷۹٪ است و از طریق باز آزمایی ۲ هفته ای ۸۵٪ تا ۸۷٪ است (هلموس و همکاران^۸، ۲۰۰۱).

TCI در ایران نیز توسط پور نقاش تهرانی بر روی یک نمونه ۳۰۰ نفری انجام شد که ویژگی‌های آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای این پرسشنامه به این ترتیب بوده است: نوجویی ۰/۶۶، آسیب‌گریزی ۰/۸۵، پاداش وابستگی ۰/۶۴، پافشاری ۰/۵۳، خود هدایت‌گری ۰/۷۵، همکاری ۰/۸۳، خود تعالی‌گری ۰/۷۴ (داده‌های چاپ نشده، ۱۳۸۸).

ب) مقیاس سازگاری زوجین

جهت سنجش میزان سازگاری زناشویی از مقیاس سازگاری زناشویی (DAS)^۹ استفاده شد. این مقیاس

1. Novelty seeking
2. Harm avoidance
3. Reward dependence
4. Persistence
5. Self-directedness
6. Cooperativeness
7. Self-transcendence
8. Helmus et al
9. Dyadic adjustment scale

یک ابزار ۳۲ سوالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند (ثنائی ذاکر، ۱۳۷۹). این مقیاس در سال ۱۹۷۶ توسط اسپنر^۱، برای سنجش میزان رضایت زوجی، تهیه شده است. می‌توان با بدست آوردن کل نمرات از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمی استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می‌سنجد. این چهار بعد عبارتند از: رضایت زوجی^۲، همبستگی زوجی^۳، توافق زوجی^۴ و ابراز محبت^۵. این مقیاس با استفاده از یک گروه نمونه مرکب از افراد متاهل ($n=248$) و افراد مطلقه ($n=98$) ساخته شد. متوسط سن افراد متاهل ۳۵/۱ سال و متوسط سن افراد مطلقه ۳۰/۴ سال بود، مدت ازدواج گروه افراد متاهل ۱۳/۲ سال و متوسط طول ازدواج افراد مطلقه ۸/۵ سال بود. نمره میانگین کل این مقیاس برای افراد متاهل ۱۱۴/۸ و انحراف معیار آن ۱۷/۸ بود. نمره میانگین برای گروه مطلقه ۷۰/۷ و انحراف معیار آن ۲۳/۸ بود. کل مقیاس دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۶ است که از همسانی درونی قابل توجهی حکایت دارد. همسانی درونی خرده مقیاسها بین خوب تا عالی است (رضایت زوجی: ۰/۹۴؛ همبستگی زوجی: ۰/۸۴؛ توافق زوجی: ۰/۹۰؛ ابراز محبت: ۰/۷۳). با توجه به ارزیابی‌های انجام شده، این مقیاس از اعتبار بالایی برخوردار است (اسپنر، ۱۹۷۶). روایی این مقیاس ابتدا با روشهای منطقی روایی محتوی چک شد. مقیاس رضایت زناشویی با قدرت تمیز دادن زوجهای متاهل و مطلقه در هر سوال، روایی خود را برای گروه‌های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس همبستگی دارد (ثنائی ذاکر، ۱۳۷۹).

روش اجرای پژوهش: به منظور اجرای طرح مذکور، بعد از هماهنگی با مسئولان مراکز ترک اعتیاد مورد نظر، پرسشنامه‌های TCI و DAS در اختیار مراجعه کنندگان قرار گرفت و از آنها خواسته شد مطابق دستورالعمل و در نهایت صداقت مواد پرسشنامه‌ها را پاسخگو باشند. اجرای پرسشنامه‌ها به صورت فردی و با حضور مستقیم پژوهشگر صورت گرفت. در خصوص گروه عادی مردان متاهلی که دارای شرایط مذکور بوده و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند در مراکز عمومی شهر انتخاب و پرسشنامه‌ها بعد از موافقت افراد به شکل انفرادی در اختیار آنان قرار گرفت. در ضمن اجرای پرسشنامه‌ها ویژگیهای

1. Spanier
2. Dyadic Satisfaction (DS)
3. Dyadic Cohesion (D coh)
4. Dyadic Consensus (D con)
5. Affectional Expression (AE)

جمعیت شناختی افراد سالم (عادی) با نمونه بیمار (تحت درمان با متادون) هم‌تا شد، زمان پاسخ دادن به تمام مواد پرسشنامه‌ها ۵۶ آیتم TCI و ۳۲ آیتم DAS بطور میانگین ۴۵ دقیقه بطول انجامید.

یافته‌های پژوهش

برای تحلیل داده‌ها از آماره ضریب همبستگی پیرسون و آزمون Z فیشر استفاده شد.

جدول شماره ۱، شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای سن، خرده‌مقیاس‌های سازگاری زناشویی و نیز ۷ بعد شخصیت در TCI را نشان می‌دهد. میانگین سنی گروه بیمار تحت درمان ۳۶/۹۳ (انحراف معیار ۹/۶۵) و میانگین سنی گروه سالم ۳۵/۴۰ (انحراف معیار ۷/۶۵) بود. بر اساس اطلاعات این جدول، بین میانگین خرده‌مقیاس‌های سازگاری زناشویی در دو گروه تفاوت وجود دارد؛ که این میزان در همبستگی زوجی که در گروه تحت درمان ۱۱/۶۵ و در گروه عادی ۱۵/۱۶، توافق زوجی که در گروه تحت درمان ۴۲/۱۰ و در افراد عادی ۵۰/۳۲ و نیز ابراز محبت که در افراد تحت درمان با متادون ۷/۷۷ و در افراد عادی ۹/۰۸ بود بارزتر است. همچنین داد‌های جدول نشان می‌دهد، در ابعاد شخصیتی TCI نیز تفاوت‌هایی وجود دارد که بیشترین تفاوت‌ها در خلق و خو مربوط به آسیب‌گریزی (۲۸/۳۰ تحت درمان و ۲۶/۱۸ افراد عادی)، پاداش وابستگی (۲۷/۰۰ در افراد تحت درمان و ۲۴/۳۰ افراد عادی) و نیز پافشاری (۲۶/۶۵ در افراد تحت درمان و ۲۵/۵۱ در گروه عادی) است، در بعد نوجویی تفاوتی مشاهده نمی‌شود. در خصوص ابعاد منش نیز مشاهده می‌شود که ابعاد خود‌هدایتگری (افراد تحت درمان ۲۱/۸۵ و افراد عادی ۱۸/۱۲) و همکاری (در افراد تحت درمان نگهدارنده ۲۷/۶۷ و در افراد عادی ۲۶/۳۲) در افراد تحت درمان بیشتر از افراد عادی است. خود تعالی‌گری افراد عادی کمی بیشتر از افراد تحت درمان بود (۲۴/۹۳ در مقابل ۲۴/۳۶).

جدول ۴-۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای مورد بررسی به تفکیک گروه تحت درمان و

عادی

متغیر	گروه	M	SD
سن	تحت درمان	۳۶/۹۳	۹/۶۵
	عادی	۳۵/۴۰	۷/۶۵
رضایت زوجی	تحت درمان	۳۲	۵/۲۲
	عادی	۳۱	۴/۶۸
همبستگی زوجی	تحت درمان	۱۱/۶۵	۲/۹۸
	عادی	۱۵/۱۶	۴/۰۱

توافق زوجی	تحت درمان عادی	۴۲/۱۰ ۵۰/۳۲	۹/۶۷ ۸/۱۵
ابراز محبت	تحت درمان عادی	۷/۷۷ ۹/۰۸	۲/۶۳ ۲/۲۳
آسیب‌گریزی	تحت درمان عادی	۲۸/۳۰ ۲۶/۱۸	۵/۰۵ ۳/۷۶
نوجویی	تحت درمان عادی	۲۸/۴۶ ۲۸/۸۳	۳/۵۷ ۳/۶۴
پاداش وابستگی	تحت درمان عادی	۲۷/۰۰ ۲۴/۳۰	۴/۵۴ ۳/۷۴
پافشاری	تحت درمان عادی	۲۶/۶۵ ۲۵/۵۱	۴/۴۶ ۳/۸۱
خودهدایت‌گری	تحت درمان عادی	۲۱/۸۵ ۱۸/۱۲	۵/۸۴ ۵/۷۶
همکاری	تحت درمان عادی	۲۷/۶۷ ۲۶/۳۲	۳/۶۵ ۳/۳۵
خود تعالی‌گری	تحت درمان عادی	۲۴/۳۶ ۲۴/۹۳	۶/۸۳ ۷/۴۳

جدول شماره ۲، یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی افراد تحت درمان نگهدارنده با میزان سازگاری زناشویی آنان ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج ضرایب همبستگی بین خلق و خو با ابعاد سازگاری زناشویی در گروه تحت درمان نگهدارنده با

متادون (n=۵۲)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. رضایت زوجی	۱							
۲. همبستگی زوجی	۰/۳۱	۱						
۳. توافق زوجی	۰/۶۷	۰/۵۲**	۱					
۴. ابراز محبت	۰/۱۹	۰/۴۴**	۰/۶۰**	۱				
۵. آسیب‌گریزی	۰/۴۷**	-۰/۳۴	۰/۴۶	۰/۱۴۷	۱			
۶. نوجویی	۰/۵۶**	-۰/۷۰	۰/۵۰	۰/۱۸۲	۰/۵۳**	۱		

۷. پاداش وابستگی	۰/۶۹**	۰/۰۲۸	۰/۰۱۰	۰/۰۵۷	۰/۳۳*	۰/۴۲**	۱
۸. پافشاری	۰/۵۳**	-۰/۰۷۱	-۰/۰۵۵	-۰/۰۳۷	۰/۵۲**	۰/۳۷**	۰/۳۳*

**همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

*همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

ضرایب همبستگی پیرسون برای افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون بین ابعاد خلق و خو و خرده مقیاسهای سازگاری زناشویی در جدول بالا نشان داده شده است. نتایج به دست آمده حاکی از این است که آسیب‌گریزی، نوجویی، پاداش وابستگی و پافشاری با رضایت زوجی دارای رابطه معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۳. نتایج ضرایب همبستگی بین خلق و خو با ابعاد سازگاری زناشویی در افراد عادی ($n=۵۲$)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. رضایت زوجی	۱							
۲. همبستگی زوجی	-۰/۱۱	۱						
۳. توافق زوجی	۰/۰۰۲	۰/۳۸**	۱					
۴. ابراز محبت	-۰/۱۴	۰/۴۱**	۰/۶۸**	۱				
۵. آسیب‌گریزی	۰/۴۲**	۰/۳۲	۰/۱۷	-۰/۰۸۲	۱			
۶. نوجویی	۰/۴۶**	-۰/۳۰*	۰/۱۶	-۰/۰۶۴	۰/۳۰*	۱		
۷. پاداش وابستگی	۰/۲۵	۰/۰۳۵	-۰/۰۹	-۰/۰۴۱	۰/۲۶	۰/۰۵۴	۱	
۸. پافشاری	۰/۲۸*	-۰/۰۳۱	-۰/۱۰	-۰/۱۵	۰/۱۷	۰/۱۵	۰/۲۱	۱

**همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

*همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

در جدول ۳، ضرایب همبستگی پیرسون برای افراد عادی بین ابعاد خلق-خو و خرده مقیاسهای سازگاری زناشویی نشان داده شده است. همانگونه که جدول نشان می‌دهد در افراد عادی نیز آسیب‌گریزی، نوجویی و پافشاری با رضایت زوجی دارای رابطه معنادار است. اما پاداش وابستگی با رضایت زوجی معنادار نمی‌باشد. همچنین نوجویی با همبستگی زوجی دارای رابطه منفی معنادار است.

جدول ۴. نتایج ضرایب همبستگی بین منش با ابعاد سازگاری زناشویی در گروه تحت درمان نگهدارنده با

متادون (n=۵۲)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. رضایت زوجی	۱						
۲. همبستگی زوجی	۰/۳۱	۱					
۳. توافق زوجی	۰/۰۶۷	۰/۵۲**	۱				
۴. ابراز محبت	۰/۰۱۹	۰/۴۴**	۰/۶۰**	۱			
۵. خود هدایتگری	۰/۳۱**	-۰/۰۲۲	۰/۱۷	۰/۰۲۸	۱		
۶. همکاری	۰/۴۴**	-۰/۱۳	۰/۰۶۱	۰/۶۱	۰/۲۲	۱	
۷. خود تعالی گری	۰/۵۹**	۰/۰۶۱	-۰/۱۱	-۰/۱۸	۰/۱۷	۰/۳۲*	۱

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

در جدول فوق، ضرایب همبستگی پیرسون بین خرده مقیاسهای منش و ابعاد سازگاری زناشویی برای افراد تحت درمان نگهدارنده نشان داده شده است. همانگونه که ملاحظه می شود کلیه ابعاد منش یعنی خود هدایتگری، همکاری و خود تعالی گری با رضایت زوجی دارای رابطه معنادار می باشد، اما با سایر خرده مقیاسهای سازگاری زناشویی رابطه معناداری ندارند.

جدول ۵. نتایج ضرایب همبستگی بین منش با ابعاد سازگاری زناشویی در افراد عادی (n=۵۲)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. رضایت زوجی	۱						
۲. همبستگی زوجی	-۰/۱۱	۱					
۳. توافق زوجی	۰/۰۰۲	۰/۳۸**	۱				
۴. ابراز محبت	-۰/۱۴	۰/۴۱**	۰/۶۸**	۱			
۵. خود هدایتگری	۰/۱۵	۰/۰۸۵	-۰/۴۴	-۰/۳۴*	۱		
۶. همکاری	۰/۳۳*	-۰/۱۰	۰/۰۲۸	۰/۱۹	-۰/۳۸**	۱	
۷. خود تعالی گری	۰/۶۹**	۰/۱۰	-۰/۰۹۹	-۰/۰۶۹	۰/۰۱۳	۰/۳۲*	۱

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

جدول بالا نیز نشان دهنده ضرایب همبستگی پیرسون بین خرده مقیاسهای منش و ابعاد سازگاری زناشویی در افراد عادی است. داده‌ها حاکی از آن است که همکاری و خود تعالی‌گری با رضایت زوجی دارای رابطه معنادار است و با سایر عوامل سازگاری زناشویی رابطه معناداری ندارد. همچنین خودهدایت‌گری و رضایت زوجی در افراد عادی نسبت به افراد تحت درمان فاقد رابطه معنادار می‌باشد. به منظور آزمودن فرضیه دوم پژوهش؛ که بین رابطه میان ویژگیهای شخصیتی، سازگاری زناشویی افراد تحت درمان نگهدارنده، رابطه میان ویژگیهای شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد عادی تفاوت وجود دارد، از آزمون Z فیشر استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است:

نتایج جدول ۶ در صفحه بعد نشان می‌دهد؛ بین شدت رابطه میان رضایت زوجی و پاداش وابستگی در گروه عادی و تحت درمان نگهدارنده تفاوت معناداری وجود دارد بدین معنی که این رابطه در افراد تحت درمان بطور معناداری قوی‌تر از افراد عادی است. ($p=/.008$) همچنین مطابق یافته‌های جدول زیر؛ بین شدت رابطه میان رضایت زوجی و خود تعالی‌گری نیز در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=/.0005$) یعنی این رابطه در افراد عادی بطور معناداری قوی‌تر از افراد تحت درمان است.

جدول ۶. مقایسه ضرایب همبستگی خلق و خو و منش با سازگاری زناشویی در دو گروه آزمودنی

متغیرها	ضریب همبستگی		ضریب همبستگی براساس Z		Z	معتاداری
	تحت درمان	عادی	تحت درمان	عادی		
رضایت زوجی و آسیب‌گریزی	/.۴۷	/.۴۲	/.۵۱	/.۴۵	/.۲۸	/.۷۷
رضایت زوجی و نوجویی	/.۵۶	/.۴۶	/.۶۳	/.۷۶	/.۵۹	/.۵۵
رضایت زوجی و پاداش وابستگی	/.۶۹	/.۲۵	/.۸۴	/.۲۵	۲/۶۵	/.۰۰۸
رضایت زوجی و پافشاری	/.۵۳	/.۲۸	/.۵۹	/.۲۸	۱/۳۹	/.۱۶
همبستگی زوجی و آسیب‌گریزی	-/.۳۴	/.۳۲	/.۳۵	/.۳۳	۱/۳۵	/.۱۷
همبستگی زوجی و نوجویی	-/.۰۷۰	-/.۳۰	/.۰۷۰	/.۳۱	/.۰۸	/.۲۸
همبستگی زوجی و پاداش وابستگی	/.۰۲۸	/.۰۳۵	/.۰۳۰	/.۰۳۵	/.۰۵	/.۹۶
همبستگی زوجی و پافشاری	-/.۰۷۱	-/.۰۳۱	/.۰۷۰	/.۰۳۰	/.۱۸	/.۸۵
توافق زوجی و آسیب‌گریزی	/.۰۴۶	/.۱۷۳	/.۰۴۵	/.۱۷۷	/.۶۳	/.۵۲
توافق زوجی و نوجویی	/.۰۵۰	/.۱۶۶	/.۰۵۰	/.۱۶۷	/.۵۴	/.۵۸
توافق زوجی و پاداش وابستگی	/.۰۱۰	-/.۰۹۹	/.۰۱۰	/.۰۹۵	/.۴۱	/.۶۸
توافق زوجی و پافشاری	-/.۰۵۵	/.۱۰۰	/.۰۵۵	/.۱۰۰	/.۲۳	/.۸۱
ابراز محبت و آسیب‌گریزی	/.۱۴۷	-/.۰۸۲	/.۱۵۰	/.۰۸۰	/.۳۲	/.۷۴
ابراز محبت و نوجویی	/.۱۸۲	-/.۰۶۴	/.۱۸۲	/.۰۶۵	/.۵۴	/.۵۸
ابراز محبت و پاداش وابستگی	/.۰۵۷	-/.۰۴۱	/.۰۵۵	/.۰۴۰	/.۰۹	/.۹۲
ابراز محبت و پافشاری	-/.۰۳۷	-/.۱۵۶	/.۰۴۰	/.۱۵۶	/.۵۴	/.۵۸
رضایت زوجی و خود هدایتگری	/.۳۱	/.۱۵۸	/.۳۲	/.۳۵	/.۱۴	/.۸۸
رضایت زوجی و همکاری	/.۴۴	/.۳۳	/.۴۷	/.۳۴	/.۵۹	/.۵۵
رضایت زوجی و خود تعالی‌گری	/.۵۹	/.۶۹	/.۶۷	/.۸۴	۳/۵۰	/.۰۰۰۵
همبستگی زوجی و خود هدایتگری	-/.۰۲۲	/.۰۸۵	/.۰۲۰	/.۰۸۵	/.۳۲	/.۷۴
همبستگی زوجی و همکاری	/.۱۳۹	-/.۱۰۷	/.۱۴۱	/.۱۱۰	/.۱۸	/.۸۵
همبستگی زوجی و خود تعالی‌گری	/.۰۶۱	/.۱۰۱	/.۰۶۰	/.۱۰۰	/.۱۸	/.۸۵
توافق زوجی و خود هدایتگری	-/.۱۷۴	-/.۴۴۶	/.۱۷۲	/.۷۸	۱/۳۹	/.۱۶
توافق زوجی و همکاری	/.۰۶۱	-/.۰۲۸	/.۰۶۰	/.۰۳۰	/.۱۴	/.۸۸
توافق زوجی و خود تعالی‌گری	-/.۱۱۹	/.۰۹۹	/.۱۲۱	/.۰۹۵	/.۱۴	/.۸۸
ابراز محبت و خود هدایتگری	/.۰۲۸	-/.۳۴۴	/.۰۳۰	/.۳۶۰	۱/۴۸	/.۱۴
ابراز محبت و همکاری	/.۶۱	-/.۱۹۲	/.۷۰	/.۱۹۲	۲/۲۹	/.۰۲
ابراز محبت و خود تعالی‌گری	-/.۱۸۶	-/.۰۶۹	/.۱۸۷	/.۰۷۰	/.۵۴	/.۵۸

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که کلیه زیر مقیاس‌های خلق و خو اعم از آسیب‌گریزی، نوجویی، پاداش وابستگی و پافشاری با رضایت زوجی در افراد تحت درمان با متادون دارای رابطه معنادار است. در افراد عادی آسیب‌گریزی، نوجویی و پافشاری دارای رابطه معنادار و بعد پاداش وابستگی فاقد رابطه معنادار است. در بین ابعاد منش نیز خودهدایتگری، همکاری و خود تعالی‌گری در بین افراد تحت درمان با متادون با رضایت زوجی دارای رابطه معنادار است و در بین افراد عادی همکاری و خود تعالی‌گری دارای رابطه معنادار و خود هدایتگری فاقد رابطه معنادار است.

بدین ترتیب خرده مقیاس‌های پاداش وابستگی از خلق و خو و خود هدایتگری از منش در گروه تحت درمان نسبت به افراد عادی با رضایت زوجی دارای رابطه معنادار بود و در بین دیگر ابعاد TCI با سایر خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی (همبستگی زوجی، توافق زوجی و ابراز محبت) رابطه معناداری وجود نداشت. در تبیین رابطه بین پاداش وابستگی و رضایت زوجی باید گفت کلونینجر معتقد است که چهار بعد سرشت با هیجان‌های اصلی بشری نیز نزدیک هستند؛ چنانچه ترس با آسیب‌پرهیزی، خشم با نوجویی، عشق با پاداش-وابستگی، تسلط با پشتکار مرتبط دانسته شده است، همچنین با توجه به تعریف پاداش وابستگی که نمایانگر نوعی سوگیری در نگهداری رفتار در پاسخ به علائم پاداشی محیطی می‌باشد و افراد با نمرات بالا در این بعد افرادی احساسی، دارای قلبی رئوف، از لحاظ اجتماعی حساس، عزت نفس پایین، دلبسته و وابسته به تایید دیگران هستند و با توجه به اینکه آزمودنی‌های ما در بعد پاداش وابستگی نمرات بالاتری از افراد عادی کسب کردند و به دلیل نیاز این افراد به تایید همسران خود، حساسیت بالا و موارد فوق‌الذکر وجود این رابطه طبیعی است.

در خصوص دلیل احتمالی رابطه بین خودهدایتگری و رضایت زوجی در بین افراد تحت درمان باید اشاره کرد تصمیم به ترک اعتیاد قطعاً بستر لازم برای رضایتمندی را فراهم می‌سازد از سویی آزمودنی‌های ما در این پژوهش در بعد خودهدایتگری نمره بالاتری نسبت به افراد عادی کسب نمودند همانطور که کلونینجر (۲۰۰۴) اشاره می‌کند؛ موفقیت در ترک مواد را می‌توان از روی سطح کارآمدی فرد پیش‌بینی کرد نه درجه وابستگی جسمانی او به موادی چون هروئین و تنباکو. بنابراین احتمالاً آزمودنی‌های پژوهش حاضر از سطح کارآمدی نسبتاً خوبی برخوردار بوده‌اند که اقدام به ترک نموده‌اند. افراد با نمرات بالا در این بعد هدفمند و خود-متکی‌اند، آگاهی نسبت به نگرش و گرایش دیگران دارند، توانایی در به تاخیر انداختن نیازهای خود و آمادگی ارائه راه حل برای مسائل را دارند و همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد خود راهبری از جمله ابعاد منش است که طی رشد و در نتیجه تجربه حاصل می‌شود، به نظر

می‌رسد در پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر آموزش مهارت‌های خود هدایتگری موثر واقع شود. همچنین نتایج حاصله از پژوهش حاضر نشان داد؛ بین رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد بطوریکه این تفاوت بین میزان رابطه میان خرده مقیاس رضایت زوجی و پاداش وابستگی در گروه عادی و تحت درمان نگهدارنده از نظر آماری معنادار بوده و در افراد تحت درمان بطور معناداری قوی‌تر از افراد عادی است. که با توجه به تایید فرضیه اول پژوهش و نیز وجود رابطه بین پاداش وابستگی و رضایت زوجی و نیز ویژگی افراد با نمرات بالا در این بعد این یافته قابل پیش بینی و تبیین است. همچنین بین میزان رابطه میان رضایت زوجی و خود تعالی گری نیز در دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد یعنی این رابطه در افراد عادی بطور معناداری قوی‌تر از افراد تحت درمان است.

خود تعالی گری ویژگی است؛ که بر اساس آن افراد خود را جزئی تفکیک ناپذیر از دنیای هستی می‌پندارند و عمدتاً افرادی معنوی، فروتن، کم ادعا و خشنود و راضی از زندگی هستند. اینگونه ویژگی‌ها از آن نظر مفید هستند که باعث افزایش سازگاری افراد در شرایط نامساعد زندگی از جمله بروز بیماری، مرگ، ... که شرایطی اجتناب ناپذیر هستند می‌شوند بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که احتمالاً دلیل عدم روی آوری افراد عادی به مصرف مواد مخدر همین ویژگی‌ها از جمله رضایت و خشنودی بالای آنان نسبت به زندگیشان است چه بسا که یکی از اصلی‌ترین دلایل سوء مصرف مواد عدم احساس رضایت نسبت به آنچه افراد در زندگیشان دارند، باشد از سویی دیگر، توانایی این افراد در سازگاری با تغییر وضعیت زندگی و بروز اتفاقات ناگوار از جمله بیماری و مرگ که از دیگر دلایل سوء مصرف مواد است می‌تواند به عنوان عامل بازدارنده در مقابل ابتلا به وابستگی به مواد به شمار رود. یافته‌های این پژوهش در خصوص وجود رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی افراد با پژوهش‌های وایت و همکاران (۲۰۰۴)، فیشر و مک نولتی (۲۰۰۸)، دونلان و همکاران (۲۰۰۴)، ویگین و مودی (۱۹۸۳)، شاکریان و همکاران (۱۳۸۹)، حسینی نسب (۱۳۸۸) و نادری (۱۳۸۹) مطابقت دارد. البته در حوزه بررسی رابطه میان ابعاد شخصیتی و سازگاری زناشویی با استفاده از TCI پژوهش‌چندانی صورت نگرفته است یا حداقل پژوهشگر در بررسی خود با موردی مواجه نشده است و پژوهش‌های مختلف از ابزارهای متفاوتی جهت سنجش رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زناشویی استفاده کردند اما به طور کلی نتایج پژوهش حاضر در این زمینه همسو و در تایید نتایج گذشته

است.

از جمله محدودیتهای این پژوهش، نمونه آن است که تنها شامل: مردان متاهل تحت درمان نگهدارنده، بیماران خود معرف، به مراکز ترک اعتیاد خصوصی و دولتی استان گیلان بود. نتایج حاصل این پژوهش، را نمی‌تواند به کل افراد جامعه تعمیم داد. استفاده از روش مقطعی در این پژوهش، امکان برقراری رابطه علی بین ابعاد شخصیتی و سازگاری زناشویی را غیر ممکن می‌سازد و تنها با استفاده از این روش مشخص نمی‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای، افزایش اعتبار بیرونی پژوهش، نمونه مورد مطالعه به هر دو جنس، افراد مجرد و نیز افرادی که تحت درمان با داروهای کلونیدین و بوپرونورفین هستند، هم اختصاص یابد، استفاده از روش طولی به جای روش مقطعی در پژوهشهای آتی می‌تواند منجر به استحکام نتایج حاصله از پژوهش شود.

کتابنامه

- اتکینسون، آر.ال، اتکینسون، آر.اس؛ وهیلگارد، ای.ار. (۱۳۷۱). زمینه روانشناسی (۱)، ترجمه محمد نقی براهنی و همکاران، تهران؛ انتشارات رشد، (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۳).
- پورنقاش تهرانی، سید سعید؛ بشارت، محمد علی؛ عبدلی، محمد رضا؛ فیض آبادی، زهرا. (پاییز ۱۳۸۸). بررسی نتایج زیر مقیاس «نوجویی» پرسشنامه سه بعدی شخصیت (TPQ) در افراد معتاد و عادی. مجله علوم روانشناختی. ۸(۲): ۳۳۶-۳۴۶.
- حسینی نسب، سید داوود؛ بدری، رحیم؛ قائمیان، آيسان. (زمستان ۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های حل تعارض بین فردی با سازگاری زناشویی دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی. ۷۸-۵۷: (۲).
- شاکریان، عطا؛ فاطمی، عادل؛ فرهادیان، مختار. (بهار ۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با رضایتمندی زناشویی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۹۹-۹۲.
- کاویانی، حسین (۱۳۸۲). نظریه زیستی شخصیت همراه با آزمونهای شخصیتی آیزنک و کلونینجر. تهران: انتشارات سنا.
- کتابی، صمیمه؛ ماهر، فرهاد؛ برجعلی، احمد. (پاییز ۱۳۸۷). بررسی نیمرخ شخصیتی معتادان به مواد مخدر با استفاده از دو نظام شخصیتی کلونینجر و آیزنک. فصلنامه علمی سوء مصرف مواد (اعتیاد پژوهی). ۷(۲): ۴۵-۵۴.
- گلپور، محسن؛ آتش پور، سید حمید؛ آقایی، اصغر. (۱۳۸۱). روان شناسی اعتیاد: سبب شناسی و درمان. اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان.
- نادری، فرح؛ افتخار، زهرا؛ آملزاده، صغری. (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیت و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی در همسران معتادان مرد اهواز. یافته‌های نو در روانشناسی. ۶۱-۷۸.
- Abbate-Daga, G., Amianto, F., Rognà, L. and Fassino, S. (2007). "Do anorectic men share personality traits with opiate dependent men? A case- control study". Addictive Behaviors, 32, 1, 170-174.
- Adan, A., Grabulosa, J., Caci, H., Natale, V. (2009). A reduced temperament and character inventory (TCI-56). Psychometric properties in a non-clinical sample: personality and individual differences. Journal of Addict behavior. 15 (4): 395-399.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994) the temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use, center for psychobiology of personality.
- Cloninger, C.R. (2004). "Feeling good: the science of well-being". New York: oxford University Press.
- Donnellan, B.M., Conger, R.D., Bryant, Ch M. (2004). The big five and enduring marriages. J Res Pers. 38: 481-504.

- Fisher, I.a., Elias. W.J., & Rits, k.(1998). predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimension . Journal alcoholism: journal clinical and experimental research. (22): 1041-1047.
- Fisher TD, McNulty JK.(2008). Neuroticism and marital satisfaction: The mediating role played by the sexual relationship. Journal of family psychology.22(1):112-122.
- Helmus,T. c.,Downey, K.K., Arfken, C. L., Henderson, M. J.,& Schuster, C.R. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent, cocaine users. Drug and Alcohol Dependence (61): 287-295.
- Hosak, L., Preiss, M., Halir, M., Cermakova, E., and Csemy, L. (2004). "Temperament and character inventory (TCI) personality profile in methamphetamine abusers: a controlled study". European Psychiatry. 19. 4. 193- 195.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2007). "Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry (10th. Ed.)". Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Margolin, A., Beitel, M., Oliver, Z. S., & Avants, K. (2006, in press). A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. Aids Education of Prevention.
- Marlatt, G. A. (1999). Cue exposure and relaps prevention in the treatment of addictive
- Watson, D., Hubbard, B., & Wiese, D. (2000). General traits of personality and affectivity as predictors of satisfaction in intimate relationships: Evidence from self and partner ratings. Journal of Personality. (68): 413-449.
- Wigginn, J., & Moody, A. (1983). Personality typologies related to marital satisfaction. Journal of marriage and the family. (62):980-989.



استناد به این مقاله: ارزنده فر، علی؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش‌آموزان با مشکل بینایی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۱)، ۱۶۲-۱۴۷.

بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش‌آموزان با مشکل بینایی

علی ارزنده فر^۱، دکتر محمد جواد اصغری ابراهیم آباد^۲

دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۶ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۲۴

چکیده:

یکی از مهمترین عوامل مؤثر در افزایش عزت نفس دانش‌آموزانی که از مشکل بینایی در رنج هستند، آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین و تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش‌آموزان با مشکل بینایی در شهر سبزوار انجام گرفته است. این پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد، جامعه آماری تحقیق شامل دانش‌آموز دختر و پسر ($N=30$) با مشکل بینایی مقاطع راهنمایی و دبیرستان شهر سبزوار می‌باشد که ۱۸ نفر از آنها به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت را تکمیل و بعد از آن، آموزش مهارت‌های زندگی صورت گرفت. بعد از آموزش، مجدداً پرسشنامه تکمیل گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS17 و آزمون T تجزیه و تحلیل شد. نتایج مطالعه بیانگر آن است که عزت نفس دانش‌آموزان با مشکل بینایی تحت تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی افزایش می‌یابد ($P<0/05$).

کلیدواژه‌ها: دانش‌آموز، مشکلات بینایی، مهارت‌های زندگی، عزت نفس

^۱ - کارشناس ارشد و معاون مرکز نابینایان و ناشنوایان امام علی (ع) شهر سبزوار Aliarzandehfar09@gmail.com

^۲ - هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

مقدمه:

یکی از تفاوت‌هایی که منجر به استثنایی شدن فرد، در مقایسه با دیگر افراد جامعه می‌شود نقص در سیستم حسی است. یکی از این نقایص، نقص حس بینایی می‌باشد که بر اثر عوامل مختلف و در هر دوره ای از زندگی افراد، احتمال بروز آن وجود دارد (بهرامی احسان و بنی هاشمیان، ۱۳۸۹). اکثر افراد مبتلا به نقص بینایی، توانایی دیدن را دارند. تنها تعداد کمی از آنها از نظر آموزشی نابینا هستند و به طور کامل دید ندارند. اگر چه ممکن است بیشتر این افراد از نظر حواس دیگر، طبیعی باشند. داشتن نقص بینایی، حتی اگر نابینای کامل باشند، حس شنوایی، چشایی، بویایی و لامسه را مختل یا بهبود نمی‌بخشد، بلکه افراد مبتلا به نقص بینایی (نابینایی کامل)، از ادراک حرکتی، بویایی، حس لامسه و شنوایی برای یادگیری در محیط استفاده می‌کنند (کاکاوند، ۱۳۸۹). دانش آموزان با مشکل بینایی به عنوان بخشی از جامعه افراد استثنایی، به دلیل نقص جسمی و محرومیت‌های ناشی از آن اغلب قادر به ایجاد رابطه اجتماعی و متقابل با همسالان و بزرگسالان نیستند و سازگاری عاطفی و اجتماعی آنان با دشواری روبرو است. این کودکان معمولاً منزوی و درون‌گرا هستند بنابراین کمک به این دانش آموزان در جهت رشد و گسترش مهارت‌های زندگی مورد نیاز برای زندگی مؤثر، ایجاد یا افزایش عزت نفس در برخورد با مشکلات و حل آن و هم چنین کمک به آنها در رشد و تکامل عواطف و مهارت‌های زندگی جهت سازگاری موفق با محیط اجتماعی و زندگی مؤثر و سازنده در جامعه ضروری به نظر می‌رسند (شعاری نژاد، ۱۳۷۶).

یکی از مؤلفه‌هایی که ارتباط مستقیم و دوسویه ای با رشد مهارت‌های زندگی دارد، عزت نفس می‌باشد. از نگاه کوپر اسمیت^۱ (۱۹۶۷)، عزت نفس، ارزشیابی فرد درباره خود و یا قضاوت‌های شخص در مورد ارزش خود است. برای یک فرد دارای آسیب‌های دیده بینایی، کفایت اجتماعی و مهارت‌های زندگی مناسب، یک عامل کلیدی برای مفهوم خود مثبت، عزت نفس بالاتر، رفتارهای مثبت، ابراز خود بیشتر و توانایی در پذیرش ناتوانی به عنوان بخشی از وجود خود است (ککلیس و ساکس^۲، ۱۹۹۲؛ ولف^۳ و ساکس، ۱۹۹۷؛ روزنبلام^۴، ۲۰۰۰؛ واگنر^۵، ۲۰۰۴).

کمبود یا فقدان مهارت‌های زندگی یکی از جدی‌ترین مسایل افراد با مشکل بینایی است. کمبود پذیرش اجتماعی در افراد با مشکل بینایی، احساس خود ارزشمندی آنها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

^۱ Cooper Smith

^۲ Kekelis, L.S., & Sacks, S. Z

^۳ Wolffe

^۴ Rosenblum

^۵ Wagner

دهد. بخش عمده ای از فردیت فرد با مشکلات بینایی، به میزان پذیرش اجتماعی و در نتیجه به کفایت اجتماعی او وابسته است. شخصی با مشکلات بینایی به دلیل محدودیت بینایی اش اغلب مورد ترحم و رفتارهای مهربانانه کاذب قرار می گیرد. در این صورت، حمایت های بیش از حد و پذیرش غیر واقعی، بی شک به تمامیت روانی و فردیت فرد با مشکل بینایی لطمه می زند، زیرا از یک سو متوجه می شود که محبتها و توجهات اطرافیان ساختگی است و از طرف دیگر در می یابد که واجد کفایت اجتماعی، آن طور که باید باشد، نیست. در نتیجه به تدریج جایگاهش را در اجتماع از دست می دهد. بدین ترتیب، یا به اراده خودش با اجتماع قطع رابطه می کند یا به خاطر ضعف پذیرش اجتماعی، جامعه گریز می شود. زمانی که فرد با مشکل بینایی، احساس کرد که کفایت لازم را ندارد، عزت نفس و خود ارزشی او شدیداً تحت تأثیر قرار می گیرد. بنابراین زمانی که عزت نفس، آسیب دیده باشد فرد قدرت ابراز وجودش را ازدست می دهد و به خود و سایر حواسش-اطمینان ندارد و احتمالاً فاقد احساس آرامش خواهد بود، پس بین عزت نفس و قدرت ابراز وجود رابطه تنگاتنگی وجود دارد (کاکاوند، ۱۳۸۹).

همواره نوجوانان با آسیب بینایی نسبت به نوجوانان با شرایط عادی مشکلات بیشتری در روابط فردی و تعاملات اجتماعی با دوستان خود دارند (هاره و آرو^۱، ۲۰۰۰). بنابراین بسیاری از افراد مبتلا به آسیبهای بینایی به عنوان افرادی با عزت نفس پایین، منفعل، دارای درماندگی اکتسابی و کم جرأت توصیف می شوند (ساکس و ولف، ۲۰۰۶). هم چنین دانش آموزان با مشکل بینایی به دلیل این که در اکتساب رفتارهای اجتماعی از طریق نشانه های بینایی، سرمشق گیری، حالت های چهره ای، ارتباط از طریق نگاه، دریافت بازخورد، مشکل دارند، ممکن است مهارتهای زندگی را به خوبی کسب نکرده و یا به طور کامل در آنان رشد نیافته باشند (مک کاسپی^۲، ۱۹۹۶). پژوهش های انجام شده توسط بایرشات (۱۹۹۱)، ولف و ساکس (۱۹۹۷)، واگنر (۲۰۰۴) و نورا و ساندرا^۳ (۲۰۰۵) نشان داده است که افراد نابینا از نظر مهارت های زندگی با کاستیها و نارسایی هایی روبرو هستند. از این رو اکثر پژوهشگران بر اهمیت آموزش، اکتساب و به کارگیری مهارت های زندگی به منظور رشد و سازگاری اجتماعی افراد نابینا تأکید کرده اند.

هرچند که تحقیقات منظم درباره مهارتهای زندگی را به دهه ۱۹۷۰ نسبت می دهند، اما در سال های اخیر این مهارتها بیشتر مورد توجه قرار گرفته و برای آموزش آنها اقدامات مختلفی انجام شده است. آموزش این مهارتها ابتدا بیشتر در حوزه تغییر رفتار صورت می گرفت اما در طی دو دهه گذشته پیشرفت

^۱ Hurre, T., & Aro, H

^۲ Mac Cuspie

^۳ Nora, G. S., & Sandra, L. N

های قابل توجهی در زمینه تأثیر آن در افزایش کارکردهای اجتماعی، کیفیت زندگی، سلامت روان شناختی، عزت نفس و کاهش علایم بیماری‌های روان شناختی مختلف صورت گرفته است، به طوری که در برخی از پژوهش‌ها، به تأثیر برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش آموزان با ناتوانی و معلول اشاره شده است (مک کاسپی^۱، ۱۹۹۶؛ گرشام و همکاران^۲، ۲۰۰۱). در پژوهشی که کف^۳ (۱۹۹۷) بر روی توانایی نوجوانان در برقراری و حفظ روابط، ایجاد شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی و عاطفی انجام داد مشخص گردید که نوجوانان با آسیب بینایی شبکه‌های اجتماعی کوچکتری نسبت به همسالان بینای خود تشکیل می‌دهند. از سوی دیگر این کودکان با آسیب بینایی مشکلات فراوانی را در روابط متقابل بادیگران، به ویژه با همسالان خود دارند (مک گاه و فارین^۴، ۲۰۰۱).

هم چنین محققان در پژوهشهای خود نشان دادند که افراد با نیازهای خاص مشکلات رفتاری درون زاد و برون زاد مثل رفتارهای کلیشه‌ای (کلت^۵، ۲۰۰۶؛ پروت^۶، ۲۰۰۲ و جکسون^۷، ۲۰۰۱)، احساس حقارت و بی‌کفایتی (وایت^۸، ۲۰۰۳؛ کف، ۲۰۰۲؛ گرونمو و آگستد^۹، ۲۰۰۰)، احساس انزوا و تنهایی (جورج و دیکوئ^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ کف، ۲۰۰۲؛ جکسون، ۲۰۰۱؛ ساکس و ولف^{۱۱}، ۱۹۹۷ و مک کاسپی، ۱۹۹۶)، عزت نفس پایین (وایت، ۲۰۰۳؛ کاردینال و دی آلورا^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ پارسون^{۱۳} به نقل از مستعلمی، ۱۳۸۴)، سرکشی و تکانشگری (ماستن و کات اسورث^{۱۴}، ۱۹۹۸)، اضطراب (جکسون، ۲۰۰۱)، افسردگی (ری و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۷)، وسواس و اختلالات کلامی (ون - هسل و همکاران^{۱۶}، ۱۹۸۶)، بیقراری و حواس پرتی، قلدری و دعوا کردن، قطع مکالمه، عصبانیت و بحث کردن (شهیم، ۱۳۸۱)، مشکلات اجتماعی و مفهوم خود منفی و مهارتهای ضعیف (کف، ۲۰۰۲) را بیشتر از جمعیت بینا تجربه می‌کنند. در

¹ Mac Cupsie² Gresham³ Kef⁴ Mc Gaha, C., & Ferrin, D⁵ Celest⁶ Pruett⁷ Jackson⁸ White⁹ Gronmo, S. J., & Agestad, L. B¹⁰ Georg, L. A., & Dyquette, CH¹¹ Sacks, s. z., & Wolff, K¹² Cardinal, G., & D' Allura, T¹³ Parson¹⁴ Masten, A. S., & Cootsworth, J. D¹⁵ Ray, T. CH¹⁶ Van Hasselt, V. B

همین راستا تحقیقی در جهت اهمیت آموزش مهارت‌های زندگی انجام شد، که مشخص کرد آموزش مهارت‌های زندگی به دانش آموزان نابینا و کم بینا، باعث کاهش وسیعی در رفتارهای پرخطر و ناسازگارانه آنان می‌شود، همچنین با افزایش بازخوردها و تقویت کننده‌ها و ارائه فرصت‌های تعاملی بیشتر به این افراد، میزان کفایت اجتماعی، مفهوم خود مثبت، عزت نفس در آنان افزایش می‌یابد (واگنر، ۲۰۰۴؛ هلگسون^۱، ۲۰۰۴؛ بون^۲، ۲۰۱۰؛ شارون^۳، ۲۰۱۱ و سفا^۴، ۲۰۱۱)، همچنین در مطالعه‌ای که مستعلمی و همکاران (۱۳۷۷) انجام دادند، مشخص گردید که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش عزت نفس دختران نابینای شهر تهران و اصفهان شده است (به ویژه، ۱۳۸۶). ساجدی (۱۳۸۷) در پژوهش خود اهمیت آموزش مهارت‌های زندگی را بر روی افزایش روابط بین فردی، عزت نفس و توان ابراز وجود در دختران نابینای اصفهان نشان داد.

در تحقیقی که توسط آل زیودی^۵ (۲۰۰۷) بر روی نوجوانان دختر و پسر انجام دادند، مشخص کردند که در مقایسه عزت نفس دختران و پسران تفاوتی وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش ماریتیم^۶ (۱۹۸۴) و گارایگوردوبیل و برنارس^۷ (۲۰۰۹) مطابقت دارد.

بررسی تحقیقات موجود نشان می‌دهد علاوه بر اینکه در ایران پژوهش‌های اندکی درباره تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس دانش آموزان با مشکلات بینایی صورت گرفته و این حوزه مورد غفلت واقع شده است، اجرای نتایج حاصل از این پژوهشها متفاوت بوده. هم چنین وجود تعداد زیاد کودکان و نوجوانان با مشکلات بینایی اقتضا می‌کند که تحقیقات دقیقتری در این زمینه انجام شود. بنابراین تحقیق حاضر به دنبال تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس دانش آموزان با مشکلات بینایی است و در این زمینه به بررسی فرضیه‌های ذیل پرداخته است:

۱- آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش عزت نفس دانش آموزان با مشکل بینایی مؤثر است.

۲- آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش عزت نفس خود دانش آموزان با مشکل بینایی مؤثر است.

^۱ Helgeson

^۲ Bowen

^۳ Sharon

^۴ Safaa

^۵ Al-Zyoudi

^۶ Maritim

^۷ Garaigordobil, M & Bernaras, E

روش

پژوهش حاضر که به بررسی میزان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در بالابردن عزت نفس دانش‌آموزان با مشکل بینایی می‌پردازد و نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس را دنبال می‌کند، تحقیقی شبه آزمایشی^۱ است که در آن از پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده می‌شود. در این نوع تحقیقات متغیر وابسته قبل و بعد از ارائه متغیر مستقل اندازه‌گیری می‌شود. به عبارتی مراحل زیر را شامل می‌شود:

۱- اجرای پیش‌آزمون

۲- قرار دادن آزمودنی‌ها در معرض متغیر مستقل

۳- اجرای پس‌آزمون و مقایسه نتایج حاصل با استفاده از ابزار آماری مناسب (دلاور، ۱۳۸۵).

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری تحقیق حاضر شامل ۳۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر با مشکل بینایی شهر سبزوار می‌باشد که در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ در مقطع راهنمایی و دبیرستان مشغول به تحصیل بودند. از این تعداد ۱۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که ۱۲ نفر نابینا و ۶ نفر کم‌بینا بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. که با هدف تعیین نقش آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش عزت نفس از طریق برگزاری برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی (ارتباط مؤثر، جرأت‌مندی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل استرس)، طراحی شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: کوپر اسمیت (۱۹۶۷) مقیاس عزت نفس خود را بر اساس تجدید نظری که بر روی مقیاس راجرز دیموند (۱۹۵۴) انجام داد تدوین کرد. این مقیاس دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج می‌باشد. در مجموع ۵۰ ماده آن به ۴ مقیاس عزت نفس خانواده، عزت نفس مدرسه، عزت نفس خود و عزت نفس اجتماعی تقسیم شد. از ۵۰ ماده آزمون‌ها ۵ ماده مربوط به خرده مقیاس

^۱- با توجه به اینکه کل جامعه آماری مرکز ۳۰ نفر بودند و تعدادی رغبت به شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زندگی را نداشتند و بقیه در ابتدا مصرا نه ابراز علاقمندی به شرکت در جلسات را نمودند بنابراین انتخاب کسانی که علاقمندی به آموزش را نشان ندادند، به عنوان گروه گواه از نظر پژوهشی منطقی نبود و از سوی دیگر شرکت ندادن کسانی که در ابتدا ابراز علاقمندی نمودند از نظر اخلاقی مناسب نبود تا محقق تعدادی از آنها را به عنوان گروه گواه انتخاب نماید بنابراین پژوهشگران مجبور به پژوهش با یک گروه به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون گردید.

همسالان، ۳۰ ماده مربوط به عزت نفس خود، ۸ ماده مربوط به عزت نفس خانواده و ۷ ماده به عزت نفس تحصیلی است. این مقیاس علاوه بر ۴ خرده مقیاس، یک نمره کلی به دست می‌دهد. شیوه نمره گذاری آزمون به صورت یک و صفر است. در ماده های شماره ۵، ۴، ۲، ۱۰، ۱۴، ۱۱، ۱۸، ۲۱، ۱۹، ۲۳، ۲۹، ۲۸، ۲۴، ۳۰، ۳۲، ۳۶، ۵۷، ۴۷، ۴۵ پاسخ بلی یک نمره و خیر صفر می‌گیرد و بقیه سؤالات معکوس است یعنی پاسخ خیر آنها یک نمره و پاسخ بلی نمره صفر می‌گیرد. بدیهی است که حداقل نمره ای که یک فرد ممکن است بگیرد صفر و حداکثر ۵۰ خواهد بود. چنانچه آزمودنی از ۸ ماده دروغ سنج بیش از چهار نمره بیاورد به آن معنی است که اعتبار آزمون پایین است و آزمودنی سعی کرده است خود را بهتر از آن چیزی که هست جلوه بدهد

تحقیقات متعدد اعتبار آزمون کوپر اسمیت را تأیید کرده اند. در مطالعه شکر کن و نیسی (۱۳۷۳) که بر روی دانش آموزان سال اول تا سوم دبیرستانهای نجف آباد انجام گردید. ضرایب اعتبار از طریق روش همبسته کردن نمره های آزمون با معدل سال آخر آنان محاسبه گردید. ضرایب به دست آمده برای پسران ۰/۶۹ و برای دختران ۰/۷۱ بودند که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. همچنین در تحقیق شکر کن و نیسی ضرایب پایایی آزمون به روش بازآزمایی برای دانش آموزان پسر و دختر به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است. در تحقیق پورفرجی ضرایب پایایی مقیاس کوپر اسمیت با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۵۲ بود که از لحاظ روان سنجی ضریبی قابل قبول است (پورفرجی، ۱۳۸۰).

شیوه اجرا

این تحقیق بر روی دانش آموزان دختر با مشکلات بینایی (مدارس راهنمایی شهید رجایی، آل احمد و دبیرستان شهید انصاری فرد) و دانش آموزان پسر با مشکلات بینایی (مدارس راهنمایی دهخدا، محمد امین و دبیرستان شهید شجیعی) اجرا شد. با توجه به اینکه اجرای آموزش مهارت‌های زندگی در آموزش و پرورش نیز ضرورت پیدا کرده است، در طی کلاس های تابستانی برای این دانش آموزان آموزش های مهارت های زندگی در طول ۱۵ جلسه در مرکز مرجع امام علی (ع) ۱ سبزواری به صورت جداگانه برای دو گروه ۹ نفره دختران و پسران برگزار گردید. برنامه این دوره های آموزشی به صورت تصادفی تنظیم شده بود. با توجه به اینکه دانش آموزان شرکت کننده دارای مشکلات بینایی بودند، ابتدا سؤالات پرسشنامه برای افراد نابینا و کم بینا به خط بریل تهیه شد و برای افراد نیمه بینا از خط درشت استفاده گردید، سپس پرسشنامه ها توسط هر دو گروه تکمیل گردید (پیش آزمون). بعد از تکمیل پرسشنامه ها محتوای آموزشی به هر دو گروه ارائه شد. پس از اتمام دوره آموزشی مجدداً پرسشنامه ها توزیع و توسط آزمودنی

ها پاسخ داده شد (پس آزمون). موضوع‌های مورد بحث در گروه شامل مهارت خود آگاهی، ارتباط مؤثر بین فردی، حل مسئله، جرأت‌مندی و استرس بوده است که توسط کارشناس نابینایان به صورت بحث و گفتگو و پرسش و پاسخ آموزش داده شد.

جلسه اول، ارتباط مؤثر:

ابتدا رهبر گروه (پژوهشگر) هدف از تشکیل جلسات، تعداد و زمان پایان جلسات، رعایت قوانین (از جمله راز داری، صداقت، مشارکت همگان در بیان احساسات، شرکت منظم و انجام تکالیف منزل) را بیان می‌کند.

هدف: برقراری ارتباط بین افراد و نحوه دریافت اطلاعات از فرستنده و نحوه انتقال پیام با انجام تمرینات مناسب

جلسه دوم، ارتباط مؤثر:

در این جلسه ضمن بازنگری مطالب جلسه گذشته، در زمینه عوامل دخیل در شکل‌گیری ارتباط، چگونگی تداوم رابطه، گام‌های برقراری ارتباط مؤثر، همراه با تمرینات متنوع بحث شد

جلسه سوم، ارتباط مؤثر:

در این جلسه نحوه ایجاد ارتباط مثبت، موانع ارتباطی و پل‌های ارتباطی با فراگیران به بحث گذاشته شد.

جلسه چهارم، ارتباط مؤثر:

از دانش‌آموزان خواسته شد در گروه‌های دوتایی به موقعیت‌های زیر پاسخ دهند. موقعیت زیر به دقت برای آنها خوانده شد و از آنها خواسته شد که بگویند آیا در این موقعیت می‌توانند روراست باشند و پیام خود را مستقیم و محترمانه بیان کنند. (امیر و حسین با هم شطرنج بازی می‌کنند. حسین قلب می‌کند و امیر که متوجه قلب شده ناراحت می‌شود. ولی به روی خود نمی‌آورد و می‌گوید: "دیگه حوصله بازی ندارم").

جلسه پنجم، خود آگاهی:

در زمینه آگاهی از ویژگی‌های جسمانی و بدنی، آگاهی از نقاط قوت خود، آگاهی از نقاط ضعف خود با دانش‌آموزان صحبت شد.

جلسه ششم، خود آگاهی:

فعالیت گروهی در زمینه آگاهی از افکار خود، آگاهی از اهداف خود، تفریحات، اعتقادات مذهبی، آرزوها، استعدادها، مسئولیتها بود.

جلسه هفتم، مهارت ابراز وجود یا جرأت‌مندی:

در زمینه شناخت حقوق خود و دیگران، چگونگی ابراز وجود، جرات‌مندی و دفاع منطقی از حقوق خود صحبت بحث شد.

جلسه هشتم، مهارت ابراز وجود یا جرأت‌مندی:

سبک ارتباطی، ویژگی‌های کلیدی نگرش منفی و رفتار انفعالی، رفتار پرخاشگرانه و ویژگی‌های کلیدی نگرش و رفتار جرأت‌مند، همراه با تمرین، برای دانش‌آموزان توضیح داده شد.

جلسه نهم، کنترل استرس:

استرس خوب و استرس بد، استرس حاد و استرس مزمن، عوامل برانگیزاننده استرس بحث شد و تمرین‌های مرتبط به گروه ارائه شد.

جلسه دهم، کنترل استرس:

از تعدادی دانش‌آموز خواسته شد عوامل استرس‌زایی که در طول یک روز با آن مواجه شده‌اند را بیان کنند. سؤالاتی مطرح شد تا دانش‌آموزان از طریق بارش فکری پاسخ دهند و درباره‌ی آن به بحث و گفتگو بپردازند. سپس در زمینه منابع درون‌زاد استرس، طبقه‌بندی خطاهای شناختی همراه با تمرین با دانش‌آموزان کار شد.

جلسه یازدهم، کنترل استرس

در این جلسه دانش‌آموزان به ارائه و شناسایی انواع استرس‌های سالم و ناسالم پرداختند.

جلسه دوازدهم، کنترل استرس:

برای دانش‌آموزان روش مقابله با استرس (مقابله مسئله‌مدار سالم و ناسالم، مقابله هیجان‌مدار سالم و ناسالم) و تمرینات ذهنی آرامش‌بخش همراه با مثال ارائه شد و آنها تمرین کردند.

جلسه سیزدهم، مهارت حل مسئله:

آموزش در زمینه حل مسئله، بارش فکری و نحوه‌ی رویارویی افراد با مشکلات ارائه شد.

جلسه چهاردهم، مهارت حل مسئله:

ابتدا در مورد مطالب جلسه گذشته بحث و تبادل نظر شد و از دانش‌آموزان خواسته شد در مورد حل یک مشکل مشخص ارائه شده در جلسه از بارش فکری استفاده کنند و به راه‌حل‌های ممکن فکر کرده و آنها را بر روی کاغذ بنویسند.

جلسه پانزدهم، مهارت حل مسئله:

از دانش‌آموزان خواسته شد راه‌حلی را که در مورد مشکل خود نوشته‌اند، در کلاس بخوانند. پس از

تهیه لیستی از کلیه راه حل ها، از آنها خواسته شد نگاهی به لیست کرده و راه حل هایی که نادرست یا غیر ممکن به نظر می رسند را فوراً خط بزنند. با استفاده از راه حل های باقیمانده در لیست، پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت هر انتخاب را تصور کنند. کدام راهکارها امکان پذیرند؟ کدام یک ممکن است عملی تر باشد؟ و نهایتاً راه حل مناسب کدام است؟ در پایان جلسه از دانش آموزان خواسته شد که دانش آموزی بطور داوطلبانه یکی از مشکلات خود را در کلاس مطرح کند تا گروه راه حلی برای آن ارائه نماید.

یافته های توصیفی تحقیق، متغیرهای جمعیت شناختی آزمودنی ها:

۱- بررسی حجم نمونه به تفکیک جنسیت:

جدول ۱- توزیع دانش آموزان به تفکیک جنسیت

نوع آسیب بینایی	جنسیت	تعداد	درصد فراوانی
نابینا	پسر	۵	۴۱
	دختر	۷	۵۹
کم بینا	پسر	۴	۶۶/۶
	دختر	۲	۳۳/۴
تعداد کل دانش آموزان	پسر	۹	۵۰
	دختر	۹	۵۰

با توجه به جدول بالا که تعداد آزمودنی ها را در گروه های مختلف بینایی با توجه به جنسیت نشان داده، درصدها حاکی از آن است که در گروه نابینا دختر ها و در گروه کم بینا پسر ها بیشتر است.

۲- بررسی حجم نمونه به تفکیک میزان تحصیلات:

جدول ۲- توزیع دانش آموزان به تفکیک میزان تحصیلات

نوع آسیب بینایی	میزان تحصیلات	تعداد	در صد فراوانی
نابینا	راهنمایی	۷	۵۹
	دبیرستان	۵	۴۱
کم بینا	راهنمایی	۴	۶۶/۶
	دبیرستان	۲	۳۳/۴
تعداد کل دانش آموزان	راهنمایی	۱۱	۶۱/۱۱
	دبیرستان	۷	۳۸/۸۹

با توجه به جدول بالا که تعداد آزمودنی ها را در گروه های مختلف بینایی با توجه به میزان تحصیلات

نشان داده، درصدها حاکی از آن است که دانش آموزان نابینا و کم بینا بیشتر در مقطع راهنمایی تحصیل می‌کنند.

نتایج

در این تحقیق به منظور مقایسه نمره عزت نفس در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون t استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: میانگین نمرات عزت نفس دانش آموزان با مشکلات بینایی

آزمون	مراحل آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معنی دار
عزت نفس کلی	پیش آزمون	۱۸	۳۲/۲	۳/۰۷	-۷/۱۴	۱۷	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۱۸	۳۵/۲	۲/۷۳			

جدول ۳، به مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون عزت نفس کلی دانش آموزان با مشکل بینایی پس از اجرای متغیر مستقل می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های زندگی بر روی عزت نفس دانش آموزان با مشکل بینایی ($t = -7/14$ و $p = 0/000$) تأثیر معنی داری داشته و فرضیه اول پژوهش را تأیید می‌نماید.

جدول ۴: میانگین نمرات عزت نفس خود، دانش آموزان با مشکلات بینایی

آزمون	مراحل آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معنی دار
عزت نفس فردی	پیش آزمون	۱۸	۱۵/۷۷	۱/۶۲	-۱۱/۲۴	۱۷	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۱۸	۱۷/۳۸	۱/۶۰			

در جدول ۴، نتایج مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون عزت نفس خود، نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های زندگی بر روی عزت نفس خود ($T = -11/24$ و $P = 0/000$) تأثیر داشته، چون هرچه عزت نفس درونی افزایش یابد در تعاملات فردی تأثیر زیادی می‌گذارد و فرضیه ۲ تأیید می‌شود.

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس دانش آموزان با مشکلات بینایی می‌باشد. در دانش آموزان نابینا و یا دانش آموزانی که نیازمند آموزش‌های ویژه‌اند، عزت نفس بالا از اهمیت زیادی برخوردار است. در مقابل، عزت نفس پایین، موجب می‌شود این گونه دانش آموزان در مقابل همسالان عادی خود احساس ضعف و حقارت کنند و روز به روز منزوی‌تر شده و مشکلات سازگاری و عاطفی آنان بیشتر شود (ساکس و ولف، ۲۰۰۶).

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش عزت نفس دانش آموزان با مشکل بینایی مؤثر است.

با توجه به نتایج موجود در جدول ۳ بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون عزت نفس کلی دانش آموزان با مشکل بینایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌شود. نتایج بدست آمده از تحقیقات انجام شده توسط ساجدی (۱۳۸۷)، به پژوه (۱۳۸۶)، مستعلمی (۱۳۸۴)، کف (۲۰۰۲)، واگنر (۲۰۰۴)، بوون (۲۰۱۰)، شارون و همکاران (۲۰۱۱) سفا و همکاران (۲۰۱۱) نیز، یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌نماید. در حقیقت این نتایج نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های زندگی، عزت نفس دانش آموزان با مشکل بینایی را افزایش می‌دهد.

فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش عزت نفس خود، دانش آموزان با مشکل بینایی مؤثر است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون عزت نفس خود، دانش آموزان با مشکل بینایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد پس فرضیه فوق تأیید می‌شود. نتایج بدست آمده از تحقیقات انجام شده توسط ککلیس و ساکس (۱۹۹۲)، ولف و ساکس (۱۹۹۷)، روزنیلام (۲۰۰۰)، واگنر (۲۰۰۴)، هلگسون (۲۰۰۴)، شارون و همکاران (۲۰۱۱) سفا و همکاران (۲۰۱۱) نیز، یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌نماید. این یافته‌ها نشان‌دهنده این مطلب است که آموزش مهارت‌های زندگی، عزت نفس خود دانش آموزان با مشکل بینایی را افزایش می‌دهد. بنابر این می‌توان نتیجه‌گیری کرد، در صورتی که به دانش آموزان با مشکلات بینایی در زمینه مهارت ارتباط موثر، مهارت خودآگاهی، مهارت کنترل استرس، و مهارت حل مسئله، آموزش‌های لازم داده شود این امر می‌تواند عزت نفس دانش آموزان را بالا برده و زمینه بهبودی و سلامتی روانی آنها را فراهم نماید.

پیشنهادهات

برخی شواهد نشان می‌دهد که در مدارس ویژه کودکان استثنایی برنامه‌های آموزشی و پرورشی رایج، بیشتر بر بعد مهارت‌های تحصیلی و آموزشی تأکید می‌کند و وقت و هزینه کمتری صرف آموزش مهارت‌های زندگی کودکان و دانش‌آموزان استثنایی می‌شود. در نتیجه این افراد در کسب مهارت‌های زندگی با برخی کمبودها مواجه هستند. برگزاری دوره‌های آموزشی مهارت‌های زندگی، مداخلات به هنگام، ترغیب افراد با نقایص بینایی به استفاده از باقی مانده بینایی در افراد با آسیب بینایی، اقداماتی مهم در جهت اجتماعی کردن و سوق دادن آنها به درجات بالاتر فعالیت‌های اجتماعی است. بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش مهارت‌های زندگی نیز جزء برنامه‌های آموزشی قرار گیرد و با بهره‌گیری از تجارب متخصصان و مربیان با تجربه، کودکان با مشکل بینایی مهارت‌های لازم را بدست آورند. علاوه بر آن ضرورت دارد تا تحقیق با تعداد بیشتری آزمودنی در شهرها و فرهنگ‌های مختلف همراه با پیگیری ۶ ماهه و یک ساله انجام گیرد. همچنین بین کودکان با مشکل بینایی و گروه‌های دیگر کودکان استثنایی مقایسه شوند.

محدودیت‌های تحقیق

به دلیل تعداد کم دانش‌آموزان با مشکلات بینایی، عدم همکاری بعضی از دانش‌آموزان و علاقمندی بقیه دانش‌آموزان مبنی بر شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زندگی، امکان انتخاب گروه کنترل وجود نداشت.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه مسئولین و همکاران محترم مرکز نابینایان و ناشنوایان امام علی (ع) سبزوار که زمینه این تحقیق را فراهم کردند و یار و مددکار بودند، تشکر می‌نمائیم و از کلیه دانش‌آموزان آن مرکز به ویژه دانش‌آموزان با مشکلات بینایی که با صبر و حوصله به اجرای تست‌ها پرداخته و علیرغم مشکلات تعدیده در جلسات آموزشی با جدیت شرکت نمودند، سپاسگزاریم.

کتابنامه

- بهرامی، احسان هادی و بنی هاشمیان، کوروش (۱۳۸۹). اثربخشی روش ابراز وجود بر عزت نفس و سلامت عمومی دانش آموزان نابینا و عادی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال دهم، شماره ۲، ص ۱۶۱-۱۵۳.
- به پژوه، احمد؛ خان جانی، مهدی؛ حیدری، محمود و شکوهی یکتا، محسن (۱۳۸۴). اثر بخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر عزت نفس نابینایان. پژوهش در سلامت روان شناختی، دانشگاه تربیت معلم تهران، دوره اول شماره ۳ پاییز ۱۳۸۶، ص ۳۷-۲۹.
- پورفرجی، فرج (۱۳۸۰). مقایسه عملکرد تحصیلی و جسمانی دانش آموزان پسر فاقد و واجد پدر به نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی با کنترل هوش، عزت نفس، طول مدت فقدان و وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده آنان در پایه اول دبیرستان شهرستان اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی شهید چمران.
- دلاور، علی (۱۳۸۵). احتمالات آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات رشد.
- ساجدی، سهیلا (۱۳۸۷). اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر روابط بین فردی، ابراز وجود و عزت نفس دختران نابینای مجتمع فاطمه الزهرا (س). پایان نامه کارشناسی ارشد اصفهان دانشگاه آزاد خوراسگان.
- شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۷۶). نقش فعالیت فوق برنامه در تربیت جوانان (چاپ پنجم). تهران: نشر اطلاعات.
- شکر کن، حسین و نیسی، عبدالکاسم (۱۳۷۳). تأثیر عزت نفس بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر و دختر دبیرستانی. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه چمران اهواز، چاپ اول، شماره اول، ص ۳۵-۳۰.
- شهیم، سیما (۱۳۸۱). بررسی مهارتهای اجتماعی در گروهی از دانش آموزان از نظر معلمان. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، شماره ۳۲، ص ۱۲۱-۱۳۹.
- کاکاوند، علیرضا (۱۳۸۹). روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی (چاپ چهارم). تهران، نشر روان، ص ۸۵-۹۰.
- مستعلمی، فروزان؛ حسینیان، سیمین و یزدی، منور (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارتهای اجتماعی بر افزایش اعتماد به نفس دختران نابینای شهر تهران. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی شماره ۴۰۵، ص ۴۵۰-۴۳۷.
- مستعلمی، حمید (۱۳۷۷). تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی به روش گروهی بر افزایش اعتماد به نفس دختران نابینای شهر تهران (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه علامه طباطبائی.
- Al-Zyoudi, M. (2007). *Gender differences in self- concept among adolescents with low vision, International Journal of Special Education*, Vol.22.
- Bieber-Shut, R. (1991). *The use of derma to help visually impaired adolescents acquire social skills, Journal of Visual Impairment and Blindness*, 84(4): 340-357.

- Bowen, J. (2010). Visual impairment and its impact on self- esteem, *British Journal of Visual Impairment*, 28(1): 47-56.
- Cardinal, G., D' Allura, T. (2001). Parenting styles and self esteem: A study of young adults with visual impairment, *Journal of visual Impairment & Blindness*, 95, 453-470.
- Celest, M. (2006). Play behaviors and social interaction of a child who is blind: In theory and practice, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100, 75-90.
- Cooper Smith, S. (1967). *The antecedent of self-esteem*, New York: W. H. Freeman.
- Garaigordobil, M., Bernaras, E. (2009). Self- concept, Self- esteem, Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Adolescents with and without Visual Impairment, *Journal of Psychology*, Vol. 12, no.1, 149-160.
- George, L. A., Dyquette, CH. (2006). The psychosocial experience of a student with low vision, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100, 152-163.
- Gresham, F. (2002). Responsiveness to intervention: An alternative to the identification of learning disabilities, Paper presented at the 2001 Learning Disabilities Summit: Building a Foundation for the Future Retrieved March 8, from <http://www.air.org/ldsummit/download>
- Gronmo, S. J. (2000). Ageded L B, Physical activity, self-concept, and global self-worth of blind youths in Norway and France, *Journal of visual Impairment & blindness*, 94, 522-527.
- Helgeson, V. S. (2004). Cognitive adaptation, *Health psychol*, 22(1): 30-80.
- Hurre, T., Komulainen, J & Aro, H. (2000). Social support and self esteem among adolescents with visual impairments, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 93: 26-37.
- Kef, S. (1997). The personal network and social supports of blind and visually Impaired adolescents, *Journal of Visual Impairment & Blindness*; 91, (3).236-244.
- Kekelis, L. S., Sacks, S. Z. (1992). The effects of visual impairment on children's social interactions in regular education programs, In S. Z. Sacks., L S. Kekelis & R. J. Gaylord- Ross (Eds.), *Development of social skills by blind and visually impaired students*, New York: American Foundation for the Blind, 59-82.
- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for Visually impaired adolescents, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96, 155-169.
- Jackson, N. J. (2001). Visually impaired a dolescents perspectives on seeking support from school based adults, A dissertation presented for the Doctorate of philosophy in spalding University Faculty of the School of Professional psychology.
- MacCupsie, P. A. (1996). *Promoting Acceptance of children with Disabilities, From Tolerance to Inclusion*, Halifax, Nova Scotia, canaai Atlantic provinces special Education Authority.
- Maritim, E. K. (1984). *The academic self-concept and teachers perception: Their relationship to grade attainment in rural Kenya*. Unpublished Doctoral dissertation, Harvard University.
- Masten, A. S., Coots worth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research a successful children, *Journal of American Psychologist*, 53, 205-220.
- Mc Gaha, C., Ferrin, D. (2001). Interactions in an inclusive classroom: the effect of Visual Status and setting, *Journal Visual Impairment&Blindness*, 2, 80-94.

- Nora, G. S., Sandra, L. N. (2005). *Self- esteem and empathy in sighted and visually impaired preadolescents*, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99, (5): 276-286.
- Pruett, K. M. (2002). *Understanding the Behavior*, In RL Pogrud and D L Fazzi (Eds.) Early focus, New York: American foundation for the blind, 250-286.
- Ray, T. CH., Horvat, M., Wiliams, M & Blasch, B. B. (2007). *Clinical assessment of functional movement in adults with visual impairments*, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101, 108-118.
- Rosenblum, L. P. (2000). *Perception of the impact of visual impairment on the lives of adolescents*, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94, (7): 434-447.
- Sacks, S. Z., Wollfe, K. E. (2006). Teaching social skills to student with visual impairments: From Theory to Practice, New York, AFB Press, American Foundation for the Blind.
- Sacks, S. Z., Silberman, R. K. (2000). Social Skills. In A J Koenig, MC Holbrook (Eds.), *Foundations of Education: instructional strategies for teaching children and youth with visual impairment*, 616-652.
- Safaa, A., M, Kotb., Marzoka, A., Gadallah, Salwa & A, Marzouk. (2011). *Self- esteem and quality of life among visually impaired children in assiut city, Egypt*, *Journal of American Science*, 7(8): 47-57.(ISSN:1545-1003).
- Sharon, Z., Sacks, Amanda, H., Lueck, Anne L., Corn, Jane, N & Erin, J. N. (2010). *Supporting the social and emotional needs of students with low vision to promote academic and social success*, *Position paper of the vision on visual impairments*, Council for Exceptional Children Arlington, VA: Council for Exceptional Children.
- Ray, T. CH., Horvat. M., Wiliams, M., Blasch, B. B. (2007). *Clinical assessment of functional movement in adults with visual impairments*, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101, 108-118.
- Van Hasselt, V. B., Kazdin, A. E., Hersen, M., Simon, J & Mostantuono, A. K. (1958). *A behavioral- analytic model for assessing social skills in blind adolescents*, *Journal of Research and Therapy England*, 23, 394-405.
- Wagner, E. (2004). *Developmental and Implementation of a curriculum to Develop social competence for student with visual impairment in Germany*, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 98, (11): 703-710.
- Wolffe, K., Sacks, S. Z. (1997). *The lifestyles of blind, low vision, and sighted youths: A quantitative comparison*, *Journal of visual Impairment & Blindness*, 91: 245-257.
- White, L. G. (2003). *Problem solving, self efficacy, community interaction, and employment of blind adults*, a dissertation presented for the Doctorate of Philosophy in Hawaii University.

The Effectiveness of Stair's Relationship Approach on Marital Conflicts and Adaptability of Couples

Mansour Sodani*

Ali Amiri Moghadam

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand

Shahid Chamran University

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of Stair's relationship approach on marital conflict and adaptability of couples. The sample consisted of 24 couples who were selected by random sampling procedure, from among 36 voluntary's couples. Couples were randomly, divided into two equal groups. Two groups were randomly assigned to experimental group and control group. Experimental group received 8 sessions of therapy, based on stair's relationship approach. Participants responded to the Marital Conflict Questionnaire and Family Adaptability and Cohesion Questionnaires twice, once before the intervention and again at the end of intervention. To analyze the data, MANCOVA was used. The results showed that, there are significant differences between two groups. Consequently, Stair's relationship intervention, led to reduction of marital conflicts and increasing adaptability of experimental group in comparison with control group.

Keywords: Marital Conflict, Adaptability of Couples, Stair's Relationship Approach

* - sodani_m@scu.ac.ir

Effectiveness of Interaction between Stress Inoculation Training and
Identity Styles on Psychological Well-Being and Perceived Stress

Mojgan Nicknam^{a*}

Abbas Ali Allahyari^b

Kazem Rasoolzade Tabatabaee^b

Elaheh Hejazi^b

^a Islamic Azad University-Roudehen Branch

^b Tarbiat Modares University

Abstract

The aim of this study is to investigate effectiveness of interaction between stress inoculation training and identity styles on psychological well-being and perceived stress. Participates were selected through the simple random samplings procedure. Sixty seven clients were divided by random assignment into two groups on the basis of their identity style (normative, diffuse/avoidant). Two control groups assigned to each group. Psychological well-being, identity styles and perceived stress questionnaires were used. Treatment employed based on pre-test, post-test and follow up design to find out the effectiveness of interaction between stress inoculation training and identity styles on psychological well-being and perceived stress. The results of study indicate that, stress inoculation training, interaction between this variable and identity styles can develop psychological well-being, but could not effect on perceived stress. Identity styles as moderator can help to change thought, emotion and behavior.

Key words: Stress Inoculation Training, Psychological well-being, Identity styles and Perceived stress

* -nicknam.mojgan@gmail.com

Defense mechanisms in patients with major depression, anxiety disorders,
and normal individuals: A comparative study

Mohammad Ali Besharat*
Tehran university

Abstract

The aim of the present study was to compare defense mechanisms of patients with major depression, anxiety disorders, and normal individuals. A total of 224 individuals (87 depressed, 64 anxious, 73 normal) participated in this study, voluntarily. Following a psychiatric diagnosis of the psychological disorders, all participants were asked to complete the Defense Style Questionnaire (DSQ). The results revealed predominant defense of the depressed, anxious, and normal individuals as immature, neurotic, and mature, respectively. Comparison of defense mechanisms of patients and normal individuals provides evidence of the possible impact of pathological defense mechanisms on the development and/or continuity of depression and anxiety disorders.

Keywords: defense mechanism, depression, anxiety, psychopathology

* - besharat@ut.ac.ir

The Effectiveness of Inference-based Therapy on Reduction of Obsession and Compulsion Symptoms

Malahat Amani^{a*}
Abas Abolghasemi^b
Batool Ahadi^b
Mohammad Narimani^b

^a University of Bojnourd

^b University of Mohagegh Ardabili

Abstract

The purpose of present research was to determinate effectiveness of inference-based therapy on reduction of obsession and compulsion symptoms. Thirty women who had received diagnosis of OCD by clinical interview (SCID) were placed with randomization in experimental and control (wait list) groups. Participants completed Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) and Inferential Confusion Questionnaire (ICQ) in pretest and posttest. Experimental group received inference-based group therapy in 12 sessions. To analyze data, MANOVA was used. The results of research showed that except aggression, religious and sexual obsessions, there were significance difference between experimental control and groups in all of signs Y-BOCS and ICQ. Inference-based therapy had efficacy on reduction of obsession and compulsion symptoms.

Keywords: Inference-based Therapy, Obsessive - Compulsive Disorder

* - malahat1360@gmail.com

The Relationship between social supports, posttraumatic stress disorder
and duration of imprisonment during captivity in Mashhad captured.

Majid Moeenizadeh^{a*}
Mahmood Tabatabaee^b
Behrooz Mahram^a

^a Ferdowsi University of Mashhad

^b Tehran University

Abstract

Post-Traumatic Stress disorder (PTSD), is the most common disorder which remarked in the people with experience of captivity. This study aimed to assess the psychological status of Mashhad's captured and evaluate the compromise of fundamental components. The participants of present study selected through the available sampling method including (N=110) captured. Thus, after a preliminary study on 30 captured, revision impact of event scale and the social support Scale Performed. Diagnostic interview, difference diagnosis with questionnaires was conducted. To analyze the data, statistical correlation and analysis of variance (ANOVA) were employed. Results of study revealed that, an inverse relationship between duration of imprisonment and psychiatric disorders of captured. The present findings of this study are consonant with national researches and inconsonant with international researches. Religious affiliation and conservation of captured during captivity, are influencing factors that may reduce the psychological- behavioral symptoms of captured.

Keywords: Captivity, captured, Religion, Mental-Behavioral disorders

* -moinyzadeh@gmail.com

A Study of Differentiation between Satisfied Couples in Compare
with Conflicting Couples in Bandar Abbas

Saber Ariamanesh^{*}
Syed Reza Fallahchai^a
Eghbal zarei^a

^a Hormozgan University

Abstract

The purpose of the present study is to compare the differentiation between satisfied couples, and conflicting couples in Bandar Abbas. Four components of differentiation (Emotional reactivity, Emotional Cutoff, Emotional Fusion and I-position) were investigated. 120 couples selected through available sampling procedure: 60 conflicting couples having recourse to counseling clinics in Bandar Abbas during 2010-11 and 60 satisfied couples. To collect the data, Differentiation of Self Inventory (DSI-R) and Index of Marital Satisfied (IMS) were used. To analyze the data, MANOVA and multiple regression analysis tests were used. The results of the study revealed that, there is significant difference between the differentiations of the two groups. There is no significant difference between men and women regarding the level of differentiation. There is significant difference between the Emotional reactivity and Emotional Fusion of the two groups. Furthermore, women suffer more from Emotional reactivity and Emotional Fusion than men. There is no significant difference between them regarding Emotional Cut-off and I-position. The multiple regression analysis showed that. The components of differentiation predict %56 of variance of the marital satisfaction. In nutshell, the satisfied couples had a higher level of differentiation in compare with conflicting couples that improved their marital satisfaction.

Keywords: Differentiation, Marital Satisfaction, Marital conflict.

^{*} - aryamanesh.s@gmail.com

Comparing the Effectiveness of Life Enhancement and Advancement Program and Reality Therapy on Improving In-Treatment Substance Abusers' Recovery Indices

Zahra Vafaei Jahan*
Zohreh Sepehri Shamloo
Javad Salehi Fadardi

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Successful treatment of drug abusers is hard to achieve without the abusers' taking part in counseling and group therapy interventions. The present study compared the effectiveness of two group interventions, i.e., Life Enrichment and Enhancement Program (LEAP) and Reality Therapy (RT) with a sham control on improving the abusers' improvement indicators. Participants (N = 30) were in-treatment drug abusers, who were randomly assigned to one of the three groups. All participants completed the same battery of measures at pretest, posttest and follow-up. Multivariate Analysis of Variance was used to test the study hypotheses. Compared with participating in the sham educational group, participants in the RT group improved on their locus of control, positive sense of control, temptation to use drugs, and satisfaction with life; participants in the LEAP group improved on happiness, negative sense of control, situational confidence, temptation to use drugs, and satisfaction with life. Overall, LEAP was more effective in improving indices of treatment progress than RT.

Keywords: Life Enrichment and Advancement Program, Reality Therapy, addiction, substance abuse, control

*. zahra_va2009@yahoo.com

Investigation and comparison Study of language features of Autistic Children

Davood Sobhani-Rad^{a *}Ali Moghimi^bAli Ghanaei^bParviz Marouzi^a^aMashhad University of medical Sciences^bFerdowsi University of Mashhad

Abstract:

Autistic child may have a range of problems. Failure of understand the meaning of words is the main characteristic of the autistic child. Child`s ability to communicate may also be inappropriate. In briefly, the areas of language problems in these children, in other languages, are pragmatic and semantic. Because of the difficulties of the working with autistic children, research related to these children is limited. The aim of this research is drawing language features in Persian language of these children. It`s a cross-sectional and comparison study. It was done on 23 children suffering from autism. After meeting the inclusion criteria, communication sessions, using language test TOLD were tested individually. By testing, one of six languages skills (spoken language, organization, speaking, semantic and syntax) was evaluated. Studied children aged between 5.6 to 7.8 (with an average of 6.4 years). The results show that there are significant differences between skills of these children (except the syntax skills). (P-value<.05). This means that, spoken language skills in the autistic children (except for syntax skills) have a lower level skill than the other skills, and this difference is significant.

Key words: Autism; Test of Language Development (TOLD) Farsi version; Semantic; Pragmatic.

* sobhanid@mums.ac.ir

Relationship personality traits and marital adjustment in methadone maintained drug addicts and non addicts

Zohreh Teymori*
Saeed Pournaghash Tehrani

Tehran University

Abstract

The present study examined the relationship between personality traits and marital adjustment in methadone maintained drug addicts and non addicts. The population of the study consists of male (n=52) addicts and non-addicts (n=52), randomly selected through sampling procedure.

Cloninger's Temperament and Character Inventory questionnaire (TCI-56) and Dyadic Adjustment Scale (DAS) were administered. To analyses of data, multiple analyses of variance, one-way analysis of variance and Fisher's Z test, were used. Results of study show that, all subscales of the TCI-56 were significantly correlated with marital satisfaction in methadone maintained drug addicts, whereas in non-addicts harm avoidance, novelty-seeking and persistence were significantly correlated and reward dependence was insignificantly correlated, respectively. Furthermore, results showed a significant difference between rate relationship between marital satisfaction and reward dependence in the two groups were paired. So this relationship in patients was significantly stronger than the average person. The relationship between marital satisfaction and excellence in casting the two groups was significant, this mean that this relationship in normal subjects was significantly stronger than those treated. Thus, the tendency towards substance abuse, psychological factors such as personality, status and relationship with his addict is essential and careful attention to these factors, can be effective in the prevention and treatment interventions.

Key Words: Personality, Cloninger, Drug Addiction, Martial Adjustment

*- Teymori.z@gmail.com

The Effectiveness of Life Skills Training on Self- Esteem of Students with Visual Problems

Ali Arzandehfar*

Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Life skill training is one of the most important factors in increasing self-esteem of students with vision problems. This study was performed with aim of determine and effect of Life Skills Training to increasing of self-esteems of students with vision problems at Sabzevar city. The participants of the present study were selected through the available sampling procedure include male and female (N=18) from among middle and high school students. Coopersmith Self-Esteem Inventory was administered to the students. Participants were trained for 15 sessions of Life skill training and then assessed with the same questionnaire. To analyze of data spss 17 software and t- test method was used. The results of this study revealed that self-esteem of students with vision problems increased after life skills training program ($p<0/05$).

Keywords: Students, Visual Problems, Life Skills, Self Esteem.

* - aliarzandehfar09@gmail.com

Table of contents

The Effectiveness of Stair's Relationship Approach on Marital ...	I
Mansour Sodani, Ali Amiri Moghadam, Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand	
Effectiveness of Interaction between Stress Inoculation Training and ...	II
Mojgan Nicknam , Abbas Ali Allahyari , Kazem Rasoolzade Tabatabaee, Elaheh Hejazi	
Defense mechanisms in patients with major depression, anxiety disorders,	III
Mohammad Ali Besharat	
The Effectiveness of Inference-based Therapy on Reduction of Obsession	IV
Malahat Amani, Abas Abolghasemi, Batool Ahadi, Mohammad Narimani	
The Relationship between social support, posttraumatic stress disorder and	V
Majid Moeenizadeh, Mahmood Tabatabaee, Behrooz Mahram	
A Study of Differentiation between Satisfied Couples in Compare with	VI
Saber Ariamanesh, Syed Reza Fallahchai, Eghbal zarei	
Comparing the Effectiveness of Life Enhancement and Advancement Program	VII
Zahra Vafaei Jahan ,Zohreh Sepehri Shamloo , Javad Salehi Fadardi	
Investigation and comparison Study of language features of Autistic ...	VIII
Davood Sobhani-Rad , Ali Moghimi , Ali Ghanaei , Parviz Marouzi	
Relationship personality traits and marital adjustment in methadone	IX
Zohreh Teymori , Saeed Pournaghash Tehrani	
The Effectiveness of Life Skills Training on Self- Esteem of Students with Ali	X
Ali Arzandehfar, Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad	

Manager in charge and Chief Editor:

Professor, Bakhtiar Shabani Varaki, Ferdowsi University of Mashhad

Chief Editor:

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**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad

Excutive Manager : Ali Naghdi Davaloo

Technical Editor : Dr. Ali Reza Ghaderi

- 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.
- Mailing Address : Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, P.O.Box. 9177948974-1518, Mashhad.
- All submissions and correspondence should be online and Registered at :

<http://tpccp.um.ac.ir>



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. 3, No 1, Spring - Summer 2013

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in
ISC
&
SID
and available via
Magiran



Ferdowsi University of
Mashhad
Faculty of Education and Psychology

Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol 3, No 1, (2013)

ISSN: 2251-6352

5

- | | |
|---|------|
| The Effectiveness of Stair's Relationship Approach on Marital Conflicts and ... | I |
| Mansour Sodani, Ali Amiri Moghadam, Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand | |
| Effectiveness of Interaction between Stress Inoculation Training and Identity Styles on ... | II |
| Mojgan Nicknam , Abbas Ali Allahyari , Kazem Rasoolzade Tabatabaee, Elaheh Hejazi | |
| Defense mechanisms in patients with major depression, anxiety disorders and normal ... | III |
| Mohammad Ali Besharat | |
| The Effectiveness of Inference-based Therapy on Reduction of Obsession and ... | IV |
| Malahat Amani, Abas Abolghasemi, Batool Ahadi, Mohammad Narimani | |
| The Relationship between social support, posttraumatic stress disorder and duration of ... | V |
| Majid Moeenizadeh, Mahmood Tabatabaee, Behrooz Mahram | |
| A Study of Differentiation between Satisfied Couples in Compare with Conflicting ... | VI |
| Saber Ariamanesh, Syed Reza Fallahchai, Eghbal zarei | |
| Comparing the Effectiveness of Life Enhancement and Advancement Program and ... | VII |
| Zahra Vafaei Jahan ,Zohreh Sepehri Shamloo , Javad Salehi Fadardi | |
| Investigation and comparison Study of language features of Autistic Children | VIII |
| Davood Sobhani-Rad , Ali Moghimi , Ali Ghanaei , Parviz Marouzi | |
| Relationship personality traits and marital adjustment in methadone methadone ... | IX |
| Zohreh Teymori , Saeed Pournaghash Tehrani | |
| The Effectiveness of Life Skills Training on Self- Esteem of Students with Visual Problems | X |
| Ali Arzandehfar , Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad | |