



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۳، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۲

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

۶

- ۵ تاثیر آموزش مدیریت خشم و روش حل مسئله بر شیوه‌های تربیتی، کنترل خشم...
محسن شکوهی یکتا، سعید اکبری زردخانه، ندا فراهینی
- ۲۳ اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی...
آزاده بختیاری، احمد عابدی
- ۳۷ سازمان شخصیت افراد با نشانه‌های وسواس، افسردگی، افسردگی همراه با وسواس...
مریم فرجاد، نوراله محمدی، چنگیز رحیمی، حبیب هادیان فرد
- ۵۱ تاثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان
هدی حقاری، پروین دباغی، خدابخش احمدی
- ۶۵ بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران بر کاهش رفتارهای پرخطر فرزندان...
حسین صاحب‌دل، مسعود اسدی، زینب شکوری
- ۸۱ اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش انگیزش تحصیلی و کاهش اهمالکاری تحصیلی...
الهام نیک‌بخت، محمد سعید عبدخدائی، حسین حسن آبادی
- ۹۵ ترکیب آموزش والدینی و آموزش حافظه کاری بر کنش اجرایی بازداری کودکان...
زهره حسین زاده ملکی، علی مشهدی، علی غنایی چمن آباد، عاطفه سلطانی فر، فاطمه محرری، زهره حسینی، هدی حسین زاده ملکی
- ۱۱۵ مقایسه تاثیر شناخت درمانی مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی...
ناصر یوسفی
- ۱۴۳ عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی
ابوالقاسم یقوتی، حسین محنتی، سروه محمدزاده، مهدی ربیعی سمکو محمدزاده
- ۱۵۷ تدوین و اعتبار یابی پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده
شهریانو عالی، سیدامیر امین‌زیدی، محمد سعید عبدخدائی، علی غنایی چمن آباد، فاطمه محرری

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 ۲، پاییز و زمستان 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 و Noormags 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 طباطبایی
دکتر جواد صالحی فدردی	روان شناسی بالینی و سلامت	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر سید محمود طباطبایی	روان پزشکی	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 نورمحمد بخشانی، دکتر کیومرث بشلیده، دکتر فرشاد بهاری، دکتر جواد صالحی فدردی، جعفر طالبیان شریف، دکتر محمدرضا عابدی، دکتر محمد سعید عبد خدایی، دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دکتر حسین کارشکی، دکتر مرتضی مدرس غروی، دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند،

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 تاثیر آموزش مدیریت خشم و روش حل مسئله بر شیوه‌های تربیتی، کنترل خشم...
محسن شکوهی یکتا، سعید اکبری زردخانه، ندا فراهینی
- ۲۳ اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی ...
آزاده بختیاری، احمد عابدی
- ۳۷ سازمان شخصیت افراد با نشانه های وسواس، افسردگی، افسردگی همراه با وسواس ...
مریم فرجاد، نوراله محمدی، چنگیز رحیمی، حبیب هادیان فرد
- ۵۱ تاثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان
هدی حفاری، پرویز دباغی، خدابخش احمدی
- ۶۵ بررسی تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی به مادران بر کاهش رفتارهای پرخطر فرزندان ...
حسین صاحب‌دل، مسعود اسدی، زینب شکوری
- ۸۱ اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش انگیزش تحصیلی و کاهش اهمالکاری تحصیلی...
الهام نیکبخت، محمد سعید عبدخدائی، حسین حسن آبادی
- ۹۵ ترکیب آموزش والدینی و آموزش حافظه کاری بر کنش اجرایی بازداری کودکان ...
زهرا حسین زاده ملکی، علی مشهدی، علی غنایی چمن آباد، عاطفه سلطانی فر، فاطمه محرری،
زهرا حسینی، هدی حسین زاده ملکی
- ۱۱۵ مقایسه تاثیر شناخت درمانی مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی ...
ناصر یوسفی
- ۱۴۳ عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی
ابوالقاسم یعقوبی، حسین محققی، سروه محمدزاده، مهدی ربیعی، سمکو محمدزاده
- ۱۵۷ تدوین و اعتبار یابی پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده
شهربانو عالی، سیدامیر امین یزدی، محمد سعید عبدخدائی، علی غنایی چمن آباد، فاطمه محرری



استناد به این مقاله: شکوهی یکتا، محسن؛ اکبری زردخانه، سعید؛ فراهینی، ندا (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مدیریت خشم و روش حل مسئله بر شیوه‌های تربیتی، کنترل خشم و اضطراب مربیان پیش‌دبستانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۲۲-۵.

تاثیر آموزش مدیریت خشم و روش حل مسئله بر شیوه‌های تربیتی، کنترل خشم و اضطراب مربیان پیش‌دبستانی

محسن شکوهی یکتا^۱، سعید اکبری زردخانه^۲، ندا فراهینی^۳

دریافت: ۱۳۹۰/۶/۲۸ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت خشم و حل مسئله بر شیوه‌های تربیتی، کنترل خشم و سلامت روان مربیان پیش‌دبستانی می‌باشد. این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک‌گروهی است. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و گروه نمونه شامل ۴۲ نفر از مربیان زن پیش‌دبستانی شهر تهران بوده است. پس از اعلام آمادگی مربیان، یک جلسه توجیهی برگزار شد و سپس برنامه آموزشی در طی ۲۱ جلسه ۲ ساعته به صورت هفتگی ارائه گردید. در طی هر کارگاه مربیان مجرب و آموزش‌دیده به آموزش معلمان و حل مشکلات احتمالی ایشان در انجام تمرین‌ها و در ارتباط با کودکان پرداختند. قبل از شروع و بعد از اتمام جلسات، معلمان پرسش‌نامه‌های مربوطه شامل مقیاس روش‌های تربیتی معلمان، مقیاس ارزیابی خشم معلم، سیاهه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر را تکمیل کردند. نتایج مطالعه فوق‌نشان داد که میانگین خرده‌مقیاس‌های موقعیت‌های خشم‌انگیز و بیان خشم را کاهش و میانگین راهبردهای کنترل خشم مقیاس خشم معلمان را در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است. به عبارت دیگر، بررسی نتایج آزمون نیز نشان داد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون کلیه میانگین خرده‌مقیاس‌های خشم معلم، تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که معلمان با شرکت در کارگاه‌های آموزشی فوق، علاوه بر ارتقای سطح مدیریت خشم، وضعیت روان‌شناختی بهتری را کسب کرده و سلامت روان شناختی بالاتری را نشان دادند.

کلیدواژه‌ها: مدیریت خشم، حل مسئله، مربیان پیش‌دبستانی، سلامت روانی.

۱. دانشیار دانشگاه تهران، ostadroozbeh@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبایی

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه تهران

مقدمه

معلم به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی دانش‌آموز، از جایگاهی ویژه در نظام آموزشی برخوردار است. معلم بایستی برای دانش‌آموزان فرصت تفکر و اندیشیدن را فراهم آورده و فضایی ایجاد کند تا تفکر، کنجکاوی، کشف و دست‌کاری اشیا را در کودکان برانگیزد. پیازه^۱، دوره کودکی را از فعال‌ترین و خلاق‌ترین دوران رشد آدمی می‌داند و معتقد است که کودک با دو مکانیسم بازی و تقلید به تفسیر و تغییر جهان بیرونی می‌پردازد (سادوک و کاپلان^۲، ۲۰۰۷). زیرساخت همه این فرآیندها، اندیشیدن و هوشیاری^۳ نسبت به پدیده‌های اطراف است؛ که در تعامل با محرک‌های بیرونی به تحول می‌انجامد. توانایی حل مسئله^۴ جزء قابلیت‌هایی است که در چنین مواقعی اهمیت آن مشخص می‌شود. موضوع حل مسئله و تصمیم‌گیری، مورد توجه بسیاری از محققان واقع شده است.

به اعتقاد پارادو^۵ (۲۰۰۲) عوامل مربوط به مدرسه و معلم مهم‌ترین تأثیر را بر عملکرد دانش‌آموزان دارد. پژوهش وی نشان داد که معلمان آموزش دیده بر عملکرد خلاق، پیشرفت تحصیلی و رشد شناختی دانش‌آموزان تأثیر دارند؛ لذا پیشنهاد می‌کند برای معلمان، آموزش پیوسته و منظم بایستی صورت بگیرد. هم چنین تحقیقات نشان داده است آموزش معلمان در جهت برقراری روابط صمیمانه و توأم با علاقه و احترام نسبت به دانش‌آموزان نقشی بسیار موثر بر خلاقیت و توانایی تفکر اندیشمندانه دانش‌آموزان خواهد داشت (شیمازو^۶ و دیگران، ۲۰۰۳). مطالعات وابلز و برکلمنز^۷ (۱۹۹۰) نشانگر این است که مهارت‌های ارتباطی معلم در ایجاد جو مثبت برای یادگیری بسیار مؤثر است و معلمان، اثربخش به اندازه روش‌های تدریس، در ارتباطات خود نیز موفق هستند. والبرگ^۸ (۱۹۸۱؛ نقل از نقل از اسپیلبرگر^۹، ۱۹۹۹) محیط روانی کلاس را عنوان جو یا فضای کلاس^{۱۰} توصیف می‌کند که می‌تواند بالقوه بر یادگیری دانش‌آموز تأثیر بگذارد.

استرنبرگ و ویلیام^{۱۱} (۱۹۹۷) معتقدند معلمانی که از شخصیتی گرم، صمیمی و پذیرنده برخوردارند، امکان افزایش خلاقیت را فراهم می‌آورند. هم چنین مطالعات مختلفی سایر اثرات این نوع از رابطه را در

1. Piaget

2. Kaplan, & Sadock

3. mindfulness

4. Problem solving

5. Parado

6. Shimazu

7. Wubbles & Berekelmans

8. Wolberg

9. Spielberger

10. class atmosphere

11. Strenberg

تأثیر آن بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان (بیرینگهام و دیگران، ۱۹۹۲)، عملکرد در آزمون (مارلین^۱، ۱۹۹۱)، یادآوری (استیوارت^۲، ۱۹۹۸)، انجام دادن تکالیف درسی (بتن کورت^۳ و دیگران، ۱۹۸۳)، میزان شرکت دادن دانش آموزان در فعالیت‌های کلاسی (برسو^۴، ۱۹۹۰) و نگرش دانش آموزان به یادگیری (مک میلان^۵، ۱۹۷۶) گزارش کرده‌اند (نقل از استرنبرگ، ۱۹۹۷). به طور کلی معلم الگویی است که متغیرهای روان‌شناختی از طریق وی در دانش آموزان درونی می‌گردد. به عنوان مثال، وایلد و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند که دانش‌آموزانی که احساس کنند معلم آن‌ها داوطلبانه آموزش می‌دهد، بیشتر از دانش‌آموزان دیگر انگیزش درونی نسبت به درس پیدا می‌کنند تا اینکه احساس کنند، معلم برای دریافت پول تدریس می‌کند (رایان و دسی^۶، ۲۰۰۰).

نحوه تعامل معلم و اثربخشی آنان در امر آموزش ارتباط با سلامت روان آنان دارد؛ ولی شواهد نشان می‌دهد معلمان به چند دلیل به طور جدی در معرض مشکلات روان‌شناختی هستند. از جمله این دلایل، تماس مستقیم با دانش‌آموزان و نیازهای آنان، تحمل شرایط سخت کار سازمانی، عدم دریافت حقوق متناسب، عهده دار بودن نقش‌های مبهم و پرتعارض، تحمل تنش‌های ایجادشده در بین همکاران است (شیمازو و دیگران، ۲۰۰۳). بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که مداخلاتی به منظور حفظ و ارتقاء سلامت روانی معلمان صورت بگیرد. یکی از مداخلاتی که می‌تواند در این خصوص کمک‌کننده باشد، مدیریت هیجان‌ها از جمله خشم است.

خشم یکی از هیجان‌های طبیعی انسان است و در مؤلفه‌های هیجانی جایگاه خاصی دارد. با وجود این، با توجه به عوارض منفی و مخرب فردی و اجتماعی خشم، مدیریت خشم^۷ از اهمیت بسزایی برخوردار است. هدف از درمان‌ها و مداخلات کنترل خشم، کاهش احساسات هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از خشم، افزایش آگاهی نسبت به خشم و آموزش شیوه‌ها و راهبردهای مؤثر به منظور کنترل آن است (انجمن روان‌شناختی آمریکا^۸، ۲۰۰۴). به نظر اسپیلبرگر (۱۹۹۹) خشم به عنوان یک عامل منفی در تعامل بین معلم و دانش‌آموز شناخته شده است. با توجه به پیامدهای منفی فردی و اجتماعی خشم و اثرات سوء آن بر روابط

1 . Marllin

2 . Stioart

3 . Betenkort

4 . Bressaux

5 . McMillan

6 . Rayan, & Deci

7 . anger management

8 . American Psychological Association (APA)

بین فردی، آموزش مدیریت خشم از اهمیت بسیاری برخوردار است (کینگ و دیگران^۱، ۱۹۹۹). در تحقیق بلک و نواکو^۲ (۱۹۹۳) که به صورت آموزش انفرادی صورت پذیرفت، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد^۳، نظارت خود^۴، کاهش برانگیختگی و توضیح کارکردها و اشکال مختلف خشم طی ۲۸ جلسه، نشان از کاهش پرخاشگری و افزایش رفتارهای اجتماعی مناسب داشت؛ پیگیری پس از ۲۱ هفته نیز حاکی از ادامه اثرات آموزش بود.

با توجه به ضرورت وجود ویژگی‌های مذکور در معلمان، لازم است مداخلاتی صورت گرفته و آموزش‌هایی به ایشان داده شود. هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش‌هایی است که به منظور ارتقاء سلامت روان در معلمان، بالا بردن سطح توانایی‌های مدیریت خشم و تربیت کودکان اندیشمند به صورت کارگاه‌های آموزشی برگزار می‌شود.

روش

مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی^۵ با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک‌گروهی است. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و گروه نمونه شامل ۴۲ نفر از مربیان زن پیش‌دبستانی شهر تهران بود. میانگین سنی این گروه ۳۰/۸۶ با انحراف استاندارد ۳/۹۷ و میانگین سابقه تدریس آن‌ها در مراکز پیش‌دبستانی ۵/۹۳ با انحراف استاندارد ۳/۰۵ بود. ۶۹ درصد متأهل و ۳۱ درصد مجرد؛ به ترتیب ۱۹، ۱۹، ۷۴/۶ و ۲/۴ و ۱۱/۹ درصد دارای مدرک تحصیلی دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دانشجو بودند؛ ۳۵/۷ درصد دارای مدارک تحصیلی مرتبط با روانشناسی و علوم تربیتی و ۶۴/۳ درصد غیرمرتبط و وضعیت استخدامی ۸۱ درصد شرکتی و ۲/۴ درصد قراردادی، ۴/۸ درصد خرید خدمت و ۱۱/۹ درصد غیرمشخص بود. ۴۲/۹ درصد از این افراد در محل کار خود با دختران، ۵۲/۴ درصد با پسران و ۴/۸ درصد با هر دو مشغول به کار بودند.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس روش‌های تربیتی معلمان: این مقیاس نسخه بازنگری شده مقیاس روش‌های تربیتی است

1 . King
2 . Black, & Novaco
3 . coping skills
4 . self- monitoring
5 . quasi- experimental

که به وسیله شکوهی یکتا و پرند (۱۳۸۶) و با توجه به کتاب تمرین تربیت کودک اندیشمند (شور، ۲۰۰۰) تهیه و تدوین شده است. مقیاس روش های تربیتی معلمان شامل ۱۲ موقعیت است که در هر موقعیت نحوه برخورد معلمان با رفتارهای چالش برانگیز کودکان بررسی می شود. پاسخ دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای (همیشه=۴ و هرگز=۱) است که هر گزینه در واقع یکی از روش های چهارگانه تعامل معلمان با کودک (تنبیه و توبیخ، توصیه بدون توضیح، پیشنهاد همراه با توضیح و روش حل مسئله) را در موقعیت مورد نظر مطرح می کند. نمره هر خرده مقیاس میانگین نمرات ۱۲ گزینه موجود در کلیه گویه ها است. نمره بالا در هر روش تعامل نشانگر استفاده بیشتر از آن روش در تعامل با کودک است. روایی محتوای این ابزار توسط چندین متخصص روان شناسی و سنجش و اندازه گیری مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین روایی تجربی^۱ آن در پژوهش های شکوهی یکتا، اکبری زردخانه و قهوه چی (۱۳۹۱) و شکوهی یکتا، پرند و اکبری زردخانه (زیر چاپ) تأیید شده است. ضریب قابلیت این مقیاس با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ گزارش شده است (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۶ و شکوهی یکتا و همکاران، ۱۳۹۱).

مقیاس ارزیابی خشم معلم: این مقیاس خود گزارشی توسط باستان فر (۱۳۸۷) ساخته شده و دارای ۴۹ آیتم است. این ابزار برای ارزیابی خشم و نحوه مواجهه با آن توسط معلمان در کلاس درس طراحی شده و دارای سه خرده مقیاس موقعیت های خشم انگیز (۲۰ آیتم) بیان خشم (۱۴ آیتم) و راهبردهای کنترل خشم (۱۵ آیتم) است. پاسخ گویی به آیتم های این ابزار در طیف لیکرت پنج درجه ای (همیشه=۵ و هیچ وقت=۱) صورت می گیرد. نمره بالا در خرده مقیاس موقعیت های خشم انگیز و بیان خشم نشانگر شناسایی بسیاری از موقعیت ها به عنوان موقعیت های خشم انگیز و اظهار میزان بالایی از خشم در این موارد بوده و نمره بالا در خرده مقیاس راهبردهای کنترل خشم به معنای استفاده بیشتر از راهبردهایی برای مدیریت خشم است. باستان فر (۱۳۸۷) روایی این ابزار را مناسب گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس برای خرده مقیاس موقعیت های خشم انگیز ۰/۸۴، بیان خشم ۰/۵۸ و راهبردهای کنترل خشم ۰/۷۳ گزارش شده است (باستان فر، ۱۳۸۷ و شکوهی یکتا، زمانی، جوادی آسایش، زیر چاپ).

سیاهه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر: سیاهه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر^۲ توسط اسپیلبرگر^۳ (۱۹۹۹) ساخته شده و دارای ۵۶ آیتم است و برای سنجش اضطراب صفت^۴ و حالت^۵ به کار

1 . empirical validity

2 . Spilberger State- Trait Anxiety Inventory (STAI)

3 . Spielberger & Gorsuch

4 . trait

5 . state

می‌رود. پاسخگویی به این خرده مقیاس، در یک درجه‌بندی لیکرت چهار نقطه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۴) صورت می‌گیرد. نمره پایین در این مقیاس نشان‌دهنده اضطراب کم یا نبود آن است. روایی و قابلیت اعتماد این سیاهه در مطالعات مختلف رضایت بخش بوده است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶). اسپیلبرگر (۱۹۹۹) نشان داد که ضرایب آلفای خشم حالت برابر با ۰/۹۳، خشم صفت ۰/۸۷، احساس خشم ۰/۸۵، تمایل به بروز کلامی خشم ۰/۸۷، تمایل به بروز فیزیکی خشم ۰/۸۸، خلق و خوی خشمگینانه ۰/۸۳، واکنش خشمگینانه ۰/۷۰، بیان خشم بیرونی ۰/۶۷، بیان خشم درونی ۰/۸۰، کنترل خشم درونی ۰/۹۱ و کنترل خشم بیرونی ۰/۸۳ می‌باشد. همسانی درونی بالا بین مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های خشم و ارتباط مثبت آن با سایر مقیاس‌های خشم و خصومت حاکی از روایی مناسب آن است (اسپیلبرگر، ۱۹۹۹؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶). به دلیل آن که اضطراب صفت به عنوان یک ویژگی شخصیتی پایدار محسوب شده و ایجاد تغییر در آن به واسطه مداخلات انجام گرفته در پژوهش حاضر ممکن نبود، لذا در این مطالعه از خرده‌مقیاس اضطراب حالت استفاده شده است.

روش اجرا

پس از اعلام آمادگی مربیان با شرکت در دوره، این افراد در یک جلسه توجیهی، با اهداف، نحوه برگزاری و خلاصه‌ای از محتوای آموزش آشنا شدند. پس از آن از مربیانی که برای شرکت دوره، ثبت نام به عمل آمد. کارگاه‌ها هفته‌ای یک بار در ۲۱ جلسه ۲ ساعته برگزار شدند. در طی هر جلسه معریان مجرب و آموزش دیده به آموزش معلمان و حل مشکلات احتمالی ایشان در انجام تمرین‌ها و در ارتباط با کودکان می‌پرداختند. قبل از شروع و بعد از اتمام هر کارگاه معلمان پرسش‌نامه‌های مربوطه را تکمیل کرده‌اند.

روش‌های مداخله

بسته مداخلاتی مورد استفاده در این پژوهش دربرگیرنده دو بخش بود:

الف) آموزش حل مسئله: کارگاه تربیت کودک اندیشمند (شور^۱، ۲۰۰۰) برای استفاده مربیان پیش دبستانی در این پژوهش مورد بازنگری قرار گرفت. هدف نهایی این کارگاه افزایش توانمندی مربیان در مواجهه با مسائل روزمره نوآموزان از طریق به کارگیری مهارت‌های حل مسئله در تربیت آنها است. کارگاه‌ها در ۹ جلسه به صورت یک جلسه دو ساعته در هفته برگزار می‌شود. در هر جلسه مربیان به صورت گام به

گام با روش‌های کارآمد و ناکارآمد برخورد با کودکان آشنا می‌شوند. مربیان با استفاده از کتاب تمرینی که به آن‌ها داده می‌شود، روش حل مساله را در موقعیت‌های فرضی با نوآموز تمرین می‌کنند. در این کتاب تمرین‌هایی طراحی شده است که جنبه بازی و تفریح داشته و برای کودکان لذت بخش است؛ لذا فعالیت‌ها به صورت بازی یا نقاشی به نوآموز ارائه می‌شوند. همچنین تکالیف با استفاده از موقعیت‌های آشنا که نوآموزان و مربیان معمولاً با آن‌ها در تماس هستند و در مکان‌های مختلف مدرسه طراحی شده‌اند (شور و دیجرونیمو^۱، ۲۰۰۱).

در شروع، مربیان با چهار شیوه تربیت نوآموز که در کارگاه به نام چهار پله رفتار تعریف شده است، آشنا می‌شوند. در پله اول، رفتارهای توأم با تنبیه و تویخ قرار دارد و مربیان با توهین و لحن دستوری از نوآموز می‌خواهند که کاری را انجام دهد. برای مثال زمانی که مربی به کودک می‌گوید: «تو پسر نامرتبی هستی، وسایلت را از اینجا جمع کن» او در پله اول رفتار با کودک قرار دارد. در پله دوم، دستور یا پیشنهاد بدون هیچ توضیحی داده می‌شود، در واقع به این معنی که کاری را انجام بده چون من آن را از تو می‌خواهم. در پله سوم، مربیان پیشنهادهای خود را همراه با توضیحاتی ارائه می‌دهند. این توضیحات می‌تواند درباره پیامد کار یا توجه به احساس فرد مقابل باشد، مثلاً «اگر تکالیفت را انجام ندهی فردا در کلاس و جلوی هم‌کلاسی‌هایت احساس خجالت خواهی داشت» یا «اگر تکالیفت را انجام ندهی ممکن است خانم مربی از تو ناراحت شود». پله نهایی شامل کارآمدترین روش تربیتی است که با سوال کردن، کودک را به تفکر وادار می‌دارد. در حین تمرین‌های این مرحله کودکان با کلماتی آشنا می‌شوند که کلمات تعامل یا حل مسئله نامیده می‌شوند و بر سه پایه اساسی درک احساسات، یافتن راه‌حل‌های جایگزین و توجه به پیامدهای رفتار استوار است. تکیه بر این کلمات بر این اساس است که داشتن زبان مشترک یک قدم بسیار مهم در حل یک تعارض یا مشکل است (شور و دیجرونیمو، ۲۰۰۱). از کلمات حل مسئله می‌توان هست/نیست، حالا/بعداً، مشابه/متفاوت را نام برد که در راستای آن نوآموز یاد می‌گیرد که چه چیزی برای چه کاری مناسب هست/نیست، یا اینکه زمان مناسب برای هر چیز متفاوت است. بعد از اینکه این کلمات در موقعیت‌های معمول روزمره با کودک تمرین شدند، مربیان در تعامل با نوآموز به پله چهارم می‌رسند. کتاب تمرین این کارگاه آموزشی در برگرفته تمرین‌هایی است که مربیان و نوآموزان باید آن را انجام دهند.

ب) آموزش مدیریت خشم: در این پژوهش، برنامه مداخله‌ای آتش بازی^۲ (اسمیت، ۲۰۰۴)، برای معلمان مورد بازنگری قرار گرفت و در ۱۲ جلسه دوساعته اجرا شد. این برنامه با رویکرد شناختی-رفتاری و

1 . Digeronimo

2 . fireworks

با تأکید بر روابط بین مربیان و کودکان، یک مدل چندگانه آموزشی در زمینه مدیریت خشم ارائه می‌دهد که شامل سه مؤلفه است: (۱) مفهوم سازی: آموزش درباره ماهیت خشم و چگونگی واکنش افراد به آن. این یادگیری از طریق بحث درباره تجربیات خشم برانگیز گذشته فرد انجام می‌گیرد، (۲) کسب مهارت و تمرین: استفاده از راهبردهای مقابله‌ای با رویکرد شناختی- رفتاری. در این مرحله فرد، مهارت‌های آموخته‌شده را زیر نظر درمانگر تمرین می‌کند، و (۳) کاربرد و پیگیری: این مؤلفه شامل کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی واقعی است. برای رسیدن به این مرحله، فرد با موقعیت‌های فراخوان خشم، روبرو می‌شود.

تغییر و جایگزینی شناخت‌های جدید، جزء اصلی برنامه کنترل خشم است. در واقع، بر اساس نظریه شناختی، خشم نتیجه الگوی تفکر و نوع انتظارات افراد است و تغییر در الگوی تفکر، موجب قطع و پرهیز از خشم و خشونت می‌شود. تکنیک دیگر شناختی برای کنترل خشم، شیوه ثبت خشم است. فرد تشویق می‌شود که رویدادهای محرک خشم را یادداشت و ادراک خود را از رویداد خشم برانگیز شناسایی و مکتوب کند. شرکت‌کننده‌ها ضمن بازسازی شناختی، خرده مهارت‌های رفتاری کنترل خشم را نیز فرا می‌گیرند و تمرین می‌کنند که بتوانند هنگام مواجهه با موقعیت‌های فراخوان خشم به نحو مناسب عمل کنند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهند که شرکت در کارگاه‌ها، به افزایش میانگین خرده مقیاس حل مسئله و کاهش میانگین دیگر خرده مقیاس‌های روش‌های تربیتی گروه نمونه منجر شده است. همچنین میانگین خرده مقیاس‌های موقعیت‌های خشم‌انگیز و بیان خشم کاهش و میانگین راهبردهای کنترل خشم مقیاس ارزیابی خشم معلم افزایش و نمره اضطراب حالت در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است.

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی مقیاس روش‌های تربیتی معلمان، ارزیابی خشم معلم و سیاهه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس.	خرده مقیاس.	پیش‌آزمون.		پس‌آزمون.	
		میانگین.	انحراف معیار.	میانگین.	انحراف معیار.
روش‌های تربیتی	حل مسئله	۳۵/۲۹	۵/۴۲	۴۳/۳۵	۴/۵۲

معلمان	پیشنهاد همراه با توضیح	۳۵/۳۴	۶/۵۴	۳۰/۱۷	۹/۲۰
	توصیه بدون توضیح	۳۳/۱۶	۷/۳۲	۲۷/۷۱	۸/۸۱
	تنبيه و توبيخ	۲۰/۴۱	۷/۳۸	۱۸/۷۰	۷/۶۴
خشم معلم	موقعیت‌های خشم‌انگیز	۵۶/۷۹	۱۴/۳۱	۵۲/۳۸	۱۱/۶۲
	بیان خشم	۲۷/۲۶	۷/۸۸	۲۵	۶/۰۱
	راهبردهای کنترل خشم	۴۶/۶۲	۶/۹۵	۴۸/۹۰	۶/۹۲
	اضطراب حالت	۴۸/۹۲	۲/۴۹	۴۹/۰۲	۲/۸۶

به دلیل آنکه دو ابزار روش‌های تربیتی معلمان و ارزیابی خشم معلم در این پژوهش، مقوله‌های متفاوت از هم را ارزیابی می‌کنند؛ از دو تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر^۱ (هوئل^۲، ۲۰۱۰) استفاده شد. همچنین به دلیل آن که سیاهه اضطراب حالت، تنها دارای یک نمره کل است، از آزمون t وابسته برای آزمون وجود یا عدم وجود تفاوت در بین میانگین‌های نمره‌های خرده‌مقیاس‌های مراحل پیش و پس آزمون استفاده شد. نتایج حاصل از داده‌های مقیاس روش‌های تربیتی معلمان (با چهار خرده‌مقیاس) نشان داد نیم‌رخ میانگین‌های دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری از هم دارند ($\eta^2 = ۰/۶۵$ و $p < ۰/۰۰۱$ و $df = (۳۸ و ۴)$ و $F = ۱۷/۳۸$ و $W = ۰/۳۵$). همچنین بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها^۳ نشان داد پیش آزمون و پس آزمون در کلیه خرده‌مقیاس‌ها بجز خرده‌مقیاس تنبیه تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۵$) دارند (جدول ۲). مقایسه اثربخشی آموزش ارائه‌شده بر اساس شاخص مربع ایتای سهمی در خرده‌مقیاس‌های روش‌های تربیتی نشان می‌دهد بالاترین اندازه اثر آن بر خرده‌مقیاس حل مسئله بوده است.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی برای مقیاس روش‌های تربیتی معلمان

خرده مقیاس	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی.	نسبت F	سطح معناداری	مربع ایتای سهمی
------------	-----------------------	--------------	--------	--------------	-----------------

1. repeated measure

2. Howell

3. between subject effect

حل مسئله	۱۳۶۴/۷۶	۱	۵۹/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
پیشنهاد همراه با توضیح	۵۵۹/۲۸	۱	۱۷/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰
توصیه بدون توضیح	۶۲۴/۴۱	۱	۲۲/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶
تنبيه و توبيخ	۶۰/۹۸	۱	۲/۴۹	۰/۱۲	۰/۰۶

نتایج حاصل از انجام تحلیل اندازه‌گیری مکرر با داده‌های مقیاس ارزیابی خشم معلم (با سه خرده مقیاس) نشان داد، نیم‌رخ میانگین‌های دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری از هم دارد ($\eta^2 = ۰/۲۲$ و $p < ۰/۰۲$ و $df = (۳ و ۳۹)$ و $F = ۳/۳۸$ و $W = ۳/۶۸$). بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نیز نشان داد بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون کلیه میانگین خرده مقیاس‌های ارزیابی خشم معلم در سطح $p < ۰/۰۵$ تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۳).

جدول ۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی برای مقیاس ارزیابی خشم معلم.

خرده مقیاس	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی.	نسبت F	سطح معناداری	مربع ایتای سهمی
موقعیت‌های خشم‌انگیز	۴۰۸/۵۱	۱	۴/۰۵	۰/۰۵	۰/۱۰
بیان خشم	۱۰۷/۷۱	۱	۳/۹۲	۰/۰۵	۰/۱۰
راهنماهای کنترل خشم	۱۰۸/۷۶	۱	۵/۳۲	۰/۰۳	۰/۱۲

در ادامه، برای مقایسه میانگین اضطراب حالت در بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون از آزمون t وابسته استفاده شد که نشان داد این دو میانگین تفاوتی از هم ندارند ($p > ۰/۰۵$ و $df = ۴۱$ و $t = ۰/۲۰$).

بحث و نتیجه گیری

در سال‌های اخیر آموزش معلمان گسترش بسیاری پیدا کرده و در این زمینه برنامه‌های متفاوتی به ویژه بر مبنای رویکرد شناختی- رفتاری طراحی و اجرا شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخله‌های صورت گرفته بر معلمان به طور مستقیم می‌توانند بر مهارت‌های ارتباطی معلمان اثر بگذارند. هدف اغلب این برنامه‌ها، ارتقاء نقش نظارتی معلمان به وسیله کمک به آن‌ها در زمینه یادگیری چگونگی مواجهه با دانش آموزان و در واقع اصلاح سبک‌های مدیریت کلاس، کاهش خشونت و بدرفتاری با دانش آموزان، یادگیری راهبردهای مدیریت خشم و مهارت‌های حل مسئله است (لونگ و لام^۱، ۲۰۰۳). نتایج مطالعات متعدد در این زمینه موید نقش آموزش معلمان در بهبود مهارت‌های ارتباطی، رابطه میان معلم و دانش آموز و کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری دانش آموزان بوده است. گلدارچی و گنج^۲ (۱۹۸۴؛ نقل از وبستر و همکاران، ۲۰۰۱) بر این باورند که تغییر رفتار معلمان ارتباط تنگاتنگی با کسب موفقیت‌های دانش آموزان دارد.

در سال‌های اخیر بر مبنای مداخلات پیشگیرانه، نشان داده شده آن دسته از مداخلاتی که به منظور تغییر رفتار معلمان صورت گرفته، در کاهش رفتارهای خشن و پرخاشگرانه و افزایش شانس موفقیت‌های تحصیلی دانش آموزان در معرض خطر، بسیار موثر بوده است (وبستر و همکاران^۳، ۲۰۰۱). از این رو رفتار معلم یکی از اهداف مهم در مداخلات پیشگیرانه به شمار می‌رود. چرا که بسیاری از جنبه‌های محیط کلاس درس با پرخاشگری دانش آموزان در ارتباط تنگاتنگی قرار دارد. سیمونز و شورز^۴ (۱۹۹۵) نشان داده‌اند که به کارگیری راهبردهای تنبیهی در تعامل معلم با دانش آموز، سطح پرخاشگری را در دانش آموزان افزایش می‌دهد. هاو کینز و همکاران^۵ (۱۹۸۳) در همین راستا دریافتند که آموزش معلمان با تاکید بر نحوه مدیریت کلاس، با سطوح پایین تر بزهکاری، خشونت، رفتارهای جنسی، تقلب و سطوح بالاتر موفقیت‌های تحصیلی ارتباط دارد.

وبستر و همکاران (۲۰۰۱) کارگاه‌هایی برای مدت ۶ ماه، بر روی معلمان اجرا کردند. اهداف این دوره آموزشی بر راهبردهای مدیریت صحیح بدرفتاری، ارتقای مهارت‌های ارتباطی، بهبود کیفیت روابط با دانش آموزان دشوار و آموزش چگونگی تعامل با معلمان تمرکز یافته بود. نتایج پژوهش فوق نشان داد که سطوح

1 . Leung, & Lam

2 . Goldarci & Gage

3 . Webster

4 . Simons & Shures

5 . Hawkins

به مراتب پایینی از رفتارهای پرخاشگرانه بین دانش آموزان با معلمان مشاهده گردید. در پژوهش حاضر مشاهده شد که شرکت در کارگاه‌ها میانگین خرده مقیاس‌های موقعیت‌های خشم انگیز و بیان خشم را کاهش و میانگین راهبردهای کنترل خشم مقیاس ارزیابی خشم معلم را در مرحله پس آزمون افزایش داده است. به عبارت دیگر، بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نیز نشان داد بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون کلیه میانگین خرده مقیاس‌های ارزیابی خشم معلم تفاوت معنادار وجود دارد. در راستای این یافته‌ها، یافته‌های نملینی و کتز^۱ (۱۹۸۳) مبنی بر تأثیر آموزش کنترل خشم بر کاهش تمایل به عصبانیت و تحریک در مقابل محرک‌های خشم و کاهش بدرفتاری با کودکان با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است.

به اعتقاد آیوانیک^۲ (۲۰۰۶) چگونگی تفکر فرد در موقعیت‌های خشم برانگیز عامل کاهش یا تشدید عکس‌العمل فرد است. در مرحله آموزش مهارت‌ها ابتدا از طریق یادداشت‌های روزانه موقعیت‌های خشم برانگیز برای هر فرد شناخته می‌شود و سپس روش‌های کاهش برانگیختگی و گفتگوی درونی آموزش داده می‌شود که این راهبردهای مقابله بر کاهش شدت برانگیختگی در موقعیت‌های خشم برانگیز تأثیر مثبت دارد. نتایج تحلیل آماری بیانگر این است که کارگاه آموزشی بر افزایش استفاده از راهبردهای کنترل خشم مسئله محور و هیجان محور موثر بوده است. پلیتری^۳ (۲۰۰۲) معتقد است که فرد در تنظیم هیجانات با بدست آوردن توانایی بازنگری و بازسازی شدت و جهت یک هیجان در خود و دیگران به تعدیل و مهار هیجانات منفی به صورت درونی و تغییر جهت آن‌ها به سمت سازش یافتگی می‌پردازد و بدین گونه موجب حفظ هیجانات لذت بخش می‌شود. در واقع شناخت هیجان‌ها به افراد قدرت تحلیل و کنترل می‌بخشد.

به طور کلی، با توجه به روابط متقابلی که میان متغیرهای خشم و ناسازگاری دیده می‌شود، از آموزش مدیریت خشم به عنوان تدبیری برای کاهش ناسازگاری بهره گرفته می‌شود. در این پژوهش، برنامه تعریف شده آموزش مدیریت خشم برای معلمان اجرا شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که در اثر اجرای برنامه آموزش مدیریت خشم، مهارت‌های آزمودنی‌ها در زمینه کنترل خشم و سازگاری گسترش یافته است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های بسیاری از مطالعات انجام شده در زمینه بهداشت، درمان و آموزش (تایلر و همکاران^۴،

1 . Nomellini & Katz

2 . Iwaniec

3 . Pellittery

4 . Taylor

۲۰۰۵؛ فیندلر و ویسنر^۱، ۲۰۰۵؛ مک و اف^۲، ۲۰۰۴؛ پورتنر^۳، ۱۹۹۷؛ سیپ ساس^۴، ۲۰۰۰؛ مازوتا^۵، ۲۰۰۴؛ می^۶، ۲۰۰۵؛ شارپ^۷، ۲۰۰۳؛ جانکوسکی^۸، ۲۰۰۵؛ استیلن^۹، ۲۰۰۵؛ گلدشتاین^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ اینگهائوس^{۱۱}، ۲۰۰۵) هم‌خوانی دارد.

در رابطه با تبیین چگونگی تأثیر کارگاه‌های آموزشی بر معلمان در پژوهش حاضر، درمانگران شناختی بر این باورند که باورهای غیرمنطقی رفتارهای ناسازگارانه را در پی دارند. بنابراین به دست آوردن بینش نسبت به باورهای غیرواقع بینانه، ادراک و تفسیر فرد درباره آن‌ها را تغییر داده و امکان اصلاح رفتارهای ناسازگارانه را فراهم می‌سازد (کومر^{۱۲}، ۲۰۰۱). پیمتا و همکاران^{۱۳} (۱۹۹۱) با بررسی عوامل تأثیرگذار بر قابلیت‌های حل مسئله دانش آموزان کلاس ششم نشان دادند که از عوامل مهم در این امر رفتار معلم است که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر انگیزه پیشرفت و نگرش موفقیت طلبی آن‌ها می‌افزاید. این محققان مدعی‌اند که رفتار معلمان بر قابلیت حل مسئله دانش آموزان اثر مثبت می‌گذارد. در پژوهش حاضر هم چنین مشاهده شد که شرکت در کارگاه‌ها میانگین خرده مقیاس‌های حل مسئله را افزایش می‌دهد. در این رابطه، شور و اسمیت^{۱۴} (۲۰۰۱) نشان دادند که آموزش روش حل مسئله به دانش آموزان پایه‌های تحصیلی پنجم و ششم موجب کاهش رفتار منفی آنان می‌شود و رفتارهایی نظیر همکاری و همدلی با دیگران را افزایش می‌دهد. مورتون^{۱۵} (۲۰۰۵) نیز در همین راستا تأثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله را به دانش آموزان در معرض خطر افت تحصیلی مطالعه کردند. یافته‌های وی نشان داده است که آموزش حل مسئله به دانش آموزان، احساس کفایت شخصی^{۱۶} را در آنان افزایش می‌دهد.

در آخرین یافته پژوهش پیش رو، مشاهده شد که معلمان با شرکت در کارگاه‌های آموزشی فوق، علاوه بر ارتقای سطح مدیریت خشم، وضعیت روان شناختی بهتری را کسب می‌کنند و سلامت روان شناختی

1 . Feindler & Weisner

2 . Macvaugh

3 . Portner

4 . Sipsas

5 . Mazzotta

6 . May

7 . Sharp

8 . Jankowski

9 . Stillman

10 . Goldstein

11 . Ebbighausen

12 . Comer

13 . Pimta

14 . Shure, & Smith

15 . Morton

16 . self-efficacy

بالاتری را نشان دادند. در همین راستا، ایرلند^۱ (۲۰۰۴) طرحی آزمایشی را در وضعیت روان‌شناختی معلمان مورد بررسی قرار داد و دریافت که معلمان پس از آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری برای کنترل خشم، وضعیت روان‌شناختی بهتری نسبت به معلمان گروه کنترل داشتند. از دلایل احتمالی اثربخشی کارگاه‌های آموزشی بر ارتقای سلامت روان‌شناختی معلمان در پژوهش حاضر این است که محیط مدرسه برای معلمان محیطی است که بیش از هر محیط دیگری نیاز به داشتن مهارت‌های برقراری ارتباط، حل مسئله بین فردی و مهارت‌های مقابله‌ای دارد و کلیه این مهارت‌ها سعی شده در طی جلسات آموزش گروهی به مربیان آموزش داده شود.

در پایان، پیشنهاد می‌شود برنامه آموزش مدیریت خشم، حل مسئله و سایر مهارت‌های ارتباطی به عنوان بخش اصلی برنامه آموزش عمومی پذیرفته شده و از افراد دارای صلاحیت حرفه‌ای برای اجرای برنامه یاد شده بهره گرفته شود. فرهنگ سازی در این زمینه‌ها مانند مدیریت خشم می‌تواند تصورات قالبی و رفتار افراد جامعه را در راستای بهزیستی و همزیستی مسالمت آمیز تغییر دهد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است. از جمله اینکه در این پژوهش برای اندازه‌گیری متغیرها از ابزار خودسنجی بهره گرفته شد. اگرچه ابزارهای به کار رفته از روایی و قابلیت اعتماد قابل قبولی برخوردارند، اما روایی ابزار پژوهش به دقت آزمودنی‌ها در پاسخگویی به مواد آزمون بستگی دارد؛ از این رو، برای رسیدن به همگرایی و یکپارچگی داده‌ها پیشنهاد می‌شود برای سنجش خشم در مراحل گوناگون، افزون بر پرسشنامه‌های خودسنجی، از مصاحبه‌های بالینی نیز استفاده گردد. همچنین به نظر می‌رسد افزایش شمار جلسات آموزش برای یادگیری بهتر مهارت‌ها و تثبیت تغییرات مثبت در شرکت‌کننده‌ها می‌تواند سودمند باشد.

1 . Ireland

منابع

- باستان فر، طه. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر میزان آگاهی معلمان دانش آموزان کم توان ذهنی (آهسته گام) و دیرآموز از راهبردهای کنترل خشم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- خداایاری فرد، محمد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ اکبری زردخانه، سعید؛ و لیاقت، سمیه (۱۳۸۶). گزارش پژوهشی بررسی ویژگی های روان سنجی و هنجاریابی سیاهه ابراز خشم صفت - حالت ۲ اسپیلبرگر در بین دانشجویان. تهران: دانشگاه تهران.
- شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم. (۱۳۸۶). آموزش روش حل مسئله به والدین و تأثیر آن بر رفتار کودکان. مجله علوم روان شناختی، دوره ششم، شماره ۲۲، ص ۱۵۰ - ۱۳۴.
- شکوهی یکتا، محسن؛ اکبری زردخانه، سعید و قهوه چی، فهیمه (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش حل مسئله، مدیریت خشم بر سبک های تربیتی، پرخاشگری و شادکامی مربیان پیش دبستانی. مطالعات روانشناسی بالینی، سال اول، شماره ۵.

- شکوهی یکتا، محسن؛ پرند، اکرم و اکبری زردخانه، سعید (زیر چاپ). اثربخشی آموزش روش حل مسئله بر روابط خانوادگی و شغلی کارمندان. *پژوهش در روان‌شناسی*.
- شکوهی یکتا، محسن؛ زمانی، نیره و جوادی آسایش، سحرانه. (زیر چاپ). پیگیری تأثیر آموزش‌های شناختی-رفتاری بر کنترل خشم در معلمان دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی*.
- American Psychological Association. (2004). *Controlling anger-before it controls you* [On-Line]. Available: <http://www.google.com>
- Black, L., & Novaco, R. W. (1993). Treatment of anger with a developmentally disabled man. In R. A. Wells, & V. J. Giannetti (Eds), *Casebook of the brief psychotherapies*. (pp. 143-158). New York: Plenum .
- Comer, J. R. (2001). *Abnormal psychology*. (4th. ed.). New York: Worth.
- Ebbighausen, L. A. (2005). Students advocating against violence initiative: An evaluation of a social cognitive behavioral- based anger management program (Digital Dissertations). Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3206520> .
- Feindler, E.L. & Weisner, S. (2005). Youth anger management treatments for school violence prevention. In S.R. Jimerson, & M.J. Furlong (Eds). *Handbook of school violence and school safety: From research to practice*, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., chapter 23, 353-363. .
- Goldstein, A. P. (2005). Evaluation of effectiveness. In A. P. Goldstein., R. Nensen., B. Daleflod, J. & Kalt, M. (Eds.), *New Perspectives on Aggression Replacement Training*. London: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hawkins, W., Goodenow, C. (1983). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*. 13, 21-43.
- Howell, D. C. (2010). *Statistical methods for psychology* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Duxbury.
- Ireland, J. L. (2004) Anger management therapy with teachers. *Aggres Beh.*;30(2):174-85
- Iwaniec, D. (2006). *The emotionally abused and neglected child* (2nd ed). London: John Wiley & Sons, Ltd.
- Jankowski, S. (2005). *The effectiveness of anger management group therapy in the treatment of chemically dependent patients*. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3188693>
- King, N., Lancaster, N., Wynne, G., Nettleton, N., & Davis, R. (1999). Cognitive- behavioral anger management training for adults with mild intellectual disability. *Journal of Behavior Therapy*, 28, 19-22
- Leung, P., & Lam, B. (2003). A survey of American colleges and universities on the conducting of formal courses in creativity. *Journal of Creative Behavior*, 21, 271-282 .
- Macvaugh, G. S. (2004). Outcomes of court intervention and diversionary programs for domestically violent offenders. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3143323> .
- May, A. M. (2005). Gaining self control: Art therapy for anger management with adolescent male sex offenders. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/1425964> .

- Mazzotta, M. A. (2004). Perceptions about schooling and substance abuse treatment success from court-mandated adolescent males. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3120770>.
- Morton, J. A. (2005). A study to determine the influence of teaching problem solving tools to educationally at-risk high school students. Dissertation Abstracts International Section. A: *Humanities and Social Sciences*, 66(4-A), 1266
- Nomellini, S., & Katz, R. C. (1983). Effects of anger control training on abusive parents. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 57-67
- Parado, S. H. (2002). Effects of a teacher training workshop on creativity, cognitional school achievement, *high ability studies*, 13, 10-17.
- Pellittery, J. (2002). The relationship between emotional intelligence and ego defense mechanism. *Journal of Psychology*, 36, 182-194
- Pimta, O., R.J., Pelletier, L.G., & Ryan, R.M. (1991). Motivation and education: The self-determination perspective. *The Educational Psycholgist*, 26; 325-346.
- Portner, J. (1997). Violence-prevention program reduces aggressive behavior. *Education Week*, Issue 36
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Sadock, B. J, Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Sharp, S. R. (2003). Effectiveness of an anger management training program based on Rational Emotive Behavior Theory (REBT) for middle school students with behavior problems. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3107682>.
- Shimazu, A., Okada, Y., Sakamoto, M. (2003). Effects of stress management program for teachers in Japan: a pilot study. *Journal of Occupational Health*, 45, 202-208
- Shure, M. B. & Smith, N. (2001). *I can problem solve: An interpersonal cognitive problem solving program* (2nd ed.). Champaign, IL: Research Press.
- Simons, A., Shures, P.W; (1995). *Creativity and intelligence*. New York: John Willy.
- Sipsas, H. A. (2000). The student created aggression replacement education program: A cross-generational application. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/9990775>.
- Spielberger, C. D., Barker, L. R., Russell, S. F., Crane, R. S., West berry, L. G., Knight, J., & Marks, E. (1999). *The preliminary manual for the state-trait personality inventory*. Unpublished manual, University of South Florida.
- Spielberger, C. D. (1999). *Manual for the State Trait Anger Expression Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Taylor, J. L., & Novaco, R. W. (2005). *Anger treatment for people with developmental Disabilities: A theory, evidence and manual based approach*. London: John Wiley & Sons, Ltd
- Stillman, A. M. (2005). The effect of anger management and communication training on functional and quality of- life status in fibromyalgia patients. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3206742>.
- Strenberg, R.J and William, W.M (1997); *How to develop student creativity*. Virginia: Association for supervision and curriculum development.

-
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 28-302.
- Wubbles, T., Levy, V., Berekelmans, M. (1990). Paying attention to relationship. *Educational Leadership*. 57, 7, 52-63.



استناد به این مقاله: بختیاری، آزاده؛ عابدی، احمد (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۳۶-۲۳.

اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون

آزاده بختیاری^۱، احمد عابدی^۲

دریافت: ۱۳۹۰/۸/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون بود. روش پژوهش تجربی با گروه آزمایش و کنترل بود. به منظور انجام این پژوهش، ۳۰ بیمار زن مبتلا به فشارخون که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و بصورت تصادفی در ۲ گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بود از پرسشنامه افسردگی بک و دستگاه فشار سنج جیوه ای. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸ جلسه (۶۰ دقیقه ای) تحت درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. داده های حاصل با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد: درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی، افسردگی و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران زن مبتلا به فشارخون را کاهش می دهد.

کلیدواژه ها: مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی، افسردگی، فشارخون، گروه درمانی

^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان، bakhtiari_azadeh@yahoo.com

^۲ - استاد دانشگاه اصفهان

مقدمه

بیماری فشارخون بالا که در اصطلاح پزشکی هیپرتانسیون^۱ یا پرتنشی نامیده می‌شود، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی عروقی است و باعث می‌شود تا فرد بیشتر در معرض آترواسکلروز^۲ یا تصلب شرایین (بسته شدن رگ‌ها)، سکته قلبی^۳، سکته مغزی^۴ و نارسایی کلیوی^۵ قرار بگیرد (فاوسی، براون والد، کاسپر و هوسر^۶، ۲۰۰۵). همچنین بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا نیز تأثیر نامطلوبی داشته باشد (پیس-ریبریو^۷، ۲۰۰۴). این بیماری، مهم‌ترین چالش سلامت عمومی در کشورهای جهان و سومین علت مرگ انسان‌ها در سراسر جهان است (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵). در اکثر افراد مبتلا به هیپرتانسیون در تمام دوره بیماری، علایم و نشانه‌هایی که از وجود بیماری حکایت کنند اندک هستند و یا اصلاً وجود ندارند و اگر افراد فشارخون خود را واریسی نکنند ممکن است سالیان دراز بدون آگاهی از اینکه فشارخون بالا دارند بسر برند، به همین خاطر این بیماری به قاتل خاموش^۸ شهرت دارد (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵). سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که نزدیک به ۶۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به پرفشاری خون هستند و سالانه ۵/۷ میلیون نفر از این روی ابتلا به آن و عوارض حاصل از آن جان خود را از دست می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی^۹، ۲۰۰۶). در ایران شیوع فشارخون بالا، بر پایه آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم، در میان افراد ۳۵ تا ۶۵ ساله ۲۳/۲٪ است که این میزان در مردان ۲۵/۱ و در زنان ۲۱/۵ درصد است (سماوات، حجت زاده، نادری آسیا، ۱۳۸۰).

سی‌وپنج درصد بیماران مبتلا به فشارخون از اختلالات روانی رنج می‌برند (لو، گراف، آفر کرونگ^{۱۰}، ۲۰۰۴)؛ بنابراین، توجه به ویژگی‌های شخصیتی و وجود همزمان مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به فشارخون که معمولاً به عنوان عوارض یا اختلالات توأم این بیماری ظاهر می‌گردند و در ایجاد و گسترش آن نقش دارند، حائز اهمیت است (کازو، استایوشی، کازویوکی، کازومی

^۱. hypertension^۲. Atherosclerosis^۳. Myocardial infarction^۴. Stroke^۵. Renal failure^۶. Fauci, Braunwald, Kasper & Hauser^۷. Pais-Ribeiro^۸. Silent killer

3-WHO

^{۱۰} -Lowe, grafe, Ufer & Kroenke

و تومویوکی^۱ (۲۰۰۸). بررسیهای مختلف نقش عوامل گوناگون روانی از جمله اضطراب و افسردگی را در ایجاد و گسترش بیماریهای قلبی و عروقی فشارخون نشان داده‌اند (دیویدف، استوارت، ریچی، چادیو^۲، ۲۰۱۲، پوینتر، لوینگستون، یانسی، مککللند، بوکسکی^۳، ۲۰۰۸، ولز، لدینگ^۴ برنام^۴، ۱۹۸۹). اضطراب با فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک که می‌تواند موجب فشارخون و همچنین تصلب شرایین گردد ارتباط دارد (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵). افزون به این، افسردگی غالباً با افزایش هورمون‌های آستروئیدی همراه است و این هورمون‌ها موجب افزایش فشارخون و آسیب دیدن شرایین می‌گردند (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵).

عمده‌ترین راه درمان فشارخون دارو است، ولی بروز عوارض جانبی نامطلوب این قبیل داروها مانند خواب‌آلودگی، سرگیجه و مشکلات نعوظی از یکسو و رشد رویکردهای رفتاری از سوی دیگر باعث گردید تا بسیاری از پژوهشگران برای درمان پرتنشی اساسی در جستجوی درمانهای غیر دارویی برآیند (همان منبع). از دسته درمانهای روان‌شناختی کارآمد در بیماری فشارخون می‌توان به درمانهای شناختی رفتاری، مدیریت استرس، آرمیدگی عضلانی، پس‌خوراند زیستی، روان‌درمانی حمایتی، مهار خشم، تغییر شناخت و تغییر سبک زندگی (کاهش وزن، محدود ساختن مصرف نمک، ورزش منظم، ترک سیگار و الکل و...) اشاره کرد که در پژوهش‌های گوناگون موردبررسی قرار گرفته‌اند (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵).

در سال‌های اخیر، یکی از مهم‌ترین و اثرگذارترین مدل‌های تبیین اختلالات روانی، مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۵ ولز و متیوز بوده است (ولز و متیوز، ۱۹۹۴). در مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، همه اختلالات روانی می‌توانند با فعالیت الگوی ناکارآمد شناختی نشانگان توجهی - شناختی^۶ (CAS) مرتبط باشند. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به وسیله دانش فراشناختی ذخیره‌شده در حافظه درازمدت، راه‌اندازی می‌شود (ولز، ۲۰۰۶). CAS به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، ایفای نقش ناکارآمد در فراهم‌سازی اطلاعاتی (که می‌توانند ارزیابی‌ها و باورهای اشتباه را اصلاح کنند) و یافتن منابع توجهی جدید (به منظور ارائه پاسخ‌های سازگار)، ایجاد سوگیری در پردازش‌های خودکار

^۱ Kazuo , Satoshi, Joji, Kazuyuki, Kazuomi & Tomoyuki

^۲ -Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu

^۳ -Pointer, Livingston, Yansy, McClellan & Bukoski

^۴ - Wells, Golding & Burnam

^۵ Self-Regulatory Executive Function Model

^۶ Cognitive- Attentional Syndrome

سطح پایین‌تر نظام شناختی و در پی داشتن پیامدهای محیطی - بین فردی مشکل‌زا، به عنوان مانعی در راه آرام بخشی روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس این تحلیل نظری، تعدیل شناختی در درمان نباید تنها بر چالش با اعتبار نگرانی و افکار منفی (مانند آنچه در شناخت درمانی سنتی انجام می‌شود) تمرکز کند، بلکه باید مستقیماً بر تعدیل CAS و تغییر در سبک شناخت نیز متمرکز شود. یکی از بااهمیت‌ترین راهکارها برای انجام این مهم، ایجاد و گسترش حالتی از ذهن آگاهی انفصالی^۱ (DM) است. (ولز، ۲۰۰۶). ذهن آگاهی انفصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روان‌شناختی و نقطه مقابل و ناسازگار با CAS می‌دانند. به طور کلی، ذهن آگاهی انفصالی دربرگیرنده حالتی است که در آن باوجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچ‌گونه پاسخ‌دهی تلاشگرانه شناختی (ارزیابی تاییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای مهار یا سرکوب) و یا رفتاری صورت نمی‌گیرد.

هدف از آموزش و تمرین این گروه از تکنیکهای شناختی را می‌توان تسهیل موارد زیر دانست: رشد شیوه فراشناختی، افزایش کنترل انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی رفتاری، رشد طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت عملکرد اجرایی خودتنظیمی، افزایش پردازش‌های عدم تاییدی و معطوف به اصلاح باورهای ناکارآمد و ممانعت از فعالیت CAS در پاسخ به راه‌اندازها (ولز، ۲۰۰۶).

فیروزآبادی، قنبری و طباطبایی (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر پرداختند. در این مطالعه تجربی تک موردی ۶ آزمودنی مرد وابسته به مواد مخدر بر اساس روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم‌شده و به ترتیب تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی یا تکنیکهای توجه برگردانی را دریافت نمودند. نتایج نشان داد پس از هشت جلسه درمان و یک و نیم ماه پیگیری، تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیکهای توجه برگردانی دارای اثربخشی بیشتری بوده است (۶۲٪ در مقابل ۳۹٪) همچنین وکیلی و فتی (۲۰۰۶) در پژوهشی اثربخشی مدل فراشناختی را در درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) موردبررسی قرار دادند. در این پژوهش که بر روی پسر ۱۸ ساله مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد تاثیر این مدل تایید گردید. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) نیز در پژوهشی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیر بیمار بررسی کردند. در این پژوهش ۱۵۰ دانشجو به طور تصادفی و از بین این افراد به حکم قرعه ۳۰ دانشجویی که نمراتشان در آزمون افسردگی بک ۱۵ و بالاتر بود انتخاب و

^۱-Detached Mindfulness

سپس به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایشی طی هشت جلسه هفتگی ۱،۵ تا ۲ ساعته تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. گروه گواه هیچ گونه آموزش درمانی دریافت نکرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد.

با توجه به ارتباط عوامل روان‌شناختی با بیماری فشارخون، پژوهش‌های بسیاری نیز اثربخشی مداخلات روان‌شناختی گوناگون را بر وضعیت روانی و نیز مهار و کاهش میزان فشارخون این بیماران نشان داده‌اند که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

اشنایدر^۱ و همکاران (۱۹۹۵) در یک موقعیت آزمایشی به بررسی اثربخشی سه شیوه درمانی مدیتیشن، تن آرامی عضلانی تدریجی و آموزش سبک زندگی بر شدت فشارخون ۱۱۱ آفریقایی آمریکایی سالخورده پرداختند. بر پایه نتایج این پژوهش مدیتیشن در مقایسه با آموزش سبک زندگی باعث کاهش بیشتر فشارخون شد که این مقدار بیش از ۱۰،۷ میلی‌متر برای فشارخون سیستولیک ($p=0,0002$) و ۶،۴ میلی‌متر برای فشارخون دیاستولیک بود ($p=0,0001$). مداخله تن آرامی عضلانی تدریجی نیز موثر بود اما در مقایسه با مدیتیشن اثرات کمتر و در مقایسه با آموزش سبک زندگی اثرات بیشتری بر شدت فشارخون داشت و اثرات مدیتیشن نیز برتر از تن آرامی عضلانی تدریجی بود.

گلاسگو، انگل و لوگاف^۲ (۱۹۸۹) در مطالعه کنترل شده‌ای نشان دادند که درمان‌های رفتاری استاندارد و گام‌به‌گام فشارخون بالا مانند تکنیک‌های مدیریت استرس و تن آرامی می‌توانند میزان نیاز به داروهای ضد فشارخون را در بیماران مبتلا به فشارخون کاهش دهند.

چسنی^۳ (۱۹۸۷) مقایسه فراگیری را میان درمان‌های روانشناختی بیماران مبتلا به فشارخون خفیف انجام داده است. در این بررسی تعداد ۱۵۸ بیمار مبتلا به فشارخون خفیف را به طور تصادفی در ۵ گروه شامل آموزش آرمیدگی، آموزش آرمیدگی همراه با بازسازی شناختی، آموزش آرمیدگی همراه با بازخورد زیستی، آموزش آرمیدگی همراه با تغییر رفتار (کاهش مصرف نمک، سیگار و کافئین) و آمیزه‌ای از آرمیدگی، بازخورد زیستی و بازسازی شناختی قرار داد و این گروه‌ها را با یک گروه گواه که فقط فشارخون آن‌ها اندازه‌گیری می‌شد مقایسه کرد. طبق نتایج میان اندازه‌های فشارخون ۵ گروه آزمایشی

^۱ -Schneider & et al.

^۲ -Glasgow, Engle & Lugoff

^۳ -Chesney

نسبت به گروه گواه کاهش معناداری مشاهده شد و از میان گروه‌های مداخله گروه آرمیدگی همراه با درمان شناختی بیشترین کاهش را در فشارخون داشته است.

بنابراین با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته و به دلیل بالا بودن شیوع پرفشاری خون، پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون انجام شده است.

روش

طرح پژوهشی حاضر از نوع تجربی به روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود که هر دو گروه سه نوبت مورداندازه‌گیری قرار گرفتند.

جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زنی بودند که در سال ۱۳۸۹ به مرکز درمانی تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره (س) مراجعه کرده و تشخیص فشارخون و افسردگی گرفتند. از این میان، بیمارانی که دارای ضوابط ورود و فاقد معیارهای خروج بودند، از روی لیست بیماران ۳۰ نفر به روش تصادفی به‌عنوان نمونه مقدماتی انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

ضوابط ورود: مونث، ۳۰ تا ۵۵ سال، دیپلم به بالا، دارای فشارخون اولیه خفیف (۹۰-۱۱۰) متوسط (۱۴۰-۱۶۰) و افسردگی خفیف (نمره ۷-۵ از پرسشنامه افسردگی بک)، رژیم دارویی مشابه.

معیارهای خروج: بیماری جسمی و روانی قابل توجهی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارد بسان دیابت نداشته باشد، بیش از دو جلسه غیبت نکند. هرکدام از گروه‌ها به تفکیک شامل ۱۵ نفر بود. کفایت حجم نمونه با روش مقدماتی آماری بررسی شد. در ادامه پس از گرفتن رضایت‌نامه نوشتاری، ارزیابی‌های پیش‌آزمون انجام شد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کاربرده شد:

۱- دستگاه فشارسنج جیوه ای

این دستگاه فشارخون را بر حسب میلیمترجیوه اندازه‌گیری می‌کند. دستگاه فشارسنج جیوه ای رومیزی مدل nova برند riester ساخت کشور آلمان

۲- پرسشنامه افسردگی بک:

پرسش‌نامه افسردگی بک برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ بدست بک و همکاران تدوین شد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خود سنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون رویهمرفته از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مانند غمگینی، بدبینی،

احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (منصوری، ۲۰۱۰).

اعتبار و پایایی پرسشنامه بک مکرراً مورد بررسی قرار گرفته که نتایج آن در سطح بالایی گزارش شده است. بک و همکارانش ((۱۹۸۸ ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس MMPI را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شده، روایی و پایایی این آزمون را در جمعیت سالم و بالینی نشان داده است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۰).

پانزده نفر آزمودنی گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی (به مدت یک ساعت) در مرکز درمانی حضرت صدیقه طاهره (س) اصفهان تحت درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی قرار گرفتند. در جلسه اول (پیش از شروع درمان) و جلسه هشتم (پس از اتمام درمان)، از بیماران گروه آزمایش خواسته شد که پرسشنامه افسردگی بک را پاسخ دهند و فشارخون آن‌ها نیز اندازه‌گیری شد (پیش‌آزمون و پس‌آزمون). جلسه پیگیری به فاصله دو ماه بعد، در همان محل برگزار شد و از آنها خواسته شد مجدداً این دو پرسشنامه را تکمیل کنند و فشارخون آنها نیز مجدداً اندازه‌گیری شد (پیگیری). جهت تنظیم پروتکل درمانی از مقاله‌ای که آدریان ولز (۲۰۰۶) در این زمینه نوشته است، استفاده شد. عناوین و موضوعات کلی جلسات به شرح زیر می‌باشد: جلسه اول شامل آشنایی افراد گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه، بیان هدف تشکیل جلسات و تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اندازه‌گیری فشارخون. جلسه دوم، توضیح پیرامون طرح درمانی و توضیح مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی و آموزش و تمرین تکنیک کنترل توجه (ATT). جلسه سوم، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش و تمرین تکنیک‌های هدایت فراشناختی و آزمایش ضد منع بازداری. جلسه چهارم آموزش و تمرین تکنیک تداعی آزاد. جلسه پنجم، آموزش و تمرین تکنیک‌های تجویز ذهن سرگردان و تکلیف ببر. جلسه ششم، آموزش و تمرین تکنیک‌های حلقه کلامی و کودک متهم. جلسه هفتم، آموزش و تمرین تکنیک‌های تصویرسازی ابرها و تمثیل ایستگاه قطار و جلسه هشتم شامل بازیابی تکنیک‌ها و تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اندازه‌گیری فشارخون بود.

در پایان داده‌های پژوهش در نرم‌افزار SPSS 15 و با به‌کارگیری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی گروه آزمایش ۴۶ و گروه کنترل ۴۴ سال بود. تحصیلات هر دو گروه در سطح دیپلم، همگی خانه‌دار و متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و فشارخون در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار افسردگی و فشارخون در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۹/۶۶	۸/۶۹	۱۹/۵۳	۷/۸۵

۸/۳۹	۲۱/۱۳	۸/۸۱	۱۷/۰۶	پس آزمون	
۸/۴۰	۲۱/۴۶	۷/۷۳	۱۷/۶۶	پیگیری	
۱/۰۶	۱۰/۰۰	۰/۸۹	۱۰/۳۳	پیش آزمون	فشارخون سیستولیک
۰/۷۷	۱۰/۲۰	۱/۳۰	۹/۴۶	پس آزمون	
۱/۳۰	۱۰/۴۶	۱/۰۸	۹/۸۰	پیگیری	
۰/۹۷	۱۴/۶۶	۰/۷۳	۱۴/۶۰	پیش آزمون	فشارخون دیاستولیک
۱/۰۹	۱۴/۹۳	۱/۳۳	۱۳/۲۶	پس آزمون	
۱/۳۵	۱۵/۱۳	۱/۰۰	۱۳/۰۰	پیگیری	

در این پژوهش، نمره پیش آزمون به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تاثیر آن بر نمرات پس آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد.

در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر نمرات افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری ملاحظه می گردد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر گروهی بر نمرات افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری

نمره افسردگی	گروه	تاریخ پیمایش	میانگین میانگین	F	سطح معناداری	میانگین میانگین	توان
افسردگی	پس آزمون	پیش آزمون	۱۸۷۳/۷۶۲	۱	۱۸۷۳/۷۶۲	۰/۹۰۳	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۱۳۲/۱۸۷	۱	۱۷/۷۶۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹۷	۰/۹۸۲
	پیش آزمون	۱۶۱۳/۵۳۷	۱	۱۶۱۳/۵۳۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸۳	۱/۰۰۰

۰/۹۵۷	۰/۳۵۱	۰/۰۰۱	۱۴/۵۸۸	۱۱۵/۳۶۹	۱	۱۱۵/۳۶۹	عضویت گروهی	پیگیری	
۰/۳۳۵	۰/۰۸۶	۰/۱۲۴	۲/۵۲۵	۲/۷۴۸	۱	۲/۷۴۸	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	فشارخون سیستولیک
۰/۵۵۳	۰/۱۴۸	۰/۰۳۹	۴/۷۰۸	۵/۱۲۴	۱	۵/۱۲۴	عضویت گروهی		
۰/۲۹۳	۰/۰۷۴	۰/۱۵۴	۲/۱۵۳	۲/۹۶۳	۱	۲/۹۶۳	پیش‌آزمون	پیگیری	
۰/۴۰۶	۰/۱۰۶	۰/۰۸۵	۳/۱۸۷	۴/۳۸۷	۱	۴/۳۸۷	عضویت گروهی		

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر گروهی بر نمرات افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس‌آزمون و پیگیری (ادامه جدول)

۰/۸۵۴	۰/۲۶۶	۰/۰۰۴	۹/۷۸۲	۱۱/۱۳۴	۱	۱۱/۱۳۴	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	فشارخون دیاستولیک
۰/۹۷۹	۰/۳۸۹	۰/۰۰۰	۱۷/۲۲۳	۱۹/۶۰۴	۱	۱۹/۶۰۴	عضویت گروهی		
۰/۹۴۴	۰/۳۳۴	۰/۰۰۱	۱۳/۵۳۹	۱۳/۲۷۰	۱	۱۳/۲۷۰	پیش‌آزمون	پیگیری	
۱/۰۰۰	۰/۵۵۰	۰/۰۰۰	۳۳/۰۶۱	۳۲/۴۰۴	۱	۳۲/۴۰۴	عضویت گروهی		

یافته‌های بالا نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در بهبود افسردگی شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تاثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از برازندگی حجم نمونه و دقت آماری پذیرفتنی است. افزون بر این، تفاوت مشاهده‌شده میان دو گروه آزمایش و شاهد از نظر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ بنابراین درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ بازگوینده از برازندگی اندازه نمونه و دقت آماری پذیرفتنی است.

نتیجه گیری

بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منتشرشده‌ای در زمینه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون وجود ندارد، از این رو نوآوری پژوهش حاضر در به کارگیری از درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی برای بیماران مبتلا به فشارخون بوده است.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی باعث کاهش افسردگی و فشارخون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ولز و کینگ، راس و کوئسولد همچنین ولز و سمبی که به ترتیب اثربخشی این درمان را بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، همخوانی دارد (ولز، ۲۰۰۰؛ ولز، ۲۰۰۱؛ ولز و کینگ، ۲۰۰۶؛ ریز و ون کوئسولد، ۲۰۰۸؛ ولز و سمبی، ۲۰۰۴).

برای نمونه نتایج پژوهش ولز روی ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که وضعیت بیماران بعد از اجرای این درمان به گونه معنی‌داری بهبود یافت. میزان بهبودی پس از به کارگیری این نوع درمان ۸۷/۵ درصد بود (ولز، ۲۰۰۱). ولز معتقد است؛ این شیوه درمانی از راه برداشتن نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است هموار می‌سازد (ولز، ۲۰۰۰).

تکنیک‌های این روش درمانی به‌جای چالش مستقیم با محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی مورد توجه قرار می‌گیرد، بر فعال کردن شیوه‌های فراشناختی انعطاف‌پذیر درباره نگرانی‌ها و فرا باورها پافشاری دارد. به نظر می‌رسد اصلاح مولفه‌های فراشناختی به روش غیر مستقیم راه را برای اصلاح باورهای ناکارآمد هموار ساخته است. بازگفت دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این است که تکنیک‌های آموزش داده‌شده در این شیوه درمانی موجب تعدیل سبک‌های انعطاف‌ناپذیر توجه و اصلاح عوامل زیربنایی تولیدکننده باورهای نادرست می‌گردند و به‌این ترتیب بر باورها تأثیر می‌گذارند. بیماران با استفاده از تکنیک‌هایی مانند حلقه کلامی مثبت اندیشی و اندیشه کردن به کلمات و مسایل مثبت را می‌آموزند و تأثیر افکار خوب یا بد را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند. همچنین می‌آموزند که وضعیت فعلی بیماری خویش را بپذیرند و رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه‌آمیز تلقی نکنند و در مقابل آنها هیچگونه پاسخدهی تلاشگرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش افسردگی در این افراد می‌گردد، این آموزه‌ها با استفاده از تکنیک‌های تکلیف ببر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودک متمرّد و تجویز ذهن سرگردان فراهم شد.

بر انگیزختگی فیزیولوژیکی مفروضی که در موقعیت‌های استرس‌زا ایجاد می‌شود، باعث افزایش تولید هورمون‌های اپی نفرین و نوراپی نفرین می‌شود و به همان نسبت ضربان قلب و فشارخون را بالا می‌برد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفروض احتمال وقوع بیماری فشارخون را افزایش می‌دهد (والک^۱، ۱۹۵۷). مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی به صورت همگام با بیماری فشارخون وجود دارد، در نتیجه تکنیک‌های مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی می‌تواند هم بر علائم روان‌شناختی و هم فشارخون اثربخش باشد. این گونه می‌توان تبیین کرد که بهبود افسردگی بیماران مبتلا به فشارخون موجب کاهش فشارخون آنها شده است.

با توجه به محدودیت‌های زمان و مکان اجرای پژوهش، طرح درمانی طی ۸ جلسه هفتگی انجام گرفت. با توجه به مشکلات وسیع بیماران، احتمالاً پروتکل‌های درمانی که تعداد جلسات بیشتری را شامل شود، سودمندتر به نظر می‌رسد. از آنجا که پژوهش حاضر بر روی زنان مبتلا به فشارخون انجام گرفته است پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی مردان و دیگر گروه‌ها و بیماران نیز انجام گیرد.

نتایج این پژوهش نشان‌گر از اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون زنان مبتلا به فشارخون بود از اینرو با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی

^۱ - Valk

در سبب‌شناسی بیماری فشارخون و با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های همسو با آن، درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی می‌تواند به‌عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون به کار گرفته شود.

منابع:

- دیویسون، جرالده. سی، نیل، جان. ام، کرینگ، آن. ام. (۱۳۸۵). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه مهدی دهستانی. جلد اول. چاپ چهارم. تهران: نشر ویرایش.
- سماوات، طاهره. حجت زاده، علی و نادری آسیابر، زهرا. (۱۳۸۰). *راهنمای تشخیص، ارزیابی و درمان فشارخون بالا برای پزشکان*. تهران: انتشارات شهرآب.
- فیروزآبادی، آ. قنبری، ب، آ. طباطبایی، س، م. تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱،

- کاویانی، حسین. موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶، ۲، ۱۴۰-۱۲۶.
- کاویانی، حسین. موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران، پژوهشکده علوم شناختی.
- Chesney, M. A. (1987). Relaxation in training at the worksite: the untreated mild hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 49, 250 -273.
- Davydov, D. M. Stewart, R. Ritchie, K. Chaudieu, I. (2012). Depressed mood and blood pressure: The moderating effect of situation-specific arousal levels. *International Journal of Psychophysiology*. in Press.
- Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL. (2005). *Harrison's principles of internal medicine*. Malek Alaei M, translator. 16th edition. Tehran: Nasl Farda.
- Glasgow, M.S. Engel, B. T., & Lugoff, B. C. (1989) A controlled study of a standardized behavioral stepped treatment for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 51, 10-26.
- Lowe B, Grafe K, Ufer C, Kroenke K. (2004). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 66, 831.
- Pais-Ribeiro JL. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-30.
- Pointer, M.A., Livingston, J.N., Yancey, S., McClelland, M.K., Bukoski, R.D. (2008). Psychosocial factors contribute to resting blood pressure in African Americans. Chambers Biomedical/ Biotechnology Research Institute, North Carolina Central University, Durham, North Carolina 27707, USA, 18(3), 289-93.
- Mansouri R. (2010). Beck Depression Inventory. *Industrial psychology blo*.
- Rees CS. Van Koesveld KE. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive- compulsive disorder. *Journal of Behavioral Therapy Exp Psychiatry*, 39(4), 451-8.
- Schneider, R.H., Stagger, F., Alexander, C.N., Sheppard, W., Rainforth, M., Kondwani, K., Smith, S., King, C.G. (1995). A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension*, 26, 820-7.
- Vakili, Yaghoob & Fata, Ladan. (2006). The effectiveness of the metacognitive model in treating a case of post – traumatic stress disorder. *Iran Journal of Psychiatry*, 4, 169 – 171.
- Valk J.M. (1957). Blood-pressure changes under emotional influences, in patients with essential hypertension, and control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*; 2, 134-46.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition in- novative cognitive therapy*. UK: Wiley.
- Wells A. (2001). *Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy*. UK: Wiley publication.
- Wells A. (2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational- Emotional & Cognitive- Behavioral Therapy*, 23(4), 337-355.
- Wells A, King P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavioral Therapy Exp Psychiatry*, 37(3), 206-12.
- Wells, A., & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove:

Erlbum.

- Wells A, Sembi S.(2004). Metacognitive therapy for PTSD. preliminary investigation of a new brief treatment. . *Journal of Behavioral Therapy Exp Psychiatry*, 35, 307-18.
- Wells,K B,Golding J M,Burnam MA. (1989). Affective ,substance use and anxiety disorders in pesrsons with arthritis,diabetes,heart disease,high blood pressure,or chronic lung conditions.*General Hospital Psychiatry*. 11, 320-7.
- WHO.(2006.) *Cause of death*. Center for Global. Into Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa C. 120-140.



استناد به این مقاله: فرجاد، مریم؛ محمدی، نورالله؛ رحیمی، چنگیز؛ هادیان فرد، حبیب (۱۳۹۲). سازمان شخصیت افراد با نشانه‌های وسواس، افسردگی، افسردگی همراه با وسواس و به هنجار. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۵۰-۳۷.

سازمان شخصیت افراد با نشانه‌های وسواس، افسردگی، افسردگی همراه با وسواس و به هنجار

مریم فرجاد^۱، دکتر نورالله محمدی^۲، دکتر چنگیز رحیمی^۳ و دکتر حبیب هادیان فرد^۴
دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۳۰

چکیده

این تحقیق با هدف مقایسه سازمان شخصیت (نوروتیک، مرزی و سایکوتیک) گروه‌های غیر بالینی با نشانه‌های اختلالات وسواس-اجباری، افسردگی، افسردگی - وسواس-اجباری و افراد بهنجار انجام شد. به این منظور، نمونه‌های این پژوهش متشکل از ۶۰ نفر با نشانه‌های اختلال وسواس-اجباری، ۶۰ نفر با نشانه‌های افسردگی، ۶۰ نفر با نشانه‌های افسردگی - وسواس-اجباری و ۶۰ نفر به هنجار، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت کنندگان در این تحقیق به ابزارهایی مانند سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ، پرسشنامه افسردگی بک ۲ و پرسشنامه وسواس-اجباری مادزلی پاسخ دادند. نهایتاً داده‌ها با روش‌های آماری از قبیل میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس چند متغیری، تحلیل واریانس یک راهه، کراسکال والیس، آزمون توکی و یومن ویتنی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که اگرچه هر ۴ گروه در سطح نوروتیک سازمان شخصیت قرار گرفتند، اما نمرات افراد با نشانه‌های وسواس، افسردگی، افسردگی - وسواس، در ابعاد سازمان شخصیت به طور معناداری بیشتر از افراد بهنجار بود. این یافته‌ها، اطلاعات بیشتری را پیرامون اختلال وسواس و افسردگی فراهم نموده که می‌توانند در جهت تشخیص، تبیین نشانه‌ها، تشخیص افتراقی و برنامه‌ریزی طرح درمان، مفید واقع شوند.

کلیدواژه‌ها: سازمان شخصیت، اختلال افسردگی، اختلال وسواس-اجباری، نوروتیک، مرزی و سایکوتیک

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی از دانشگاه شیراز، farjadmaryam@gmail.com

۲. دانشیار بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز.

۳. استادیار بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز.

۴. استادیار بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز.

مقدمه

شخصیت هر انسان تعیین‌کننده میزان موفقیت و خشنودی او از زندگی است. در واقع، شخصیت می‌تواند امکان پیش‌بینی آن‌چه را که شخص در موقعیتی خاص انجام خواهد داد، فراهم کند. در نتیجه می‌توان گفت که وضعیت سلامت کلی هر فردی، تحت تأثیر شخصیت وی و شخصیت اطرافیانی است که با وی در تعامل هستند.

همواره رویکردهای مختلفی سعی در تبیین شخصیت و مؤلفه‌های آن داشته‌اند. کرنبرگ در نظریه‌اش در خصوص سازمان شخصیت، معتقد است که شخصیت یک ساختار نسبتاً پایدار از روابط موضوعی درونی‌شده است. کرنبرگ شخصیت را در ۳ سطح ساختاری و بالینی متمایز کرده است. این متمایزسازی بر مبنای کیفیت عملکرد «من» و روابط موضوعی درونی شده انجام گرفته است. کرنبرگ سازه‌های چند بعدی از قبیل روابط موضوعی، مکانیزم‌های دفاعی و هویت را به هم پیوند زده است. کرنبرگ سازمان شخصیت را ساختاری سازمان یافته، پویا و پایدار تلقی می‌کند که کارکردی فراتر از مجموعه صفات خود دارد (هبرت، دیگر، دیسکوتاس، داست، روسو، نورمندین و همکاران، ۲۰۰۳).

کرنبرگ با ارایه یک ابزار خودگزارش دهی از ساختار شخصیت، تصویری لایه بندی شده از شدت آسیب پذیری شخصیت به دست داده که بر مبنای آن می‌توان گفت شخصیت از چند حوزه کارکردی تشکیل شده است (فیشرکرن، چاستر، کاپاستا، تی‌مج، رنتراب، باج‌هیم و همکاران، ۲۰۱۰).

در این مدل، سازمان شخصیت در سه سطح ۱- نوروتیک ۲- مرزی و ۳- سایکوتیک متمایز شده که هر یک از سطوح از لحاظ ابعاد آزمون‌گری واقعیت^۱، یکپارچگی هویت^۲ و مکانیزم‌های دفاعی^۳ با یکدیگر متفاوت هستند. آزمون‌گری واقعیت به ظرفیت فرد برای متمایز کردن خود از غیرخود (موضوع)، محرک‌های درونی از بیرونی و برقراری انسجام بین ملاک‌های اجتماعی واقعی، اشاره دارد و در صورت شکست افراطی در آزمون‌گری واقعیت، سازمان شخصیت به سمت رفتار و افکار سایکوتیک حرکت می‌کند (میلون، کراسمن، میلون، میاگر و رامنس، ۲۰۰۴).

فردی که دارای هویت یکپارچه است، درک پایداری از خود و دیگران دارد. چنین هویت یکپارچه‌ای در دوران کودکی از طریق تعاملات اولیه با مراقبان شکل می‌گیرد. تعاملات اولیه مؤثر در زندگی کودک، وی را قادر می‌سازد که فهم دقیق و متعادلی از خود، دیگران و روابط بین فردی به دست

^۱. reality testing

^۲. identity integration

^۳. defenses mechanism

آورد. این مدل ارتباطی اهمیت زیادی برای روابط بین فردی در آینده دارد. افراد به هنجار از خود احساس منسجم و هماهنگی دارند. این افراد از «من» قوی برخوردار بوده و قادرند در هنگام مواجهه با فشار روانی، هماهنگ و منسجم عمل کنند. در مقابل، افراد با سردرگمی هویت، بر اساس یک هویت انسجام نیافته عمل می‌کنند (میلون و همکاران، ۲۰۰۴).

دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، از قبیل فرافکنی، انکار، همه‌کارخوانی، نارزنده سازی، تجزیه و دودیمه‌سازی، نشانگر گرایش‌ها و تمایلات دفاعی رشد نیافته‌ای است که با منابع و انگیزه‌های درونی ناهشیار گره خورده‌اند. در الگوی کرنبرگ، فرض بر این است که این‌گونه دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، سطح مرضی شخصیت را مشخص ساخته و با دیگر دفاع‌های مورد استفاده در افراد به هنجار متفاوت هستند (میلون و همکاران، ۲۰۰۴).

کرنبرگ بین ساختارهای شخصیت سایکوتیک، مرزی و نوروتیک تمایز قائل شده است. وی معتقد است که هر سطحی؛ یکپارچگی هویت، مکانیزم‌های دفاعی و آزمون‌گری واقعیت خاصی در پی دارد. نوروتیک به عنوان سالم‌ترین سطح شخصیت، دارای سه بُعد اساسی ۱- آزمون‌گری واقعیت بی‌نقص ۲- عملکردهای دفاعی سطح بالاتر و با مبنای سرکوبی و ۳- هویت یکپارچه است (کالگور، کرنبرگ و کلارکین، ۲۰۰۷). در سطح نوروتیک، خود و موضوع به روشنی از یکدیگر متمایز و عواطف منفی و مثبت مرتبط با خود و دیگران یکپارچه‌اند (ارلینگر- بانتکو، لایتن، ای جسنگر، ورسویک و کولن، ۲۰۱۰). فردی که در سطح نوروتیک قرار می‌گیرد، از مکانیزم‌های دفاعی خاصی؛ مانند واکنش معکوس که از نظر کرنبرگ به منزله یکی از عادی‌ترین ویژگی‌های گروه نوروتیک است، استفاده می‌کند. این سطح، نشانگر یک هویت یکپارچه اما رشدنیافته است که با بروز احساس گناه ناشی از سوپرایگو، شکل پیچیده‌ای پیدا کرده و به استقرار یک «من» آسیب دیده منتهی می‌گردد (لزنوگر^۱، کلارکین، کرنبرگ و فولج^۲، ۲۰۰۱). چنین الگویی به شخصیت‌های آزار پذیر- افسرده، وسواس- اجباری و هیستریک نزدیک است (هبرت و همکاران، ۲۰۰۳).

سطح سایکوتیک سازمان شخصیت به عنوان بیمارترین سطح، دارای سه ویژگی ۱- اختلال در آزمون‌گری واقعیت ۲- افراط در بکارگیری دفاع‌های روان‌شناختی نخستین ۳- هویت سردرگم است (کالگور و همکاران، ۲۰۰۷). سازمان شخصیت در سطح سایکوتیک، با نشانه‌هایی، مانند سردرگمی بین

^۱. Lenzenweger

^۲. Foelsch

خود و دیگران، خود و محیط فیزیکی همراه است که رفتارهای پرخاشگرانه شدید، سازمان سایکوتیک شخصیت را بهتر نمایان ساخته و در این صورت فرد هویت انسجام نیافته‌ای را تجربه می‌کند (لزنوگر و همکاران، ۲۰۰۱). در این گروه از افراد، آزمون‌گری واقعیت مختل است و استفاده از دفاع‌های روانشناختی نخستین به شکل جداسازی، رایج است (ارلینگز- بانتکو و همکاران، ۲۰۱۰)، شخصیت‌های اسکیزوئید، اسکیزوتایپال و پارانوئید چنین الگوی رفتاری را نشان می‌دهند (هبرت و همکاران، ۲۰۰۳).

سطح مرزی سازمان شخصیت نیز دارای سه ویژگی ۱- آزمون‌گری واقعیت متغیر ۲- استفاده از دفاع‌های روانشناختی نخستین و ۳- سردرگمی هویت است (کالگور و همکاران، ۲۰۰۷). سازمان شخصیت مرزی در مرز بین نوروتیک و سایکوتیک قرار گرفته و با بی‌ثباتی فوق‌العاده عاطفه، خلق، رفتار و مشکلات مربوط به «روابط موضوعی» مشخص می‌شود. کرنبرگ معتقد است که پاره‌ای از اختلالات شخصیتی، ریشه در سازمان شخصیت مرزی دارند (لزنوگر و همکاران، ۲۰۰۱). این گونه افراد از آزمون‌گری واقعیت خوبی برخوردار بوده، ولی در عین حال آسیب‌پذیر هستند، از سردرگمی هویت رنج می‌برند و دفاع‌هایی در سطح دفاع‌های روانشناختی نخستین دارند (ارلینگز- بانتکو و همکاران، ۲۰۱۰)، چنین الگویی شبیه به شخصیت‌های ضداجتماعی، خودشیفته، مرزی، پرخاشگر- منفعل، وابسته و نمایشی است (هبرت و همکاران، ۲۰۰۳).

نتایج یکی از تحقیقات (استرن^۱، کالگور، کلارکین، کریچفیلد^۲، هورز، مک کورناک^۳ و همکاران، ۲۰۱۰) نشان داد که ادراک فرد از خود و افراد مهم زندگی (هویت) پیش‌بینی‌کننده عاطفه مثبت و منفی و روش‌های ناسازگارانه‌ای است که بر اساس آن‌ها فرد نوع دفاع‌های روان‌شناختی را تعیین می‌کند. در حقیقت چنین الگویی پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری و صفات شخصیتی مرتبط با اختلالات شخصیت خوشه B هستند. مهم‌ترین جنبه نظریه کرنبرگ (۱۹۸۴؛ به نقل از استرن، ۲۰۱۰) در سطح آسیب‌پذیری شخصیت این است که افزایش عاطفه منفی و کاهش عاطفه مثبت سبب ناپایداری و بی‌نظمی رفتاری می‌شود. نتایج تحقیق لیشرینگ، کونست و هایر (۲۰۰۳)، نشان داد که بین سردرگمی هویت، دفاع‌های روانشناختی نخستین و آزمون‌گری واقعیت با رفتارهای ضداجتماعی، روان‌رنجوری و مشکلات بین‌فردی همبستگی وجود دارد. هم‌چنین در تحقیق اسکودول^۴ و گاندرسون^۵، پیفول^۱، وادیگر^۲، لاویسلی^۳

^۱. Stern

^۲. Critchfield

^۳. Maccornack

^۴. Skodol

^۵. Gunderson

و سیور^۴ (۲۰۰۲) نشان داده شد که بین آسیب روانی و ساختار شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، با ابعاد الگوی کرنبرگ، یعنی سردرگمی هویت، دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و آزمون‌گری واقعیت هماهنگی وجود دارد. نتایج پاره‌ای از تحقیقات نیز نشان داد که پرخاشگری با میزان استفاده از دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سطح سردرگمی هویت، در ارتباط است. بنابراین، ناتوانی در مهار پرخاشگری، تحریک‌پذیری و گرایش به تهدید و حمله، با عوامل فوق همبستگی دارد. به طوری که میزان ارتباط معنادار بین عاطفه منفی با دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی هویت، بیشتر است (لزنوگر و همکاران، ۲۰۰۱).

هدف مدل کرنبرگ دستیابی به بینش بیشتر در مورد سازمان شخصیت و شناخت آن است. چنین الگویی با استفاده از رویکرد روان تحلیل‌گرایانه تلاش می‌کند که شیوه روابط فرد با خود، دیگران و آینده را تفسیر کند (اسکاپ جانکر، ۲۰۰۸).

سطح سازمان یافتگی شخصیت نقش مهمی در زندگی فرد دارد. افرادی که گرفتار نوعی از اختلالات هیجانی؛ مانند افسردگی و وسواس-اجباری هستند از نظر سازمان شخصیت، سطح آسیب روانی و نوع مکانیزم‌های دفاعی مورد استفاده با افراد عادی متفاوتند. بنابراین، بررسی این گونه تفاوت‌ها از این نظر اهمیت داشت که سبب فهم بهتری از زیرساخت‌های شخصیتی افراد با اختلالات هیجانی می‌گردد. بر این اساس، هدف اصلی این تحقیق بررسی گروه‌هایی از افراد با نشانه‌های وسواس-اجباری، افسردگی، افسردگی همراه با وسواس و افراد بهنجار از لحاظ سطوح سازمان دفاع‌های نخستین، آزمون‌گری واقعیت و سردرگمی هویت بود.

روش

این تحقیق روش علی-مقایسه‌ای به انجام رسید. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان پسر و دختر دانشگاه شیراز در سال ۹۰-۸۹ بود. در ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۶۰۰ نفر از دانشجویان سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ، مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی و پرسشنامه افسردگی بک ۲ را

^۱. Pffol

^۲. Widiger

^۳. Livesley

^۴. Siever

تکمیل کردند. بر اساس نقطه برش ۱۹ در پرسشنامه افسردگی (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸) و نقطه برش ۱۱ برای مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی (رضایی، ۱۳۸۰؛ مسعودزاده، ۱۳۸۶) از بین شرکت کنندگان، چهار گروه ۶۰ نفری افراد با نشانه‌های افسردگی، وسواس، افسردگی همراه با وسواس و متمایز شدند. به این ترتیب که افرادی که در مقیاس افسردگی بک نمرات بالاتر از ۱۹ و در مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی نمرات کمتر از ۱۱، کسب کردند در گروه افراد با نشانه‌های افسردگی و افرادی که در مقیاس افسردگی بک نمرات کمتر از ۱۹ و در مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی نمرات بیشتر از ۱۱، کسب کردند در گروه افراد با نشانه‌های وسواس و افرادی که در مقیاس افسردگی بک نمرات بالاتر از ۱۹ و در مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی نمرات بیشتر از ۱۱، کسب کردند در گروه افراد با نشانه‌های افسردگی همراه با وسواس و افرادی که در مقیاس افسردگی بک نمرات کمتر از ۱۹ و در مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی نمرات کمتر از ۱۱، کسب کردند در گروه افراد به هنجار قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در گروه افراد به هنجار، کسانی که به لحاظ سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با آن سه گروه هم‌تا بودند، انتخاب شده‌اند.

یکی از ابزارهای مورد مطالعه در این تحقیق سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ^{۲۰} بود، در این تحقیق از فرم ۳۷ سؤالی سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ (۲۰۰۲) استفاده شد. ساختار عاملی این سیاهه، دارای سه بُعد آزمون‌گری واقعیت، دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی هویت است. در مدل کرنبرگ از سازمان شخصیت، حاصل جمع سه عامل دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون‌گری واقعیت، بیانگر آسیب‌پذیری کلی شخصیت (شخصیت مرضی) و حاصل جمع نمرات دو بُعد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی هویت، به منزله ملاک کلی شخصیت مرضی می‌باشد. در ایران ساختار عاملی، روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط آل بهبهانی و محمدی (۱۳۸۶) بررسی شده است. ضرایب اعتبار برای کل سیاهه و ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون‌گری واقعیت، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۶۸ و ۰/۹۱ محاسبه گردید. روایی همزمان سیاهه سازمان شخصیت از طریق اجرای همزمان پرسشنامه باس-پری و مقیاس عاطفه مثبت و منفی انجام گردید که ضرایب همبستگی بین سیاهه سازمان شخصیت، خرده مقیاس‌های پرخاشگری جسمی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت و مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۱۸، ۰/۳۹، ۰/۴۴، ۰/۲۱ و ۰/۴۰ به دست آمد.

در این تحقیق از پرسشنامه وسواس- اجباری مادزلی^۱ نیز استفاده شد (راچمن، ۱۹۷۷). این آزمون نشانه‌های وسواس فکری و عملی را در چهار طبقه عمده تفکیک می‌نماید که عبارتند از: واری، شستشو، کندی، شک و تردید. در ایران دادفر (۱۳۸۴) ضریب اعتبار کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی آن با مقیاس وسواس- اجباری یل براون ۰/۸۷ گزارش نموده است.

دیگر ابزار استفاده شده در این تحقیق، پرسشنامه افسردگی بک^۲ بود، این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. شایان ذکر است که از دو پرسشنامه وسواس- اجباری مادزلی و افسردگی بک^۲، به منظور غربال‌گری افراد با نشانه‌های وسواس و افسردگی، استفاده شدند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار ابعاد سازمان شخصیت (دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون‌گری واقعیت) در گروه‌های چهارگانه در جدول ۱ نشان داده شده‌اند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد سازمان شخصیت در گروه‌های افسرده، وسواس، افسرده همراه

با وسواس و بهنجار

	افسرده		وسواس		افسرده + وسواس		بهنجار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دفاع‌های نخستین	۲۷/۸۴	۴/۹۱	۲۸/۴۰	۷/۳۲	۳۲/۰۲	۷/۴۹	۲۲/۲۴	۵/۲۲
سردرگمی هویت	۲۶/۳۰	۴/۶۸	۲۶/۵۵	۵/۷۹	۲۶/۵۵	۶/۲۸	۲۲/۵۱	۴/۸۶
آزمون‌گری واقعیت	۴۶/۸۹	۱۴/۸۷	۵۰/۱۹	۱۷/۹۹	۵۳/۵۷	۱۴/۹۲	۳۵/۷۸	۹/۷۷
کل	۱۰۱/۳۵	۲۱/۵۹	۱۰۵/۰۸	۲۷/۳۸	۱۱۲/۱۴	۲۵/۷۳	۸۰/۵۴	۱۵/۴۷

^۱. Moudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)

^۲. Beck Depression Inventory (BDI-II)

جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین میانگین نمرات در ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین (۳۲/۰۲)، سردرگمی هویت (۲۶/۵۵)، آزمون‌گری واقعیت (۵۳/۵۷) مربوط به گروه افراد با نشانه‌های افسردگی همراه با وسواس است.

برای مقایسه گروه‌هایی با نشانه‌های وسواس، افسردگی، افسردگی + وسواس و افراد بهنجار در ابعاد سازمان شخصیت از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. آزمون لامبدای ویلکز (۸/۹۸) $F=$ ، $P=0/0001$ نشان می‌دهد که اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش معنادار است. بر این اساس از آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای بررسی دقیق‌تر تفاوت بین گروه‌ها استفاده شد. آلفای جدید بر حسب تعداد متغیرهای وابسته ۰/۰۱۶ محاسبه شد. نتایج اولین تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که $F=$ و $P=0/0001$ بین گروه‌های افسرده، وسواس، افسرده همراه با وسواس و بهنجار از لحاظ بُعد سردرگمی هویت سازمان شخصیت تفاوت معنادار وجود دارد؛ لذا از آزمون تعقیبی توکی برای تعیین دقیق جایگاه تفاوت‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲: آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها در بُعد سردرگمی هویت

گروه اصلی	گروه‌های مقایسه	تفاوت میانگین گروه‌های اصلی و مقایسه	خطای انحراف معیار	P
افسرده	وسواس	-۰/۲۴	۰/۹۹	۰/۹۹
	بهنجار	۳/۷۸*	۰/۹۹	۰/۰۰۱
	افسرده + وسواس	-۰/۲۴	۰/۹۹	۰/۹۹
وسواس	بهنجار	۴/۰۳*	۰/۹۹	۰/۰۰۰۱
	افسرده + وسواس	۰/۰۰۲	۰/۹۹	۱/۰۰
به هنجار	افسرده + وسواس	-۴/۰۳*	۰/۹۹	۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی توکی که در جدول ۲ ارائه شده است، نشان می‌دهد که هر یک از سه گروه افراد افسرده ($P=0/0001$)، وسواس ($P=0/0001$) و افسرده همراه با وسواس ($P=0/0001$) در مقایسه با افراد به هنجار، در بُعد سردرگمی هویت نمرات بیشتری کسب کردند.

از آنجایی که آزمون لوین در ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین ($F=5/31$ و $P=0/0001$) و آزمون گری واقعیت ($F=5/08$ و $P=0/002$) معنادار شده، لذا از آزمون ناپارامتریک کراسکال والیس

برای مقایسه گروه‌های چهارگانه در این ابعاد سازمان شخصیت استفاده شده است. نتایج آزمون کراسکال والیس نشان داد که بین گروه‌ها با نشانه‌های افسردگی، وسواس، افسردگی همراه با وسواس و بهنجار در ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین ($P=0/0001$) و آزمون‌گری واقعیت ($P=0/0001$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ لذا برای تعیین دقیق جایگاه تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی یومن ویتنی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳: نتایج شاخص یومن ویتنی برای تفاوت گروه‌ها در متغیرهای دفاع‌های نخستین و آزمون‌گری واقعیت

P	Mann-Whitney U	تفاوت میانگین رتبه‌ها	گروه‌ها	گروه اصلی	
۰/۹۰	۱۷۷۶/۵۰	۰/۷۸	وسواس	افسرده	دفاع‌های نخستین
۰/۰۰۰۱	۸۰۸/۰۰	۳۳/۰۶	بهنجار		
۰/۰۰۰۱	۱۰۹۸/۰۰	-۲۳/۴	افسرده + وسواس		
۰/۰۰۰۱	۹۲۵/۵۰	۲۹/۱۶	بهنجار	وسواس	
۰/۰۰۰۳	۱۲۳۳/۵۰	-۱۸/۸۸	افسرده + وسواس		
۰/۰۰۰۱	۵۰۳/۰۰	-۴۳/۲۴	افسرده + وسواس	به هنجار	
۰/۲۹	۱۵۹۹/۰۰	-۶/۷	وسواس	افسرده	آزمون‌گری واقعیت
۰/۰۰۰۱	۹۸۸/۵۰	۲۷/۰۴	بهنجار		
۰/۰۰۰۷	۱۲۸۵/۵۰	-۱۷/۱۶	افسرده + وسواس		
۰/۰۰۰۱	۸۸۰/۰۰	۳۰/۶۶	بهنجار	وسواس	
۰/۱۴	۱۵۲۲/۵۰	-۹/۲۴	افسرده + وسواس		
۰/۰۰۰۱	۶۲/۰۰	-۳۹/۰۶	افسرده + وسواس	بهنجار	

جدول ۳ نشان می‌دهد که گروه‌ها با نشانه‌های افسردگی در مقایسه با افراد به هنجار در ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین ($P=0/0001$) و آزمون‌گری واقعیت ($P=0/0001$) نمرات بیشتری کسب کردند و گروه‌ها با نشانه‌های وسواس در مقایسه با افراد به هنجار در ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین ($P=0/0001$) و آزمون‌گری واقعیت ($P=0/0001$) نمرات بیشتری کسب کردند. همچنین افراد با نشانه‌های افسردگی + با وسواس در مقایسه با افراد بهنجار در ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین ($P=0/0001$) و آزمون‌گری واقعیت ($P=0/0001$) نمرات بالاتری به دست آورده‌اند. نهایتاً، افراد با نشانه‌های افسردگی + وسواس در مقایسه با افراد با نشانه‌های وسواس در ابعاد دفاع‌های نخستین ($P=0/003$) نمرات بیشتری

کسب کردند و افراد با نشانه‌های افسردگی همراه با وسواس در مقایسه با افراد با نشانه‌های افسردگی در ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین ($P=0/0001$) و آزمون‌گری واقعیت ($P=0/007$) نمرات بیشتری به دست آورده‌اند.

همان‌طور که قبلاً مطرح شد، حاصل جمع سه عامل دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون‌گری واقعیت، بیانگر آسیب‌پذیری کلی شخصیت و حاصل جمع نمرات دو بُعد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی هویت، به منزله ملاک کلی شخصیت مرزی می‌باشد. آزمون لامبدای ویلکز ($F=11/30$ و $P=0/0001$) نشان می‌دهد که اثر کلی گروه معنادار است. از آنجایی که آزمون لوین در آسیب‌پذیری کلی شخصیت ($P=0/001$) و شخصیت مرزی ($P=0/03$) معنادار شده، لذا از آزمون ناپارامتریک کراسکال والیس برای مقایسه گروه‌های چهارگانه استفاده شده است.

جدول ۴: آزمون کراسکال والیس آسیب‌پذیری کلی شخصیت و شخصیت مرزی در گروه‌ها

ملاک‌ها	χ^2	df	P
آسیب‌پذیری کلی شخصیت	۵۶/۳۲	۳	۰/۰۰۰۱
شخصیت مرزی	۵۳/۰۲	۳	۰/۰۰۰۱

آزمون کراسکال والیس نشان داد که بین گروه‌ها با نشانه‌های افسردگی، وسواس، افسردگی + وسواس و بهنجار به لحاظ نمرات آسیب‌پذیری کلی شخصیت ($P=0/0001$) و شخصیت مرزی ($P=0/0001$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ لذا از آزمون تعقیبی یومن ویتنی به منظور تعیین دقیق جایگاه تفاوت‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵: آزمون تعقیبی یومن ویتنی برای مقایسه گروه‌ها در آسیب‌پذیری و شخصیت مرزی

گروه اصلی	گروه‌های مقایسه	تفاوت میانگین رتبه‌ها	M-W-U	P	
آسیب‌پذیری	وسواس	-۳/۱۸	۱۷۰۴/۵۰	۰/۶۱	افسرده
	بهنجار	۳۲/۶	۸۲۲/۰۰	۰/۰۰۰۱	
	افسرده + وسواس	-۲۱/۳۸	۱۱۵۸/۵۰	۰/۰۰۱	
	بهنجار	۳۲/۵	۸۲۵/۰۰	۰/۰۰۰۱	
	افسرده + وسواس	-۱۵/۳۴	۱۳۴۰/۰۰	۰/۰۱	
	افسرده + وسواس	-۴۱/۸۶	۵۴۴/۰۰	۰/۰۰۰۱	
شخصیت	وسواس	۰/۰۲	۱۷۹۹/۵۰	۰/۹۹	افسرده
	بهنجار	۳۴/۵۴	۷۶۴/۰۰	۰/۰۰۰۱	
	افسرده + وسواس	-۱۸/۴۶	۱۲۴۶/۰۰	۰/۰۰۴	

۰/۰۰۰۱	۹۰۷/۵۰	۲۹/۷۶	به هنجار	وسواس	مرزی
۰/۰۲	۱۳۶۷/۰۰	-۱۴/۴۴	افسرده + وسواس		
۰/۰۰۰۱	۵۷۱/۵۰	-۴۰/۹۶	افسرده + وسواس	بهنجار	

جدول ۵ نشان می‌دهد که افراد با نشانه‌های افسردگی در مقایسه با افراد بهنجار در آسیب پذیری کلی شخصیت ($P=۰/۰۰۰۱$) و شخصیت مرزی ($P=۰/۰۰۰۱$) نمرات بیشتری کسب کردند. افراد با نشانه‌های وسواس در در آسیب‌پذیری کلی شخصیت ($P=۰/۰۰۰۱$) و شخصیت مرزی ($P=۰/۰۰۰۱$) بالاتر از افراد به هنجار هستند. هم چنین، افراد با نشانه‌های افسردگی همراه با وسواس در مقایسه با افراد بهنجار در آسیب‌پذیری کلی شخصیت ($P=۰/۰۰۰۱$) و شخصیت مرزی ($P=۰/۰۰۰۱$) نمرات بیشتری کسب کردند. هم چنین، افراد با نشانه‌های افسردگی + وسواس در مقایسه با افراد با نشانه‌های وسواس در آسیب‌پذیری کلی شخصیت ($P=۰/۰۱$) و شخصیت مرزی ($P=۰/۰۲$) نمرات بیشتری کسب کردند. هم چنین، افراد با نشانه‌های افسردگی + وسواس نسبت به افراد با نشانه‌های افسردگی در آسیب‌پذیری کلی شخصیت ($P=۰/۰۰۱$) و شخصیت مرزی ($P=۰/۰۰۴$) نمرات بیشتری کسب کردند.

بحث و نتیجه گیری

نخستین یافته حاکی از این است که تمام گروه‌ها با نشانه‌های وسواس، افسردگی، افسردگی همراه با وسواس و افراد به هنجار در سطح نوروتیک سازمان شخصیت قرار دارند. این یافته با مبانی نظری تحقیق که ادعا می‌کند سطح نوروتیک سازمان شخصیت، نشانگر یک هویت یکپارچه اما رشد نیافته است با بروز احساس گناه ناشی از «فرام‌ی» شکل پیچیده‌ای پیدا کرده و به استقرار یک «من» آسیب دیده منتهی می‌گردد، همخوانی دارد (لزنوگر و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج برخی از تحقیقات نشان داده است که چنین الگویی شبیه به شخصیت‌های آزارپذیر- افسرده، وسواس- بی‌اختیار و هیستریک است (هبرت^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

دومین یافته حاکی از این است که هر یک از گروه‌ها در سه بُعد دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون‌گری واقعیت، آسیب‌پذیری کلی شخصیت و شخصیت مرزی نمره خاصی به دست آورده‌اند. به عبارت دیگر، در این پژوهش گروه‌های مورد مطالعه به لحاظ کاربرد دفاع‌های

^۱. Hébert

روانشناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون گری واقعیت، تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند. نتایج نشان داد که نمرات این ابعاد در افراد مبتلا به نشانگان‌های مورد مطالعه بیش از گروه نرمال بود. در واقع آسیب‌پذیری در هر یک از این ابعاد به صورت یک پیوستار از قطب به هنجار تا نابهنجار گسترده شده است. کسب نمرات بیشتر در هر یک از این ابعاد نشان دهنده سطح آسیب‌پذیری بالاتر و وخیم‌تر است. بنابراین می‌توان گفت که نمرات بالاتر افراد با نشانه مبتلا به اختلال به نسبت افراد به هنجار از یک سو و هم‌چنین نمرات بالاتر گروه‌های همبود دو اختلال در مقایسه با افراد مبتلا به یک اختلال از سوی دیگری مطابق مبانی نظری الگوی کرنبرگ است. یافته‌ها نشان می‌دهند که بین دو گروه افراد با نشانه‌های افسردگی و افراد با نشانه‌های وسواس در هیچ یک از ابعاد سازمان شخصیت و حتی در ملاک آسیب‌پذیری کلی شخصیت تفاوتی وجود ندارد. قبلاً دیگران نیز به چنین یافته‌ای مبنی بر استقرار نشانه‌های وسواس و افسردگی در یک سطح (نوروتیک) دست یافته‌اند (هبرت و همکاران، ۲۰۰۳).

نتیجه نهایی این که افراد با نشانه‌های اختلال وسواس، افسردگی، افسردگی همراه با وسواس در مقایسه با افراد به هنجار توانایی کمتری در متمایز کردن خود از غیرخود، محرک‌های درونی از بیرونی و برقراری انسجام بین ملاک‌های اجتماعی واقعی (آزمون‌گری واقعیت) دارند. هم‌چنین آن‌ها فاقد ثبات در ادراک خود و دیگران هستند. این گونه مسایل سبب می‌شود که فرد در روابط بین فردی‌اش با مشکلات جدی مواجه شود. این مسایل به نوبه خود، سبک مقابله‌ای رشد نایافته‌ای را به هنگام در مواجهه با مشکلات زندگی راه اندازی می‌کند که به شکل مکانیزم‌های روان‌شناختی نخستین فرافکشی، انکار، همه-کارتوانی، نارزنده سازی هستند. یکی از محدودیت‌های این تحقیق اجرای آن در جمعیت غیر بالینی است. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی گروه‌های بیمار سرپایی و بستری نیز مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع

- آل‌بهبهانی، مرجان؛ محمدی، نوراله (۱۳۸۶). «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ». فصل‌نامه انجمن ایرانی روان‌شناسی. ج ۴۲: ۱۹۵-۱۸۵.
- دابسون، کیت استفان؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). «مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک ۲، در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی». توان‌بخشی. ۸(۲۹): ۸۶-۸۰.

- دادفر، محبوبه؛ بواله‌ری، جعفر؛ ملکوتی، کاظم؛ بیان زاده، اکبر (۱۳۸۴). «بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری». *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ج ۲: ۳۲-۲۷.
- غرابی، بنفشه (۱۳۸۲). *تعیین وضعیت‌های هویت و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان*. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انیستیتو روان‌پزشکی.
- فتحی‌آشتیانی، علی؛ داستانی، محبوبه (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: انتشارات بعثت.
- مسعود زاده، عباس (۱۳۸۶). «بررسی فراوانی اختلال وسواسی-جبری در دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهرستان ساری در سال ۱۳۸۵». *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. دوره ۷، شماره ۶۰: ۹۵-۱۰۱.
- Calgor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cichocki, L. (2008). "Changes in defence mechanisms of people suffering from psychotic disorders and receiving therapy in the Day Treatment Centre". *Psychiatry and Psychotherapy*, Vol. 4: 27-32.
- Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Luyten, P., IJssennagger, M., Vreeswijk, M. V., & Koelen, J. (2010). "Relationship between personality organization and Young's cognitive model of personality pathology". *Personality and Individual Differences*, Vol. 49: 198-203.
- Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N. D., Tmej, A., Rentrop, M., Buchheim, P., Doering, S., Buchheim, A., Hörz, S., Taubner, S., Fonagy, P. (2010). "the relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder". *American Psychological Association*, Vol. 27(4) : 395-409.
- Hébert, E., Diguier, L., Descôteaux, J., Daoust, J. P., Rousseau, J. P., Normandin, L., & Scullion, M. (2003). "The Personality Organization Diagnostic Form (Podf): A Preliminary Report On Its Validity And Interrater Reliability". *Psychotherapy Research*, Vol. 13(2) : 243-254.
- Leichsenring, F., Kunst, K., & Hoyer, J. (2003). "Borderline personality organization in violent offenders: Correlation of identity diffusion and primitive defenses mechanism with antisocial features, neuroticism, and interpersonal problems", *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 4: 314-326.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). "The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample". *Psychological Assessment*, Vol. 13(4) : 577-591.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2002). *A psychoanalytic theory of personality disorders*. New York: Guilford.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorder in modern life*. (2 th ed). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Schaap-Jonker, H. (2008). *"Before the Face of God: An interdisciplinary study of the meaning of the sermon and the hearer's God image, personality and affective state"*. Transaction Publishers.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). "The borderline diagnosis J: Psychopathology, co morbidity and personality structure". *Biological Psychiatry*, Vol. 51: 936-950.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., Maccornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). "Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample". *Journal of Personality Assessment*, Vol. 92(1) , 35-44.



استناد به این مقاله: حفاری، هدی؛ دباغی، پرویز؛ احمدی، خدابخش (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۵۱-۶۴.

تاثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان

هدی حفاری^۱، پرویز دباغی^۲ و خدابخش احمدی^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۲/۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در جهان و اینکه بخشی از سالمندان ناتوان بوده و احتیاج به مراقبت دارند و ترجیح نگهداری آنها در منزل، توجه به مراقبین و کاهش فشار مراقبتی آنها ضروری به نظر می‌رسد. لذا در این پژوهش به بررسی تاثیر مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان از سالمند ناتوان پرداخته شده است. این پژوهش به صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با ۱۰ جلسه مداخله به شیوه گروهی انجام شد. گروه مطالعه ۳۳ زن بود که مراقبت از بستگان سالمند خود را برعهده داشتند و به صورت تصادفی در ۲ گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. جهت بررسی کیفیت زندگی از آزمون کیفیت زندگی ۳۶ سوالی استفاده شد و نتایج حاصله با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که آموزش مدیریت استرس بصورت معنی‌داری باعث ارتقاء کیفیت زندگی به صورت کلی و در ابعاد (محدودیت‌های ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) می‌شود و در زیر مقیاس‌های عملکرد جسمانی و محدودیت‌های ناشی از مشکلات جسمانی تاثیر معناداری مشاهده نشد. مطابق با یافته‌های پژوهشی و با توجه به ضرورت حفظ فرهنگ اسلامی و ایرانی در خصوص نگهداری سالمندان ناتوان در منزل و مراقبت از سوی خانواده، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های پیشگیرانه با بهره‌گیری از روش مدیریت استرس بطور ادواری روی این مراقبین اجرا شود.

کلید واژه‌ها: مراقب، سالمند ناتوان، کیفیت زندگی، مدیریت استرس

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، hodahafari@yahoo.com

^۲ استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش.

^۳ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (ع).

مقدمه

با شروع دوره سالمندی عوارض جسمی و روانی متعددی دامنگیر سالمندان می‌شود به نحوی که عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری‌های مزمن سبب محدودیت در فعالیتهای سالمندان شده و به طور معمول یک چهارم مردم بعد از سن بازنشستگی قادر به انجام فعالیتهای خود نبوده و ۱۰ درصد آنان نیز کاملاً وابسته می‌شوند (مسعودی و همکاران، ۱۳۸۹) و ۸۰ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا می‌باشند (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۷). لذا اکثر افراد در دوره کهنسالی و سالهای پایانی عمر خود نیاز به مراقبت و پرستاری دارند که با توجه به شرایط کنونی حاکم بر جامعه معمولاً دو راهکار عمده در این ارتباط وجود دارد: سپردن سالمندان به مراکز شبانه روزی نگهداری سالمندان و نگهداری سالمند توسط بستگان در منزل.

گرچه هدف نهایی مراقبت از سالمندان در مراکز نگهداری حفظ کیفیت زندگی است با این وجود عقیده بر آن است که ماهیت زندگی در این اماکن ساکنین آنها را مستعد داشتن زندگی ناامید کننده ای می‌سازد (حسامزاده و همکاران، ۱۳۸۸) و کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده در ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی، رضایت از زندگی و مراقبت از خود، مطلوب تر از سالمندان مقیم مراکز می‌باشد.

(همتی علمدارلو و همکاران، ۱۳۸۸) مطالعات متعدد بیانگر این است که شیوع افسردگی در سالمندان مقیم سراهای سالمندان بیش از سالمندان سطح جامعه است (تابان و همکاران، ۱۳۸۴) همچنین بررسی انجام شده توسط همتی علمدارلو و همکاران (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معناداری بیشتر از سالمندان ساکن خانه است و احساس تنهایی خود احتمال ابتلای سالمندان به بیماری‌های روانی و جسمانی از جمله افسردگی را افزایش می‌دهد. لذا با توجه به شرایط فعلی نگهداری سالمندان نزد خانواده، فشار ناشی از مراقبت از سالمندان در تمامی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی و همچنین کیفیت زندگی مراقبین را تحت تاثیر قرار می‌دهد (محمدی و بابایی، ۱۳۹۰).

نتایج تحقیق تسوکاساکی ۱ و همکاران در سال ۲۰۰۸ بر روی مراقبین سالمندان نشان داده است که حدود ۵۰ درصد از مراقبین به فشار خون بالا مبتلا هستند که در این زمینه تسوکاساکی تحقیقاتی از شاو و همکاران نیز نقل کرده است که نتایج آن تایید کننده نتایج تحقیقات وی بوده و شیوع فشار خون بالا را برای مراقبت کنندگان به میزان قابل توجهی بالاتر از افراد دیگر عنوان کرده است. در تحقیقی که توسط

یاماکی ۱ در سال ۲۰۰۹ بر روی ۲۰۶ زن مراقبت کننده از سالمند انجام شد در هر دو گروه شیوع درد مفاصل، فشار خون بالا، چاقی و محدودیت های فعالیتی نسبت به زنان کل جامعه بیشتر و در گروه سنی متوسط شیوع دیابت و کلسترول خون بالا نسبت به هم سن های خود در جمعیت عمومی بیشتر گزارش شده است. در تحقیقی که توسط باستانی و همکاران (۱۳۸۹) بر روی زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر انجام داده اند نیز تنها ۲۴ درصد زنان سطح مطلوبی از سلامت عمومی را داشته و ۵۸٫۷٪ سلامت عمومی متوسط و ۱۷٫۳٪ سلامت عمومی نامطلوب را گزارش داده اند.

عباسی و همکاران (۱۳۹۲) نیز طی تحقیقی نشان دادند که مراقبین در برابر فشار مراقبتی اغلب از روش های مقابله ای نا کار آمد و هیجان مدار استفاده می نمایند که این امر سبب افزایش این فشار می گردد همچنین تحقیق لی^۲ در سال ۲۰۰۸ نشان داده است که فشار مراقبتی باعث ایجاد صدماتی برای خود سالمند نیز می شود، از جمله آن افزایش احتمال سوء رفتار با سالمندان می باشد؛ به نحوی که مهمترین عامل بدرفتاری با سالمندان استرس های مراقبین گزارش شده است که موارد فوق الذکر لزوم توجه به مراقبین را آشکار می سازد.

بنابراین یکی از نیازهای مراقبان، کاهش استرس آنهاست. از سویی دیگر مدیریت استرس شامل راهبردهایی است که به فرد کمک می کند تا موقعیت هایی را که باعث استرس می شوند شناسایی کرده و نسبت به آنها آگاه شود و می توان گفت که مدیریت استرس توانایی فرد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب باموقعیتهای استرس آور افزایش می دهد (جبل عاملی و همکاران، ۱۳۸۹). لذا در این پژوهش به بررسی این فرضیه که آموزش مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بستگان سالمند ناتوان می شود، پرداخته شد.

روش

این پژوهش به صورت نیمه تجربی و با دو گروه آزمایش و گواه همراه با پیش آزمون و پس آزمون اجرا گردید. ابزار مورد استفاده برای سنجش متغیر وابسته آزمون SF36 بود که به عنوان پیش آزمون و پس آزمون از هر دو گروه اخذ شد. جامعه آماری عبارت بودند از بستگان مراقب کننده از سالمند ناتوان در منزل که به صورت تصادفی در دسترس و با توجه به فراخوان طرح و برگزاری جلسه توجیهی از بین مراقبینی که جهت شرکت در طرح ابراز تمایل نمودند ۴۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه

¹ Yamaki

² Lee

بصورت تصادفی قرار گرفتند که در پایان پایان پژوهش بدلائل مختلف از جمله عدم تکمیل پس آزمون، انصراف از ادامه شرکت در جلسات آموزشی، و نقص در اطلاعات آزمون‌های تکمیل شده، ۱۷ نفر در گروه گواه و ۱۶ نفر در گروه آزمایش باقی ماندند. ملاکهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- مونث باشند (از آنجایی که ۷۵٪ مراقبین خانوادگی را زنان تشکیل می‌دهند) (باستانی و همکاران ۱۳۸۹) به نقل از یونگ می و فرانک) و نیز به منظور برقراری ارتباط هر چه بهتر و راحتتر مراقبین در تعامل با محقق و گروه این ملاک در نظر گرفته شد. ۲- حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن را داشته باشند (با توجه به اینکه مداخله مستلزم مطالعه مثال‌ها و انجام تمرینات به صورت کتبی بود حداقل داشتن سواد خواندن و نوشتن برای شرکت کنندگان ضروری تشخیص داده شد). ۳- حداقل ۶ ماه از شروع مراقبت ایشان گذشته باشد. (تحقیق شیو هیو و همکاران ۲۰۰۲) نشان می‌دهد که افزایش مدت زمان مراقبت، فرسودگی و فشار وارده بر مراقبین را افزایش می‌دهد. ۴- عضو اصلی خانواده سالمند باشند و درازای مراقبت از بستگان سالمند خود وجهی دریافت نکنند. ۵- سالمند در انجام فعالیت‌های روزمره خود نیازمند کمک مراقبین باشد. این ملاک با توجه به تحقیقات صورت گرفته بر روی مراقبین که نشان دهنده تاثیر میزان وابستگی و ناتوانی سالمند بر سلامت مراقب می‌باشد تعیین شد از جمله اینکه هر چه درجه و شدت وابستگی سالمند افزایش پیدا می‌کند فشار وارد بر مراقبین نیز افزوده می‌شود (بابایی، ۱۳۸۶) و اینکه سلامت بیمار خصوصاً سلامت فیزیکی وی در رفاه و وضعیت روانی مراقب تاثیر گذار است (پیترو و همکاران ۲۰۱۱) و نیز سطح عملکرد، وابستگی و سلامت جسمانی سالمند بیشتر از نوع و علائم بیماری او بر تجارب مراقبتی تاثیر گذار است (محمدی شاه‌بلاغی و همکاران، ۱۳۸۷) و (کارلاویش و همکاران، ۲۰۰۸)

ابزار

در این پژوهش به منظور سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه SF36 استفاده شد که شامل ۹ دسته سوال در ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی، انرژی و خستگی، محدودیت در انجام فعالیت در اثر آسیب روحی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سلامت کلی و تغییرات سلامت می‌باشد (ادیب حاج باقری و عباسی نیا ۱۳۸۸) نسخه اولیه این آزمون در سال ۱۹۸۸ توسط سازمان جهانی بهداشت جهت بررسی سلامت در دو بعد روانی و جسمانی تهیه شد و در سال ۱۹۹۱ در جمعیت‌های متفاوتی از ایالات متحده آمریکا اجرا و در سال ۱۹۹۳ کاربرد جهانی پیدا کرد (بصیری مقدم و همکاران، ۱۳۸۵) و در حال حاضر به دلیل جامع و کوتاه بودن یکی از پرکاربردترین

ابزارهای اندازه گیری کیفیت زندگی در دنیا می باشد بطوری که در بررسی مطالعات انجام شده بیش از ۴۰۰۰ مورد از این ابزار استفاده شده است (درویش پور کاخکی و همکاران، ۱۳۸۸) و به گزارش بصیری مقدم و همکاران (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرانباخ و ضریب پایایی آن به ترتیب برابر با $a=0.80$ و $r=0.83$ می باشد.

به منظور تشخیص وابستگی سالمندان نیز از نسخه ی فارسی معادل سازی شده مقیاس بارتل^۱ استفاده شد که جهت ارزیابی سطح استقلال عملکردی سالمندان در فعالیتهای روزمره زندگی (ADL)^۲ در ۱۰ مقیاس زیر تهیه شده است: بهداشت فردی، حمام کردن، غذا خوردن، توالی، بالارفتن از پله، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، راه رفتن، نقل و انتقال، و نمرات کمتر از ۷۵ نشانگر وابستگی متوسط تا کاملاً وابسته است (۷۴-۵۰ متوسط، ۴۹-۲۵ شدید و ۲۴-۰ کاملاً وابسته) (میر عارفین و همکاران، ۱۳۸۸) (بوئر^۳ و همکاران، ۲۰۱۳)

در این پژوهش ابتدا جلسه توجیهی مشترک بین هر دو گروه و در پایان مداخله و پس از انجام پس آزمون نیز به منظور قردادانی از گروه گواه، جلسه آموزش آرمیدگی برگزار گردید. جلسات مداخله گروه آزمایش شامل آموزش مدیریت استرس و آرمیدگی بود که در ۱۰ جلسه ۳ ساعته به صورت هفته ای یکبار با عناوین و موضوعات ذیل برگزار: معرفی برنامه، استرس زها و پاسخ های استرس، استرس و آگاهی، ارتباط افکار و هیجانات، تفکر منفی و تحریفات شناختی، جایگزینی افکار منطقی، آموزش پاسخ های مقابله ای موثر، آموزش روش های پذیرش و تعهد (ذهن آگاهی و ارزشها)، مدیریت خشم، آموزش ابراز گری، حمایت اجتماعی و مرور برنامه (آنتونی و همکاران، ۱۳۸۸).

جهت آزمودن فرضیه این پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس به دلیل مزایای آن از جمله: کاهش اشتباهات آزمایشی، اعمال کنترل آزمایشی، تفسیر اثرات آزمایشی و تصحیح میانگین های آزمایش، تخمین داده های گمشده و یا از دست رفته (هاول^۴، ۲۰۱۰) استفاده شد که البته برای رعایت شروط تحلیل کوواریانس نمونه ها تصادفی بوده و آزمون همسانی واریانس ها رعایت شد و در جهت نمایش میزان و جهت تاثیر مداخله، میانگین نمرات پس آزمون گروه های گواه و آزمایش نیز در مقیاس اصلی و زیر مجموعه های آن محاسبه گردید.

¹ Barthel

² Activity of daily Living

³ Bauer

⁴ Howell

یافته ها

آزمودنی‌ها شامل ۳۳ زن مراقب با میانگین سنی ۵۰/۲۷ سال بود که ۳۶ درصد آزمودنی‌ها مجرد و ۶۴ درصد متأهل بودند که ۵۵ درصد آنها ۵ سال و یا بیشتر از سالمند خود مراقبت کرده، ۳۰ درصد سه سال و یا بین ۳ و ۵ سال و ۱۵ درصد نیز بین ۶ ماه تا ۳ سال مسئولیت مراقبت از سالمند خود را برعهده داشتند و میانگین سنی سالمندان تحت مراقبت ۷۷/۷۵ سال با کمترین و بیشترین سن ۶۳ و ۸۹ ساله بود.

جدول ۱- همسانی‌واریانس‌ها در مقیاس کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن

مقیاس	F	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت زندگی کلی	۰,۳۴۰	۳۱	۰,۵۶۴
عملکرد جسمانی	۰,۲۸۱	۳۱	۰,۶۰۰
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کیفیت زندگی	۱,۱۸۸	۳۱	۰,۲۸۴
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی	۰,۷۵۱	۳۱	۰,۳۹۳
انرژی و نشاط	۰,۵۱۳	۳۱	۰,۴۷۹
سلامت عاطفی	۰,۳۶۷	۳۱	۰,۵۴۹
عملکرد اجتماعی	۲,۴۱۹	۳۱	۰,۱۳۰
درد	۰,۷۴۳	۳۱	۰,۱۱۰
سلامت عمومی	۱,۳۰۹	۳۱	۰,۲۶۱

سنجش پیش شرط همسانی‌واریانس‌ها برای آزمون آماری تحلیل کواریانس نشان داد که در تمامی زیر مقیاس‌های آزمون، سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰,۰۵ است و بنابر این فرض مساوی بودن واریانس‌ها در تمامی مقیاس‌های مذکور در دو گروه آزمایش و گواه برقرار می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
کیفیت زندگی کلی	گواه	۵۰,۵۳	۱۳,۳۵۶	۱۷
	آزمایش	۵۸,۴۴	۱۲,۳۱۲	۱۶
عملکرد جسمانی	گواه	۸۲,۶۵	۱۲,۵۱۵	۱۷
	آزمایش	۸۴,۳۷	۱۲,۶۳۳	۱۶

۱۷	۳۷,۰۰۷	۳۰,۸۸	گواه	محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی
۱۶	۲۹,۵۳۶	۲۶,۵۶	آزمایش	
۱۷	۴۲,۸۰۱	۳۹,۰۶	گواه	محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
۱۶	۳۸,۲۶۰	۶۲,۲۵	آزمایش	
۱۷	۱۴,۴۱۹	۴۶,۱۸	گواه	انرژی و نشاط
۱۶	۱۲,۱۷۵	۵۴,۶۹	آزمایش	
۱۷	۱۶۹۸۴	۵۲,۷۱	گواه	سلامت عاطفی
۱۶	۱۲,۷۵۱	۶۳,۲۵	آزمایش	
۱۷	۱۷,۱۳۰	۵۴,۱۹	گواه	عملکرد اجتماعی
۱۶	۱۰,۴۴۷	۶۱,۷۵	آزمایش	
۱۷	۲۳,۱۶۲	۵۷,۲۹	گواه	درد
۱۶	۱۷,۳۳۰	۶۳,۲۵	آزمایش	
۱۷	۱۸,۴۱۱	۴۴,۷۱	گواه	سلامت عمومی
۱۶	۱۶,۸۷۹	۵۴,۶۹	آزمایش	

جهت آزمودن فرضیه پژوهشی که آموزش مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بستگان سالمند ناتوان می شود نمره کل آزمون کیفیت زندگی (SF36) محاسبه شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون مقیاس کیفیت زندگی و ۷ زیر مقیاس آن که عبارتند از عملکرد جسمانی، محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است و تنها زیر مقیاس محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کاهش نشان می دهد (جدول ۲).

جدول ۳ - تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی و زیرمقیاس های آن

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع	مقیاس
۰,۰۰۰۱	۶۳,۶۱۷	۳۴۸۴,۸۱۷	۱	۳۴۸۴,۸۱۷	پیش آزمون کیفیت زندگی	کیفیت زندگی
۰,۰۰۰۱	۲۴,۱۳۱	۱۳۲۱,۸۸۰	۱	۱۳۲۱,۸۸۰	گروه	
		۵۴,۷۷۹	۳۰	۱۶۴۳,۳۵۵	خطا	
۰,۰۰۰۱	۲۲,۸۱۴	۲۱۱۶,۴۶۳	۱	۲۱۱۶,۴۶۳	پیش آزمون عملکرد	عملکرد جسمانی

					جسمانی	
۰,۲۶۲	۱,۳۰۶	۱۲۱,۱۴۱	۱	۱۲۱,۱۴۱	گروه	
		۹۲,۷۷۲	۳۰	۲۷۸۳,۱۶۹	خطا	
۰,۰۰۰۱	۴۶,۳۲۵	۲۱۲۴۱,۵۸۲	۱	۲۱۲۴۱,۵۸۲	پیش‌آزمون وضعیت سلامت جسمانی	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی
۰,۲۹۰	۱,۱۵۹	۵۳۱,۳۵۶	۱	۵۳۱,۳۵۶	گروه	
		۴۵۸,۵۳۷	۳۰	۱۳۷۵۶,۱۲۰	خطا	
۰,۰۰۰۱	۲۲,۶۹۱	۲۲۰۷۸,۴۳۰	۱	۲۲۰۷۸,۴۳۰	پیش‌آزمون مشکلات هیجانی	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
۰,۰۱۳	۷,۰۲۸	۵۸۳۸,۴۳۳	۱	۶۸۳۸,۴۳۳	گروه	
		۹۷۲,۹۸۴	۳۰	۲۹۱۸۹,۵۱۱	خطا	
۰,۰۰۰۱	۱۸,۶۵۹	۲۱۲۸,۲۰۶	۱	۲۱۲۸,۲۰۶	پیش‌آزمون انرژی و نشاط	انرژی و نشاط
۰,۰۱۷	۶,۴۱۸	۷۳۲,۰۰۰	۱	۷۳۲,۰۰۰	گروه	
		۱۱۴,۰۵۷	۳۰	۳۴۲۱,۷۰۲	خطا	
۰,۰۰۰۱	۵۶,۰۵۶	۴۵۹۵,۲۴۰	۱	۴۵۹۵,۲۴۰	پیش‌آزمون سلامت عاطفی	سلامت عاطفی
۰,۰۰۱	۱۳,۰۱۳	۱۰۶۶,۷۹۱	۱	۱۰۶۶,۷۹۱	گروه	
		۸۱,۹۷۶	۳۰	۲۴۵۹,۲۹۰	خطا	
۰,۰۰۰۱	۱۹,۳۹۱	۲۴۸۰,۲۴۲	۱	۲۴۸۰,۲۴۲	پیش‌آزمون عملکرد اجتماعی	عملکرد اجتماعی
۰,۰۴۵	۴,۳۷۲	۵۵۹,۱۷۱	۱	۵۵۹,۱۷۱	گروه	
		۱۲۷,۹۰۸	۳۰	۳۸۳۷,۲۲۹	خطا	
۰,۰۰۲	۱۲,۱۴۸	۳۷۷۲,۴۳۸	۱	۳۷۷۲,۴۳۸	پیش‌آزمون درد	درد
۰,۰۳۴	۴,۹۳۳	۱۵۳۱,۸۷۹	۱	۱۵۳۱,۸۷۹	گروه	
		۳۱۰,۵۳۶	۳۰	۹۳۱۶,۰۹۱	خطا	
۰,۰۰۰۱	۳۱,۳۳۴	۴۹۵۳,۹۵۷	۱	۴۹۵۳,۹۵۷	پیش‌آزمون سلامت عمومی	سلامت عمومی
۰,۰۲۳	۵,۷۴۴	۹۰۸,۱۹۹	۱	۹۰۸,۱۹۹	گروه	
		۱۵۸,۱۰۰	۳۰	۴۷۴۳,۰۱۰	خطا	

نتایج تحلیل کوواریانس نیز در مقیاس کیفیت زندگی و تمامی زیر مقیاس‌های آن که عبارتند از محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت

عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی و در سطح آماری کمتر از ۰,۰۵، معنادار است و تنها در دو زیر مقیاس عملکرد جسمانی و محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کیفیت زندگی تاثیر معناداری را نشان نداد بنابراین می توان گفت مداخله انجام شده باعث تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و گواه در مقیاس کیفیت زندگی و ۶ زیر مقیاس آن که عبارتند از محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی شده است (جدول ۳).

بحث

اغلب دیده می شود که در پایان زندگی بستگان سالمند به عنوان تعهد، وظیفه یا مسئولیت اخلاقی مراقبت از وی را بر عهده گرفته و از ایشان حمایت می کنند. (برازیل^۱ و همکاران، ۲۰۰۹) و حتی جامعه نیز از بستگان خصوصا دختران بدون در نظر گرفتن شرایط محیطی و یا نیازهای شخصی آنها انتظار دارد که خود را وقف مراقبت از والدین سالمند خود کنند. (ران^۲، ۲۰۰۹) جامعه و حتی پژوهشگران توجه و تحقیقات خود را اغلب و در موارد متعددی به موضوعات سالمندان از قبیل سلامت جسمی، سلامت روان، احساسات، نیازها و کیفیت زندگی ایشان اختصاص داده اند و همان طور که اشاره شد، بهترین مکان برای اقامت سالمند خانواده است و بالطبع آن نوعی نگرش یکجانبه به وجود آمده که بستگان سالمندان را موظف به مراقبت از ایشان می داند اما در این بین کمتر به مشکلات و نیازهای مراقبین از سالمندان توجه شده است. وابستگی متقابل اعضای خانواده باعث می شود که سلامتی هر عضو آن بر دیگر اعضا و کل خانواده موثر باشد (محمدی شاهبلاغی، ۱۳۸۵) و بالطبع بیماری و ناتوانی سالمندان بر روی مراقبین آنها تاثیر گذار می باشد و تا جایی که برخی پژوهشگران مراقبین خانگی سالمندان را "بیماران مخفی" دانسته و این افراد را در معرض ابتلا به اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی بیشماری دانسته اند (اسپارلاک، ۲۰۰۵)؛ لذا در این پژوهش بر کاهش فشار ناشی از مراقبت تمرکز و به تاثیر مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبین پرداخته شده است.

همان طور که نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد فرضیه این پژوهش که همانا ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین از بستگان سالمند ناتوان بود محقق گشته و آموزش مدیریت استرس باعث ارتقاء کیفیت زندگی به صورت کلی و در تمامی ابعاد آن به غیر از بعد علائم جسمانی و محدودیت های ناشی از مشکلات

¹ Brazil

² Ron

جسمانی بوده که البته با توجه به نوع آیت‌های تشکیل دهنده این دو بعد که به موضوعات فیزیکی مانند توانایی حمل اجسام سنگین، پیاده روی و... مربوط می‌شد، این موضوع تاحدی قابل تبیین است؛ بدین صورت که بسیاری از مراقبین در این زمینه‌ها دچار مشکلات شدید نبودند و در نتیجه تغییر خاصی نیز مشاهده نشد و نیز برخی دیگر از مراقبین که از نظر سنی میانسال و یا سالمند محسوب می‌شدند در این فاکتورها مانند بالا رفتن از پله و خم شدن و زانو زدن دارای مشکلات بدنی بودند و قابل انتظار است که با توجه به وضوح و عینیت سوالات در این بخش‌ها تاثیر چندانی ملاحظه نشود.

نکته قابل توجهی که در باب کیفیت زندگی مطرح می‌باشد؛ این است که کیفیت زندگی به برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضعیت مربوط می‌شود (حمیدی زاده و همکاران، ۱۳۸۷) و با وجودی که این پژوهش به آموزش شیوه مدیریت استرس پرداخته و بهبودی در شرایط واقعی و موجود حاکم بر زندگی مراقبین ایجاد نکرده است توانسته است با تغییر در نوع نگرش و پاسخ مراقبین نسبت به شرایط حاکم بر زندگی و آموزش شیوه صحیح مقابله به ارتقای رضایتمندی ایشان کمک کرده و نهایتاً کیفیت زندگی مراقبین را بالا ببرد.

نتایج تحقیق حاضر در این بخش با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین در خصوص اثر بخشی آموزش مدیریت استرس بر روی دیگر گروه‌ها نیز همخوان می‌باشد از جمله پژوهش چوبفروش زاده و همکاران (۱۳۸۹) بر روی زنان نابارور، پژوهش جواهری و همکاران (۱۳۸۹) بر روی بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی، پژوهش نشاط دوست و همکاران (۱۳۸۸) بر روی بیماران مبتلا به نوعی بیماری پوستی و پژوهش لویز و همکاران (۲۰۱۱) بر روی بیماران مبتلا به خستگی مزمن که همگی نشان از تاثیر آموزش مدیریت استرس بر افزایش کیفیت زندگی نمونه‌های تحت بررسی دارد.

باتوجه به محدودیت تعمیم پذیری نتایج حاصل از شیوه نمونه‌گیری در دسترس آموزش‌های با محوریت مدیریت استرس بر روی قشر وسیع‌تری از مراقبین و توسط سازمان‌های ذیربط پیشنهاد می‌گردد. همچنین با توجه به اینکه شرکت کنندگان نیاز بسیاری به تخلیه هیجانی نشان می‌دادند و خواستار همدلی بودند و نیز تمایل شدید ایشان به تمرینات آرمیدگی که به کاهش استرس ایشان کمک می‌کرد پیشنهاد می‌شود که مداخلاتی با سرفصل‌های حمایتی و آرمیدگی صرف و یا توأم با یکدیگر برای این گروه در نظر گرفته شده و نیز تحقیقاتی در جهت بررسی تاثیر و مقایسه این روش‌ها با سایر روش‌های درمانی، آموزشی از جمله آموزش مدیریت استرس صورت پذیرد.

پیشنهادهات: مطابق با یافته های پژوهشی و با توجه به ضرورت حفظ فرهنگ اسلامی و ایرانی در خصوص نگهداری سالمندان ناتوان در منزل و مراقبت از او از سوی خانواده، پیشنهاد می شود برنامه های پیشگیرانه با بهره گیری از روش مدیریت استرس بطور ادواری روی این مراقبین اجرا شود.

تقدیر و تشکر: از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که دعوت محققان را اجابت کردند و از سرکار خانم حسین خان که جهت انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند تشکر و قدردانی می نمایم.

منابع:

- ادیب حاج باقری، محسن؛ عباسی نیاء، محمد (۱۳۸۸). ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به شکستگی گردن ران با دو ابزار SF ۳۶ و EQ5D. پژوهش پرستاری، ۴، ۱۵، ص ۷۱-۷۹.
- آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل؛ شنایدرمن، نیل (۱۳۸۸). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری. ترجمه آل محمد، سید جواد؛ جوکار، سولماز؛ نشاط دوست، حمید طاهر، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی. چاپ دوم.
- بابایی، مهرزاد (۱۳۸۶). مشکلات اجتماعی خانواده های مراقبت کننده از سالمند ناتوان در شهر کرج. سالمند (مجله سالمندی ایران)، ۲، ۳، ص ۱۷۷-۱۸۱.
- باستانی، فریده؛ حسینی، راضیه السادات؛ بنی اسد، ماه منیر؛ حقانی، حمید (۱۳۸۹). سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر. سالمند (مجله سالمندی ایران)، ۱۷، ۵، ص ۴۳-۵۱.
- بصیری مقدم، کوکب؛ هوشمند، پوری؛ اسماعیلی، حبیب ... (۱۳۸۵). بررسی ارتباط بین نوع شخصیت و نستوهی با سلامتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گناباد. افق دانش (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد)، ۱۲، ۱، ص ۴۷-۵۳.
- تابان، حبیب اله؛ احمدزاده، غلامحسین؛ قاسمی، غلامرضا؛ فرزانه، آرزو؛ کاظمی، مژگان (۱۳۸۴). مقایسه

- شیوع افسردگی در ساکنین خانه سالمندان صادقیه با سالمندان ساکن در شهر اصفهان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، (۷۷) ۲۴. ص ۵۹-۵۵.
- جبل عاملی، شیدا؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۹). اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره پانزدهم، ص ۸۸-۹۷.
- جواهری، راضیه؛ نشاط دوست، حمید؛ مولوی، حسین؛ زارع، محمد (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری به کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۱۳. ۲ (شماره پیاپی ۵۱)، ص ۴۳-۳۲.
- چوبفروش زاده، آزاده؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین (۱۳۸۹). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۴ (۱)، ص ۱۴-۲۱.
- حبیبی سولا، عقیل؛ نیکپور، سغری؛ سیدالشهدایی، مهناز؛ حقانی، حمید (۱۳۸۷). ارتباط کیفیت زندگی با فعالیتهای جسمی در سالمندان. *فصلنامه پرستاری ایران*، ۲۱، ۵۳، ۲۹-۳۹.
- حسامزاده، علی؛ سید مداح، باقر؛ محمدی شاهبلاخی، فرحناز؛ فلاحتی خشکناز، مسعود؛ رهگذر، مهدی (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سراهای سالمندان خصوصی و دولتی شهر تهران (مقاله پژوهشی). *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۱۴، ۴، ص ۷۴-۶۶.
- حمیدی زاده، سعید؛ احمدی، فضل اله؛ اصلانی، یوسف؛ اعمادی فر، شهرام؛ صالحی، کمال؛ کردیزی، رحمت اله (۱۳۸۷). بررسی تاثیر برنامه ورزش گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان در سال ۸۶-۱۳۸۵. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*. ۱۶، ۱، ص ۸۶-۸۱.
- درویش پور کاخکی، علی؛ عابد سعیدی، ژیل؛ دلاور، علی؛ سعیدالذاکرین، منصوره (۱۳۸۸). ابزارهای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان. *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی)*، ۳۳، ۳، ص ۱۶۲-۱۷۳.
- عباسی، علی؛ شمسی زاده، مرتضی؛ آسایش، حمید و همکاران (۱۳۹۲). ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی. *روان پرستاری*، ۱، ۳، ص ۷۱-۶۲.
- محمدی، فرحناز؛ بابایی، مهرزاد (۱۳۹۰). تاثیر مشارکت در گروه های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در مراقبین عضو خانواده " سالمندان مبتلا به آلزایمر. *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۱۹، ۶، ص ۳۷-۲۹.
- محمدی شاهبلاخی، فرحناز (۱۳۸۵). خود کارآمدی و فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در تهران. *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۱۰، ۱.
- مسعودی، رضا؛ سلیمانی، محمد علی؛ هاشمی نیا، علی محمد؛ قربانی، مصطفی؛ حسن پور دهکردی، علی؛

- بهرامی، نسیم (۱۳۸۹). تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده - محور بر کیفیت زندگی سالمندان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۴۱، ص ۶۴-۵۷.
- میرعارفین، مژده؛ شریفی، فرشاد؛ نظری، ندا؛ فخرزاده، حسین؛ قادرپناهی، مریم؛ بادامچی زاده، زهره (۱۳۸۸). آیا ارزیابی مختصر تغذیه ای، شاخص پیش آگهی خوبی برای فعالیت روزانه سالمندان است؟. *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۴، ۱۳، ص ۷-۱۶.
- نشاط دوست، حمید طاهر؛ نیلفروش زاده، محمدعلی؛ دهقانی، فهیمه؛ مولوی، حسین (۱۳۸۸). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلپرسی آرناتا در مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۲، ۲، ص ۱۲۵-۱۳۳.
- همتی علمدارلو، قربان؛ دهشیری، غلامرضا؛ شجاعی، ستاره؛ حکیمی راد، الهام (۱۳۸۸). مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران. *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۳۸، ص ۵۵۷-۵۶۴.
- Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., & et al (2013) Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *JAMDA*, 14, 542e559.
- Brazil, K., Thabane, L., Foster, G., Bedard, M. (2009). Gender differences among Canadian Spousal Caregivers at the end of life. *Health and Social care in the Community*, 17 (2), 159-166.
- Howell, D. (2010). statistical methods for psychology. WADSWORTH cengage learning, 7th edition.
- Karlawish, J. H., Zbrozek, A., Kinoshian, B., Gregory, A., Ferguson, A., Low, D. V., Glick, H. A. (2008) caregivers' [of life in Alzheimer's disease](#), *Alzheimer's and Dementia*, 4, 3, 203-211.
- Lee, M. (2008). caregiver stress and Elder Abuse among Korean family caregivers of older Adults with Disabilities. *J Fam Viol*, 23, 707-712.
- [Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, M., Helder, L., Siegel, S., Klimas, N., Fletcher, M. \(2011\). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 4, 328-334.](#)
- Ron, P. (2009). Daughters as Caregivers of Aging Parents: The shattering Myth, *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 135-153.
- Shu-hui, Y., Johnson, MA., Wang, Sh. (2002). The changes in caregiver burden following nursing home placement. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 591-600.
- Spurlock, WR. (2005). Spiritual wellbeing and caregiver burden in Alzheimer's caregivers, *Geriatrics Nursing*, 26.
- Peters, M., Fitzpatrick, R., Doll, H., Playford, D., Jenkinson, C. (2011). [Does self-reported well-being of patients with Parkinson's disease influence caregivers strain and quality of life?](#) *Parkinsonism & Related Disorders*, Volume 17, Issue 5, 348-352.
- Tsukasaki, K., Makimoto, K., Teruhiko, K. (2008). The impact of sleep on ambulatory blood pressure of female caregivers providing home care in Japan: An observational

study . International Journal of Nursing Studies.45.1730-1721

Yamaki, K., Hsieh, K., Heller, T. (2009).Health Profile of Aging Family Caregivers Supporting Adults With Intellectual and Developmental Disabilities at Home. Intellectual and Developmental Disabilities. 47(6), 425-435.



استناد به این مقاله: صاحب‌دل، حسین؛ اسدی، مسعود؛ شکوری، زینب (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی به مادران بر کاهش رفتارهای پرخطر فرزندان معنادار. پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۶۵-۸۰.

بررسی تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی به مادران بر کاهش رفتارهای پرخطر فرزندان معنادار

حسین صاحب‌دل^۱، مسعود اسدی^۲، زینب شکوری^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۲/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی به مادران بر کاهش رفتارهای پرخطر فرزندان پسر معنادار انجام شد. روش پژوهش نیمه تجربی بود و از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش متشکل بود از کلیه مادران دارای فرزند معنادار پسر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد آفرینش شهر کرج که فرزندان آنها تحت درمان با متادون بودند. نمونه شامل ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند معنادار بود (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) که به روش نمونه گیری از جامعه در دسترس با جایگزینی تصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر آموزش مهارت های ارتباطی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل تحت هیچ مداخله ای قرار نگرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه رفتارهای پرخطر زاده محمدی و احمد آبادی، ۱۳۸۸ بود که فرزندان هر دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، آن را تکمیل کردند. برای تحلیل نتایج از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت های ارتباطی به مادران به طور معناداری رفتارهای پرخطر فرزندان آنها کاهش داده بود ($P < 0/01$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت های ارتباطی به مادران می تواند روش مفید و کارآمدی در جهت کاهش رفتارهای پرخطر فرزندان معنادار باشد. همچنین این نتایج می تواند در زمینه کمک به مشاوران و روان شناسان به منظور مقابله با پدیده اعتیاد متمرثر باشد.

کلیدواژه ها: آموزش مهارت های ارتباطی، رفتارهای پرخطر، مادران دارای فرزند معنادار

^۱. دانشگاه آزاد اسلامی واحد قاینات، pcsahebdel1365@gmail.com

^۲. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه خوارزمی .

^۳. کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی.

مقدمه

مسأله اعتیاد به مواد مخدر، امروزه هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی سنگینی را برای جوامع به همراه آورده است. این پدیده نه تنها برای خود فرد، بلکه برای سایر کسانی که در اطراف او زندگی می‌کنند و همچنین برای جامعه‌ای که فرد در آن قرار دارد، پیامدهای جبران ناپذیر به بار می‌آورد (کیمبرلی و مک‌لن^۱، ۲۰۰۶). ارتباط مصرف مواد و رفتارهای اعتیاد آمیز با سایر مشکلات و انحرافات اجتماعی مانند خشونت خانگی، خودکشی، آسیب زدن به دیگران، تجاوز جنسی، کودک آزاری، طلاق و بیماری‌های واگیر و سایر رفتارهای پرخطر^۲ در بسیاری از پژوهش‌ها مورد تأیید قرار گرفته است (تاپرت و همکاران^۳، ۲۰۰۱؛ سانتلی و همکاران^۴، ۲۰۰۱؛ سامرز و باسکین^۵، ۲۰۰۴؛ سامرز و سامرز^۶، ۲۰۰۶). به طور کلی باید گفت ارتکاب رفتارهای پرخطر از مهم‌ترین پیامدهای اعتیاد- به ویژه در جوانان و نوجوانان - می‌باشد (سانتلی و همکاران، ۲۰۰۱).

رفتارهای پرخطر یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی اجتماعی است که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند و مشکلات گسترده و شدیدی را بر جوامع تحمیل می‌نمایند. علی‌رغم تلاش‌های بسیاری که در دو دهه‌ی اخیر در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به آسیب و خطر رفتارهای پرخطر صورت گرفته است، همچنان با افزایش روزافزون این رفتارها روبرو هستیم (سلیمانی‌نیا، ۱۳۸۴). رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شوند که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد (کارگرگ و گرو^۷، ۲۰۰۳). این گونه رفتارها می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر رشد و سلامتی افراد بجای بگذارد (گازمن^۸، ۲۰۰۷). در بررسی علل رفتارهای پرخطر، شماری از مطالعات به بررسی ارتباط رفتارهای پرخطر با عملکرد خانواده شامل روابط والدین و فرزندان، آزادی در مقابل کنترل، پذیرش و طرد و به طور کلی نحوه ارتباط والدین با فرزندان و ارتکاب فرزندان به رفتارهای پرخطر پرداخته‌اند (سامرز و سامرز، ۲۰۰۶). رادجرز^۹ (۱۹۹۹) در پژوهشی نشان داد که فرایندهای والدینی

^۱Kimberly &McLellan^۲high risk behaviors^۳Tapert &et all^۴Santelli& et all^۵Sommers &Baskin^۶Sommers &Sommers^۷Carr Gregg &Grover^۸Gusman^۹Rodgers

در ارتکاب به رفتار پرخطر جنسی فرزندان مؤثر است. آشبای ویلز و همکاران^۱ (۲۰۰۳) در بررسی تأثیر عامل خانواده بر استفاده از مواد و رفتارهای جنسی نشان دادند که ارتباط گرم و مناسب والدین با فرزندان با مصرف مواد و فعالیت جنسی رابطه معکوس دارد. هینر و هاوول^۲ (۲۰۰۳) در یک مطالعه به بررسی رابطه سبک فرزند پروری ادارک شده و رفتار پرخطر جنسی در بین ۱۱۶۰ جوان پرداختند و مشخص کردند، که ارتباط بین والدین و فرزندان می‌تواند پیش‌بینی کننده رفتارهای جنسی پرخطر در فرزندان باشد. رامراخا و همکاران^۳ (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی مشخص کردند که روابط ضعیف والدین و فرزندان بخشی از همبستگی رفتارهای جنسی پرخطر را تبیین می‌کند. پکهام و لوپز^۴ (۲۰۰۷) در پژوهشی بین ۴۴۱ دانشجو دختر و پسر دریافتند که بین کیفیت و سبک ارتباط والدین و مصرف الکل رابطه معناداری وجود دارد. در ایران نیز خسروی و همکاران^۵ (۱۳۸۶) در پژوهشی نشان دادند که ابعاد مختلف عملکرد خانواده نظیر روابط گرم همراه با پذیرش می‌تواند یک عامل محافظتی فرزندان در رفتارهای پرخطر باشد. زاده محمدی و احمد آبادی^۶ (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان پرداختند و با بررسی ۱۲۰۴ نمونه نشان دادند که بین سبک‌های ارتباطی والدین و رفتارهای پرخطر فرزندان رابطه معناداری وجود دارد. نیک منش و همکاران^۷ (۱۳۸۹) به بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان و جوانان پرداختند و مشخص کردند که بین پذیرش و گرمی والدین و رفتارهای پرخطر فرزندان رابطه معناداری وجود دارد. رحمتی نجارکلایی و همکاران^۸ (۱۳۹۰) در یک مطالعه کیفی با عنوان خانواده و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر نشان دادند که کارکرد ناسالم خانواده، ساختار آسیب‌زای خانواده، هنجارهای خانوادگی مخاطره‌زا، ضعف حمایتی و نداشتن حمایت کافی از سوی خانواده از عواملی هستند که فرد را به سوی رفتار پرخطر سوق می‌دهند.

از آنجا که خانواده جایگاه اصلی شکل‌گیری شخصیت و رفتار افراد است، می‌توان مصرف مواد و پیامدهای آن را در آئینه‌ی روابط خانوادگی جستجو کرد. به عبارت دیگر، هنگامی که یکی از اعضای خانواده مصرف کننده باشد، این مسأله بر کل نظام خانواده تأثیر می‌گذارد (زانگ و چن^۹، ۱۹۹۶). بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از نقش مهم و تأثیرگذار خانواده در پیشگیری از مصرف مواد و همچنین پیشگیری از

^۱.Wills^۲.Huebner&Howel^۳.Ramrakha& et al^۴.Peckham& Lopez^۵.Zhang & Chen

رفتارهای آسیب‌زای ناشی از آن می‌باشد (یو و استیفمن^۱، ۲۰۱۰؛ لین و همکاران^۲، ۲۰۱۱؛ زارعی، ۱۳۸۹). هم چنین مطالعات نشان می‌دهد که روابط مثبت خانوادگی تأثیر زیادی بر پیشگیری از پیامدهای منفی ناشی از اعتیاد یک عضو خانواده و همچنین پیشگیری از تجاوز و خشونت علیه والدین، خشونت علیه دیگران، رفتارهای آسیب‌زا در مدرسه و نشانگان آسیب‌زا در محیط کار دارد (جوزف و باتی^۳، ۲۰۰۴؛ یو و استیفمن، ۲۰۱۰؛ لین و همکاران، ۲۰۱۱). در بسیاری مواقع روابط عاطفی مناسب در خانواده می‌تواند به عنوان عامل پیشگیری از بروز رفتارهای خطرآفرین تلقی شود. افزایش حضور والدین در منزل و تقویت ارتباط عاطفی بین اعضای خانواده نه تنها امنیت روانی فرزندان را تأمین می‌نماید، بلکه می‌تواند به عنوان یک نیروی مهم در پیشگیری از اعتیاد و پیامدهای آن تلقی شود (تیموتی^۴ و همکاران، ۲۰۰۰؛ داکوف^۵ و همکاران، ۲۰۰۱؛ بروک^۶ و همکاران، ۲۰۰۱).

با توجه به تمهیدات یاد شده به نظر می‌رسد در جهت پیشگیری از بروز رفتارهای پرخطر ناشی از اعتیاد و به طور کلی در جهت مبارزه با پدیده اعتیاد در نوجوانان، تغییر در الگوهای ارتباطی خانواده و بهبود مهارت‌های ارتباطی والدین، نقش مؤثری را ایفا نماید. ارتباط تعامل بین حداقل دو انسان می‌باشد و حاصل آن پیامی است که فرستاده و دریافت می‌شود تا هدفی برآورده گردد. توانایی برقراری ارتباط صحیح یکی از مهارت‌های اساسی زندگی اجتماعی است. اهمیت ارتباط در زندگی انسان تاندازه‌ای است که برخی از صاحب‌نظران اساس رشد انسان، آسیب‌های فردی و پیشرفت بشری را در فرایند ارتباط دانسته‌اند (نامدار و همکاران، ۱۳۸۷).

مهارت‌های ارتباطی به رفتارهایی اطلاق می‌شود که به فرد کمک می‌کند عواطف و نیازمندی‌های خود را به درستی بیان کند و به اهداف بین فردی دست یابد. این مهارت‌ها از چنان اهمیتی برخوردارند که نارسایی آنها می‌تواند با احساس تنهایی و اضطراب اجتماعی، افسردگی، عزت نفس پایین و عدم موفقیت‌های تحصیلی و شغلی همراه باشد (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹). برقراری روابط انسانی مناسب برای ارضای نیازهای افراد یک امر ضروری می‌باشد. داشتن روابط سالم و مثبت با دیگران کلید رشد و کمال آدمی است (کایوند و همکاران، ۱۳۸۸). وظیفه اولیه خانواده برقراری ارتباط است. ارتباط روشن و مؤثر بین اعضای خانواده موجب رشد احساسات مثبت و حفظ تعادل روانی می‌شود. هرگاه که

¹. Yu&Stiffman

². Lin & et al

³. Joseph & Bhatti

⁴. Timothy & et al

⁵. Dakof& et al

⁶. Brook & et al

اعضای خانواده از الگوهای ارتباطی مناسب استفاده کنند انتقال پیام به صورت مطلوب اتفاق می‌افتد و نیازهای روانی اعضا به طور مناسب برآورده می‌شود (اولیور و میلر^۱، ۱۹۹۴).

در زمینه ارتباط بین مهارت‌های ارتباطی در خانواده و پیشگیری از رفتارهای پرخطر ناشی از اعتیاد، تاکنون پژوهش‌های متعددی انجام شده است. از جمله، پاپ^۲ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخله در خانواده و کار روی نحوه ارتباط اعضا می‌تواند رفتارهای پرخطر ناشی از مصرف مواد را در نوجوانان به طور معناداری کاهش دهد. در پژوهش لین و همکاران (۲۰۱۱) حمایت خانوادگی و ایجاد محیط مناسب در خانواده به طور معناداری باعث افزایش سلامت روانی معتادان و کاهش آسیب‌های مصرف، در بیماران تحت درمان با متادون شده بود. برخی از پژوهش‌ها نیز حاکی از تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر بروز رفتارهای آسیب‌زا در نوجوانان می‌باشد (داکوف و همکاران، ۲۰۰۱؛ تیموتی و همکاران، ۲۰۰۰؛ بروک و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران نیز، رئیسی (۱۳۸۸) در پژوهشی نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی به طور معناداری رفتارهای پرخطر را در زندانیان کاهش داده بود. فتحی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که خشونت مادران به طور معناداری ابتلا به اعتیاد و پیامدهای آن را در نوجوانان پیش‌بینی می‌کند.

مقابله با پدیده اعتیاد و عواقب ناگوار آن لزوم انجام پژوهش‌های متعدد و توجه به متغیرهای گوناگون اثرگذار در این زمینه را بیش از پیش آشکار می‌سازد. از آنجا که خانواده بستر شکل‌گیری شخصیت افراد بوده و الگوهای ارتباطی حاکم بر آن نقش مهمی در شکل‌گیری رفتار اعضای آن دارد، این پژوهش به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران بر کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان معتمد می‌پردازد. با توجه به هدف یاد شده فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران، رفتارهای پرخطر فرزندان را کاهش می‌دهد. ۲- آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران، میزان راندگی خطرناک، از مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد. ۳- آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران، میزان مصرف الکل، از مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد. ۴- آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران، میزان خشونت، از مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد. ۵- آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران، میزان رفتار جنسی ناامن، از مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر را کاهش

^۱.Oliver & Miller

^۲.Pope & et al

می‌دهد. ۶- آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران، دوستی با جنس مخالف، از مؤلفه‌های رفتارهای پر خطر را کاهش می‌دهد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی بود و از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران دارای فرزند پسر معتاد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد آفرینش شهر کرج بودند که فرزندان آنها تحت درمان متادون قرار داشتند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی استفاده شد. بدین صورت که از بین افراد داوطلب شرکت در جلسات با توجه به ملاک‌های انتخاب از قبیل: سن کمتر از ۶۰ سال، سلامتی جسمانی نسبی (قادر به شرکت در جلسات باشند) و داشتن فرزند پسر معتاد تحت درمان با متادون، ۴۰ نفر انتخاب و از بین آنها ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. همه آزمودنی‌ها در سنین ۳۴ تا ۵۸ سال قرار داشته و میزان تحصیلات آنها بین سیکل تا لیسانس (۱۵ نفر سیکل، ۱۸ نفر دیپلم و ۷ نفر لیسانس) بود. آزمودنی‌ها از نظر طبقه اجتماعی و مکان زندگی همگون بودند (بدین ترتیب که همه آزمودنی‌ها ساکن منطقه حصارک شهر کرج بوده و از نظر وضعیت اقتصادی در طبقه متوسط بودند. میانگین درآمد خانواده‌ها ۸۰۰ هزار تومان بود). لازم به ذکر است که قبل از انجام مداخله به مادران توضیحاتی در زمینه محتوا و هدف پژوهش داده شد. قبل از انجام پژوهش از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. سپس مداخله آزمایشی، در ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه) روی گروه آزمایش اجرا شد. یک هفته پس از اتمام جلسات آموزش، از فرزندان هر دو گروه (طبق دستور پژوهشگران و درخانه توسط مادران) پس‌آزمون گرفته شد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس رفتارهای پر خطر:** این مقیاس توسط زاده محمدی و احمدی (۱۳۸۸) با کمک ابزارهای معتبر و مطرح همچون خطر‌پذیری نوجوانان گالونه و همکاران^۱ (۲۰۰۰) و پرسشنامه سیستم کنترل رفتار پرخطر جوانان^۲ (برنرو همکاران^۳، ۲۰۰۴) و در نظر گرفتن شرایط محیطی و محدودیت‌های اجتماعی جامعه ایران، ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۸ سوال است و هفت دسته

^۱. Gullone & et al

^۲. Youth Risk Behavior Surveillance

^۳. Brener & et al

از رفتارهای پرخطر شامل خشونت، سیگار کشیدن، رانندگی خطرناک، مصرف الکل، مصرف مواد مخدر، رفتار جنسی نا امن و گرایش به جنس مخالف می‌گردد. آزمودنی‌ها مخالفت و موافقت خود را در یک مقیاس پنج گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف بیان می‌کنند. تعداد آزمون کفایت نمونه گیری کایرز- مایر - اولکین^۱ (KMO) برای این مقیاس برابر ۰/۹۵۲ و در سطح بسیار مطلوب بدست آمد و آزمون کرویت بارتلت^۲ از نظر آماری معنادار بود. میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های رانندگی خطرناک، سیگار کشیدن، مصرف مواد، مصرف الکل، خشونت، رابطه جنسی نا ایمن و گرایش به دوستی با جنس مخالف به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۷۸، ۰/۸۳، و ۰/۸۷ بدست آمد (زاده محمدی و احمدآبادی، ۱۳۸۸). لازم به ذکر است که در این پژوهش دو خرده مقیاس مربوط به مصرف مواد مخدر و مصرف سیگار (بدلیل عدم تناسب با نمونه) از پرسشنامه مذکور حذف شده است، و باقی مانده سوالات آن ۲۵ سوال می باشد. جهت تایید روایی مجدد و بررسی اعتبار پرسشنامه اصلاح شده نیز از نظر متخصصین و روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. نمره آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس‌های رانندگی خطرناک، مصرف الکل، خشونت، رابطه جنسی نا امن و گرایش به دوستی با جنس مخالف به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۵۹، ۰/۵۷، ۰/۵۱ بدست آمد.

شرح جلسات

جلسات گروه که برطبق یک برنامه از پیش تعیین شده (برنامه ای که قبل از شروع جلسات آموزش تهیه شده بود) و با استفاده از مبانی نظری و درمانی نظریه ستیر^۳ (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۵؛ دانا و بلوینس^۴، ۱۳۸۵) تنظیم شده بود، توسط پژوهشگران پژوهش حاضر، اجرا گردید. در جدول ۱ خلاصه‌ی جلسات آورده شده است.

جلسه ۱: خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های ارتباطی

جلسه اول: خوش آمد گویی، بیان اهداف، بررسی مسائل و مشکلات موجود و ایجاد محیط مناسب آموزشی. بررسی مفاهیم و تعاریف ارتباط.
جلسه دوم: بررسی نقش ارتباط در زندگی و موانع ارتباطی در خانواده و راه‌هایی که ارتباط نامناسب می‌تواند آسیب‌زا باشد.

^۱.Kaiser-Mayer-Okinmeasure of samplingadequacy

^۲.Bartlett Test of sphericity

^۳.Satir

^۴.Dana & Bloins

جلسه سوم: آموزش راه‌های مؤثر گوش دادن. بررسی نقش استفاده از این تکنیک در حل مشکلات ارتباطی.
جلسه چهارم: ابراز دیدگاه‌های مختلف در مورد روابط و شناسایی نقطه نظرات آزمودنی‌ها در زمینه برقراری ارتباط کارآمد.
جلسه پنجم: بررسی و شناسایی مفهوم کنترل و نقش آن در زندگی، شناسایی تأثیرات کنترل نابجا در رفتار اعتیاد آور.
جلسه ششم: بررسی روش‌ها و اسلوب ارتباط برابر و آموزش نحوه تفکر برنده - برنده در روابط.
جلسه هفتم: بررسی نقش هرفرد در ارتباط دوتایی. کمک به افراد در جهت شناسایی نقشی که در ارتباط دارند. آموزش نحوه تغییر نقش خود در روابط.
جلسه هشتم: مرور جلسات قبل و یادآوری نقش ارتباط در سلامت روان و بهبود خانواده. جمع‌بندی و ختم جلسات.

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه اول پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس یک متغیره^۱ و برای بررسی فرضیه‌های ۲-۶ پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض‌های آن، یعنی مستقل بودن، نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن بررسی شدند. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگورف-اسمیرنف^۲ و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین^۳ استفاده شد. نتایج حاکی از رعایت و برقراری همه پیش فرض‌ها جهت انجام تحلیل کوواریانس بود. از آنجایی که برای فرضیه‌ی اول پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد، نمرات پیش آزمون هر دو گروه مقایسه گردید و نتایج نشان داد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیش آزمون برای متغیر نمره‌ی کلی رفتارهای پرخطر معنادار نیست ($t=0/2341, df=38, P>0/05$). نتیجه آزمون کولموگورف-اسمیرنف و آزمون لوین در جدول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۲: آزمون کولموگورف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	مقدار آماره کولموگورف-اسمیرنف (Z)	سطح معناداری
رفتارهای پرخطر نمره کلی	۰/۵۲۶	۰/۹۴۵
رانندگی خطرناک	۰/۷۸۰	۰/۵۷۷
مصرف الکل	۰/۸۹۵	۰/۳۹۹
خشونت	۰/۸۱۶	۰/۵۱۹
رفتار جنسی ناآمن	۰/۹۶۸	۰/۳۰۵
گرایش به دوستی با جنس مخالف	۰/۸۹۰	۰/۴۰۷

^۱-analysis of covariance

^۲ - Kolmogorov-Smirnov Test

^۳-Levene's Test for Equality of Variances

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند ($P > 0.05$).

جدول ۳: آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها

مقادیر مربوط به آماره لوین		متغیر
P	F	
۰/۸۹۷	۰/۰۱۷	رفتارهای پرخطر نمره کلی
۰/۴۴۳	۰/۶۰	رانندگی خطرناک
۰/۳۴۴	۰/۹۲۰	مصرف الکل
۰/۱۴۹	۲۱/۱۷	خشونت
۰/۳۹۰	۰/۷۵۵	رفتار جنسی نأمن
۰/۱۶۸	۱/۹۷	گرایش به دوستی با جنس مخالف

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار F برای تمام متغیرها به جزء نمره کلی رفتارهای پرخطر معنادار نیست ($P > 0.05$). بررسی شیب رگرسیون‌ها نیز نشان داد که بین گروه‌ها در پیش آزمون تعامل وجود ندارد. پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه یکسانی شیب رگرسیونی، مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌ها در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	رفتارهای پرخطر
SD	M	SD	M		
۷/۱۶	۱۳/۹۵	۹/۱۷	۳۸/۲۰	آزمایش	رفتارهای پرخطر نمره کلی
۹/۱۷	۳۵/۰۵	۸/۴۰	۳۷/۲۵	کنترل	
۲/۹۳	۲/۷۵	۳/۳۹	۹/۳۵	آزمایش	رانندگی خطرناک
۲/۵۰	۸/۸۰	۳/۵۴	۹/۸۰	کنترل	
۳/۰۶	۲/۹۵	۴/۱۰	۸/۳۵	آزمایش	مصرف الکل
۳/۵۲	۶/۷۵	۲/۹۸	۸/۱۰	کنترل	
۱/۹۵	۲/۸۵	۲/۴۹	۸/۸۵	آزمایش	خشونت

۲/۳۳	۷	۱/۷۳	۸/۵۵	کنترل	رفتار جنسی ناآمن
۲/۲۵	۲/۵۵	۲/۱۴	۵/۲۵	آزمایش	
۱/۹۷	۵/۷۵	۱/۹۶	۴/۲۰	کنترل	
۱/۸۹	۲/۸۵	۱/۸۷	۶/۴۰	آزمایش	گرایش به دوستی با جنس مخالف
۲/۴۲	۶/۷۵	۲/۵۸	۶/۵۵	کنترل	

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت بین گروه‌های در متغیر رفتارهای پرخطر کل

متغیرهای پژوهش	SS	df	MS	F	P	مجدوراتا
نمره‌ی کلی رفتارهای پرخطر	۴۴۸۲/۷۵	۱	۴۴۸۲/۷۵	۶۵/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۶۳۹

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر نمره‌ی کلی رفتارهای پرخطر در مرحله پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه بررسی شد. همان‌طور در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین میانگین دو گروه در نمره‌ی کلی رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). این نتیجه بدان معناست که آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران بر کاهش نمره‌ی کلی رفتارهای پرخطر پسران آنها مؤثر بوده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت بین گروه‌های پژوهش در متغیر مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر

ردیف	متغیرهای پژوهش	SS	df	MS	F	P	مجدوراتا
۱	رانندگی خطرناک	۳۲۴/۷۵	۱	۳۲۴/۷۵	۴۳	۰/۰۰۰	۰/۵۶۶
۲	مصرف الکل	۱۵۵/۶۵	۱	۱۵۵/۶۵	۱۵/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۳۱۶
۳	خشونت	۱۷۸/۱۱	۱	۱۷۸/۱۱	۴۲/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۵۶۵
۴	رفتار جنسی ناآمن	۱۲۸/۰۴	۱	۱۲۸/۰۴	۳۲/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۹۶
۵	گرایش به دوستی با جنس مخالف	۱۶۵	۱	۱۶۵	۳۸/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۵۳۹

همان‌طور که نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۶ مشاهده می‌شود، بین میانگین دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون و در مؤلفه‌های رانندگی خطرناک، مصرف الکل، خشونت، رفتار جنسی ناآمن و گرایش به دوستی با جنس مخالف تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). این نتیجه بدان

معناست که آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران گروه آزمایش بر کاهش رفتارهای پرخطر پسران آنها مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نقش تأثیر گذار خانواده در پیشگیری از بروز رفتارهای پرخطر فرزندان، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران بر کاهش رفتارهای پرخطر فرزندان پسر معنادار گردید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران به طور معناداری توانسته است نمره کلی رفتارهای پرخطر و خرده مقیاس‌های آن (رانندگی خطرناک، مصرف الکل، خشونت، رفتار جنسی ناآمن و گرایش به دوستی با جنس مخالف) را کاهش دهد. این یافته به نوعی با مطالعات رادجرز (۱۹۹۹)؛ تیموتی و همکاران (۲۰۰۰)؛ بروک و همکاران (۲۰۰۱)؛ داکوف و همکاران (۲۰۰۱)؛ آشبای و همکاران (۲۰۰۳)؛ هبتر و هاوول (۲۰۰۳)؛ رامراخا و همکاران (۲۰۰۴)؛ پکهام و لویز (۲۰۰۷)؛ پاپو همکاران (۲۰۱۰)؛ لین و همکاران (۲۰۱۱)؛ خسروی و همکاران (۱۳۸۶)؛ احمد آبادی (۱۳۸۸)؛ رئیسی (۱۳۸۸)؛ فتحی و همکاران (۱۳۸۹) و رحمتی نجار کلایی و همکاران (۱۳۹۰) همخوان است. در تبیین احتمالی نتایج بدست آمده باید گفت، در تبیین نتایج بدست آمده باید گفت، خانواده در بین عوامل به وجود آورنده، تداوم بخش، و یا پیشگیری کننده از رفتارهای پرخطر فرزندان نقش عمده‌ای را در این زمینه بر عهده دارد. از طرفی خانواده منشأ شکل‌گیری شخصیت و رفتار افراد بوده و به عنوان اولین نهاد جامعه‌پذیری فرزندان به شمار می‌رود. انسان‌ها در خانواده متولد شده، رشد کرده و در آن نیز می‌میرند. از این جهت می‌توان گفت هر نوع رفتاری که از فرد سر می‌زند، بدون شک در خانواده می‌توان آن را ریشه‌یابی کرد. ساختار خانواده، الگوهای مراوده‌ای خانواده و به طور کلی تعاملات خانوادگی در بروز هرگونه نشانگان رفتاری اعضای آن تأثیر گذار است (زارعی، ۱۳۸۹؛ حیدرنیا و چرخیان، ۱۳۸۶؛ جیل و همکاران^۱، ۲۰۱۰). خانواده همچون مجموعه‌ای منسجم عمل می‌کند که در آن رفتار هریک از اعضا به نوعی به سایرین مربوط می‌شود. هرگاه یکی از اعضای خانواده دچار آسیب شود، این آسیب نه تنها بر رفتار آن عضو بلکه بر عملکرد کل خانواده تأثیرات سوء دارد (بوتلر و بولد^۲، ۲۰۰۵). از طرفی هرگاه یکی از اعضای خانواده رفتار مطلوب‌تری داشته باشد، این رفتار می‌تواند باعث ایجاد تغییر در رفتار سایرین

^۱.Gayle & et al

^۲.Butler&Bauld

شده و آنها را نیز با تغییراتی مواجه سازد (جیل و همکاران، ۲۰۱۰). والدین دارای فرزند معتاد دچار آسیب جدی در ارتباطات شده و الگوی تعامل خانوادگی آنها برهم می‌خورد. در این گونه خانواده‌ها روند معمول و عادی ارتباط جای خود را به یک ارتباط بیمارگونه می‌دهد. از این طریق، چرخه منفی روابط خانوادگی شکل می‌گیرد و این چرخه باعث تقویت رفتارهای تخریبی فرزندان می‌شود. روابط نامطلوب، تقویت‌کننده استرس والدین بوده و از آن سوی استرس والدین نیز آن را تقویت می‌کند (بوتلر و بولد، ۲۰۰۵).

مهارت‌های ارتباطی نقش مؤثری در بهبود رفتار اعضای خانواده داشته و چنانچه اعضای خانواده بتوانند از الگوهای ارتباطی مناسب و کارآمد به نحو شایسته استفاده نمایند، بدون شک در آن خانواده آسیب کاهش می‌یابد (داناو بلوینس، ۱۳۸۵). والدین می‌توانند با آموزش مهارت‌های مناسب جهت ارتباط با فرزندان در جهت سالم سازی محیط خانواده گام بردارند و این امر به نوبه خود موجبات بهبود سلامتی و بروز رفتارهای مطلوب همه اعضا را فراهم می‌کند (کایوند و همکاران، ۱۳۸۸). اگر در خانواده الگوهای ارتباطی تغییر کند، در واقع ساختار آن خانواده نیز تغییر می‌کند. در این حالت، رفتار و نشانگان آشکار شده توسط اعضا شکل جدیدی به خود خواهد گرفت (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۵). در این پژوهش به مادران آموزش داده شد که چگونه با فرزند معتاد خود که به عنوان عامل اصلی آسیب در خانواده به شمار می‌رفت ارتباط سالمی برقرار نموده و متقابلاً بتوانند رفتارهای مطلوب را در یکدیگر ایجاد نمایند. از آنجا که بهبود در عملکرد خانواده و ایجاد تغییرات مثبت در الگوهای برقراری ارتباط، می‌تواند نقش مؤثری در تغییر نشانگان رفتاری فرزندان داشته باشد. منطقی به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران رفتارهای پرخطر فرزندان را اصلاح نماید.

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران، رفتارهای پرخطر فرزندان آنها کاهش دهد. نتایج این تحقیق همچنین نشان می‌دهد، آموزش نحوه ارتباط مؤثر به والدین روش مؤثر و مفیدی در جهت کاهش آسیب‌ها و رفتارهای پرخطر ناشی از اعتیاد فرزندان می‌باشد. این یافته، کاربردهای نظری و عملی را القاء می‌نماید. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر بر نقش تعیین‌کننده مهارت‌های ارتباطی خانواده در کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد تأکید دارد. از طرفی راهگشای پژوهش‌های بعدی در کشف متغیرهای مؤثر بر ایجاد، تداوم و پیشگیری از اعتیاد و پیامدهای آن می‌باشد. در سطح عملی نیز این پژوهش می‌تواند در کشف روش‌های مناسب مداخلاتی در جهت کاهش رفتارهای پرخطر ناشی از اعتیاد مفید و مؤثر واقع شود. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در

جهت کمک به مشاوران و روانشناسان و کسانی که با مسأله اعتیاد و خانواده های اعتیاد سروکار دارند، متمرکز باشد. پژوهش حاضر از محدودیت‌های نیز برخوردار است. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی و محدودیت جامع‌ها اشاره کرد. در پایان، انجام پژوهش‌های بیشتر با این موضوع، در نمونه‌های متنوع‌تر و در سایر فرهنگ‌ها پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به پدران مورد توجه و بررسی قرار بگیرد.

منابع

- حیدرنیا، احمد؛ چرخیان، امیر. (۱۳۸۶). کیفیت رابطه ولی - فرزندی نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی. *مجله رفاه اجتماعی*. ۲۵، ۵۸-۳۹.
- خسروی، زهره؛ کیامنش، علیرضا؛ بنی جمال، شکوه السادات و نیک منش، زهرا. (۱۳۸۶). بررسی کیفی نقش عملکرد خانواده در بروز رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان، *مطالعات روان شناختی*، ۳(۴)، ۶۸-۴۵.
- رئیزی، حسن. (۱۳۸۸). بررسی اثر آموزش مهارت های زندگی بر آگاهی زندانیان گروگان با رویکرد کاهش رفتارهای پرخطر. *مجله اصلاح و تربیت*. ۸۹، ۲۲-۱۴.

- رحمتی نجار کلایی، فاطمه؛ نیکنامی، شمس‌الدین؛ فرمان‌بر، ربیع‌اله؛ احمدی، فضل‌اله و جعفری محمدرضا. (۱۳۹۰). خانواده و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر ایدز: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. ۲۰(۷۷): ۶۹-۸۰.
- زاده محمدی، علی و احمد آبادی، زهره. (۱۳۸۸). بررسی رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان، راهکارهایی برای پیشگیری از جرم در محیط خانواده. *مجله خانواده پژوهی*. ۵(۲۰): ۴۶۷-۴۸۵.
- زارعی، اقبال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزند پروری والدین با ارتکاب نوجوان به رفتارهای پرخطر بر اساس مقیاس کلونینگر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*. ۳(۱۸): ۲۲۴-۲۲۰.
- سلیمانی نیا، لیلا. (۱۳۸۴). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر براساس ابعاد مثبت و منفی سلامت روان در نوجوانان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- فتحی، سروش؛ ثابتی، مریم؛ بهروزنیا، پرستو. (۱۳۸۹). تأثیر خشونت مادران بر اعتیاد فرزندان. *فصلنامه پژوهش اجتماعی*. ۸(۱۴۵-۱۳۱).
- کایوند، فریدون؛ شفیع آبادی، عبدالله و سودانی، منصور. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۴۲، ۱-۲۴.
- گلدنبرگ، ابرونه، و گلدنبرگ، هربرت. (۱۳۸۵). *خانواده درمانی*. ترجمه سیامک. نقشبندی؛ حسن حسین شاهی براواتی و الهام ارجمند. تهران: نشر روان. (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- لوئیس، جودیت، آ؛ دانا، روبرت، ک؛ بلوینس، گرگوری، آ. (۱۳۸۵). *مشاوره با معتادان، رویکردی انفرادی*، ترجمه ابوالفضل خادمی و رسول روشن، تهران: انتشارات رشد.
- نامدار، حسین؛ رحمانی، آزاد؛ ابراهیمی، حسین. (۱۳۸۷). تأثیر الگویی از مهارت‌آموزی بر مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری با بیماری روانی. *مجله آموزش در علوم پزشکی*. ۸(۳۲۳-۳۴۰).
- نیک منش، زهرا؛ خسروی، زهره؛ کیامنش، علیرضا، بنی جمال، شکوه السادات و کاظمی، یحیی. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخطر نوجوانان. *مجله علوم رفتاری*. ۴(۳): ۲۳۹-۲۳۳.
- میرزایی، ام‌البنین؛ واقعی، سعید، کوشان، محسن. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان استرس ادراک شده در دانشجویان پرستاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*. ۲، ۸۸-۹۵.
- Ashbywill, T., Gibbons, X., Gerrard, M., Murry, V.M.B., & Brody, G.H. (2003). Family Communication and Religiosity Related to substance Use and Sexual Behavior in early adolescence: A Test for Pathways self control and Prototype Perceptions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10 (4), 112-119.
- Brener, N D., Kann, L., Kinchen, S. A., Grunbaum, J. A., Whalen, L., Eaton, D., Hawkins, J., & Ross, J. G. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 53(RR-12), 1-13.

- Brook, J. S. Brook, D. W., De La Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E., & Montoya, I. (2001). Adolescent Illegal Drug Use: The Impact of Personality, Family and Environmental Factors. *Behavioral Medicine*, 24 (2): 183-203.
- Butler, R., & Bauld, L. (2005). The parents' experience: Coping with drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(1), 35-45.
- Carr Gregg, M. R. C., & Grover, S. R. (2003). Risk taking behavior of young women in Australia, screening for health risk behaviors. *Medical Journal of Australia*, 178, 601- 604.
- Dakof, G. A.; Tejada, M.; Liddle, H. A. (2001). Predictors of Engagement in Adolescent Drug Abuse Treatment. *Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 40 (3), 274-81.
- Gayle, A. Dakof, A. Jeri, B. Cohen, B. (2010). Randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 263-27.
- Gullone, E., Moore, S., Moss, S., & Boyd, C. (2000). The Adolescent Risk-Taking Questionnaire. *Journal of Adolescent Research*, 15, 231-250.
- Gusman, M., R. (2008). *High risk behavior among youth: Neb guide*, University of Nebraska.
- Huebner, A. J., & Howell, L. W. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual Risk-Taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health*, 33, (2), 71-78.
- Kimberly, J. R., & McLellan, A. T. (2006). The business of addiction treatment: A research agenda. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 213- 219.
- Joseph, E. B., & Bhatti, R. S. (2004). Psychological problems and coping patterns of HIV seropositive wives of men with HIV/AIDS. *Journal of Work Health Care*, 39, 29-47.
- Lin, C. W., Z. & Detels, R. (2011). Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Journal of public health*, 125, 269-274.
- Oliver, J. Miller, S. H. (1994). Couple communication. *Journal of psychology & Christianity*, 2, 151-157.
- Peckham, J. A., & Lopez, A. (2007). College Drinking Behaviors: Mediation Links Between Parenting Styles, Parental Bonds, Depression, and Alcohol Problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 297-306.
- Pope, R. C., Wallhagen, M., & Davis, H. (2010). The social determinants of substance abuse in African American baby boomers: effects of family, media images, and environment. *Journal of Transcult Nurs*, 21, 246-256.
- Ramrakha S, Bell ML, Paul C, Dickson N, Moffitt TE., & Caspi A. (2007). Childhood behavior problems linked to sexual risk taking in young adulthood: A birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(10):1272-9.
- Rodgers, K. B. (1999). Parenting processes related to sexual risk-taking behaviors of adolescent males and females. *J Marriage Fam*, 61:99-109.
- Santelli, J. Robin, L. Brener, N., & Lowry, R. (2001). Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults. *Family Plann Perspect*, 33, 200-205.
- Sommers, I. Baskin, D. (2004). *The Social Consequences of Methamphetamine Use*. New York, NY: The Edward Mellen Press.

- Sommers, A,B. Sommers, I .(2006).The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*. 38, 609-611.
- Tapert, S . Aarons, G. Sedlar, G.,& Brown, S. (2001). Adolescent substance useand sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*. 28, 181-192.
- Timothy. J., Ozechowski; Liddle, H. A. (2000). Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse: Knowns and Unknowns. *Clinical child and FamilyPsychology Review*. 3, 4.
- Yu, M &Stiffman, A,R.(2010). Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents.*Journal of AddictBehavior*.35, 694-699.
- Zhang, Q,Y & Chen, Q.(1996). Study and analysis of the psychologicalstate of immediate family members of IDUs. *Chin J Drug Abuse Prevention and Treatment* . 5, 5-23.



استناد به این مقاله: نیکبخت، الهام؛ عبدخدائی، سعید؛ حسن آبادی، حسین (۱۳۹۲). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش انگیزش تحصیلی و کاهش اهمالکاری تحصیلی دانش آموزان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۲)، ۹۴-۸۱.

اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش انگیزش تحصیلی و کاهش اهمالکاری تحصیلی دانش آموزان

الهام نیکبخت^۱، محمد سعید عبدخدائی^۲، حسین حسن آبادی^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۶/۳۱ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۲۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش انگیزش تحصیلی و کاهش اهمال کاری تحصیلی دانش آموزان بود. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان دختر مقطع متوسطه ناحیه ۵ شهر مشهد بود که در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ حداقل در یکی از دروس خود نمره قبولی نگرفته و برای شرکت در کلاسهای جبرانی ثبت نام کرده بودند. از بین ۱۵۰ دانش آموزی که داوطلبانه به پرسشنامه اهمال کاری تحصیلی سلومون وراث بلوم (۱۹۸۴) و انگیزش تحصیلی دانش آموزی عبدخدائی (۱۳۸۷) پاسخ داده بودند، ۲۰ دانش آموز که بیشترین نمره را از پرسشنامه اهمال کاری و کمترین نمره را از پرسشنامه انگیزش تحصیلی کسب کرده بودند به عنوان حجم نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه روش واقعیت درمانی را دریافت کردند. داده ها با روش تحلیل کواریانس تحلیل شد و نتایج نشان داد که؛ مداخله با واقعیت درمانی به شیوه گروهی به طور معناداری موجب کاهش اهمال کاری تحصیلی گردید اما، بر افزایش انگیزش تحصیلی تاثیر معناداری نداشته است.

کلید واژه ها: واقعیت درمانی، انگیزش تحصیلی، اهمال کاری تحصیلی

^۱. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد.

^۲. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، Abdkhoda@um.ac.ir

^۳. دانشجوی دکتری دانشگاه تهران.

مقدمه:

اهمال کاری تحصیلی^۱ و انگیزش تحصیلی^۲ دانش آموزان به عنوان عوامل پیش بینی کننده کیفیت کار آنها در مدرسه و چگونگی اجتناب یا استقبال از تکالیف محسوب می شود (سمسون و پچی^۳، ۲۰۰۹). به عقیده سولومون و راث بلوم^۴ (۱۹۸۴) در اهمال کاری تحصیلی، مطالعه دروس به آخرین لحظات باقی مانده به زمان امتحان موکول شده و میزان آن نیز کمتر از میزان برنامه ریزی شده است. پژوهش ها به دنبال عوامل موثر بر آن به رابطه بین انگیزش درگیر شدن در تلاش های درسی و اهمالکاری تحصیلی دست یافتند (روساریو، کاستا، نانز و پیندا^۵، ۲۰۰۹). به عبارتی رفتار اهمالکارانه ممکن است نتیجه عوامل انگیزشی باشد و انگیزه اجتناب از مسئولیت، یک جهت گیری عاطفی برای کنار آمدن با برخی موقعیت ها در نظر گرفته می شود. دلایل فرد اهمالکار معمولاً تلاش برای فرار از مسئولیت است (الیس و نال^۶، ۱۳۸۲). از آنجا که هر دو این عوامل (فقدان انگیزش تحصیلی و وجود اهمال کاری تحصیلی) ارتباط نزدیکی با کسب موفقیت تحصیلی دارند، متخصصان درپی درک بیشتری از این عوامل و حل و فصل آنها هستند. اثرات نامطلوب بی انگیزگی و اهمال کاری که خود ناشی از عوامل بسیاری می باشد، آشکار است. از این رو لزوم پرداختن به روش هایی که بتواند در حل این مشکل موثر باشد کاملاً احساس می شود.

رفتار گرایان معتقدند که انگیزش و اهمالکاری با تقویت کننده ها و پاداش های محیطی ارتباط دارند (ادکینز و همکاران^۷، ۲۰۰۵). واقعیت درمانگران انگیزش را در ارتباط با نیازها بررسی می کنند و معتقدند که بی انگیزگی افراد می تواند ناشی از اعتقاد به عدم ارتباط موضوعات مختلف با نیازهایشان باشد (ویلر^۸، ۲۰۰۴). دسی و رایان^۹ (۲۰۰۰) برای بررسی انگیزه دانش آموزان نظریه خودتعیینی^{۱۰} را مطرح می کنند. نظریه شناختی بر این باور است که از طریق راهبردهای متعدد یادگیری می توان در افراد اهمالکار رفتار سازگارانه تر و کارآمدتر را ایجاد نمود و از این طریق به کاهش رفتار تعللی کمک کرد (شهنی ییلاق

¹ Academic Procrastination

² Academic Motivation

³ Simpson & Pychy

⁴ Solomon & Rothblom

⁵ Rosario, Costa, Nunes, Pienda

⁶ Elis & Noul

⁷ Adkins & Romano & Helmick & Wallace & Carey

⁸ Weiler

⁹ Deci & Ryan

¹⁰ self determination

و همکاران، ۱۳۸۵). ژو^۱ (۲۰۰۸) دلیل عمده تعلل را دشواری تکلیف و تنفر از انجام تکلیف می داند و مدعی است انگیزه آنی، نقش مهمی در کاهش رفتار اهمال کاری ایفا می کند و برای کاهش تعلل، ترکیبی از نظریه خودکنترلی و نظریه ارزش انتظار را مورد توجه قرار می دهد. نظریه ناهمگنی نیز برای غلبه بر تعلل تلاش می نماید تا فاصله خود واقعی و خودآرمانی (که در افراد تعللی خیلی زیاد است) را کاهش دهد (شهنی و همکاران، ۱۳۸۵). به اعتقاد کیم^۲ (۲۰۰۸) افراد زمانی بیشترین کاهش انگیزه را دارند که احساس کنند کنترلی بر محیط ندارند و رفتار آنها نمی تواند تغییری در محیط ایجاد کند و انگیزش تاحدودی از این باور که افراد می توانند روی محیطشان اعمال کنترل کنند نشأت می گیرد. مردم معمولاً در تلاش هستند کنترل خود بر زندگی را افزایش دهند. همچنین پنتریج^۳ (۱۳۶۸) معتقد است که رفتارهای مدرسه ای همچون انگیزش و اهمالکاری، تحت تاثیر نگرش به مدرسه به عنوان مکانی راحت یا ناخوشایند است و تجارب عاطفی، عاملی تاثیر گذار بر انجام وظایف مدرسه می باشند.

در میان رویکردهای درمانی مختلف، واقعیت درمانی^۴ بیش از سایر رویکردها برای کار با نوجوانان در محیط های آموزشی شناخته می شود (پروچاسکا^۵، ۱۳۸۱). یکی از مفاهیم عمده در واقعیت درمانی تاکید بر مسئولیت فردی است که از طریق مشاوره یا تدریس به کودکان و نوجوانان کمک می شود تا بتوانند مسئولیت زندگی خود را بپذیرند و از این طریق به طور موثرتری بر زندگیشان کنترل پیدا کنند (استوب و رامبو^۶، ۲۰۰۷). این رویکرد در جهت کمک به کودکان برای برنامه ریزی و متعهد کردن آنها، به برنامه ای که زندگیشان را بهتر خواهد ساخت، سازمان داده شده است. هر وقت مسیر زندگی کودک یا رفتاری که برای حرکت در این مسیر انتخاب می کند به نحو مطلوبی کارساز نباشد، آموزش واقعیت درمانی کمک می کند تا فرد از رفتار کارآمدتر بهره مند گردد (گلرس^۷، ۱۳۸۸). به عنوان نمونه، معلم می تواند به دانش آموزان بفهماند که سخت کوشی و کسب موفقیت در تحصیل برایشان مفید است، و به آنها کمک کند تا حس مسئولیت بیشتری را در موارد مختلف تجربه کنند (پروت و براون^۷، ۱۳۸۳). سنگ بنای اصلی نظریه درمانی گلرس نیز این است که انسان رفتار خود را انتخاب می کند و حتی احساسات نیز با اینکه به طور مستقیم انتخاب نمی شوند اما باز هم برای بودن برگزیده شده اند (وابولدینگ^۸،

¹ Schoo

² Kim

³ Pentreich

⁴ reality therapy

⁵ Prochaska

⁶ Stoebe, J., Rambow, A.,

⁷ Prout & Brown

⁸ Wubbolding

(۲۰۰۴). هدف واقعیت درمانی این است که به مردم آموزش دهد چگونه برای مدیریت زندگی خود انتخاب‌های موثری داشته باشند، و با توسعه توانمندی‌های خود برای مقابله با تنش‌ها و مشکلات زندگی آماده شوند (کیم، ۲۰۰۸).

معلمان جزو اولین گروه علاقمند به نظریه گلسر درباره نظم در کلاس؛ بوسیله آموختن مفهوم نتیجه منطقی رفتار به یادگیرنده بودند. آموزش مفاهیم تئوری انتخاب در کلاس‌های درس، انعطاف‌پذیری در پاسخ به وقایع زندگی را تسهیل می‌کند (وابولدینگ، ۲۰۰۴). به اعتقاد استوب و رامبو (۲۰۰۷) رویکرد واقعیت درمانی از آن دسته رویکردهایی است که می‌تواند در زمره روان‌درمانی‌های مدرسه به حساب آید. در این رویکرد روش‌های مختلفی برای بهبود فضای مدرسه پیشنهاد شده است، مانند نشست‌های کلاسی که در آن بسته به سن دانش‌آموزان در مورد مسائل مختلف آموزشی و اجتماعی با توجه به اصول واقعیت درمانی بحث‌های کلاسی صورت می‌گیرد. تحقیقات نشان می‌دهند که این جلسات می‌تواند به کودکان احساس تعلق ببخشد (بالکس و دورا^۱، ۲۰۰۷). همچنین در واقعیت درمانی روش‌های انضباط آموزشی برای کمک به معلمان در اداره کلاس آموزش داده می‌شود (پروت و براون، ۱۳۸۳). گلسر اظهار می‌دارد که نقش معلم در انضباط باید کمک دائمی به دانش‌آموزان برای انتخاب رفتارهای بهتر باشد (هوات^۲، ۲۰۰۱).

به عقیده هوات (۲۰۰۱) واقعیت درمانی می‌تواند در مدارس راهنمایی و ابتدایی برای دانش‌آموزان به کار برده شود طوری که آنها بتوانند مفهوم انتخاب و مسئولیت را درک کنند. روند درمان، درواقعیت درمانی از دو جریان اصلی ساخته شده است: اول ایجاد یک محیط امن و قابل اعتماد که به فرد در کشف آنچه که واقعا می‌خواهد، کمک کند و منعکس‌کننده آنچه در حال حاضر انجام می‌دهد باشد، و سپس ایجاد یک برنامه جدید جهت برآورده ساختن نیازهای فرد به شکل موثر در آینده (کیم، ۲۰۰۵). در این راستا در واقعیت درمانی سعی بر این است تا به مراجعان کمک شود، امیدها و رویاهای خود را کشف کنند و این شامل تشویق مراجعان برای روشن کردن چیزهایی که می‌خواهند و یا امیدوارند که مشاوره برای آنها فراهم کند می‌باشد (وابولدینگ، ۲۰۰۴). چرا که گاه خود مراجعان نیز به طور دقیق از این موارد آگاهی ندارند و این مسئله در مورد دانش‌آموزان نوجوان که در این دوره معمولاً نوعی احساس سردرگمی را تجربه می‌کنند بسیار بیشتر است. در روند درمان مشخص می‌شود که دانش‌آموز به چه میزان خود را مسئول وضع فعلی می‌داند. مراجع باید مشخص کند تا چه حد حاضر است برای تغییر

^۱ Balkis & Duru

^۲ Howatt

اوضاع تلاش کند. و پس از آن مشخص کند برای رسیدن به این اهداف چه کارهایی را می خواهد انجام دهد. چرا که در واقعیت درمانی مهمترین عامل تغییر رفتار مراجعان تغییر در اعمال خود می باشد که منجر به تغییر در احساس و تفکر هم می شود. در این مرحله برنامه ای برای تغییر مشخص می شود و دانش آموزان متعهد می شوند که برنامه را اجرا کنند. در تمام مراحل درمان درمانگر تلاش می کند مراجع این مسئله را متوجه شود که مسئول تغییر اوضاع، خود اوست و تنها خود او با انتخاب های متفاوت می تواند به نتیجه متفاوت دست یابد. به اعتقاد بارنس و پاریش^۱، (۲۰۰۶) از عوامل اصلی انگیزه یا بی انگیزگی دانش آموزان این است که آنها شکست خود را به عوامل بیرونی مانند بخت و اقبال، بدی معلم، یا به عوامل درونی غیر قابل تغییر مانند توانایی ذهنی نسبت دهند. این عقاید می توانند به کاهش فعالیت و اهمالکاری دانش آموزان منجر شود. تاکید واقعیت درمانی بر ارزیابی رفتار خود و پذیرش مسئولیت برای داشتن موفقیت است که می تواند به اینگونه دانش آموزان کمک کند تا درک کنند که فقط تلاش نکردن باعث شکست آنها شده است و در نتیجه احساس کفایت و کنترل آنها نیز دیگر به آسانی از تجربه های شکست آسیب نمی بیند. مسئولیت پذیری متغیری است که رابطه قابل توجهی را با اهمالکاری و همچنین انگیزش تحصیلی نشان داده است و با افزایش آن اهمالکاری کاهش، و انگیزش تحصیلی افزایش می یابد (آلکسندر^۲، ۲۰۰۷ و کری^۳، ۲۰۱۰).

مفهوم دیگر در واقعیت درمانی، تاکید آن بر روی برآورده شدن نیازهای مراجعین است. طبق نظریه ریان یکی از دلایل بی انگیزگی دانش آموزان عدم ارضای نیازهای خودمختاری، شایستگی و تعلق است این نیازها معادل نیازهای اصلی در نظریه گلسر است، که تاکید می شود افراد تحت هر شرایطی به دنبال راهی برای ارضای این نیازها می باشند (اسماعیلی و اسلامی، ۱۳۸۹). اگر از دانش آموزان انتظار داریم رفتاری را انجام دهند باید متقاعد شوند که آن رفتار به ارضای یکی از نیازهای آنها کمک می کند. اگر دانش آموزان احساس کنند نیازهای آنها در محیط آموزشی برآورده نمی شود در محیط های دیگری آن را دنبال می کنند و یا دست به رفتارهای ناسازگارانه ای مانند اهمال کاری و اجتناب می زنند (برگر^۴ و همکاران، ۲۰۱۱ و شارف، ۱۳۸۶).

^۱ - Barness& Parish

^۲ - Alexander& Onwuegbuzie

^۳ - Carey

^۴ - Berger & Karabenick & Stuart

بنابر این با توجه به ارتباط مفاهیم موجود در رویکرد واقعیت درمانی و کاربرد آن با دانش آموزان و محیط تحصیلی، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی بر افزایش انگیزش و کاهش اهمال کاری تحصیلی دانش آموزان می باشد.

روش :

پژوهش حاضر با توجه به هدف، کاربردی و با توجه به دخالت در به وجود آمدن داده ها شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل می باشد. نمونه آماری این تحقیق از بین دانش آموزان دختر دبیرستانی ناحیه ۵ آموزش و پرورش شهر مشهد که در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ حداقل در یکی از دروس خود نمره قبولی نگرفته و برای شرکت در کلاسهای جبرانی ثبت نام کرده اند، انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه ابتدا آزمون اهمالکاری و انگیزش تحصیلی بر روی ۱۵۰ نفر از دانش آموزانی در یکی از دبیرستان های مرکز تشکیل کلاسهای جبرانی اجرا شد و از کسانی که کمترین نمره های انگیزش و بیشترین نمره های اهمالکاری را کسب کرده بودند خواسته شد به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کنند. از بین داوطلبان ۲۰ نفری به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. قبل از ارائه متغیر مستقل، هر دو گروه آزمایش و کنترل در مورد میزان اهمال کاری و انگیزش ارزیابی شدند. پس از آن گروه آزمایش طی ۸ جلسه در معرض آموزش واقعیت درمانی گروهی قرار گرفتن، و در نهایت از هر دو گروه با پرسشنامه مشابه پس آزمون به عمل آمد. برای اندازه گیری متغیرهای وابسته تحقیق از پرسشنامه انگیزش تحصیلی عبدخدائی (۱۳۸۷) و پرسشنامه اهمالکاری تحصیلی سلومون و راث بلوم (۱۹۸۴) استفاده شد.

پرسشنامه انگیزش تحصیلی (فرم دبیرستانی) عبدخدائی (۱۳۸۷) برگرفته از هشت نظریه انگیزش در آموزش و پرورش (نیاز پیشرفت، انتظار- ارزش، هدف گرایی، انگیزش توانش، خود ارزشی، خود کارآمدی، اسنادی و انگیزش درونی- بیرونی) است. این پرسشنامه دارای ۵۳ سؤال می باشد و بر روی نمونه ۱۱۲۲ نفری از دانش آموزان پسر شاغل به تحصیل در مقطع متوسطه دبیرستان های دولتی نواحی هفتگانه مشهد در سال تحصیلی ۸۵-۸۴، اعتباریابی و هنجاریابی شده است. پایایی این وسیله اندازه گیری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و با استفاده از بازآزمایی ۰/۸۸ به دست آمد. روایی محتوایی با بررسی عبارت های مقیاس به وسیله چندین متخصص روانشناسی تربیتی و روان سنجی و مشاوران تربیتی در آموزش و پرورش مورد تایید قرار گرفت. روایی ملاکی از طریق ضریب همبستگی نمره فرد در مقیاس ساخته شده با میانگین معدل دو سال گذشته وی ۰/۳۳ و ضریب همبستگی نمره فرد در مقیاس ساخته شده

با میانگین نظرات معلم و معاون دبیرستان ۰/۵۶ به دست آمد که شواهدی بر روایی ملاکی است. همبستگی نمره هر سوال با کل آزمون و همبستگی مولفه های سه گانه شواهدی بر وجود روایی سازه است. پرسشنامه اهمالکاری تحصیلی توسط سولومون و راث بلوم (۱۹۸۴) برای بررسی اهمال کاری تحصیلی در سه حوزه ی آماده کردن تکالیف، آمادگی برای امتحان و تهیه گزارش نیم سالی ساخته شد. مقیاس شامل ۲۱ گویه است.

افزون بر ۲۱ سؤال ۶ سؤال نیز برای سنجش دو ویژگی "احساس ناراحتی از اهمال کار بودن و تمایل به تغییر عادت تعلل ورزی" در نظر گرفته شده است. به منظور تعیین پایایی مقیاس اهمال کاری تحصیلی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برابر ۰/۸۶ بود. اونویوج بوزی^(۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ را برای سه مقوله این پرسش نامه به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۷۶ ارائه کرده اند. جوکار و دلاورپور^(۱۳۸۶) به منظور تعیین روایی مقیاس اهمال کاری تحصیلی از روش تحلیل عاملی و همبستگی گویه با نمره کل استفاده کرده اند. در بررسی مقدماتی برای انجام تحلیل عاملی، مقدار (KMO) برابر ۰/۸۸ و همبستگی گویه ها با نمره کل آزمون درسطحی مطلوب و معنادار گزارش شده است. داده های این پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوارینانس مورد بررسی قرار گرفت.

محتوای ۸ جلسه گروه درمانی نیز به شرح زیر بود:

جلسه اول آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر: بیان انتظارات اعضا از گروه، بیان قواعد گروه، مشخص کردن تعداد جلسات و اهداف گروه.

جلسه دوم: ۱- هر یک از اعضا لیستی از کارهایی که گمان می کردند نمی تواند انجام دهند و اهدافی که نمی توانند به آن برسند را تهیه می کنند. ۲- معرفی پنج نیاز اساسی انسان به طور جامع: ما از چه نظر به هم شبیه هستیم و از چه نظر تفاوت داریم؟ (درک اختلافات افراد در میزان اهمیت به هر یک از نیازهایشان). جلسه سوم بررسی تکالیف گذشته: ۱- بررسی این مساله که چه مقدار از آنچه را که در زندگی می خواهید از آن برخوردارید. (از اعضا خواسته می شود که بیان کنند چگونه نیازهای اساسی شان برآورده می شود؟) ۲- چگونه به خودتان کمک می کنید تا آنچه را که واقعا می خواهید بدست آورید. (طرح و برنامه شما برای برآورده کردن نیازهایتان چیست؟).

جلسه چهارم: ۱- برای به دست آوردن آنچه که می‌خواهید چه می‌کنید؟ (آموزش و فهماندن رفتار کلی و انتخاب رفتار خود، ارزیابی توانایی کنترل خویشتن و تقویت جنبه‌های مثبت خود). ۲- وقتی در مدرسه چیزی را که می‌خواهید به دست نمی‌آورید چه پیش می‌آید؟ توصیف و بیان جهان عینی و واقعی ۳- می‌خواهید چه تغییری در وضعیتتان در مدرسه رخ دهد.

جلسه پنجم: ۱- رفتار انسان تحت کنترل درونی است یا بیرونی (بیان و فهماندن مفهوم کنترل درونی و بیرونی) چگونگی کنترل بر رفتار (تهیه فهرستی از رفتارهای تحت کنترل درونی و بیرونی و راهکارهایی برای کنترل بر رفتارها) ۲- آیا زمانی که کاری را در مدرسه به انجام نمی‌رسانید عذر و بهانه می‌آورید؟ توضیح اینکه عذر و بهانه راه دستیابی به اهدافمان نیست.

جلسه ششم: ۱- آیا جاده‌ای که در آن حرکت می‌کنید شما را به جایی که دوست دارید می‌رساند. (بیان و فهماندن چگونگی حرکت به سوی خواسته‌هایمان). ۲- آیا تصویری که از جهان کیفی خود دارید و آنچه در زندگی می‌خواهید واقع‌گرایانه است؟ به آلبوم ذهنی خود که عکس‌هایی را از زندگی دلخواه و اهدافتان دارید نگاه کنید و ببینید که آیا دست‌یافتنی است یا خیر؟ از کجا و چه طور می‌فهمید که شاد و خوشبخت هستید؟ شرکت‌کنندگان باید متوجه شوند که برای ارضای خواسته‌هایشان چه تصمیماتی خوب است؟ کمک به اعضا تا در جهت خواسته‌هایشان گام‌های عملی بردارند.

جلسه هفتم: ۱- بعد از بررسی مطالب جلسات قبل از اعضا می‌پرسیم چه کسی راننده ماشین رفتارشان است. به اعضا کمک می‌شود تا بفهمند آنها خود مسئول ماشین رفتار خود هستند و باید مسئولیت زندگی را بپذیرند. ۲- آیا برای رانندگی در جاده زندگی نقشه راه را به همراه داریم. (لزوم وجود طرح و برنامه‌ای برای حرکت به سوی خواسته‌ها و توجه به اینکه خواسته‌هایمان دست‌یافتنی‌اند یا خیر).

جلسه هشتم: ۱- چه چیزی می‌خواهید که هم‌اکنون ندارید؟ به چه چیزی می‌خواهید دست‌یابید؟ آموزش و فهماندن هدف در زندگی و لزوم داشتن هدف برای خود و آنگاه دعوت به تفکر در خصوص چگونگی دستیابی به آن اهداف. ۲- تهیه برنامه برای خود برای نیل به اهداف بدون آنکه باعث ناکامی دیگران در رسیدن به اهدافشان شویم. برنامه تهیه شده باید مشخص، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع‌گرایانه و دارای زمان بندی مشخص باشد.

یافته‌ها:

به منظور بررسی اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اهمال کاری و افزایش انگیزش تحصیلی دانش آموزان، برای دو گروه آزمایش و کنترل، پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد که نتایج آن در جدول (۱) آمده است:

جدول شماره ۱ آماره های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون اهمالکاری تحصیلی

متغیر	مرحله آزمون	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اهمالکاری تحصیلی	پیش آزمون	کنترل	۱۰	۳۹/۵	۱۳/۰۲
		آزمایش	۱۰	۴۱	۱۱/۴۶
	پس آزمون	کنترل	۱۰	۴۲/۱	۱۰/۳۰
		آزمایش	۱۰	۳۵/۴	۸/۵۶
انگیزش تحصیلی	پیش آزمون	کنترل	۱۰	۱۵۳/۸	۱۳/۰۴
		آزمایش	۱۰	۱۵۲/۲	۱۷/۹۷
	پس آزمون	کنترل	۱۰	۱۴۴/۳	۱۶/۹۸
		آزمایش	۱۰	۱۵۳	۲۰/۴۸

همانگونه که داده های جدول فوق نشان می دهد، میانگین نمرات اهمال کاری تحصیلی آزمودنی های گروه کنترل در پیش آزمون ۳۹/۵ در پس آزمون ۴۲/۱ و میانگین نمرات اهمال کاری تحصیلی آزمودنی های گروه آزمایش در پیش آزمون ۴۱ در پس آزمون ۳۵/۴ بوده است. میانگین نمرات انگیزش تحصیلی آزمودنی های گروه کنترل در پیش آزمون ۱۵۳/۸ در پس آزمون ۱۴۴/۳ و میانگین نمرات انگیزش تحصیلی آزمودنی های گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۵۲/۲ در پس آزمون ۱۵۳ بوده است.

به منظور آزمون معنی داری اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اهمال کاری تحصیلی و افزایش انگیزش تحصیلی دانش آموزان و برای کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کواریانس پس

از رعایت مفروضه هایش همچون رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته و همگنی رگرسیون استفاده شد، که نتایج آن در جدول (۲) آمده است:

جدول (۲): نتایج تحلیل کواریانس تاثیر واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اهمال کاری و افزایش انگیزش تحصیلی دانش آموزان

متغیرها	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	معنی داری
اهمال‌کاری	پیش آزمون	۹۳۵/۶۴۱	۱	۲۳/۴۰۳
تحصیلی	پس آزمون	۲۸۶/۱۹۲	۱	۷/۱۵۸
انگیزش	پیش آزمون	۲۹۹۰/۵۸۹	۱	۱۵/۰۲۶
تحصیلی	پس آزمون	۴۹۹/۸۸۴	۲	۲/۵۱۲

همانگونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های گروه در متغیر اهمال کاری تحصیلی وجود داشت ($F_{(۱۷,۹۱)} = ۷/۱۵۸, p = ۰/۰۱۶$) اما اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های گروه در متغیر انگیزش تحصیلی مشاهده نشد ($F_{(۱۷,۹۱)} = ۲/۵۱۲, p = ۰/۱۳۱$) بنابراین رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اهمال کاری تحصیلی اثر معنی داری داشته اما بر افزایش انگیزش تاثیر معنی داری را نشان نداده است.

بحث:

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اجرای جلسات آموزش واقعیت درمانی گروهی منجر به کاهش معنادار اهمال کاری تحصیلی در دانش آموزان شرکت کننده شده است، اما تاثیر معناداری بر افزایش انگیزش تحصیلی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل ایجاد ننموده است. واقعیت درمانی رویکردی است که توانسته برای مشکلات مختلف مدرسه و مسائل تحصیلی به کار رود و تحقیقات مختلف موثر بودن واقعیت درمانی بر مشکلات مدرسه ای را نشان داده اند. تحقیق کاکیا (۱۳۸۹)

در آموزش مسئولیت پذیری به شیوه واقعیت درمانی در کاهش بحران هویت دانش آموزان موفق بوده است.

شفیع آبادی و همکاران، ۱۳۸۹، تاثیر رویکرد واقعیت درمانی در کاهش اضطراب دانش آموزان را نشان دادند. نتیجه تحقیقات مهربخش (۱۳۸۹) نیز نشان می دهد که مشاوره گروهی با رویکرد گلسر در سازگاری دانش آموزان در حوزه تحصیلی موثر می باشد. همچنین یافته های این پژوهش با پژوهش های الکساندر (۲۰۰۷) و ولدینگ (۲۰۰۴) و هوات (۲۰۰۱) همسو می باشد.

در این رویکرد سعی می شود دلایل و انگیزه های دانش آموزان از رفتارهایشان را درک کرده و به آنها کمک شود تا خود رفتارهایشان را ارزیابی کنند و بررسی نمایند که آیا رفتارشان به نتیجه مورد نظر منجر میشود یا نه؟ این رویکرد در واقع ترکیبی از عقاید وجودی و فنون رفتاری است که در آن تاکید زیادی بر مسئولیت پذیری و احساس کنترل وجود دارد که هر دو از متغیرهای شخصیتی می باشند که رابطه مثبتی با انگیزش و رابطه منفی با اهمال کاری دارند. به عبارتی اگر بتوان دانش آموزان را به این باور رساند که آنها تحت هر شرایطی در نهایت خودشان، مسئول برآورده کردن نیازهایشان هستند شاید بتوان امیدوار بود که آنها اهمیت مسائل مختلف پیرامون خود و از جمله مسائل آموزشی را در ارضای نیازهایشان درک کرده، از اهمال کاری به پرهیزند و انگیزش لازم را کسب کنند.

آن طور که نتیجه این تحقیق نشان داد واقعیت درمانی گروهی توانسته اهمال کاری تحصیلی را کاهش دهد اما در افزایش انگیزش تحصیلی دانش آموزان موفق نبوده است. برای تبیین نتیجه به دست آمده در خصوص کاهش اهمال کاری تحصیلی مهمترین مسئله ای که می توان به آن اشاره کرد این است که به عقیده واقعیت درمانگران رفتار غیرمسئولانه، اساس مشکلات افراد است. رفتار غیرمسئولانه تغییری است که همبستگی مثبت با اهمال کاری دارد.

بر اساس نظریه گلسر انسان ها باید مسئولیت خود را برای تغییر بپذیرند و اگر مراجعان تا به حال دست به اقداماتی زده اند که باعث شده در رسیدن به خواسته های خود شکست بخورند حالا باید دست به اعمال متفاوتی بزنند. در روند واقعیت درمانی مسئله ای که تاکید زیادی بر آن می شود این است که افراد در این شرایط باید به قضاوت اخلاقی درباره درستی یا نادرستی اعمال خود بپردازند. ملاک این قضاوت نیز مفید بودن اعمالشان در ارضای نیازهاست و پس از آن اگر اعمال فعلی خود را در ارضای نیازها ناکارآمد تشخیص دادند باید برای رفتارهای جدیدی که آنها را به اهدافشان برساند، برنامه ای مرحله ای همراه با جزئیات طراحی کنند و به آن پایبند باشند.

تبیینی که برای عدم موفقیت واقعیت درمانی گروهی بر افزایش انگیزش دانش آموزان می‌توان ارائه داد این است که بی‌انگیزگی دانش آموزان در طی زمان طولانی بر اثر متغیرهای مختلفی مانند فقدان عزت نفس، ناخودکارآمدی، عدم خودتنظیمی و یا عدم ارضای نیاز به شایستگی شکل گرفته و برای تغییر این باورها به زمان طولانی تری نیاز است اما برای ایجاد تغییر در صفت اهمال کاری، مسئولیت پذیری، تعهد و تاکید بر داشتن برنامه ای برای رفتارهای جدید که واقعیت درمانی گروهی بر آن متمرکز می‌شود، می‌تواند موثر باشد.

این نکته را نیز باید در نظر داشت که دانش آموزان به لحاظ شناختی به اهمیت و سودمندی انجام فعالیت های آموزشی پی می‌برند اما نمی‌توان انتظار داشت قبل از دیدن بخشی از اثرات مثبت آن در زندگی خود، آن را به عنوان یک باور عمیق ذهنی بپذیرند و برای انجام آن انگیزه لازم را داشته باشند. درواقعیت درمانی تلاش می‌شود با ایجاد مسئولیت پذیری برای انجام رفتارهای جدیدی که به تجربه های موفق منجر می‌شود به ایجاد احساس خودکارآمدی یا به عبارتی هویت موفق کمک شود، اما به عقیده گلسر برای اینکه دانش آموزان بتوانند هویت موفق را تجربه کنند باید ثمرات رفتارهای جدیدی که در گروه به آن متعهد شده اند را مشاهده کنند. آنها باید موفقیت را تجربه کنند تا به احساس متفاوتی نسبت به قبل دست یابند. و همچنین اثر این رفتارها را بر ارضای نیازهای اساسی درک کنند. در آن صورت آنها می‌توانند انگیزش بیشتری برای فعالیتهای مدرسه داشته باشند. بنابراین به نظر میرسد این نتیجه تحت تاثیر کوتاه بودن طول گروه (۸ جلسه) قرار داشته باشد.

چرا که برای مشاهده موفقیت در ارضای نیازهای اساسی و تجربه احساس خودکارآمدی زمان کافی وجود نداشته است علاوه بر این عواملی مانند تاثیرپذیری انگیزش از مسائل مختلف نیز در بدست آمدن این نتیجه موثر است. این تحقیق گروه درمانی های مبتنی بر واقعیت درمانی در سطح مدارس را مفید دانسته و پیشنهاد برگزاری آن را دارد. اهمال کاری و انگیزش تحصیلی هر دو از مشکلات عمده در مدارس است و مداخلات برای بهبود آنها به روش های مختلف انجام شده و تا حدودی موثر بوده است.

منابع

- اسماعیلی، مهدی و اسلامی، فرزانه. (۱۳۸۹). نظریه انتخاب و واقعیت درمانی در مدرسه. مجله مشاور مدرسه. دوره ششم (۳۵-۲۵).
- الیس، آلبرت و نال، ویلیام جیمز. (۱۳۸۲). روان شناسی اهمالکاری؛ غلبه بر تعلل ورزیدن. (مترجم محمد علی فرجاد). تهران: انتشارات رشد.

- پروت، تامپسون و براون، داگلاس. (۱۳۸۳). روان درمانی و مشاوره کودکان و نوجوانان (مترجم حسن فرهی). تهران: انتشارات ارجمند.
- پروچاسکا، نور کراس. (۱۳۸۱). نظریه های روان درمانی. (مترجم یحیی سید محمدی). تهران: انتشارات رشد.
- پنتریچ، پل. (۱۳۸۶). انگیزش در تعلیم و تربیت. (مترجم مهرناز شهرآرای). تهران: نشر علم.
- جوکار، بهرام ودلاورپور، محمد آقا. (۱۳۸۶). رابطه تعلل ورزی آموزشی با اهداف پیشرفت. اندیشه های نوین تربیتی دانشگاه الزهراء. (۸۰-۶۱)
- شفیع آبادی، عبدالله و سدرپوشان، نجمه ودلاور، علی. (۱۳۸۴). تاثیر شیوه واقعیت درمانی به روش گروهی بر کاهش اضطراب دانش آموزان نوجوان دختر. دانش و پژوهش در روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی. شماره بیست و پنجم، (۳۴-۲۱)
- شارف، ریچارد. (۱۳۸۶). نظریه های روان درمانی و مشاوره. (مترجم مهرداد فیروزبخت). تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- شهنی ییلاق، منیژه و سلامتی، سیدعباس و مهرابی زاده، مهناز و حقیقی، جمال. (۱۳۸۵). بررسی شیوع تعلل و تاثیر درمان شناختی رفتاری و مدیریت رفتار بر کاهش آن در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان اهواز. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. سال سیزدهم شماره ۳. (۳۰-۱)
- عبدخدایی، محمدسعید و سیف، علی اکبر و کریمی، یوسف و بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۷). تدوین و هنجاریابی مقیاس انگیزش تحصیلی و بررسی اثربخشی آموزش مهارتهای مطالعه بر افزایش انگیزش تحصیلی. مطالعات تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد (۲۰-۵)
- کاکیا، لیدا. (۱۳۸۹). تاثیر مشاوره گروهی به شیوه واقعیت درمانی بر بحران هویت در دانش آموزان دوره راهنمایی. مجله اصول بهداشت روانی. سال ۱۲ (۱)، (۴۳۷-۴۳۰)
- گلرسر. ویلیام. (۱۳۸۸). مدارس بدون شکست. (مترجم). تهران: نشر رشد.
- مهربخش، عبدالهادی. (۱۳۸۹). اثربخشی مشاوره گروهی بر مبنای نظریه انتخاب گلرسر بر میزان سازگاری دانش آموزان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.
- Adkins. L., Romano. J., Helmick. J., Wallace. T., Carey. L. (2005) Study procrastination, achievement, and academic motivation in web-based and blended distance learning, *Internet and Higher Education* 8, 299-305
- Alexander. E. S., Onwuegbuzie. A. J., (2007) Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy, *Personality and Individual Differences* 42, 1301-1310
- Balkis. M., Duru. E. (2007). The evaluation of the major characteristics and aspects of the procrastination in the framework of psychological counseling and guidance. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 7, 376-385
- Barness. R., Parish T. S., (2006) "Drugs" Versus "Reality Therapy" *International Journal of Reality Therapy* • Spring

- Berger. J. , Karabenick.L ., Stuart . A,(2011). Motivation and students' use of learning strategies: Evidence of unidirectional effects in mathematics classrooms, *Learning and Instruction* 21 , 416-428
- Carey .T .,(2010), Choice Theory and PCT: What are the differences and do they matter anyway?, *International Journal of Reality Therapy*, 21(2), 23-32.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Howatt,W,A. (2001). The Evolution of Reality Therapy to Choice Theory. *International Journal of Reality Therapy*. Vol XXV, Number 1.
- kim J., (2005).Effectivness of reality therapy program for schizophrenic patients,*Journal of Korean Academy of Nursing* Vol. 35, No. 8, 1485 1492
- kim. J.,(2008),Thr effects of a R/Tgroup counselling program on the internet addiction Level and self steem of Internet addiction university students, *International journal of reality therapy*
- Rosario.P.,Costa.M.,Nunes.J., Gonzales. ., -Pienda.J.,(2009), academic procrastination: assossiation with personal,school, and family variables, *The Spanish journal of psychology*
- Schoo. A., (2008). Motivational Interviewing in the Prevention and Management of Chronic Disease: Improving Physical Activity and Exercise in Line with Choice Theory, *International Journal of Reality Therapy • Spring • Vol.XXVII, number 2*
- Simpson W. K., Pychy . T. (2009), Investigating the relation between procrastination, arousal-based personality traits and beliefs about procrastination motivations., *A Personality and Individual Differences* 47 906–911
- Solomon, L. J, & Rothblom, E. D. (1984). Academic procrastination frequency and cognitive behavioral correlates. *Journal of counseling psychology*,31,4,503-509.
- Stoebe. J., Rambow. A., (2007) Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being , *Personality and Individual Differences* 42 1379–1389
- Weiler. A., ,(2004), Information-Seeking Behavior in Generation Y Students: Motivation, Critical Thinking, and Learning Theory*The Journal of Academic Librarianship, Volume 31, Number 1, pages 46–53*
- Wubbolding ,R (2004) A Partial and Tentative Look at the Future of Choice Theory, *Reality Therapy and Lead Management, International Journal for the Advancement of Counselling*, Vol. 26, No. 3, September



استناد به این مقاله: حسین‌زاده ملکی، زهرا؛ مشهدی، علی؛ غنایی چمن آباد، علی؛ سلطانی‌فر، عاطفه؛ محرری، فاطمه؛ حسینی، زهره؛ حسین‌زاده ملکی، هدی (۱۳۹۲). ترکیب آموزش والدینی و آموزش حافظه کاری بر کنش اجرایی بازداری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۲)، ۹۵-۱۱۴.

ترکیب آموزش والدینی و آموزش حافظه کاری بر کنش اجرایی بازداری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی

زهرا حسین‌زاده ملکی^۱، علی مشهدی^۲، علی غنایی چمن آباد^۳، عاطفه سلطانی‌فر^۴، فاطمه محرری^۵، زهره حسینی^۶، هدی حسین‌زاده ملکی^۷

دریافت: ۹۲/۲/۸ پذیرش: ۹۳/۶/۲۹

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش حافظه کاری، آموزش والدینی و ترکیب این دو مداخله بر بازداری کودکان مبتلا به ADHD انجام شده است. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و مقیاس SNAP-IV، CBCL و مصاحبه بالینی، ۳۶ کودک ۶ تا ۱۲ سال مبتلا به ADHD انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مداخله گمارش شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کو واریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت عملکرد کودکان گروه ترکیبی در مقایسه با دو گروه دیگر در آزمون بازداری شناختی معنادار نبود ($P > 0.05$). اما عملکرد کودکان گروه درمان ترکیبی نسبت به دو گروه دیگر در آزمون بازداری رفتاری تفاوت معناداری داشت و حاکی از عملکرد بهتر این گروه بود ($P < 0.05$). همچنین ترکیب درمان آموزش والدینی و آموزش حافظه کاری در بهبود کنش عصب روان شناختی بازداری رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی مؤثرتر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی (ADHD)؛ آموزش والدینی؛ آموزش حافظه کاری؛ درمان ترکیبی؛ بازداری شناختی؛ بازداری رفتاری.

^۱ دانشجوی دکتری دانشگاه تربیت مدرس.

^۲ استادیار دانشگاه فردوسی مشهد mashhadi@um.ac.ir

^۳ استادیار دانشگاه فردوسی مشهد

^۴ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

^۵ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

^۶ کارشناس ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

^۷ دانشجوی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی.

مقدمه

اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی^۱ (ADHD) یک اختلال شایع عصب- رفتاری^۲ و تحولی است (آمبوابونس، آفوه و ایبادین^۳، ۲۰۱۱؛ APA^۴، ۲۰۰۰؛ بارکلی^۵، ۲۰۰۶؛ سادوک و سادوک^۶، ۲۰۰۷). تأثیر ADHD بر کنش‌وری و تحول بهنجار کودکان، مشکلات رفتاری متعددی را ایجاد می‌کند که وجود سایر اختلال‌های همبود بر وخامت این شرایط می‌افزاید (بل^۷، ۲۰۱۱؛ برنارد-برک، سولاک و فیرون^۸، ۲۰۱۱؛ پلیزسکا^۹، ۲۰۰۹؛ سادوک و سادوک^{۱۰}، ۲۰۰۷). ابتلا به ADHD و میزان شدت پیامدهای آن نتیجه تعامل پیچیده عوامل ژنتیکی، محیطی و عصب زیست شناختی است که در این میان متغیرهای عصب زیست‌شناختی و به ویژه نقش نارسایی در کنش‌های اجرایی^{۱۱} حائز اهمیت بسزایی می‌باشد (بارکلی، ۲۰۰۵، ۲۰۰۶).

کنش‌های اجرایی دربرگیرنده فرایند شناختی چندگانه‌ای است که در خدمت رفتارها و اعمال هدفمند هستند (لزاک، هویسن، لورینگ و هانی^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ چان، شام، تولوپلو، و چن^{۱۲}، ۲۰۰۸). در حال حاضر اغلب پژوهش‌گران اعتقاد دارند که مسئولیت کنش‌های اجرایی را نواحی پیشانی و پیش پیشانی مغز بر عهده دارند (بارکلی، ۲۰۰۶؛ جیویا و اسکیو^{۱۳}، ۲۰۰۴؛ فاستر^{۱۴}، ۲۰۰۸). بنابراین تفاوت‌های ساختاری، الگوهای کاهش فعالیت، حجم کم‌تر مغز و خصوصاً سطوح نابهنجار دو انتقال دهنده عصبی دوپامین و نوراپی‌نفرین که همگی به طور ویژه در مناطق پیشانی مبتلایان به ADHD گزارش شده است، منجر به نارسایی در کنش‌های اجرایی گردیده و در نشانه شناسی ADHD سهم می‌باشند (استارک^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۱؛ اسکلمن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۹؛ دیک استین، بنون، کاستلانوس و میلهم^{۱۷}، ۲۰۰۶؛ سیمکن، ویزمن و

¹. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

². neurobehavioral Disorder

³. Ambuabunos, Ofovwe & Ibadin

⁴. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁵. Barkley

⁶. Sadock & Sadock

⁷. Bell

⁸. Barnard-Brak, Sulak & Fearon

⁹. Pliszka

^{۱۰}. executive function

¹¹. Lezak, Howieson, Loring & Hannay .

¹². Chan, Shum, Touloupoulou & Chen

¹³. Gioia & Isquith

¹⁴. Fuster

¹⁵. Stark

¹⁶. Schecklmann

¹⁷. Dickstein, Bannan, Castellanos & Milham

رهاوی^۱، ۲۰۱۰؛ فاستر، ۲۰۰۸؛ نیگ^۲، ۲۰۰۶؛ والرا، فرائونه، موری و سیدمن^۳، ۲۰۰۷). این نارسایی در اغلب مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی مانند مدیریت زمان، سازمان‌دهی، حل مسئله، توجه پایدار، حافظه کاری و بازداری تاثیرگذار بوده است (پاسینی، پالوسیا، آلسانریل، پرفیریو و کراتولو^۴، ۲۰۰۷؛ سوناگا بارک، سرجنت، نیگ و ویلکات^۵، ۲۰۰۸؛ دایتریچ^۶ و همکاران، ۲۰۱۲؛ گوتو^۷ و همکاران، ۲۰۱۰؛ لیوتی، پلزیسکا، هیگینس، پرز و سمرود-کلیکمن^۸، ۲۰۱۰؛ میلر و هینشو^۹، ۲۰۱۱؛ مشهدی و حسین زاده ملکی، ۱۳۹۰؛ مشهدی، تیموری، سلطانی‌فر و حسین‌زاده ملکی، ۱۳۹۰؛ ودکا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۸).

از مهم‌ترین مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی "بازداری" است که به دو صورت شناختی^{۱۱} و رفتاری^{۱۲} مشخص می‌شود (هارنشیفگر^{۱۳}، ۱۹۹۵). بازداری شناختی به توانایی سرکوب توجه به محرک‌های غیر مرتبط، واکنش‌ها و تداعی‌ها اطلاق می‌گردد (دیاک و نارسیمهام^{۱۴}، ۲۰۰۳). بازداری رفتاری نیز معادل کنترل حرکات، خصوصاً رفتارهای واکنشی و نامطلوب می‌باشد (آرون، نقل از دیلون و پیزاگالی^{۱۵}، ۲۰۰۷). نقش نارساکنش‌وری مؤلفه بازداری خصوصاً بازداری رفتاری در ابتلا به ADHD مورد توجه بسیاری از نظریه پردازان این حوزه می‌باشد (بارکلی، ۲۰۰۵؛ سرجنت ۲۰۰۲، ۲۰۰۰؛ سوناگا بارک، ۲۰۰۵؛ هاقس، ویلسون، ترو و امسلی^{۱۶}، ۲۰۱۳). به عنوان مثال کودکان ADHD کم‌تر محرک‌های هدف را تشخیص می‌دهند (اسپرونک، جانکمنو کمز^{۱۷}، ۲۰۰۸)؛ در پاسخ به محرک‌های نه-برو زمان بیش‌تری را صرف می‌کنند، تعداد خطای بالاتری در واکنش نسبت به محرک‌ها نشان می‌دهند و همچنین تصویر برداری کارکردی مغز مشخص ساخته است که کاهش فعالیت کرتکس پیش‌پیشانی در حین انجام تکالیف بازداری در این کودکان مشاهده می‌گردد (ایکساو^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۲).

¹. Simchon, Weizman & Rehavi

². Nigg

³. Valera, Faraoneh, Murray & Seidman

⁴. Pasini Paloscia, Alessandrelli, Porfirio & Curatolo

⁵. Sonaga-Barke, Sergeant & Willcutt

⁶. Dietrich

⁷. Goto

⁸. Liotti, Higgins, Perez & Semrud-Clikeman

⁹. Miller & Hinshaw

¹⁰. Wodka

¹¹. cognitive inhibition

¹². behavioral

¹³. Harnishferger

¹⁴. Deaak & Narsimham

¹⁵. Dillon & Pizzagalli

¹⁶. Hughes, Wilson, Trew & Emslie

¹⁷. Spronk, Jonkman & Kemner

¹⁸. Xiao

بارکلی (۱۹۹۷) صراحتاً هسته اصلی مشکلات مبتلایان به ADHD را نارسایی در بازداری برمی-شمارد. در الگوی وی، ضعف «بازداری رفتاری» در رأس یک سلسله مراتب قرار داشته و منجر به نارسایی در خود نظم جویی، حافظه کلامی و غیرکلامی، سازمان‌بندی مجدد اندیشه، انگیزش و هیجان می‌گردد. بارکلی اعتقاد دارد که کنش‌های اجرایی و بازداری رفتاری، توانایی خود نظم جویی را فراهم می‌آورد و فرد را قادر می‌سازد رفتارارش را کنترل نموده، به پیش‌بینی و مدیریت وقایع بپردازد.

همچنین وی معتقد است که بازداری رفتاری باعث می‌شود پاسخ به یک رویداد با تأخیر ارائه شود و شرایط اعمال نمودن دیگر کنش‌های اجرایی را فراهم می‌نماید (بارکلی، ۲۰۰۶؛ مشهدی، رسول زاده طباطبایی، آزاد فلاح و سلطانی‌فر، ۱۳۸۸).

در حقیقت الگوی بارکلی روابط بین نظام‌های سه‌گانه بازداری، کنش‌های اجرایی و حرکتی را توصیف نموده و نشان می‌دهد که اختلال در این سه نظام، بروز رفتارهای فزون‌کنشی، تکانش‌گری و به طور دیر آیند نارسایی توجه را ایجاد می‌نماید (هاشمی نصرت آباد، محمود علیلو، غلام رستمی و نعمتی سوگلی تپه، ۱۳۸۸؛ مشهدی و همکاران، ۱۳۸۸). از این رو، دست‌یابی به روش‌هایی که بر این مؤلفه به ویژه نوع رفتاری آن موثر واقع گردد در درمان این اختلال از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد.

به منظور درمان کودکان ADHD مداخله‌های دارویی و روانی-اجتماعی متعددی ارائه شده است (پلهام و فابیانو^۱، ۲۰۰۸؛ میلی کاپ^۲، ۲۰۱۰؛ هوزا، کیسر، هارت^۳، ۲۰۰۸). در حیطه درمان‌های روانی-اجتماعی، ارتباط معنادار میان نحوه کنش‌وری خانواده با پیامدها و شدت اختلال باعث گردید تا "آموزش والدینی" بخش حائز اهمیتی از درمان ADHD باشد (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۰۷؛ کیسر، مک‌برنت و پفیفر^۵، ۲۰۱۱؛ موسا و شفیری^۶، ۲۰۰۷؛ مودستولاو، دنفورتو بروکس^۷، ۲۰۰۸؛ هاقس، هدکه، کندال^۸، ۲۰۰۹). کودکان ADHD در مقایسه با دیگر کودکان، رفتارهای نامطلوب بسیاری نشان می‌دهند (مک‌برنت و پفیفر، ۲۰۰۸)؛ والدین آن‌ها به ویژه مادران نیز واکنش‌های مناسبی ارائه نمی‌کنند (بوگلس، لتون و رستیفو^۹، ۲۰۱۰؛ راجرز، وینر، مارتون و تانوک^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ کانینگهام و بویل^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ کانینگهام،

^۱.Pelham & Fabiano

^۲.Millichap

^۳.Hoza, Kaiser & Hurt

^۴.McBurnett & Pfiffner.

^۵.Musa & Shafiree,

^۶.Modesto-Lowe, Danforth & Brooks

^۷.Hughes, Hedtke & Kendall

^۸.Bo'gels, Lehtonen & Restifo

^۹.Rogers, Wiener, Marton & Tannock

^{۱۰}.Cunningham & Boyle

۲۰۰۷؛ یوسفی، سلطانی فر و عبداللهیان، ۲۰۱۱). در نتیجه، راهبردهای نامناسب والدین و رفتارهای نامطلوب کودکان بر یکدیگر تأثیر گذارده و منجر به تداوم و افزایش شدت نشانه‌های اختلال می‌گردد (کانینگهام، ۲۰۰۷؛ لیفور، هارلد و تیر^۱، ۲۰۰۸؛ هاقس و همکاران، ۲۰۰۹).

از این رو، بررسی‌های پژوهش‌گران نشان داد که در مقابل، آموزش‌های والدینی می‌تواند نشانه‌های اصلی ADHD را کاهش دهد (دالی، کرید، اکسانتوپولوس و برون^۲، ۲۰۰۷؛ محرری، شهریور، تهرانی دوست و محمودی قرایی، ۲۰۰۸). همچنین برای بهبود مشکلات رفتاری، روابط دلبستگی، مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلاسی کودک مفید باشد (جرارد و آناستوپولوس^۳، ۲۰۰۵؛ دنفورت، هاروی، یولازک و مک‌کی^۴، ۲۰۰۶؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). علاوه بر این منجر به کاهش شکست‌های تحصیلی، ناکامی، انتقاد و تصحیح رفتاری در کودک گشته در نتیجه عزت نفس و خلق آن‌ها را نیز بهبود ببخشد (بارکلی، ۲۰۰۶). امروزه یافته‌های پژوهشی آموزش والدینی را به عنوان درمانی مبتنی بر شواهد تایید می‌نماید (پلهام و فابیانو، ۲۰۰۸).

روش "آموزش حافظه کاری" نیز نوع دیگری از درمان‌های ADHD است که مبتنی بر اثبات نارسایی کنش‌های اجرایی در ADHD می‌باشد (بیدرمن^۵ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ترانی^۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ راپورت^۷ و همکاران، الف ۲۰۰۸؛ راپورت، کفلر^۸، آلدerson و ریکر، ب ۲۰۰۸؛ لیوتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ مارتینوسن، هیدن، هگ - جانسن^۹ و تانوک، ۲۰۰۵). حافظه کاری^{۱۰} مؤلفه ایست که وظیفه ذخیره نمودن و دستکاری اطلاعات را اجرا می‌نماید (بدلی^{۱۱}، ۲۰۰۷). نقش نارساکنش‌وری حافظه کاری در ADHD طی نظریه‌های بارکلی (۲۰۰۵) و راپورت و همکاران (۲۰۰۹) مطرح گردید و پژوهش‌های متعددی این ارتباط را تایید نمودند (بروکی، رندال، بهلین و کرنز^{۱۲}، ۲۰۰۸؛ سودرکوئیست^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰؛ علیرضایی مطلق، مرادی و فرزاد، ۱۳۸۷؛ راپورت و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلینگبرگ^{۱۴}، ۲۰۱۰؛ مارتینوسن و همکاران،

¹. Liffore, Harold & Thapar

². Daly, Creed, Xanthopoulos & Brown

³. Gerrard & Anastopoulos

⁴. Harvey, Ulaszek & McKee

⁵. Biederman

⁶. Trani

⁷. Rapport

⁸. Kofler, Alderson & Raiker

⁹. Martinussen, Hayden & Hogg-Johnson

¹⁰. Working memory

¹¹. Baddeley

¹². Brocki, Randall, Bohlin & Kerns

¹³. Söderqvist

¹⁴. Klingberg

۲۰۰۵؛ مشهدی و حسین‌زاده ملکی، ۱۳۹۰؛ ویلکات، دوئل، نیگ، فرائونه و پنینگتون^۱، ۲۰۰۵). از این رو، تأثیر آموزش حافظه کاری بر ADHD مورد توجه پژوهش‌گران واقع شد و مشخص گردید که می‌تواند بهبود حافظه کاری را فراهم آورد (کلینگرگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ هلمز، گترکول و دانیگ^۲؛ ۲۰۰۹). همچنین حتی بر فعالیت بخش عقده‌های پایه‌ای و تراکم گیرنده‌های دوپامین نیز بیافزاید و منجر به منعطف سازی راه‌های شبکه عصبی مرتبط با حافظه کاری گردد (کلینگرگ، ۲۰۱۰).

علاوه بر این، پژوهشگران به این یافته نائل آمدند که آموزش حافظه کاری می‌تواند نه تنها بر بهبود این مؤلفه بلکه بر سایر مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی و دیگر عوامل دخیل در سبب شناسی ADHD نیز موثر واقع گردد (السن، وستربگ^۳ و کلینگرگ، ۲۰۰۴؛ دوارته^۴ و همکاران، ۲۰۱۲؛ کلینگرگ، ۲۰۱۰؛ وستربگ و کلینگرگ، ۲۰۰۷). در این میان پژوهش کلینگرگ و همکاران (۲۰۰۵) به طور ویژه نشان داد که ارائه چنین آموزش‌هایی در مورد کودکان ADHD، علاوه بر کاهش نشانه‌های اختلال با بهبود عملکرد در مؤلفه بازداری که هسته اصلی این اختلال محسوب می‌گردد نیز همراه بوده است و آموزش حافظه کاری تا حد مناسبی اتخاذ تصمیمات پر مخاطره در مبتلایان ADHD را کاهش می‌دهد. البته برخی پژوهش‌ها نیز چنین یافته‌ای را مورد تردید قرار داده‌اند که از آن جمله مطالعات ثورل^۵ و همکاران (۲۰۰۸) و رودا^۶ و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشند به طور کلی نتایج پژوهش‌های متعدد به منظور درمان این اختلال از تأثیرات آموزش حافظه کاری به عنوان شیوه‌ای با پشتوانه پژوهشی کافی حمایت می‌نماید (شیپستد، ردیکو انگل^۷، ۲۰۱۲؛ کلینگرگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کلینگرگ، ۲۰۰۲، ۲۰۰۹، ۲۰۱۰؛ هلمز، گترکول و دانیگ^۸، ۲۰۰۹؛ ویت^۹، ۲۰۱۱).

به دلیل تعدد روش‌های ارائه شده پژوهش‌هایی به منظور بررسی موثرترین روش درمانی صورت گرفته‌اند. یافته‌های این مطالعات تأثیر ترکیب شیوه‌های درمانی را بسیار ثمربخش‌تر از سایر روش‌ها دانسته‌اند. بدین منظور پژوهش‌های مختلفی رویکردهای ترکیبی متعددی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند (اسماعیلی، بحرینیان و هاشمیان، ۱۳۸۴؛ خوشابی، قدیری، جزایری، ۱۳۸۵؛ پلهام و فایانوی، ۲۰۰۸؛

^۱. Doyle, Nigg, Faraone & Pennington

^۲. Holmes, Gathercole & Dunning

^۳. Olesen & Westerberg

^۴. Duarte

^۵. Thorell

^۶. Rueda

^۷. Shipstead, Redick & Engle

^۸. Holmes, Gathercole & Dunning

^۹. Witt

سیمسون، یونگ و مورفی^۱، ۲۰۱۱؛ مشهدی، ۱۳۸۸؛ ونس، وینتر، رنیه^۲، ۲۰۱۲؛ با این حال تاکنون اثربخشی درمان ترکیبی آموزش والدینی و «آموزش حافظه کاری» که هر دو شیوه، از حمایت پژوهشی قابل توجهی برخوردار می‌باشند، بر بهبود مؤلفه بازداری که عاملی اساسی در سبب شناسی این اختلال می‌باشد مورد پژوهش قرار نگرفته بود. از این رو این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی این درمان ترکیبی نوین بر بهبود بازداری شناختی و رفتاری کودکان ADHD انجام گرفت.

روش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون بود جامعه آماری پژوهش حاضر را کودکان ۶ تا ۱۲ سال (پایه اول دبستان تا اول راهنمایی) مبتلا به ADHD شامل می‌شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۶ کودک از میان مراجعان کلینیک ویژه بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا مشهد برای اجرای این آزمون انتخاب شدند. بر اساس تفاوت جنسیتی در ابتلا به ADHD، بیش‌ترین فراوانی در هر سه گروه درمان این پژوهش نیز شامل پسران بودند (۳۱ پسر و ۵ دختر). میانگین سنی گروه درمان ترکیبی (M= ۱۰۹، SD= ۵،۴۸)؛ آموزش حافظه کاری (M= ۱۱۳، SD= ۵،۹۴) و گروه آموزش والدینی (M= ۹۸، SD= ۵،۷۱) بود. فرآیند اجرا بدین صورت بود که پس از تشخیص روان-پزشک، مقیاس SNAP-IV و CBCL به وسیله مادر تکمیل می‌شد، هم‌زمان آزمون هوش و کسلر ویرایش چهارم، با هدف همسان‌سازی گروه‌ها از نظر هوشی و ارزیابی کودک جهت عدم ابتلا به ناتوانی‌های هوشی، انجام گرفت، سپس با استفاده از جایگزینی تصادفی، شرکت کنندگان در سه گروه پژوهشی قرار می‌گرفتند: ۱) گروه آموزش والدینی شامل ۱۲ تن از مادران؛ ۲) گروه آموزش حافظه کاری که از ۱۲ کودک ADHD تشکیل می‌شد و ۳) گروه ترکیبی که عبارت بود از ۱۲ کودک به همراه مادرانشان. در این گروه کودکان تحت آموزش حافظه کاری قرار داشتند و مادران نیز به صورت هم‌زمان در درمان آموزش والدینی شرکت داشتند.

مادران این کودکان در سنین جوانی تا میان‌سالی قرار داشته و حداقل تحصیلات ان‌ها سیکل بود. قابل ذکر است که شرکت کنندگان هر سه گروه از درمان دارویی استفاده می‌نمودند. آموزش

^۱ Simpson, Jung & Murphy

^۲ Vance, Winther & Rennie

والدینی بر اساس الگوی بارکلی، طی هشت جلسه انفرادی و یک‌ساعته در هر هفته برگزار می‌شد. مباحث آموزشی دارای ۱۰ گام بود:

گام ۱: آشنایی با برنامه و مروری بر ADHD

گام ۲: فهم روابط والد-فرزند

گام ۳: بهبود مهارت‌های توجه مثبت

گام ۴: توسعه مهارت‌های توجه مثبت و بهبود پذیرش کودک

گام ۵: ایجاد نظام اقتصاد کوپنی در خانه

گام ۶: اضافه نمودن هزینه پاسخ

گام ۷: استفاده از تایم اوت

گام ۸: مدیریت رفتار در مکان‌های عمومی

گام ۹: مسائل مدرسه و ایجاد آمادگی برای خاتمه

گام ۱۰: جلسات ارتقا

آموزش حافظه کاری کودک، طی هشت جلسه انفرادی و دو نوبت در هفته برگزار می‌شد. این فرآیند از طریق ارائه راهبردها و بازخورد از سوی درمان‌گر و پاداش‌های صوتی و تصویری برنامه مبتنی بر رایانه تقویت می‌شد.

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از ابزارهای زیر استفاده شد:

- **مقیاس درجه بندی SNAP-IV** از یک فرم واحد جهت والدین و معلمان تشکیل شده است که از ۱۸ سوال آن ۹ سوال به منظور شناسایی زیر نوع ADHD-I و ۹ سوال دیگر جهت تشخیص زیر نوع ADHD-H به کار می‌رود؛ هر سوال از ۰ تا ۳ نمره دهی می‌گردد (هرگز = ۰، بعضی اوقات = ۱، اغلب = ۲، همیشه = ۳)؛ نمره کل آزمودنی بر ۱۸ و برای هر زیر نوع بر ۹ تقسیم می‌شود. نقطه برش بر اساس میانگین و واحد ۱,۶۵ انحراف استاندارد تعیین گردیده است (سوانسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ بوسینگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش صدرالسادات و همکاران (۱۳۸۶) نقطه برش کل مقیاس و در زیر ریخت‌های غلبه با ADHD-I و ADHD-H به ترتیب ۱,۵۷، ۱,۱۱ و ۱,۹۰ می‌باشد. این مقیاس از اعتبار و روایی مناسب بوده و ضریب آلفای کرنا کل آزمون ۰۰/۹۷ و برای زیر نوع‌ها ۰/۹۰ و ۰/۷۶ است (بوسینگ و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین صدرالسادات و همکاران (۱۳۸۶) ضریب اعتبار آزمون را در کودکان ایرانی با استفاده از

^۱. Swanson

^۲. Bussing

شیوه‌های باز آزمایی، آلفای کرنباخ و ضریب دو نیمه کردن به ترتیب ۸۲٪، ۹۰٪ و ۷۶٪ گزارش نموده‌اند. این مقیاس در پژوهش حاضر به منظور تشخیص ADHD کودکان مورد استفاده قرار گرفت.

▪ **سیاهه رفتاری کودک^۱ (CBCL)** برای سنین ۶-۱۸ سال توسط والدین کودک و بر اساس وضعیت آزمودنی در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌شود. این فرم دارای سه قسمت است: الف) اطلاعات جمعیت شناختی؛ ب) مقیاس‌های شایستگی و کنش‌وری سازشی و ج) مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و DSM. پاسخ‌ها به صورت ۰ = نادرست، ۱ = تا حدی، ۲ = کاملاً یا غالباً درست، امتیاز دهی می‌گردد. ضریب کلی اعتبار^۲ این فرم ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است، روایی آزمون نیز مطلوب می‌باشد (آخنباخ و رسکولار^۳، ۲۰۰۷). ضرایب آلفای مقیاس‌های شایستگی و کنش انطباقی در هر سه فرم مقیاس بین ۰/۹۱ تا ۰/۶۵، ضرایب آلفای مقیاس‌های مبتنی بر DSM هر سه فرم اکثراً رضایت بخش و مطلوب بوده و در دامنه‌ای بین ۰/۹۲ - ۰/۶۲ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرنباخ زیر مقیاس مشکلات مربوط به ADHD در هر سه فرم نیز بین ۰/۹۲ - ۰/۷۸ بود (مینایی، ۱۳۸۵). سیاهه رفتاری کودک در این پژوهش جهت تشخیص اختلال مورد استفاده قرار گرفت.

▪ **مصاحبه‌های بالینی** جهت سنجش ابعادی در زمینه ADHD با توجه به نوع هدف، ساختار و منبع جمع‌آوری اطلاعات می‌تواند متفاوت باشند (آناستاپولوس و شلتون، ۲۰۰۲)؛ در این پژوهش مصاحبه به صورت نیمه ساخت دار توسط پزشک فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان انجام شد.

▪ **آزمون واژ-رنگ استروپ** این آزمون در سال ۱۹۳۵ توسط رایدلی استروپ تدوین گردید. امروزه انواع دیگری از آن با هدف اندازه‌گیری کنش‌های اجرایی به ویژه بازداری شناختی به کار می‌رود (لزاک و همکاران، ۲۰۰۴؛ هوماک^۴ و ریسو^۵، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر از نسخه رایانه‌ای آزمون استفاده شد (خدادادی، مشهدی و امانی، ۱۳۸۸ ب). فاصله ارائه محرک در این ویرایش ۸۰۰ میلی ثانیه و مدت زمان ارائه هر یک از متغیرها ۲۰۰ میلی ثانیه (۲ ثانیه) بود. در نخستین تمرین آزمون کودک می‌بایست با دیدن هر یک از دایره‌های رنگی، کلیدی را که برچسب هم‌رنگ آن دایره را دارد بر روی صفحه کلید فشار دهد. در دومین تمرین می‌بایست بدون در نظر گرفتن معنی واژه‌ها کلید مطابق با رنگ هر واژه‌ای را که می‌بیند فشار دهد. با اتمام تمرینات آزمودنی وارد مرحله اصلی می‌شود که مشابه تمرین دوم است، در این

^۱. Child Behavior Checklist (CBCL)

^۲. reliability

^۳. Achenbach & Rescorla

^۴. Homak

^۵. Ricco, C. A.

قسمت فرد ۴۸ کلمه رنگی همخوان و ۴۸ کلمه رنگی ناهمخوان را مشاهده می‌کند که با جای دهی تصادفی به صورتی متوالی بر روی صفحه ظاهر می‌شوند؛ تکلیف آزمودنی انتخاب رنگ مشابه با رنگ هر واژه است. در این آزمون تعداد خطاها، محرک‌های بدون پاسخ، تعداد پاسخ‌های صحیح، زمان واکنش و نمره تداخل (حاصل تفاضل زمان واکنش به محرک‌های ناهمخوان و زمان واکنش به محرک‌های همخوان) ثبت و لحاظ می‌گردد. اعتبار این آزمون از طریق باز آزمایی در دامنه‌ای از ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (لزاک و همکاران، ۲۰۰۴).

▪ **آزمون برو- نه- برو:** با هدف سنجش بازداری رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد (ودکا و همکاران، ۲۰۰۷). این آزمون شامل دو دسته محرک هم خوان و ناهمخوان می‌باشد که آزمودنی باید به دسته‌ای از این محرک‌ها پاسخ دهد (همخوان) و از پاسخ‌دهی به دسته دیگری از محرک‌ها (ناهمخوان) اجتناب ورزد. ناتوانی در بازداری مناسب یا خطای ارتکاب در این آزمون با پاسخ حرکتی در هنگام ارائه محرک غیر هدف روی می‌دهد. در فرآیند ارائه محرک‌ها تعداد محرک‌های go بیش‌تر از not to go می‌باشد به همین دلیل آزمودنی آمادگی بیش‌تری برای پاسخ به این محرک‌ها دارد (جانستون^۱، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر این آزمون به صورت رایانه‌ای و با استفاده از نرم افزار سوپرلب^۲ ویرایش چهار ساخته شد. در این آزمون محرک go شکل هندسی مثلث بود که در بین دیگر اشکال هندسی (not to go) در وسط صفحه مانیتور به مدت ۵۰۰ میلی ثانیه ارائه می‌شد و آزمودنی باید با دیدن آن هر چه سریع‌تر کلید space را فشار دهد. در زمان اجرای آزمون، ابتدا چند کوشش به صورت تمرینی ارائه می‌شود تا آزمودنی نسبت به آزمون و جایابی کلید پاسخ، آشنایی لازم را به دست آورد و سپس ۱۰۰ کوشش اصلی آغاز می‌گردد که ۷۰ مورد از آن‌ها محرک go بود. در نمره گذاری این آزمون کلیه پاسخ‌ها و زمان واکنش آزمودنی‌ها ثبت و لحاظ می‌گردد. بر اساس مطالعه قدیری و همکاران (۱۳۸۵) اعتبار این آزمون نیز ۰/۸۷ گزارش شده است.

▪ **نرم‌افزار آموزش حافظه کاری** نرم افزاری رایانه‌ای است که توسط خدادادی و همکاران (۱۳۸۸ ب) با استفاده از رویکرد بدلی (۲۰۰۷) در تبیین حافظه کاری و مؤلفه‌های آن ساخته شد. در این نرم افزار مشابه با نسخه انگلیسی که توسط شرکت کاک مد^۳ تهیه شده در قالب یک بازی رایانه‌ای تمرینات متنوع جهت بهبود حافظه کاری شنیداری و دیداری ارائه می‌شود.

^۱. Johnson

^۲. Superlab

^۳. Cogmed

یافته‌ها

به منظور بررسی تفاوت اثربخشی سه درمان (ترکیبی آموزش حافظه کاری / آموزش والدینی، آموزش حافظه کاری و آموزش والدینی به تنهایی) بر بازداری شناختی و بازداری رفتاری کودکان ADHD از تحلیل کو واریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج توصیفی و استنباطی مربوطه در زیر گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد عملکرد آزمودنی‌های سه گروه در مؤلفه‌های آزمون استروپ

آموزش والدینی		آموزش حافظه کاری		گروه درمان ترکیبی		آزمون استروپ	
SD	M	SD	M	SD	M		
۱۵/۳۲	۳۴/۱۷	۲۲/۶۷	۲۳/۵۸	۲۰/۰۷	۱۲/۱۷	صحیح	هم خوان
۲۶/۲۸	۱۳/۷۵	۳۰/۴۶	۲۹/۱۷	۲۲/۶۹	۳۷/۸۳	پاسخ غلط	
۶/۸۹	۵/۹۲	۱/۷۱	۱	۱/۵۰	۱/۰۸	پاسخ نداده	
۵۱۵/۳۳	۱۰۶۸/۷۵	۵۶۹/۴۷	۵۷۴/۷۵	۳۶۶/۲۳	۲۰۲/۵۰	زمان واکنش	
۲۳/۴۶	۴۰/۶۷	۲۰/۹۴	۲۳/۴۲	۲۰/۱۳	۱۲/۰۸	صحیح	ناهم خوان
۱۷/۴۴	۱۰/۳۳	۳۱/۷۰	۳۰/۹۲	۲۳/۴۶	۳۹/۳۳	پاسخ غلط	
۵/۸۰	۵/۸۳	۸/۱۱	۴/۵۰	۲/۴۱	۱/۸۳	پاسخ نداده	
۴۰۳/۵۳	۱۱۷۱/۰۸	۶۲۴/۹۳	۶۱۹/۳۳	۴۰۲/۶۱	۲۱۱/۰۸	زمان واکنش	
۹۹/۶۶	۱۳/۲۵	۵۳/۶۹	۵۸/۰۸	۵۴/۰۵	۳۳/۱۷	نمره تداخل	

همان گونه که مشاهده می‌شود، جدول شماره ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌های سه گروه در کنش بازداری شناختی، که از طریق آزمون استروپ به دست آمده است را نشان می‌دهد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل کو واریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. با بررسی آزمون هم‌سانی خطای واریانس‌های لوین، نتایج این آزمون معنادار نبود ($P > 0.05$)؛ این موضوع حاکی از آن است که واریانس خطا، بین تمام سطوح متغیر گروه یکسان است. بنابراین استفاده از تحلیل کو واریانس چند متغیری برای آزمون این فرضیه منطقی به نظر رسید (می پرس^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج این تحلیل نشان داد که بین سه گروه درمانی در بهبود کنش اجرایی بازداری شناختی، تفاوت معناداری

^۱. Meyers

وجود نداشت ($P > 0/05$ ، $F_{(18, 32)} = 1/06$ ، لامبدای ویلکز). به دلیل عدم وجود تفاوت معنادار جدول اثرات بین آزمودنی‌ها گزارش نگردید.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد عملکرد آزمودنی‌های سه گروه در مؤلفه‌های آزمون برو-نه-برو

آزمون	گروه درمان ترکیبی		آموزش حافظه کاری		آموزش والدینی	
	SD	M	SD	M	SD	M
پاسخ صحیح برو	۵۷	۵/۳۶	۵۱/۷۵	۵/۰۸	۵۲/۳۳	۸/۲۵
پاسخ غلط برو	۱۳	۵/۳۶	۱۷/۴۲	۵/۴۰	۱۷/۶۷	۸/۲۵
پاسخ صحیح نرو	۲۱/۶۷	۳/۸۲	۱۸	۴/۵۹	۱۸/۳۳	۴/۸۹
پاسخ غلط نرو	۸/۳۳	۳/۸۲	۱۲	۴/۵۹	۱۱/۶۷	۴/۸۹
زمان واکنش صحیح	۴۳۴/۳۳	۴۷/۰۷	۴۵۶/۸۳	۴۴/۱۳	۴۶۰/۶۷	۵۶/۵۱
زمان واکنش خطا	۳۲۴/۰۸	۱۰۰/۷۶	۳۸۴/۱۷	۱۲۸/۰۳	۴۰۳/۰۸	۷۹/۸۶

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌های سه گروه درمانی، در بازداری رفتاری که از طریق آزمون برو-نه - برو به دست آمده است را نشان می‌دهد. با بررسی آزمون هم‌سانی خطای واریانس‌های لوین، مشخص گردید که نتایج حاصل از این آزمون معنادار نمی‌باشد ($P > 0/05$)؛ در نتیجه واریانس خطا، بین کلیه سطوح متغیر گروه یکسان است. بنابراین آزمون این فرضیه با استفاده از تحلیل کو واریانس چند متغیری انجام گرفت (می یرس و همکاران، ۲۰۰۶).

نتایج تحلیل کو واریانس چند متغیری نشان داد که بین سه گروه درمانی، در بهبود بازداری رفتاری، تفاوت معناداری وجود داشت ($P > 0/05$ ، $F_{(5, 24)} = 2/60$ ، $\theta = 0/54$) (ملاک بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی ری).

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌های سه گروه در آزمون برو - نه-برو

مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	مجذور انا
پاسخ صحیح برو	۲	۰/۳۹	۶/۸۸**	۰/۳۹
پاسخ غلط برو	۲	۰/۲۲	۳/۹۲*	۰/۲۲
پاسخ صحیح نرو	۲	۰/۳۱	۶/۱۴**	۰/۳۱
پاسخ غلط نرو	۲	۰/۳۱	۶/۱۴**	۰/۳۱
زمان واکنش صحیح	۲	۰/۰۹	۱/۳۴	۰/۰۹
زمان واکنش خطا	۲	۰/۱۷	۲/۷۵	۰/۱۷

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

همان گونه که نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان می دهد، سه گروه در متغیرهای پاسخ صحیح به محرک برو ($\eta^2 = 0/39$ ، $P < 0/01$ ، $F_{(27,2)} = 6/88$)، پاسخ غلط به محرک برو ($\eta^2 = 0/22$ ، $P < 0/05$)، پاسخ صحیح به محرک نرو ($\eta^2 = 0/31$ ، $P < 0/01$ ، $F_{(27,2)} = 6/14$) و پاسخ غلط به محرک نرو ($\eta^2 = 0/31$ ، $P < 0/01$ ، $F_{(27,2)} = 6/14$) تفاوت معناداری دارند.

با بررسی مقایسه ای گروه های درمان، از طریق مقایسه های چندگانه (LSD)، مشخص گردید که در پاسخ صحیح به محرک برو، تفاوت معناداری بین گروه درمان ترکیبی و گروه آموزش حافظه کاری وجود داشت ($p > 0/001$)، این تفاوت بین گروه درمان ترکیبی و آموزش والدینی نیز معنادار بود ($p > 0/05$). در زمینه پاسخ غلط به محرک برو، نیز تفاوت معناداری بین گروه درمان ترکیبی و گروه آموزش حافظه کاری وجود داشت ($p > 0/05$)، تفاوت گروه درمان ترکیبی و آموزش والدینی نیز معنادار بود ($p > 0/05$). علاوه بر این، تفاوت معناداری بین گروه درمان ترکیبی و گروه آموزش حافظه کاری در میزان پاسخ های صحیح به محرک نرو، وجود داشت ($p > 0/01$)، شایان ذکر است که بین گروه درمان ترکیبی و آموزش والدینی نیز تفاوت وجود داشت اما این امر از لحاظ آماری معنادار نبود. همچنین، در پاسخ غلط به محرک نرو نیز، تفاوت معناداری بین گروه درمان ترکیبی و گروه آموزش حافظه کاری وجود داشت ($p > 0/05$)، البته بین گروه درمان ترکیبی و آموزش والدینی نیز تفاوت وجود داشت اما این امر از لحاظ آماری معنادار نبود.

بحث

در پژوهش حاضر بررسی بازداری شناختی همانند سایر مطالعات این حوزه از طریق آزمون استروپ صورت گرفت (کلینگبرگ و همکارانش، ۲۰۰۲، ۲۰۰۵). تحلیل کو واریانس چند متغیری به منظور آزمون فرضیه ای که بیان می داشت درمان ترکیبی آموزش والدینی و آموزش حافظه کاری، بهبود بیش تر بازداری شناختی را در کودکان ADHD به همراه دارد انجام گرفت. اما نتایج تحلیل تفاوت معناداری را در پی نداشت؛ از این رو یافته های پژوهش حاضر ناهمسو با پژوهش هایی بود که از درمان ترکیبی در بهبود بازداری شناختی حمایت می نمودند.

به منظور تبیین این مسئله با مراجعه به مطالعات پیشین، مشخص گردید که کارآمدی بیش تر درمان ترکیبی همواره در شرایط مقایسه آن درمان با هر یک از درمان های به کار برده شده در آن ترکیب به تنهایی، مد نظر بوده است (پلهام و فابیانو، ۲۰۰۸؛ ونس و همکاران، ۲۰۱۲؛ خوشابی و همکاران، ۱۳۸۵؛

و مشهدی، ۱۳۸۸). به همین علت، از آن‌جا که در شواهد پژوهشی، به طور ویژه، نتایج درمان آموزش حافظه کاری منجر به بهبود بازداری گردید آنچه حائز اهمیت می‌باشد عاملی موثر در عدم انتقال اثرات آموزش حافظه کاری به بازداری شناختی می‌باشد و در نتیجه درمان ترکیبی نیز نتوانست در بهبود بازداری شناختی مؤثرتر از دو درمان دیگر به تنهایی باشد. در پاسخ به این امر مشاهده گردید که عدم انتقال اثرات آموزش حافظه کاری به بازداری شناختی در سایر پژوهش‌ها نیز گزارش شده است.

به عنوان مثال می‌توان به پژوهش ثورل و همکاران (۲۰۰۹) و رودا و همکاران (۲۰۰۵) اشاره داشت. بر اساس دیدگاه ثورل و همکاران (۲۰۰۹) تفاوت میان نتایج این پژوهش‌ها به چندین عامل مربوط می‌شود که عبارتند از تفاوت در نمونه‌ها، ابزار مورد سنجش و مدت ارائه آموزش. تفاوت موجود در پژوهش حاضر نیز احتمالاً مربوط به این دلایل می‌باشد. زیرا در این پژوهش آموزش حافظه کاری به مدت ۸ جلسه ۴۵ تا یک ساعته و طی ۴ هفته ارائه شد حال آنکه در پژوهش کلینگریگ و همکاران (۲۰۰۲)، (۲۰۰۵) آموزش‌ها به مدت ۲۵ دقیقه و طی ۲۴ جلسه انجام گرفت. همچنین تفاوت سنی شرکت‌کنندگان نیز می‌تواند در ایجاد تفاوت یافته‌ها حائز اهمیت باشد. در مطالعه کلینگریگ و همکاران (۲۰۰۲)، شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۷ تا ۱۵ سال قرار داشتند اما در پژوهش حاضر کودکان بین سنین ۶ تا ۱۲ سال شرکت نموده بودند. قابل ذکر است که تفاوت سنی حداقل در دو بعد می‌تواند نتایج را متأثر سازد. اول آنکه تفاوت سنی احتمالاً تفاوت بهره‌گیری از آموزش مهارت‌های شناختی را نیز به همراه دارد. دیگر آنکه بر اساس پیشینه پژوهشی، از سن ۱۲ سالگی از شدت نشانه‌های اختلال کاسته می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). بنابراین شاید بتوان عدم انتقال آموزش حافظه کاری به بهبود بازداری شناختی کودکان ADHD در گروه آموزش حافظه کاری و در نتیجه در گروه درمان ترکیبی را تبیین نمود.

همچنین در این پژوهش بررسی کنش اجرایی بازداری رفتاری نیز از طریق آزمون برو - نه - برو صورت گرفت. آزمون این فرضیه که درمان ترکیبی را منجر به بهبود بیش‌تر بازداری رفتاری در کودکان ADHD می‌دانست با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام گرفت. نتایج این تحلیل نشان داد که سه گروه درمان ترکیبی، آموزش حافظه کاری و آموزش والدینی در بهبود کنش اجرایی بازداری رفتاری متفاوت می‌باشند. شایان توجه است که این تفاوت تنها در مورد زمان پاسخ دهی صحیح و غلط به محرک‌های برو و نرو معنادار نبود؛ با این حال، در سایر مؤلفه‌های آزمون، نشان دهنده برتری گروه درمان ترکیبی بوده است. زیرا نتایج تحلیل‌ها در زمینه پاسخ صحیح به محرک برو، پاسخ غلط به محرک برو، پاسخ صحیح به محرک نرو و پاسخ غلط به محرک نرو در آزمون برو - نه - برو تفاوت معناداری را

بین سه گروه درمان ترکیبی، آموزش حافظه کاری و آموزش والدینی نشان داد. همچنین در این میان، بهترین عملکرد در تمامی این متغیرها، مربوط به گروه درمان ترکیبی بود.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که پژوهش حاضر در راستای یافته‌های آن دسته از مطالعاتی است که بر استفاده از درمان ترکیبی جهت کمک به مبتلایان و بهبود بازداري رفتاری تاکید دارند (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۸۴؛ پلهام و فابیانو، ۲۰۰۸؛ خوشابی و همکاران، ۱۳۸۵؛ کلینگرگ، ۲۰۰۵؛ سیمسون و همکاران، ۲۰۱۱؛ مشهدی، ۱۳۸۸؛ ونس و همکاران، ۲۰۱۲). نکته حائز اهمیت دیگر این است که نوآوری پژوهش حاضر، در کاربرد این درمان ترکیبی نوین بود. در حقیقت این مطالعه، به معرفی درمانی جدید در حوزه ADHD پرداخته است که با تأثیر بر بازداري تکانش‌گری کودکان ADHD را بهبود بخشیده و با ایجاد درنگ در تصمیم‌گیری یا ارائه پاسخ از شدت پیامدهایی که اختلال برای فرد و جامعه به همراه دارد می‌کاهد.

نتیجه پژوهش حاضر به علت محدودیت زمانی فاقد پیگیری بلند مدت بود و محدودیت زمانی باعث گردید تا تعداد جلسات معدودی برگزار شود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی تفاوت تأثیرات درمانی با توجه به زیر نوع‌های مختلف این اختلال مشخص گردد. همچنین پیگیری بلند مدت نتایج درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج مثبت آموزش والدینی، استفاده از آن برای کودکانی که در سنین پیش از دبستان قرار داشته و برای مصرف دارو محدودیت دارند مورد بررسی قرار گیرد؛ و از آن‌جا که ترکیب این روش‌های درمانی برای نخستین بار در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت برای کسب نتایج قطعی، پژوهش‌های دیگری نیز با استفاده از این ترکیب صورت گیرد.

منابع

- اسماعیلی، ت؛ بحرینیان، ع؛ هاشمیان، پ. (۱۳۸۴). بررسی اثر درمانی متیل فینیدیت با یا بدون رفتاردرمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و بی‌توجهی □ پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)، ۲۹، ۱۳۵-۱۴۰.
- خدادادی، م؛ مشهدی، ع؛ و امانی، ح. (۱۳۸۸ الف). نرم‌افزار آموزش حافظه کاری، تهران: موسسه تحقیقات علوم رفتاری سینا.
- خدادادی، م؛ مشهدی، ع؛ و امانی، ح. (۱۳۸۸ ب). نرم‌افزار آزمون استروپ، تهران: موسسه تحقیقات علوم رفتاری سینا.
- صدرالسادات، ج؛ هوشیاری، ز؛ زمانی، ر؛ و صدرالسادات، ل. (۱۳۸۶). تعیین مشخصات روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV، اجرای والدین. توان‌بخشی، ۸(۳)، ۵۹-۶۵.
- قدیری، ف؛ جزایری، ع؛ عشایری، ح؛ قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۵). نقش توانبخشی شناختی در کاهش نقایص کارکردهای اجرایی و نشانه‌های وسواسی - اجباری بیماران اسکیزو - وسواسی. توانبخشی، ۷، ۱۵-۲۴.
- مشهدی، ع. (۱۳۸۸). بررسی کنش‌های اجرایی و تأثیر شیوه‌های درمان‌گری (دارودرمان‌گری، آموزش کنش‌های اجرایی و ترکیب این دو مداخله) در افزایش کنش‌های اجرایی و کاهش نشانه‌های بالینی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی. پایان‌نامه دوره دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- مشهدی، ع؛ رسول‌زاده طباطبایی، ک؛ آزاد فلاح، پ؛ و سلطانی فر، ع. (۱۳۸۸). مقایسه بازداري پاسخ و کنترل تداخل در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی و کودکان بهنجار. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱، ۵۰-۳۷.
- مشهدی، ع؛ و حسین‌زاده ملکی، ز. (۱۳۹۰). نقش و جایگاه کنش‌های اجرایی در اختلال‌های عصب تحولی ADHD و ASD. اولین همایش ملی یافته‌های علوم شناختی در تعلیم و تربیت.
- مشهدی، ع؛ تیموری، س؛ سلطانی فر، ع؛ و حسین‌زاده ملکی، ز. (۱۳۹۰). حافظه کاری دیداری فضایی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی (ADHD) در آزمون نگهداشت دیداری بنتون. اولین همایش علوم شناختی در تعلیم و تربیت.

مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶(۱)، ۵۵۸-۵۲۹.

هاشمی نصرت آباد، ت؛ محمود علیلو، م؛ غلام رستمی، ح.ع؛ و نعمتی سوگلی تپه، ف. (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای اجرایی سازمان بندی مجدد اندیشه در زیر مجموعه‌های اختلال فزون کشی / نارسایی توجه بر اساس مدل بارکلی. روان‌شناسی بالینی، ۱، ۳۵-۳۹.

- Ambuabunos, E. A., Ofovwe, E. G., & Ibadin, M. O. (2011). Community survey of attention-deficit / hyperactivity disorder among primary school pupils in Benin City, Nigeria., *Annals of African Medicine*, 10 (2) , 91-96.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author
- Barkley, R. A. (2005). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barnard-Brak, L., Sulak, T. N., & Fearon, D. D. (2011). Coexisting disorders and academic achievement among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(6) , 506 –515.
- Chan, R. C. K., Shumb, D., Touloupoulou, T., & Chen, E. Y. H. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 201–216.
- Deaak, G. O & Narsimham, G. (2003). Is perseveration caused by inhibition failure? Evidence from preschool children's inferences about word meanings. *Journal of Experimental Child Psychology*, 86, 194-222.
- Dickstein, S. G., Bannon, K. F. Castellanos, X., & Milham, M. P. (2006). The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: An ALE meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(10) , 1051–1062.
- Dietrich, A., Althaus, M., Hartman, C. A., Buitelaar, J. K., Minderaa, R. B., van den Hoofdakker, B. J. et al (2012). Baroreflex sensitivity during rest and executive functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder. The TRAILS study, *Biological Psychology*, 90, 249-257.
- Dillon, D. G. & Pizzagalli, D. A. (2007). Inhibition of action, thought, and emotion: A selective neurobiological review. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 99-114.
- Fuster, J.M. (2008). *The Prefrontal Cortex* (4th ed.). New York: Academic Press.
- Gioia, G. A., & Isquith, P. K. (2004). Ecological assessment of executive function in traumatic brain injury. *Developmental Neuropsychology*, 25, 135-158.
- Goto, Y., Hatakeyama, K., Kitama, T., Sato, Y., Kanemura, H., Aoyagi, K., & et al. (2010). Saccade eye movement as a quantitative measure of frontostriatal network in children with ADHD. *Brain and Development*, 32 (5) , 347-355.
- Harnishferger, K. K. (1995). The development of cognitive inhibition: Theory, definitions, research evidence, interference and inhibition in cognition. San Diego: Academic Press.
- Hoza, B., Kaiser, N. M., & Hurt, E. (2008). Evidence-based treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). In M. Roberts, D. Elkin, & R. Steele (Eds.),

- Handbook of evidence based therapies for childhood and adolescents* (pp. 189-211). New York, NY: Springer.
- Hughes, A. A., Hedtke, K. A., Kendall, P.C. (2009). Family functioning in families of children with anxiety disorders. *Family Psychology*, 22(2) , 325-8.
- Hughes, A., Wilson, F. C., Trew, K. & Emslie, H. (2013). Detecting executive deficits in children with ADHD or acquired brain injury using the Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS). *The Irish Journal of Psychology*, 34 (1) , 13-23.
- Johnson, C. E. (2009). *The relationship between executive functioning and adaptive behavior in two- year-old children with very low birth weight*. Dissertation for the degree of doctor of Philosophy, Cleveland, Case Western Reserve University.
- Kaiser, N. M., McBurnett, K., & Pfiffner, L. J. (2011). Child ADHD Severity and Positive and Negative Parenting as Predictors of Child Social Functioning: Evaluation of Three Theoretical Models. *Journal of Attention Disorders*, 15(3) , 193 –203.
- Klingberg, T., Forssberg, H., & Wassenberg, H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(6) , 781-791.
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P., Johnson, M., Gustafsson, P., Dahlström, K., et al. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD- A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 177–186.
- Klingberg, T. (2009). *The overflowing brain : information overload and limits of working*. New York: Oxford University Press.
- Klingber, T. (2010). Training and plasticity of working memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 317–324.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W. & Hannay, H. J. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Liotti, M., Pliszka, S. R., Higgins, K., Perez III, R., Semrud-Clikeman, M. (2010). Evidence for specificity of ERP abnormalities during response inhibition in ADHD children: A comparison with reading disorder children without ADHD. *Brain and Cognition*, 72, 228–237.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage Publication: London.
- McBurnett, K., & Pfifner .L. (2008). *Attention-deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies,newdirections*. New York: Information Healthcare USA.
- Miller, M. & Hinshaw, S. P. Does Childhood Executive Function Predict Adolescent Functional Outcomes in Girls with ADHD?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(3): 315–326.
- Millichap, J. G .(2010). *Attention deficit hyperactivity disorder handbook: A physician's guide to ADHD*. Springer: New York.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does Parenting Style Matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865-872.
- Musa, R. B., & Shafiree, Z. (2007). Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8(1), 20-28.
- Nigg, J.T. (2006). *What causes ADHD?:Understanding what goes wrong and why* . New York: The Guilford Press.

- Pasini, A., Paloscia, C., Alessandrelli, R., Porfirio, M. C., & Curatolo, P. (2007). Attention and executive functions profile in drug naïve ADHD subtypes. *Brain & Development*, 29, 400-408.
- Pelham. W. E., Fabiano. G. A. (2008). Evidence-based psychological treatment for Attention-deficit hyperactivity disorder: An update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 449-476.
- Pliszka, S. R. (2006). Subtyping ADHD based on comorbidity. *ADHD Report*, 14, 1-5.
- Rueda, M. R., Rothbart, M. K., McCandliss, B. D. & Posner, P. (2005). Training, maturation, and genetic influences on the development of executive attention. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 14931-14936.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadok's Synopsis of psychiatry: Behavioral science/clinical psychiatry* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Schecklmann, M., Romanos, M., Bretscher, F., Plichta, M. M., Warnke, A., Fallgatter, A. J. (2010). Prefrontal oxygenation during working memory in ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 621-628.
- Sergeant, J. (2000). The cognitive – energetic model: An empirical approach to Attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Gerontology*, 62, 191-193.
- Sergeant, J. A., Geurts, H., & Oosterlaan, J. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for Attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 24, 7-12.
- Simchon, Y., Weizman, A., & Rehavi, M. (2010). The effect of chronic methylphenidate administration on presynaptic dopaminergic parameters in a rat model for ADHD. *European Neuropsychopharmacology*, 20, 714-720.
- Sonaga-Barke, E. J. S. (2005). Casual models of attention-deficit hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57, 1231-1238.
- Sonaga-Barke, E. J. S., Sergeant, J.A., Nigg, J., & Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention -deficit hyperactivity disorder : Nosologic and diagnostic implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 367-384.
- Spronk, M., Jonkman, L.M., & Kemner, C. (2008). Response inhibition and attention processing in 5 to 7 year old children with and without symptoms of ADHD: An ERP study. *Clinical Neurophysiology*, 119, 2738-2752.
- Stark, R., Bauera, E., Merza, C.J., Zimmermann, M., Reuter, M., Plichta, M. M. et al (2011). ADHD related behaviors are associated with brain activation in the reward system. *Neuropsychologia*, 49, 426-434.
- Thorell, L. B., Lindqvist, S., Nutley, S. B., Bohlin, G., & T. Klingberg (2008). Training and transfer effects of executive functions in preschool children. *Developmental Science*, 12(1), 106-113.
- Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K. E., & Seidman, L. J. (2007). Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 61, 1361-1369.
- Wodka, E. L., Mark, M., Joanna, G., Blankner, J. C., Gidley, L., et al. (2007). Evidence that response inhibition is a primary deficit in ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29, 345-356.

[Xiao, T.](#), [Xiao, Z.](#), [Ke, X.](#), [Hong, S.](#), [Yang, H.](#), [Su, Y.](#), et al. (2013). Response inhibition impairment in high functioning autism and attention deficit hyperactivity disorder: Evidence from near-infrared spectroscopy data. *PLoS One*, 7(10), 10.1371.



استناد به این مقاله: یوسفی، ناصر (۱۳۹۲). مقایسه تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی در میان دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۱۴۲-۱۱۵.

مقایسه تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی در میان دانشجویان

ناصر یوسفی^۱

دریافت: ۱۳۹۲/۱/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۱۶

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی در میان دانشجویان انجام شد. جامعه تحقیق شامل کلیه دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه کردستان بود که از این جامعه ۳۶ دانشجو به شیوه تصادفی انتخاب شدند. برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۷۹) و مصاحبه تشخیصی تکمیلی بر مبنای SM-IV-R، استفاده شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری (گروه مذهب محور و درمان وجودی و گواه) قرار گرفتند. با استفاده از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک دانشجویان، در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که روی آورد تأثیر مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی دانشجویان مؤثرند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد، بین دو روی آورد میل به خودکشی دانشجویان در کاهش میل به خودکشی تفاوت معناداری وجود ندارد.

کلید واژه ها: مذهب محور، درمان وجودی، میل به خودکشی

^۱. عضو هیئت علمی دانشگاه کردستان، naseryoosefi@yahoo.com

مقدمه

تحولات سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی‌های زندگی امروزی؛ سلامت، بهداشت و آرامش را تهدید می‌کند. مشکلات زندگی آسیب‌پذیری انسانها را افزایش می‌دهد (کوتلر^۱، ۲۰۰۳)، به همین دلیل افراد اغلب از اضطراب، افسردگی، رنجش بی دلیل یا بی کفایتی در رویارویی با مشکلات زندگی رنج می‌برند (پالمر^۲، ۲۰۰۱). افزایش داروهای آرام بخش، قرصهای خواب آور، الکل، جنایتهای خشونت بار و توسل روز افزون به مراقبه و انواع شیوه‌های درمانگری برای دستیابی به تسکین خاطر دلیل این مدعاست (فرانکل^۳، ۱۹۶۷). بسیاری از افراد در برابر مشکلات تسلیم می‌شوند و دیگر نمی‌توانند از عهده کارها برآیند. برخی دیگر سبک زندگی‌شان مبتنی بر مدار خود-ویرانگری است و یا از شیوه‌های رویارویی ناکارآمد و نابهنجار (مثل اقدام به خودکشی) سود می‌جویند، خودکشی به عنوان یک رفتار؛ مرگی است که به دست خود شخص انجام می‌گیرد (ایوی^۴، ۲۰۰۰). به گفته اشنایدمن (۲۰۰۲) "خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مسئله تعیین شده او این عمل بهترین راه حل، تصور می‌شود." بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا (۲۰۰۵)، خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخص توسط خودش می‌باشد که ممکن است این تلاش به اقدام تبدیل گردد یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند، مثل میل به خودکشی و اندیشه پردازی خودکشی (یونتف و ژاکوبس^۵، ۲۰۰۵). در زمینه سبب شناسی خودکشی عوامل متعددی از جمله علل شناختی - روانی مثل بیماریهای جسمی، بیماریهای روانی همچون افسردگی، علل اقتصادی مثل بیکاری، مشکلات اقتصادی، اخراج شدن از کار، ورشکست شدن و از دست رفتن پایگاه های اجتماعی و علل عاطفی مثل شکست در عشق، از دست رفتن شخص مورد علاقه، مرگ یا بیماری خطرناک یکی از نزدیکان، درگیرها و اختلالات خانوادگی وجود دارد. بر اساس نتایج بررسیهای مختلف می‌توان به برخی از عوامل پیش گویی کننده خودکشی اشاره کرد. بین خصوصیات همراه با خطر بالای خودکشی می‌توان از: سن بالای ۴۵ سال، جنس مذکر، الکلیسم، خشونت و تحریک پذیری، از دست دادن سلامت جسمی، افسردگی و بستری شدن قبلی در بیمارستان

^۱ - Kottler, A.^۲ - Palmer, E.^۳ - Frankl, V.^۴ - Ivey, A.^۵ - Yontef, G., & Jacobs, L.

روانی نام برد. همچنین اقدام و مبادرت قبلی به خودکشی، به عنوان یک ملاک قوی برای احتمال بروز مجدد خودکشی به شمار می‌رود.

آشکارترین هشدار در خودکشی ابراز تمایل مستقیم است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که تقریباً بیش از دو سوم کسانی که خودکشی می‌کنند، قبلاً قصد خود را با دیگران در میان گذاشته و آنها را به انجام آن تهدید می‌نمایند. بنابراین یکی از راه‌های موفق پیشگیری از خودکشی توجه به ابراز این فکر، از طریق دیگران، کمک به حل مشکل آنان و راهنمایی آن‌ها جهت مراجعه به روانشناس یا روانپزشک است (اشنایدمن، ۲۰۰۲). این کمک‌ها با به کارگیری روشهای درمانگری، امکان پذیراست (اوزدل، وارما و اتیسی^۱، ۲۰۰۹).

درمان افراد اقدام کننده به خودکشی عبارتست از: مشاوره، راهنمایی و حمایت فرد، آموزش و درمان حل مسأله‌ای، روان درمانی فردی، مداخله خانوادگی، گروه درمانی، درمان دارویی و بستری کردن در بخش بیماران روانی (سالكوسکيس و ستورر^۲، ۱۹۹۰). مهارتهای حل مسأله به فرد این امکان را می‌دهد که با بررسی راه‌حل‌های مختلفی که در پیش‌رو دارد، یکی از آنها را مؤثرتر تشخیص داده و در جهت حل مشکل آن را به کار بندد. به‌یاد داشته باشیم که خودکشی می‌تواند یک راه‌حل باشد، اما بدترین و آخرین راه حل مشکل است. همیشه برای حل همه مشکل‌ها راه‌حل‌های بسیاری ساده، ارزان و آبرومندانه وجود دارد که باید به آن‌ها فکر کنیم و با کمک مشاور آن‌ها را پیدا کنیم. درمان وجودی و درمانگری مذهب محور از جمله روشهای درمانگری‌اند که از دیرباز سهم به‌سزایی در کاهش رنج انسان ایفا کرده‌اند (تایمس، گوریکزنی^۳، ۲۰۰۲).

۱- درمانگری مذهب محور^۴: در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به مراجع کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین "توکل به خدا" و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود، امید به زندگانی افزایش یابد (لامبرت، دولاهات^۵، ۲۰۰۸). در جلسات

^۱ - Ozdel O, Varma G & Atesci, F.

^۲ - Salkouskis, P, M, & Storer, B

^۳ - Timms, S., & Goreczny, A.

^۴ - Religious therapy

^۵ - Lambert, N. M. & Dollahite, D.

روان درمانگری این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین در این رویکرد درمانی با استناد به آیات قرآن کریم و احادیث و تاثیر آنها در درمان تمرکز شد. برخی از بیماران که علاوه بر افسردگی، دچار اضطراب و حملات هراس بودند، همواره تصور می‌کردند که ممکن است هر لحظه تعادل خود را از دست داده و دچار غش و مرگ ناگهانی شوند (برن، ۲۰۰۴). در رویکرد مذهبی این باور داشت که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده‌ی خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه‌گاه است در آنها تقویت می‌شد. از سوی دیگر، به مراجع کمک می‌شود تا با تلقینات مثبت و تمرکز بر نیروی عظیم الهی که در وجود هر انسانی به طور بالقوه وجود دارد، به آرامش درونی رسیده و بر پدیده‌های جهان پیرامون خود مسلط شود. این شیوه همراه با تکالیف خانگی به طور گام به گام اجرا می‌شد^۲ (احمری، هدی؛ حیدری و همکاران، ۱۳۸۸).

۲- درمان وجودی^۳: وجود درمانی عبارت است از یک رویکرد در مشاوره و روان درمانی که اساسش بر این استوار است که انسان وجودش بر ماهیتش مقدم است، درمان وجودگرا ریشه‌اش در فلسفه اگزیستانسیالیسم است. می‌توان گفت که مارتین هیدگر^۴ (۱۹۷۱) پدر فلسفه وجودی است که بزرگترین تاثیر بر روان درمانی و مشاوره وجودی داشت (به نقل از نلسون^۵، ۲۰۰۶). هرچند هیدگر خودش مستقیماً و صریحاً در مورد روان درمانی چیزی نگفته است. اما مفاهیم فلسفه‌اش توسط دو تن از روان‌پزشکان به نامهای بینسوانگر^۶ (۱۸۸۱-۱۹۹۶) و بوس^۷ (۱۹۹۰-۱۹۰۳) در حیطه درمان به کار گرفته شد و از آن در فهم مشکلات بیماران بهره گرفتند، روش آنها در روان درمانی و استفاده از مفاهیم فلسفه وجودی در درمان نقطه آغازی برای به کارگیری رویکرد وجودگرایی در مشاوره و روان درمانی بود (یالوم^۸، ۱۹۸۰). مهمترین عامل موثر در رشد روان درمانی و مشاوره وجودی به وسیله دو فیلسوف و روان درمانگری در

^۱ - Brennan, M.

^۲ - در بخش روش شناسی چهارچوب درمانی به طور اختصار بیان می‌شود.

^۳ - Existential therapy

^۴ - Heidegger, M.

^۵ - Nelson, R.

^۶ - Binswanger, L.

^۷ - Boss, M.

^۸ - Yalom, I.

همین سالها به نامهای دیورزن و کنوارد^۱ (۲۰۰۵) انجام گرفته است. باید گفت می^۲ (۱۹۹۴-۱۹۰۹) در زمینه وجودگرایی نقش مهمی داشت. درمانگران سعی دارند از طریق کوتاه یعنی با پی بردن فرد به وجود به فرد شخصیت بخشند و او را مهم جلوه دهند، مطابق تصور اگزیستانسیالیزم "خود" برابر هستی وجود نیست که بتوان آن را ترسیم نمود چرا که لحظه به لحظه خود جدید نمایان می شود و خود همراه با تجربه تغییر می کند. هرچه ما انتخاب بیشتر داشته باشیم، احساس آزادی بیشتر می کنیم. امور محدود برای ما اموری ناگوار است چون ما در این محدودیت ها کمتر اجازه انتخاب داریم، برای مثال محیط اطرافمان، والدین، فرهنگ، زمانی که ما در آن متولد می شویم همگی به نوعی محدودیت هستند (یالوم، ۲۰۰۱). اگزیستانسیالیست ها در امر درمان تاکید دارند که به دلیل اینکه ما آزادی داریم، پس ناچار به انتخاب هستیم و این نوع انتخابات و ابداعات و آزادیها ما را به اضطراب می کشاند. اضطراب از دیدگاه وجودگرا عبارت است از نگرانی در مورد به دست آوردن وجود و از دست دادن وجود (هولت^۳، ۱۹۶۶). چیزی که ما نمی توانیم آن را تغییر دهیم و غیر قابل اجتناب است "مرگ" است. این واقعیت را همه می دانیم، اما زمان و مکانش را نمی دانیم و این معنی از آن استنباط می شود که ما به مرگ معنی متغیر می دهیم. هرچند آگاهی از مرگ نوعی آزادی به ارمغان می آورد. مرگ به زندگی وسعت می دهد و انکار مرگ تجارب ما را از زندگی محدود می کند. اگر در ذهن خود تصور کنیم که ما مردنی هستیم و زندگی بدون مرگ محدود است، بنابراین ما اراده خواهیم نمود که زندگی را مستدل کنیم و بیشتر از زندگی لذت می بریم (سدنر^۴، ۲۰۰۹، شولنبرگ^۵، ۲۰۰۲).

درمانگران وجودگرا به تشخیص و طبقه بندی بیماری های روانی و آسیب شناسی و آزمایشگاه خودشان را محدود نمی سازند و دیدگاهشان را نسبت به درمان به عنوان رنج و ناراحتی ناشی از بیماری تعریف نمی کنند، بلکه آنها به مشکلات و ناراحتی روانی مراجعانشان به عنوان (مشکلی در زندگی) توجه دارند. درمانگران وجودگرا اشاره می کنند که ما اختلالات روان شناختی را یاد نمی گیریم، بلکه "در زندگی" به عنوان عامل اختلال روانشناختی محسوب می شود، به عنوان یک حقیقت بدیهی "وجود بشر" شامل حقایقی مثل تجارب اضطرابی و گناه، زندگی به سوی مرگ، قبول مسئولیت، معنی بخشیدن به

^۱ - Deurzen, E. van, & Kenward, R.

^۲ - May, R.

^۳ . Holt, H.

^۴ . Seidner, S. S.

^۵ . Schulenberg, S.

زندگی نقش مهم دارد. ما باید همه راههایی که مانع از دادن "وجود" به جهان و اشیاء می شود پیدا کنیم، زیرا آنها موجب محدودیت در ما می شود و حرکت در حالت ثابت و غیر جهت دار مانع از به دست آمدن امنیت در انسان می شود و موجب تنش در ما و مشکلاتمان می شود که تفکر خودکشی نوعی واکنش به این محدودیت است (سچندیر^۱، ۲۰۰۱، دیورزین و آرنولد بک^۲، ۲۰۰۵).

در اثر انتخاب و قبول مسئولیت اگر ما خودمان را برای برخورد با خطرات و بی امنیتی آماده کنیم، بهتر قادر خواهیم بود که جزئیات زندگی را کنترل کنیم و این موجب تقویت ما می شود و باعث می شود امور زندگیمان را خودمان تعیین کنیم (پروچاسکا^۳ و نورکراس^۴، ۱۳۸۱ / ۲۰۰۵). تحلیلگران وجودی بر مطالعه تجارب فردی تاکید دارند. نکته ی اصلی و بنیادی درمان وجودی پیوند اندیشه با تجربه های ژرف و واقعی زندگی آدمی است، مسائل ژرفی که از قلمرو بررسی های علمی و پژوهش های روشمند فراتر می روند، درمان وجودی التزاماً به جریان خود اکتشافی درمانجویان جهت درک تعارض های ناخودآگاه و شناسایی مکانیسم دفاعی ناسازگارانه مدد می رساند. درمانگران براین باورند که پیدا کردن درجاتی از معنای رویداد های آسیب زا مسئله مهمی است و این کشف زمانی است که فرد احساس بهبودی را در معنا می یابد (نلسون^۵، ۲۰۰۶؛ هارمند، اشلوکو و میلر^۶، ۱۹۹۳؛ نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸؛ پروین^۷، ۱۹۶۰؛ محمد پور، ۱۳۹۰).

متأسفانه در ایران تا به حال در زمینه روی آوردهای وجودگرایی و شناخت درمانگری مذهب محور در کاهش مشکلات مراجعان پژوهشهای بسیار نادری انجام شده است. نظر به جدید بودن موضوع پژوهش حاضر پیشینه ی زیادی در رابطه با اثر بخشی شناخت درمانی مذهب محور و درمان وجودی بر میل به خودکشی در ایران به طور مستقیم در دسترس نبود، اما از آنجا که تمام پایه های خودکشی به نوعی حکایت از عدم تعادل روانی و دینی فرد دارد، تحقیقات ذکر شده به نحوی مرتبط با پایه های پژوهشی حاضر هستند.

^۱. Schneider, K.

^۲. Deurzen, E. van and Arnold-Baker, C.,

^۳. Prochaska

^۴. Norcras

^۵- Nelson, J.

^۶ - Harmand, J. ; Ashlock, I.E. & Miller, T.

^۷ - Pervin, I.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد، شولنبرگ^۱ (۲۰۰۳) با استفاده از روش ایجاد وجود و معطوف کردن توجه مراجعان به اهداف بالا در مقابل اهداف پایین روان‌آزردگی را به شدت در مراجعان کاهش داد و امکان زندگی بهتری را برای آنان فراهم کرد. در پژوهشی ماسکرو و روزن^۲ (۲۰۰۶) رابطه‌ی معناداری میان داشتن احساس معنای وجود و توانایی مقابله با استرس در میان دانشجویان به دست آوردند. تحقیقات نشان داد، گروه درمانی به شیوه وجودی انسان‌گرایانه موجب بهبود سلامت روان زندانیان شده است (حسن آبادی، ۱۳۹۰). تحقیقات دیگر نشان داد که گروه درمانی بارویکرد معنادرمانی که بخشی از فلسفه‌ی وجودی نگری است، موجب بهبود سطح سلامت روان زنان سالمند شد (فخار، نوابی نژاد، ۱۳۸۷). نتایج تحقیقات دیگر نشان داد که گروه درمانی انسان‌گرایانه - وجودی بر اختلال شخصیت مرزی موثر بود (قمری و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهشی دیگری که در رابطه با اثر بخشی گروه درمانی وجودی بر تنیدگی انجام شده، به طور معناداری موجب کاهش استرس در گروه آزمایش در مقایسه با افراد (گروه کنترل) که درمان‌های رایج را دریافت کرده بودند، گردید (یاری، ۱۳۸۹). تحقیقات متعدد دیگری نیز بر اثر مثبت درمان وجودی بر گروه‌های مختلف جمعیت شناختی و بهبود مشکلات گوناگون روانی تأکید کرده‌اند (کیزان و همکاران^۳، ۱۹۹۶؛ کاین^۴، ۲۰۰۲، اسپینلی^۵، ۲۰۰۳، آیاکوو^۶، ۲۰۰۹).

پژوهشی نشان دادند، اعتقادات دینی و مذهب به عنوان یک عامل برای آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط است (آکس لاین^۷، ۲۰۰۸، احمدی طهران، حیدری، کجویی و ایرانی، ۱۳۸۸). پژوهشی دیگر نشان دادند، بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب رابطه معکوس معنی داری وجود دارد و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (ابراهیمی، نشاط دوست، و کانتیری، ۱۳۸۶). پژوهش‌های دیگر نشان داده است که بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب رابطه معکوس معنی داری وجود دارد و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (سعیدی نژاد، مظاهری، غباری بناب، ۱۳۸۸). در بررسی دیگری مشاهده کردند افرادی که همیشه از مقابله‌های مذهبی استفاده می‌کنند

^۱ - Schulenberg, S.

^۲ - Mascaro, N. & Rosen, D.

^۳ - Kisan & et al.

^۴ - Cain, D.

^۵ - Spinelli, E.

^۶ - Iacovoa, S.

^۷ - Exline

نسبت به افرادی که کم‌تر و گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کنند در ۹ شاخص از ۱۲ شاخص سلامت روان‌شناختی نمرات بالاتری کسب کردند (وولف دیوید ۲۰۰۳/۱۳۸۶).

تحقیقی اثر زیارت مذهبی را روی افسردگی و اضطراب ۲۴ بیمار سالمند بررسی کرد. تحقیق نشان داد که علائم آنها بعد از زیارت رفتن کاهش زیادی داشته و حداقل تا ده ماه بعد از برگشتن از زیارت هم این اثر ادامه داد (پروپست، استروم، واتکینس و همکاران^۱، ۱۹۹۲). در مطالعه دیگری «مکین توش» نقش مذهب را در سازگاری افراد با یک رویداد معنی دار زندگی بررسی کرد. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند مصاحبه کرد و دریافت که مذهبی بودن با یافتن معنی در مرگ ارتباط مثبتی دارد. به علاوه مذهبی بودن با افزایش صلاحیت روانی و کاهش ناراحتی در بین والدین در طی ۱۸ ماه بعد از مرگ کودکانشان ارتباط داشت (به نقل از مجاهد، کلانتری، مولوی و همکاران، ۱۳۸۸). کونینگ^۲ (۱۹۹۸) در تحقیقی بر روی بیماران بستری در دو بیمارستان نشان دادند که ۶۰ درصد (۵۹/۱) نمونه تحقیق که عامل به مذهب بودند انعطاف بیش‌تری برای کنار آمدن بامشکل خود داشتند و ۱۲ درصد این افراد در پاسخنامه (گزارش فردی) قبل از اینکه از آنها پرسش مستقیم شود اظهار داشتند که مذهب مهم‌ترین عامل برای مقابله و کنار آمدن بامشکلات می‌باشد. در این بررسی تجزیه و تحلیل فاکتورهای «دموگرافیک» نشان داد که تأثیر مثبت رویارویی مذهبی با بیماری‌های بسیار جدی، همبستگی مثبت داشته و همراه با اعمال شناختی بهتر می‌باشد. در تحقیق دیگری گروه تحقیق کونینگ و دیگر محققین افسردگی بسیار پایین را در بین سالمندان عامل به مذهب نشان دادند.

برگین^۳ (۱۹۹۱) با فراتحلیل ۲۴ مقاله پژوهشی، به بررسی رابطه بین دین و مذهب با بهداشت روانی پرداختند. آنها در سال ۱۹۹۱ نتایج این پژوهش را ارائه کردند، پژوهش‌های انجام شده در این مورد، به طور کلی نشان داده‌اند که مذهب تأثیر منفی بر بهداشت روانی ندارد. در مجموع رابطه بین مذهب و بهداشت روانی مثبت هست. با این وجود افرادی که دارای مذهب درونی هستند یعنی معتقدند که مذهب در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که مذهب بیرونی دارند یعنی مذهب را وسیله‌ای برای دستیابی به چیزی دیگر می‌دانند، بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. افراد دارای مذهب درونی، سلامت روان بالاتری دارند و افراد دارای مذهب بیرونی احتمالاً پیامدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند.

^۱ - Propst, L.R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., Mashburn, D.

^۲ - Koenig, H.

^۳ - Bergin, A

کامستاک و پاتریچ^۱ (۱۹۷۲) در یک بررسی نشان دادند، خودکشی در کسانی که در مراسم دینی شرکت می کنند نسبتی بسیار کمتر از دیگران دارد و احتمال خودکشی در افرادی که به عبادتگاه ها نمی روند چهار برابر بیش از شرکت کنندگان در محافل دینی است، همه پژوهش ها نشان می دهد یکی از علل مهم خودسوزی ضعیف بودن اعتقادات مذهبی بوده است.

یک بررسی که در کشور اردن توسط داراکه^۲ (۱۹۹۲) انجام شده است نشان می دهد تعداد خودکشی در ماه رمضان در مقایسه با ماه های دیگر سال کاهش قابل توجهی را نشان می دهد (به نقل از قهرمانی، ۱۳۸۲). پژوهش های مختلفی دیگر نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان نشان می دهند (تورسن و هریس^۳، ۲۰۰۲؛ برنان^۴، ۲۰۰۴؛ یالوم^۵، ۱۹۸۰؛ پروچاسکا^۶ و نورکراس^۷، ۲۰۰۲ / ۱۳۸۱).

ضرورت پژوهش این است، رابطه ایمان، معنویت، ایمان و احساس امنیت و آرامش روانی را اکثر دانشمندان صراحتاً و یا به صورت ضمنی پذیرفته اند، از جمله ویلیام جیمز، امانوئل کانت، کارل گوستاو یونگ، اریک اریکسون و ... (ازهر و وارما^۸، ۱۹۹۵). البته نیاز به دین، منحصر به دوره خاص یا به دین خاصی نیست، بلکه بشر در تمام اعصار این احتیاج را به سادگی حس می کرده است. در عصر ما ضرورت دین و ایمان بیش از هر عصر دیگری احساس می شود. تنها دین است که می تواند انسانیت را حفظ کرده او را از انحطاط نجات دهد.

این نیاز فطری که از درون منشأ می گیرد بخصوص از آن نظر که نیاز انسان را به تکیه گاهی نیرومند و قوی ارضا می کند، قابل توجه است. تکیه گاهی که در همه حوادث به آن پناه برد و به اتکالی آن آرام و مطمئن باشد (الا بذکر الله تطمئن القلوب، سوره رعد آیه ۲۸)، بی پناهی و احساس بی کسی و پوچی که در اکثر عدم تعادل های روانی به چشم می خورد، در اعتقاد به یک وجود و حامی مقتدر و پناه دهنده ای که مصدر نیکی ها، سازندگی ها و کارهای خیر است به انسان آرامش روانی می بخشد و در بهداشت روانی او موثر است.

^۱ - Comstock, G.r Partidge, K.

^۲ - Darakeh

^۳ - Thoresen, & Harris

^۴ - Brennan

^۵ - yallom

^۶ - Prochaska

^۷ - Norcras

^۸ - Azhar, M. Z., Varma, S.

علیرغم این که اکثر تحقیقات ذکر شده در ادیان دیگری صورت گرفته است و از آنجایی که باور و اعتقاد ما مسلمانان بر این است که دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی ارائه دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام و دستورات آن حوزه‌های وسیع اخلاقی فردی بهداشتی و اجتماعی را در برمی‌گیرد، لذا مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی و معنوی در سلامت روانی و پیشگیری از خودکشی یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد، لایه افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، از ضعف وجودی و ایمانی باشد.

هدف و فرضیه پژوهش: هدف پژوهش حاضر به بررسی میزان تأثیر شیوه‌های وجودی و مذهب محور درمانی بر کاهش میل به خودکشی دانشجویان دانشگاه کردستان اختصاص یافته است و فرضیه اصلی پژوهش این است، درمان وجودی و مذهب محور درمانی بر کاهش میل به خودکشی مؤثر است

روش

طرح پژوهش: در این پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی به شیوه پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایشی و کنترل استفاده شده است.

جامعه و نمونه

جامعه تحقیق متشکل از دانشجویانی (اعم از خوابگاهی و غیر خوابگاهی و بومی و غیر بومی ۶ ماهه دوم سال ۹۱ و سه ماهه سال ۹۲) بود که به مرکز مشاوره دانشگاه کردستان مراجعه می‌کردند (کل جامعه تحقیق ۱۶۸ دانشجو شامل ۱۰۳ دختر و ۶۵ پسر بودند). ملاک ورود با استفاده از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک و مصاحبه تشخیصی تکمیلی میزان میل به خودکشی مراجعان مشخص شد (کل مراجعان مستعد میل به خودکشی ۵۴ نفر تشخیص داده شد) و ملاک خروج داشتن بیماری شدید روانی و مصرف دارو بود. از این جامعه (۵۴ نفری) به شیوه تصادفی ساده ۳۶ دانشجو (شامل ۲۷ زن و ۹ پسر) که برای حل مشکلات روانی مراجعه کرده بودند، به قصد پژوهش انتخاب شدند. با استفاده از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک و مصاحبه تشخیصی تکمیلی میزان میل به خودکشی دانشجویان اندازه‌گیری شد (پیش آزمون) و به تصادف، افراد در سه گروه ۱۲ نفری (گروه درمانگری مذهب محور، معنادرمانگری و گواه) قرار گرفتند.

ابزاراندازگیری

در این پژوهش از سه مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک^۱ (BSSI) استفاده شد که ویژگیهای روانسنجی آن شرح داده می شود. مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک^۲ (به نقل از بک، کوکس و ویزمن، ۱۹۷۹): برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شده است. این پرسشنامه که در واقع نوعی مصاحبه نیمه ساختار یافته است که دارای ۱۹ ماده است که بر اساس طیف سه درجه ای صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) نمره گذاری می شود. پنج ماده اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربالگری می کند و از این طریق مدت زمان اجرا در افراد فاقد میل به خودکشی را کاهش می دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند در مواد ۶ تا ۱۹ درجه بندی می شوند. این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده بودن و آرزوی مردن، بازدارنده های درونی و بیرونی و سابقه اقدامات قبلی خود کشی مربوط می شود. در مطالعه دانیتز^۳ (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۳ به دست آمده است. همچنین رواییه مزمان آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی ۰/۶۹ گزارش شده است (داچر و دالری^۴، ۲۰۰۴). اعتبار و پایایی این مقیاس در پژوهشهای دیگر نیز تأیید شده است، در پژوهش بک پایایی این ابزار به صورت آلفای کرونباخ و بین ارزیابان به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است (بک، کوایکس و ویزمن^۵، ۱۹۷۹). در ایران، انیسی، آشتیانی، سلیمی و احمدی (۱۳۸۳) اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آلفای برابر ۰/۹۵ و با روش دونیمه سازی ۰/۷۵ گزارش کرده اند. همچنین در مطالعه مذکور روایی همزمان مقیاس با زیرمقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۷۶ بدست آمده است. در تحقیقات رحیمی آباد^۶ (۱۳۷۸) و کاویانی، موسوی و محیط^۶ (۱۳۸۰) روایی و پایایی قابل قبولی برای این مقیاس از لحاظ روانسنجی گزارش شده است.

شیوه ی اجراء

^۱ - Beck Scale for Suicide Ideation

^۲ - Beck, AT, Kovacs, M. & Weissman. A.

^۳ - Danitz, M.

^۴ - Suicidal Risk Assessment Scale

^۵ - Ducher, J. L., & Dalery, J.

^۶ - Beck AT, Kovacs, M, Weissman A.

گروه‌های آزمایش با روش درمانگری مذهب محور و وجودی به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه یک ساعته با هفته ای یک بار در سالن دفتر مجله مشاوره و روان درمانی خانواده دانشگاه کردستان مورد درمان قرار گرفتند.

دانشجویان گروه اول با روش درمانگری مذهب محور به صورت گروهی بر اساس بسته ی آموزشی- درمانی محقق ساخته بر اساس نص قرآنی و احادیث مورد درمان قرار گرفتند. البته این پروتکل توسط درمانگران متخصص در امور معنوی درمانی و روحانیون مذهب محور مورد تأیید روایی محتوایی و صوری قرار گرفت، پروتکل شناخت درمانی مذهب محور به شرح ذیل است:

جلسه اول: آشنایی اعضا، تعیین اهداف و قواعد جلسات درمان و محبت ورزی و

رحمت الهی: در این جلسه آشنایی با انواع دیدگاه ذهنی در تفکر غیر دینی، آشنایی با تعریف دینی سلامت روانی و مؤلفه‌های آن. بیان دیدگاه مذهب در رابطه با تقدس سلامت روانی و بیان تقدس به عنوان عنصری مؤثر در پایداری سلامت روانی. مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد به آیات کتاب‌های مقدس (در اینجا قرآن) و احادیث درباره ی حل مشکلات و مواجهه ی صحیح با رویدادها. در قرآن، در آیات متعددی توصیه به پرهیز از گمانها و داوریهای ناصحیح شده است، امری که در زندگی فردی مسائل عدیده ای را به وجود می آورد. لذا در جلسه روی باورها و گمانهای ناقص و نادرست مراجع، که در جریان زندگیش مانع به وجود می آورد، پرداخته می شود. چگونگی اصلاح این رفتار و آسیب شناسی آن مطرح و مورد بررسی قرار می گیرد. آشنایی با اصل محبت ورزی و رابطه آن با عملکرد ذهنی؛ شناخت تفاوت مودت و رحمت؛ شناخت منابع مودت و رحمت؛ آگاهی از وظایف فردی در تأمین مودت و رحمت؛ شناخت حد مودت و رحمت؛ آشنایی با مسئولیت فرد در تحقق مودت؛ آشنایی با نقش سبک زندگی در ایجاد صمیمیت؛ آشنایی با تأکید دین بر تعامل مثبت با دیگران.

جلسه دوم: اخلاق و تعهد در متن مذهب و تاثیر آن بر سلامت روانی: آموزش فن توجه

برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی بد اخلاقی در فرد، فعال سازی رفتار اخلاقی، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث اخلاقی به منظور به چالش کشیدن اخلاق منفی و غیر منطقی تعهد به وعده ها (چه در عمل و چه در گفتار) و اینکه انسان بخواهد مسئله یا رویدادی را متعهد شود، یکی از مواردی است که در زندگی فردی مشکل ایجاد می کند، عدم وعده به قول ها و تعهدهای غیر قابل انجام در زندگی، یکی از ویژگیهایی است که وقتی رخ می دهد در فرد دغدغه و نگرانی زیاد ایجاد می کند. در قرآن راهکارهای مختلفی در جهت اصلاح این ویژگی ارائه شده است مانند درون

نگری و بازگشت به خویشتن و در پیش گرفتن صداقت و صراحت در گفتار. به مراجعین کمک می شود تا درک کند که دوری از صراحت و گفتن دروغ و تحریف کردن قضایا چقدر می تواند فضای زندگی را مشوش و ناامید کند. از آیه های مختلف برای توضیح و کمک به فرد برای ایجاد تعهد در وجود خویش و پرهیز از عدم صراحت، استفاده شد. به مراجع کمک شد تا نسبت به وعده دادن و عمل به وعده هایش آگاهی کافی پیدا کند. در قرآن به انسان در انجام درست وعده هایش توصیه های فراوانی شده است. یا ایها الذین آمنوا لم تقولون ما لا تفعلون* کبر مقتا عند الله ان تقولوا ما لا تفعلون. ای مومنان چرا چیزی را که انجام نمی دهید، می گوئید. آشنایی رابطه خوش اخلاقی با تعامل مثبت و عواطف مثبت؛ شناخت مؤلفه های خوش اخلاقی؛ آشنایی با نقش هر یک از مؤلفه های نرم خویی، خوش گویی، خوش رویی و شوخ طبعی در برانگیختن عواطف مثبت؛ شوخ طبعی و حدود آن؛ آشنایی با سایر مؤلفه های خوش اخلاقی شامل گشاده دستی، خرسندی در موقعیت های خوشایند و ناخوشایند و روش های مهار خشم. آشنایی با تأثیر بدی کردن بر روابط انسانی و خود فرد؛ آشنایی با توان خودداری از بدی به عنوان توانمندی در پیشگیری از بروز عواطف منفی؛ آشنایی با مصادیق خودآزاری.

جلسه سوم: قضاوت کردن از دیدگاه آموزه های دینی و تأثیر آن بر شخصیت فرد:

این جلسه روی شتابزدگی و عجل بودن در قضاوت به هنگام به وجود آمدن مشکلات زندگی پرداخته شد. خداوند در قرآن بارها انسان را از قضاوت در امور مختلف منع کرده است. این آموزه ها در جلسه با فرد کار شد. در پایان جلسه با کمک مراجعین جلسه خلاصه شد، تکلیفهای متناسب با قضاوت درست که قبلاً طراحی شده بود، ارائه شد. به طور مثال آیه های متناسب با این مسئله بر روی کاغذ به صورت بزرگ نوشته می شد و تا جلسه بعد مراجعین خود را ملزم به خواندن و متعهد به پیروی از آن آموزه ها می کردند و باید خودشان آموزه های لازم را در زمینه ی خودکشی جمع آوری کنند.

جلسه چهارم: صبر و بردباری با مفهوم معنوی و مذهبی:

در این جلسه از صبر و بردباری با مفهوم معنوی و مذهبی بحث شد. شتاب و عجله یکی از آفتهای رفتاری انسان از دیدگاه قرآن است. زمانیکه انسان با آرامش و طمأنینه نتواند عملی را انجام دهد، باعث می شود تا کار فرد به صورت ناتمام و ناقص جلوه کند. در این جلسه به مراجعین کمک شد تا توانایی انجام درست رفتارها و گرفتن تصمیم درست را یاد بگیرند. شاید هیچ مفهومی مانند صبر در قرآن شکافته نشده باشد و در مورد آن صحبت نشده باشد. صبر در مقابل ناراحتیها و حفظ خونسردی باعث می شود تا فرد بتواند در نهایت یک تصمیم درست

و غیر عجولانه بگیرد. در پایان جلسه تمرینهایی در زمینه صبر و شکیبایی در هنگام پدید آمدن مشکلات در زندگی به مراجعین ارائه شد و قرار جلسه بعد به زوجین یاد آوری شد.

جلسه پنجم: بخشودگی ازدیدگاه معنویت و مذهب:

قرآن پرداخته شد. زمانی که یک کار ناتمام در زندگی فردی رخ می دهد باعث رنجش، نفرت و تعارض می شود، فرد باید یاد بگیرند که توانایی بخشش داشته باشند. در قرآن روی بخشش و بخشودگی زیاد تأکید و توصیه شده است. در جلسه به مراجع کمک شد تا قدرت بخشش طرف مقابلش را پیدا کند. بخشش و بخشودگی نیاز به تعمق و درون نگری دارد و لازم است که مراجع تمرینهایی مربوط به بخشودگی را بیشتر تکرار کند. بخشودگی شامل رفتارها، گفتارها و افکار فرد در زندگی می شود. زمانی که مراجع بتواند به این مرحله برسد، او خواهد توانست که در مقابل مشکلاتی که در آینده با آن مواجه خواهد شد، به خوبی عمل کند. در پایان جلسه تکلیف‌هایی متناسب به مراجع داده شد و قرار جلسه بعدی با مراجع گذاشته شد.

جلسه ششم: رابطه و صله رحم: آشنایی با انواع رابطه؛ شناخت رابطه با شخص ثالث (مثل برادر و

خواهر، فامیل همسر) و نقش آن در زندگی فردی. در اصطلاح، صله رحم (یا پیوند خویشاوندی) محبت و سلوک داشتن با خویشان و نزدیکان است. اسلام صله رحم و رسیدگی به بستگان را به عنوان یک ارزش الهی واجب کرده است. صله رحم، تنها به رفت و آمد و دیدار نیست، همان گونه که قطع رحم، به ترک آمد و شد نیست. هدف از صله رحم برقرار کردن ارتباط و پیوند عاطفی با خویشاوندان است و این ارتباط از راه‌های گوناگونی امکان پذیر است: کمک جانی، کمک مالی و کمک فکری، ترک آزار: یکی از بهترین روش‌های صله رحم با خویشاوندان، ترک اذیت و آزار آنان است. اگر کسی نمی‌تواند به بستگان خود کمک مالی کند، لااقل باید زمینه اذیت و آزار آنان را فراهم نکند. کمک عاطفی: اگر عضوی نیاز به توجه و محبت دارد، از او دریغ نکند. توجه به این امور نور امید را در افراد خودکشی گرا را روشن می‌کند.

جلسه هفتم: پرهیز از ناامیدی و نشاط فردی: در زمان بحرانی، خدا دست کسانی که از او

کمک بخواهند را خواهد گرفت. او مهربان و دلسوز است. مطمئن باشید که اگر به او توکل کنید و با او معامله کنید، در زندگی شکست نخواهید خورد. در مواقع بحرانی بر شیطان لعنت بفرستید و با نماز و نیایش به دامن خدا پناه ببرید. می‌توانید برای این که خدا در ذهنمان باشد، به کارهایی مانند قرآن خواندن هر شب، وضو داشتن در طول روز، و یا نذر برای دوری از گناه روی آورید. امکان دارد هر کسی احساس

ضعف بکند. ولی، آنچه مهم است این است که یادمان باشد: اگر در این نبرد پیروز نشویم، هم به خود، هم به خانواده خود، هم به خدای خود، هم به نزدیکان خود، و هم به جامعه‌ی خود خیانت کرده‌ایم. شناخت نقش نشاط در زندگی؛ آشنایی با مؤلفه‌ها و حدود نشاط؛ شناخت مهارت‌های شوخی کردن؛ شناخت عوامل نشاط مربوط به بهداشت روانی، ارتباط، هدیه خریدن و با هم بودن و آشنایی با چگونگی تأثیر این عوامل بر سلامت روانی. آشنایی با لذت معنوی؛ شناخت نقش لذت معنوی در نشاط فردی و چگونگی تبدیل درون به محیطی برای پرداختن به امور معنوی و توصیه مذهب به نشاط و حدود نشاط از دیدگاه مذهبی.

جلسه هشتم: بازگشت و توبه و اختتام: در جلسه آخر به روش بازگشت از دیدگاه قرآن پرداخته شد. به مراجع کمک شد تا بتواند به قبل از مشکل برگردد و مشکل را بررسی کند و بعد جهت پیدا کردن و جایگزین کردن روشهای درست به جای روشهای گذشته، به مراجع کمک شد. توبه یا بازگشت از دیدگاه حضرت علی(ع) هم مورد توجه بود. حضرت علی(ع) توبه را پشیمانی قلبی از یک رفتار نامناسب می‌دانست و اقدام عملی در راستای جبران آن. لذا به مراجعین کمک شد تا جهت دستیابی به یک کلیت و رسیدن به انسجام روانی از اشتباههای خود توبه کنند و صمیمانه به اقدام متناسب جهت به دست آوردن تعادل روانی بپردازند. همچنین به مراجع کمک شد تا به یکپارچگی لازم برسد و قدرت برخورد با مشکلاتی که به صورت ناقص در زندگی رها شده‌اند، را پیدا کند.

دانشجویان گروه دوم با روش وجود درمانی به صورت گروهی بر اساس بسته‌ی آموزشی-درمانی محقق ساخته بر اساس نظریه‌ی درمان وجودی مدل فرانکل (۱۹۶۷/۱۳۸۶، می و ۱۹۷۷) مورد درمان قرار گرفتند. پروتکل وجود درمانی: فرایند درمان شامل:

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها، آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزنده‌ی منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان‌ها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی و در جلسه او در مورد اضطراب هم به این صورت صحبت شد: اضطراب ویژگی هستی شناختی هر فرد است که در رابطه با تهدید نیستی در وجود ما ریشه دوانده است. پذیرش آزادی و آگاهی از متناهی بودن، ناگزیر موجب اضطراب می‌شود یا سرگیجه آزادی به بار می‌آورد. اضطراب چیزی نیست که داشته باشیم بلکه چیزی است که هستیم.

جلسه دوم: توانایی برای خودآگاهی: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید شد: بالا بردن خودآگاهی هدف مشاوره است و وظیفه درمانگر این است که به درمانجو یادآور شود که باید بهای افزایش آگاهی را بپردازد. وقتی ما آگاه‌تر می‌شویم "رفتن دوباره به خانه" مشکل‌تر می‌شود. نادیده گرفتن وضعیت مان می‌تواند خشنودی همراه با احساس مردگی نسبی به بار آورد ولی وقتی درها را به روی دنیای خود باز می‌کنیم کشمکش بیشتر و در عین حال احساس رضایت بیشتری را می‌توانیم انتظار داشته باشیم.

جلسه سوم: آزادی و مسئولیت: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می‌شود: افراد آزادند تا از بین گزینه‌ها انتخاب کنند و بنابراین نقش عمده‌ای در شکل‌دهی سرنوشت خود دارند. همچنین ما در قبال زندگی خود، اعمالمان و عدم موفقیت در اقدام نکردن مسئولیم. به عبارت دیگر مردم محکوم به آزادی هستند. فرد باید احساس تعهد نسبت به انتخاب کردن را برای خود ضروری بداند. بنابراین از نظر وجودگراها، آزاد بودن و انسان بودن یکی هستند. آزادی و مسئولیت دست در دست یکدیگر دارند و ما آفریننده زندگی خویش هستیم.

جلسه چهارم: به وجود آوردن هویت خویش و برقرار کردن روابط معنی‌دار با دیگران: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می‌شود: هر یک از ما تمایل داریم که خویش را پیدا کنیم، یعنی هویت شخصی خود را بیابیم یا بیافرینیم، این فرایند خودبخودی نیست و نیاز به جرات دارد. ما به عنوان موجودات ارتباطی، برای برقرار کردن پیوند با دیگران تلاش می‌کنیم و باید در قبال دیگران از خود گذشته‌گی نشان داده و به آنها اهمیت دهیم. در دیدگاه وجودی درمانگران با خودداری از ارایه راه حل‌ها و یا پاسخهای حاضر و آماده، درمانجویان را با این واقعیت روبرو می‌کنند که فقط خود آنها باید پاسخهای خویش را پیدا کنند.

جلسه پنجم: به جستجو برای معنی، مقصود، ارزشها و هدفها: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می‌شود: ویژگی بارز انسان تلاش برای درک معنی و هدف در زندگی است. وظیفه درمانگر این است که به توانایی درمانجویان در کشف نظام ارزشی که به زندگی آنها معنی می‌دهد و آن را از درون خویش به دست آورده باشند، اعتماد کند. بی‌معنایی در زندگی به پوچی و بی‌محتوایی منجر می‌شود و درمانجویان وجودی به این بی‌معنایی گناه وجودی می‌گویند و این وضعیتی است که از احساس ناقص بودن یا پی بردن به اینکه آن چیزی نیستیم که باید می‌شدیم ناشی می‌شود.

جلسه ششم: اضطراب به عنوان شرط زیستن: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می‌شود: اضطراب وجودی به صورت نتیجه اجتناب ناپذیر روبه‌رو شدن با "مقرری‌های وجود" یعنی مرگ، آزادی، انزوای

وجودی و بی معنایی توصیف شده است. در دیدگاه وجودب آزادی و اضطراب دو روی یک سکه هستند؛ اضطراب با شور و هیجان همراه با تولد عقیده ای تازه ارتباط دارد. بنابراین زمانی دستخوش اضطراب می شویم که از آزادی خود برای خارج شدن از امور شناخته شده و وارد شدن به قلمرو ناشناخته استفاده کنیم. خیلی از ما به خاطر ترس سعی می کنیم از جهش به امور ناشناخته اجتناب کنیم.

جلسه هفتم: آگاهی از مرگ و نیستی: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می شود: وجود نگر ها مرگ را به صورت منفی در نظر نمی گیرند، بلکه معتقدند که آگاهی از مرگ به عنوان شرایط اساسی انسان به زندگی معنی می دهد. اگر از خود در برابر واقعیت مرگ دفاع کنیم، زندگی کسل کننده و بی معنی می شود اما اگر تشخیص دهیم که فانی هستیم می دانیم که برای کامل کردن طرحهای خود زندگی ابدی نداریم و هر لحظه موجود حیاتی است. آگاهی ما از مرگ منبع علاقه به زندگی و خلاقیت است.

جلسه هشتم تبدیل تراژدی به پیروزی و جمع بندی و در نهایت درمانگران وجودی عمدتاً به شناختن دنیای ذهنی درمانجویان اهمیت می دهند تا به آنها کمک کنند به آگاهی و گزینه های تازه ای برسند. تمرکز روی شرایط فعلی درمانجویان است نه روی کمک کردن به آنها در بازیابی گذشته خویش. درمان وجودی از درمانجویان می خواهد روشهای زندگی نکردن به صورت کامل و اصیل را تشخیص داده و انتخابهایی بکنند که به آنها کمک کنند که به چیزی تبدیل شوند که قابلیت آن را دارند. هدف درمان این است که به درمانجویان کمک شود به سمت اصالت پیش بروند و تشخیص دهند چه موقعی خود را فریب می دهند.

گروه سوم: گروه کنترل دانشجویانی بودند، هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند و گروه گواه محسوب شدند، بلکه فقط مقیاس میل به خودکشی را در سه مرحله پیش و پس آزمون تکمیل کردند. البته آنها در لیست انتظار قرار گرفتند و از انجام و هدف تحقیق آگاه شدن و جهت رعایت اخلاق پژوهش بعد از اتمام مداخله گروههای آزمایشی به آنها ۸ جلسه درمان وجودی ارائه گردید.

جهت رعایت اخلاق پژوهشی تمام آزمودنیهای آگاه شدند که این اطلاعات به منظور اهداف پژوهشی جمع آوری می شود و در مورد پنهان ماندن هویت پاسخ دهندگان اطمینان داده شد. همچنین ذکر شد که علاقمندان می توانند با ارائه پست الکترونیکی و آدرس از نتایج پژوهش آگاه شوند.

یافته ها

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های سه گروه را در مقیاس میل به خودکشی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و همسانی واریانسها را با استفاده از آزمون لوین نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ۳ گروه در مقیاس میل به خودکشی

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۲۴/۱۲	۱/۴۵	۲۶/۰۳	۱/۰۴
مذهب محور	۲۳/۳۵	۱/۸۷	۹/۲۳	۰/۹۸
وجود درمانی	۲۵/۱۱	۱/۳۲	۸/۹۴	۱/۱۲

جدول ۱ یافته توصیفی را نشان می‌دهد، میانگین و انحراف استاندارد ۳ گروه در مقیاس میل به خودکشی را نشان می‌دهد.

جهت بررسی همگنی واریانسها چون مقدار F محاسبه شده (۲۶/۳۴) در سطح معناداری، بالاتر از ۰/۰۵ است، مبین همسانی و همگنی واریانسهای سه گروه در متغیر میل به خودکشی است. برای اطمینان از برابری میانگینهای دو گروه در مرحله پیش آزمون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه مرحله پیش آزمون

متغیرها	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
میل به خودکشی	۲۲/۶۷	۱	۲۲/۶۷	۱۹/۴۳	۰/۷۶	۰/۱۱	۰/۱۲

تحلیل واریانس یافته‌ها نشان داد که بین سه گروه در متغیر میل به خودکشی در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۲). میزان تأثیر پیش آزمون و گروههای درمانگری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی میزان تأثیر پیش آزمون و درمانگری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
--------------	--------------	----	----	----	---	---	-----------	------------

متغیر وابسته	میل به خودکشی پیش آزمون	۱۸/۵۴	۱	۱۸/۵۴	۱۸/۵۴	۰/۸۳	۰/۰۴	۰/۱۱
گروهها	میل به خودکشی پس آزمون	۱۳۴/۳۴	۱	۱۳۴/۳۴	۲۰۲/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱/۰۰

بر مبنای تحلیل کوواریانس مشخص شد که نمره های پیش آزمون تأثیر معناداری بر نمره های پس آزمون ندارند ($p > 0/05$)، اما گروههای درمانگری نمره های پس آزمون را تحت تأثیر قرار دادند ($p < 0/05$). به عبارت دیگر همان طوری که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است، با کنترل پیش آزمون بین آزمودنیها گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ میل به خودکشی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < 0/0001$ و $F=202/432$)، بنابراین فرضیه تحقیق تأیید می گردد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۲ می باشد، یعنی ۹۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون میل به خودکشی مربوط به تأثیر مذهب محور و وجود درمانی می باشد. معنی دار شدن تفاوت در تحلیل واریانس مشخص نمی سازد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد، لذا بدنبال این تحلیل، تحلیل تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات میل به خودکشی مراجعان گروه های سه گانه

گروهها	میانگین	۱	۲	۳
درمان مذهب محور	۹/۲۳	—	($p < 0/0001$)	($p < 0/0001$)*
وجود درمانی	۸/۹۴	($p < 0/0001$)	—	($p < 0/0001$)*
کنترل	۲۶/۰۳	($p < 0/0001$)*	($p < 0/0001$)*	—

نتایج جدول ۴ نشان می دهد، بین گروه کنترل و گروه های آزمایشی تفاوت معنی داری از لحاظ میل به خودکشی وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه های آزمایشی با توجه به میانگین میل به خودکشی آنان نسبت به میانگین گروه کنترل موجب کاهش میل به خودکشی گروه های آزمایش شده است، بنابراین فرضیه تحقیق تأیید می گردد. همچنین بین گروههای مذهب محور و وجود درمانی تفاوت معنی

داری وجود ندارد که با توجه به میانگین‌ها، این امر بیانگر آن است مذهب محور و وجود درمانی در تاثیر بر کاهش میل به خودکشی اثر مشابه دارند.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان دادند که روی آورد درمان مذهب محور در کاهش میل به خودکشی دانشجویان مؤثر بوده است (جدول ۳). یافته‌های به دست آمده با پژوهشهای (تورسن و هریس، ۲۰۰۲؛ برنان، ۲۰۰۴؛ احمدی طهران، حیدری، پروپست، استروم، واتکینس و همکاران، ۱۹۹۲، آکس لاین، ۲۰۰۸، نشاط دوست و نصیری، ۱۳۸۴، سعیدی نژاد، مظاهری، غباری بناب، ۱۳۸۸، برگین، ۱۹۹۱) همسوست. در تبیین مطالب فوق می‌توان گفت، اغلب افراد مومن ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند که می‌توان از طریق اتکا و توسل به خداوند اثر موقعیت‌های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل نمود. به همین دلیل گفته می‌شود که مذهب ممکن است به شیوه‌های فعال در فرایند مقابله‌ای با میل به خودکشی مؤثر باشد. به طور کلی مقابله‌ی مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و کنترل رفتارهای تکانشی و اقدام به خودزنی و خودکشی به افراد کمک می‌کند.

احساس تعلق داشتن به منجی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، حمایت روحانی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کم‌تری را تحمل کنند. در مکتب اسلام، انسان و زندگی او چون آفرینش جهان نمی‌تواند بی‌هدف باشد، هدف از آفرینش سیر تکاملی او در همه ابعاد وجودی، بادور شدن و شکوفا شدن او و سرانجام سیر او به سوی کمال مطلق و خداگونه شدن است.

در این مختصر نقش مقابله مذهبی در میانجگری بین عوامل استرس‌زا و ارتباط آن با سلامت روانی و خودکشی کاملاً روشن است، اغلب افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، به نوعی به پوچ‌گرایی رسیده‌اند و مذهب می‌تواند نور امید و هدف را در دل این افراد روشن کند. تجربه‌های عینی و بررسی‌های اجتماعی نشان داده‌اند افرادی که با آموزش‌های راستین و منطقی دینی و اخلاقی پرورش یافته‌اند بیش‌تر از کسانی که چنین آموزش‌هایی نداشته‌اند در راه هدف‌های ارزشمند اجتماعی گام برداشته‌اند (امیدوار بوده‌اند). منتهی رسالت دین تنها ارائه اندیشه‌های اخلاقی به شکل انتزاعی و تجریدی

نیست. شیوه‌های کاربردی اندیشه اخلاقی و ابزارهایی که بتوانند اندیشه را به عمل تبدیل کنند، امری است که در جوهر دین نهفته است. در مقابله‌ی مذهبی فرد از منابع مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خواند و ... برای مقابله با مشکلات استفاده می‌شود. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند از آنجایی که این نوع مقابله‌ها منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند، ممکن است مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، بنابراین به کارگیری آنها برای اکثر افراد سلامت ساز است و سبب کاهش گرفتاری روانی و انصراف از خودکشی شود.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان دادند که وجود درمانگری هم در کاهش میل به خودکشی مانند مذهب درمانگری اثر داشته است (جدول ۳). اثر وجود درمانگری در کاهش کاهش میل با پژوهشهای شولنبرگ (۲۰۰۳)، ماسکرو و روزن (۲۰۰۶)، کیزان و همکاران (۱۹۹۶)، کاین (۲۰۰۲)، اسپینل (۲۰۰۳)، آیاکوو (۲۰۰۹) همخوانی دارد. در تبیین اثر درمانی وجودی باید گفت: تقلای انسان برای آزاد شدن از محدودیت‌ها (مثل خودکشی) در یک آینده مبهم و بی هدف نمی باشد بلکه آزادی انسان برای هدفی است که در حال و آینده خود انتخاب کرده است، افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، مفهوم آزادی را درک نمی کنند. افرادی که اقدام به خودکشی می کنند معنی مسئولیت را نمی دانند، وجود نگرها معتقد بر این هستند که انسان خود سازنده و مسئول سرنوشت خود می باشد، خود انسان است که مسئول اعمال خویش است، درک مسئولیت پذیری اثر خاصی بر کاهش اقدام به خودکشی دارد، چرا که این افراد نوعی احساس بی مسئولیتی می کنند. افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، معنا در زندگی ندارند، باید گفت معنا به صورت اتوماتیک به ما هدیه نشده است، بلکه ما خودمان هستیم که این معنا را برای خودمان می آفرینیم و انگیزه حرکت به سوی آن را در خویش خلق می کنیم. یعنی این معنی حاصل جستجو و کاوشمان برای یک هدف خاص است و این معنا و جستجوی آن است که در زندگی، انگیزه رفتار ما را شکل می دهد، افراد متمایل به خودکشی هدفی در زندگی ندارند و احساس پوچی و بی معنایی می کنند و در خلأیی بدون گریز گرفتار هستند. وقتی از انسان پرسیده می شود « برای چه زنده ای؟ » جواب این سوال همان چیزی است که به معنی اشاره دارد، بنابراین تنها راه گریز انسان از پوچی و احساس یأس و ناامیدی خلق یک معنی و ارزش برای خود در هر لحظه و حرکت به سوی آن است و این جستجوی ارزش فعالیت هر لحظه ای انسان است، یعنی با رسیدن به هدف مورد نظر هدفی دیگر خلق می شود و ارزشی دیگر در نظر گرفته می شود پس انسان هر لحظه در حال شدن، تعیین هدف و حرکت به سوی آن است، اگر افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، بتوانند، معنای زندگی، ارزش وجودی و مسئولیت فردی و اجتماعی را

دریافت کنند، تغییرات در میل آنها هم به جود می‌آید و ابتدا اقدام به خودکشی نمی‌کنند و نه تنها از زندگی زده نمی‌شوند، بلکه زندگی هر لحظه برای آنها متنوع تر و جذاب تر است. در انسان یک دوگانگی همیشگی موجود است که انسان بین آن قرار دارد، (مثلا دو گانگی بین مرگ و زندگی).

در حقیقت وقتی انسان با مسأله‌ای به نام مرگ که گریز ناپذیر است، مواجه می‌شود دچار اضطراب می‌گردد. اهمیت مرگ و خودکشی از جهت واقعه‌ای که می‌افتد نیست، بلکه از نظر وجودی خودکشی از این جهت است که انسان چون اعتمادش نسبت به بقای خویش سلب می‌کند، کارهایی می‌کند و نقشه‌هایی پی‌ریزی می‌نماید تا اساس ثبات را برای خود پی‌ریزی کند، در هر صورت مرگ انسان را به وظایفی که باید انجام دهد آگاه می‌سازد. انزوای وجودی در افراد خودکشی گرا بسیار غالب است، یعنی تنهایی بنیادی در این دنیا، شرایط دیگر زندگی است که موجب اضطراب و میل به خودکشی در این افراد می‌شود. این انزوا و بیگانگی، باعث می‌شود که این افراد از درون و وجود خویش جدا شود و شخصیت خود را نیز از دست بدهد.

بدینوسیله خود انسان در یک تارهای ساخته شده معدوم می‌گردد. بنابراین اقدام به نابودی خود استقلال فردی و انسانیت را از شخص سلب می‌کند و او خود را فراموش می‌کند و چون انسان خود و موقعیت خویش را تشخیص ندهد، مسلم است مسائل مربوط به خود را نیز نمی‌تواند تشخیص دهد. پس انسانی که نتواند خویش و موقعیت خویش را تشخیص دهد در دنیایی زندگی می‌کند که علی‌رغم وجود دیگران در کنار او احساس تنهایی می‌کند، به این دلیل است که این افراد اغلب احساس بی‌کسی می‌کنند و پناه به خودکشی می‌برند. نکته قابل توجه دیگر این است که در جلسات درمان باید برای مراجع متمایل به خودکشی روشن شود و بیان کرد تنها وجود اصیل است یعنی رو راستی با طبیعت، با دیگران و خودمان ما را از تنهایی و اقدام به خودکشی نجات می‌دهد. از نظر آنان اصالت پاداش دهنده است، اصالت یعنی اینکه ما تصمیم گرفته ایم صاف و پوست کنده با دنیا روبرو شویم، بدون اینکه آن را از خود پنهان کنیم و یا خود را از آن پنهان سازیم. در حقیقت انسان اصیل، خود را آنطور که هست آشکار می‌سازد نه آنطور که دیگران می‌خواهند. یعنی انسان اصیل ترسی در مورد اینکه دیگران اگر بدانند او واقعا کیست و چیست، دچار نگرانی نمی‌شوند. وجود اصیل سالم ترین وجود است، بدین دلیل که در آن سه سطح هستی ما به جای در تعارض بودن، یکپارچه یا متصل به هم هستند یعنی یکی از سطوح، سطوح دیگر را قربانی نمی‌کند، بنابر این افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، سعی دارند که سطحی از وجود خود را قربانی ابعاد دیگر زندگی کنند. این تبیین‌ها و شیوه‌ی اثر وجود درمانگری در کاهش کاهش میل با

بررسیهای نظری و تحقیقی یالوم (۱۹۸۰)، هولت (۱۹۶۶)، سدنر (۲۰۰۹) و شولنبرگ (۲۰۰۲)، فردریک نت فرزکی (۱۹۰۰-۱۸۴۴)، مارتین هیدگر (۱۹۷۱)، سچندیر (۲۰۰۱)، دیورزین و آرنولد بک (۲۰۰۵) همخوانی دارد.

البته یکی از محدودیت‌های پژوهش این است که در پژوهش حاضر دانشجویان دختر درصد بیشتری از کل نمونه را تشکیل می‌دادند که در تعمیم نتایج به کل جامعه باید جنسیت را لحاظ کرد. همچنین به دلیل اینکه جامعه آماری این پژوهش دانشجویان بودند، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها، اجرای پیش‌آزمون‌ها در میان دانشجویان متمایل به خودکشی بود که به دلیل تحت استرس بودن آنها و تنش‌هایی که با آنها مواجه بودند، جلب رضایت و تمرکز برخی از آنها برای تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی مواقع دشوار بود و با مشکلاتی همراه بود. محدودیت دیگر این بود که دانشجویان از آشکار شدن افکار خودکشی نگران بودند و به محرمانه بودن آن شک داشتند و چند نفر حاضر به همکاری نشدند.

همچنین از آنجا که هدف پژوهش‌های اخیر علاوه بر تعیین اثربخشی یک مداخله، تعیین مناسب‌ترین نوع درمان برای هر فرد است، بررسی وضعیت اجتماعی، تحصیلی، بومی و غیر بومی بودن و فرهنگی افراد به منظور تعریف بهترین گروه هدف برای این نوع مداخله نیز ضرورت دارد. همچنین سطح سواد به عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های این تحقیق می‌باشد که می‌تواند تعمیم دهی آن را به افراد با سواد پایین با احتیاط همراه سازد. با توجه به اینکه این پژوهش در شهرستان سندج واقع در استان کردستان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل مذهبی و فرهنگی برای افراد مهم است، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرها، قومیت‌ها و فرهنگ‌های دیگر تکرار شود.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش نیز دانشجویان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند، سختی دوران تحصیل، هزینه تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد شغل آینده، به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل وجو درمانگری با ارائه متد خاص، نگرش دانشجویان را کاهش داد. از سوی دیگر افراد متدین به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از بیماری‌های روانی مصون‌تر هستند. از جمله آثار ایمان دینی آرامش خاطر است. ایمان دینی به حکم این که به انسان که یک طرف معامله است، نسبت به هیجان که طرف دیگر معامله است، اعتماد و اطمینان می‌بخشد، دلهره و نگرانی

نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان از میان می‌برد و به جای آن به او آرامش خاطر می‌دهد. یکی دیگر از دلایل نگرانی دانشجویان نسبت به آینده، این است که سرنوشت خود را محصول عوامل غیر ارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور می‌کنند. در حالی که وجود درمانگری انسان را صاحب عقل و اختیار می‌داند و زندگی را بر پایه آزادی و اختیار تبیین می‌کند.

بنابراین بر مبنای اختیار، دانشجویان این نوع زندگی را انتخاب کرده‌اند. به همین دلیل با به کارگیری معنادرمانگری و تأکید بر قدرت انتخاب، تمایل به خودکشی دانشجویان کاهش یافته است. رابطه‌ی بین میزان دینداری و اصالت وجود افراد و میزان خودکشی اغلب در ارزیابیهای کلینیکی نادیده گرفته می‌شود. اگرچه تحقیقات زیادی نقش بازدارنده‌ی دین و اصالت وجود در مقابل خودکشی را نشان داده است. راهنمایی‌های عملی کلی که در ادامه ارائه می‌شود، می‌تواند به مشاوران کمک کند تا تأثیر میزان دینداری و اصالت وجود مراجعان بر احتمال خودکشی آنها را ارزیابی کنند و از این طریق نگرش و تمایل به خودکشی آنها را کاهش دهند. این رهنمودها کاربردی عبارتند از ارزیابی اهمیت دین و اصالت وجود در نظر مراجعان و نقش دین در هویت آنها. مواردی مثل میزان دینداری فرد مراجعه‌کننده چقدر است؟ هرچند وقت یکبار وظایف دینی مثل خواندن نماز را بجا می‌آورند؟ تا چه اندازه در مراسمه‌های دینی حاضر می‌شوند؟ تا چه اندازه با مومنان معاشرت دارند؟ ارزیابی چگونگی مفهوم بندگی و فهم خودکشی از سوی مراجعان. آیا مراجع می‌داند که در دین خودکشی منع شده است؟ آیا شرایطی وجود دارد که در آن، دین، خودکشی را مجاز نموده باشد؟ آیا در دین تفاسیر متفاوتی از خودکشی وجود دارد؟ آیا بین تلقی مراجعان از خودکشی و دیدگاه دین آنها تضادی دیده می‌شود؟ اگر چنین است، مراجعان چگونه با این تضاد و تأثیر آن بر ایمان خود، برخورد می‌کنند؟ در خاتمه باید گفت: عمل خودکشی در بیشتر ادیان محکوم شده است.

تحقیقات نشان داده است که میزان دینداری و مسئولیت‌پذیری مستقیماً با میزان خودکشی رابطه دارد و هراندازه که میزان دینداری و معنایابی از زندگی بیشتر باشد احتمال رفتار معطوف به خودکشی کمتر می‌شود. اطلاعات دینی و وجودگرایی بالینی مناسب می‌تواند به مشاوران کمک نماید تا این اطلاعات را به هنگام تدوین برنامه‌هایشان مورد استفاده قرار دهند. بنابراین درمانگران و مشاوران نباید اهمیت توجه به مسایل معنوی، وجودی و مذهبی در کمک به مراجعان را از نظر دور بدارند و از این روشهای‌های مذهبی و انسان‌گرایانه برای کمک به مراجعان مشکل‌دار و دردمند بهره‌گیرند، تا از

این طریق اثربخشی مداخلات درمانی خود را افزایش دهند و وقوع خودکشی رو به تزداد در بین نوجوانان کاهش داد.

منابع

- انیسی، جعفر، فتیحی آشتیانی، علی، سلیمی، سید حسین و احمدی، خدابخش (۱۳۸۳). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۷: ۳۳-۳۷.
- ابراهیمی امراله؛ نشاط دوست حمید طاهر؛ کلانتری مهرداد؛ مولوی حسین؛ اسداللهی قربانعلی (۱۳۸۶). سهم مقیاس نگرش های ناکارآمد و خرده مقیاس های سلامت عمومی در پیش بینی و نسبت بخت ابتلا به افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۹(۴): ۵۸-۵۲.
- احمدی، طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کچویی، احمد؛ ایرانی، آزاد (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*؛ ۳: ۵۱-۵۶.
- اشنایدمن، ادوین (۱۳۸۳). *روانشناسی خودکشی: ذهن خودکشی گرا*. ترجمه مهرداد فیروز بخت. ناشر: موسسه خدمات فرهنگی رسا، تهران. (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۲).
- پالمر، استفان. (۱۳۸۳). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*. ترجمه ناصر. یوسفی، اصفهان: انتشارات پرسش، چاپ اول (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۱).
- پروچاسکا. جیمز او و نورکراس. جان سی (۱۳۸۱). *نظریه های روان درمانی*. ترجمه ییحیی سید محمدی. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲).
- حسین آبادی، مجید (۱۳۹۰). *اثربخشی گروه درمانی وجودی- انسان گرایانه بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم عزت نفس و احساس شرم در بهبود سلامت روان*. پایان نامه ی کارشناسی ارشد. دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

- رحیمی آباد پریسا (۱۳۷۸). *استفاده از یک مدل تجربی برای بررسی کمبودها در فرایند بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام کنندگان به خودکشی*. پایان نامه پزشکی عمومی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- کاویانی حسین، موسوی اشرف السادات، محیط احمد (۱۳۸۰). *مصاحبه و آزمون‌های روانی*. تهران: انتشارات سنا.
- سعیدی نژاد، زهره؛ مظاهری، محمد علی و غباری بناب، باقر (۱۳۸۸). *تاثیر مداخلات معنوی به شیوه ی گروهی بر سلامت روان و خود شکوفایی تازه ها و پژوهش های مشاوره؛ ۸ (۳۱): ۱۱۵-۱۳۴*.
- فرانکل، ویکتور. (۱۳۸۶). *انسان در جستجوی معنی*. ترجمه اکبر. معارفی، چاپ هشتم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران (تاریخ انتشار اثر اصلی ۱۹۶۷).
- فخاری نوابی نژاد، فروغان (۱۳۸۷). *تاثیر مشاوره ی گروهی با رویکرد معنا درمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند*. *مجله ی سالمندی ایران*، ۳ (۷): ۴۳-۵۸.
- قهرمانی، محمد (۱۳۸۲). *بررسی تأثیر روزه داری بر وضعیت سلامت روانی، همایش، نقش دین در بهداشت روان*، قم، معارف، چاپ اول، جلد ۱، ۲۴۴-۲۴۴.
- کوتلر، ایلن. (۱۳۸۵). *مهارت‌های مشاوره ای برای معلمان*. ترجمه ناصر یوسفی و ناصر شیربگی، سندج: نشر دانشگاه کردستان (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۳).
- مجاهد، عزیزا...؛ کلاتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۸). *مقایسه تاثیر درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان*. *مجله اصول بهداشت روانی*؛ ۴ (۱۱): ۲۸۲-۲۹۱.
- محمد پور، احمد رضا (۱۳۹۰). *ویکتور امیل فرانکل (بزرگان روانشناسی و تعلیم و تربیت)*. تهران: دانژه. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲).
- نظری، محمد علی و ضرغامی، سعید (۱۳۸۸). *روان درمانی وجودی (درمان فردی و گروهی)*. تهران: پازینه.
- وولف دیوید (۱۳۸۶). *روانشناسی دین*، ترجمه محمد دهقانی. چاپ اول؛ انتشارات رشد، ص ۳۶-۳۹. (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۳).
- یاری، شیما (۱۳۸۹). *اثربخشی گروه درمانی وجودی بر استرس در افراد مبتلا به دیابت*، پایان نامه ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی.

- Azhar, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Journal Psychotherapy Psychosomatic*, 63, 165-680.
- Beck, T, Kovacs, M & Weissman, A (1979). Assessment of suicidal intention: The scale of suicide ideation. *Journal Consult Clinical Psychology*; 47: 343-352.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *Journal American Psychologist*, 46, 394-403.

- Binswanger, L.(1956). "Existential Analysis and Psychotherapy", in *Progress in Psychotherapy*, eds. F. Fromm-Reichman and J. Moreno (New York: Grune & Station), 196- 256.
- Brennan, M. (2004). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults. *The International Journal for the Psychology of Religion*; 14 (3): 193-214.
- Boss, M. (1982). *Psychoanalysis and daseinanalysis*. New York: Simon & Schuster.
- Cain, D. J. & Seaman, J. (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC, American Psychological Association Press.
- Comstock, G.r Partidge, K.B.(1472). Church Abandance and Health. *Journal of Chronic Disease*. 25.665.672.
- Danitz, M. (2001). Suicide an unnecessary death. London: UK.
- Ducher, J. L., & Dalery, J. (2004). Concurrent validation of suicidal risk assessment Scale with the Beck's Suicidal Ideation Scale. *Encephale*, 30, 249-254.
- Deurzen, E. van, and Kenward, R. (2005) *Dictionary of Existential Psychotherapy and Counseling*, London: Sage Publications.
- Deurzen, E. van and Arnold-Baker, C., eds. (2005), *Existential Perspectives on Human Issues: a Handbook for Practice*, London: Palgrave, Macmillan.
- Exline, J. J. (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. *Journal of Psychology and Christianity*; 27: 131- 139.
- Harmand,J. ; Ashlock, I.E. & Miller, T.W.(1993).[Treating post-traumatic stress disorder among Vietnam combat veterans: An existential perspective. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 23, 281-291.](#)
- [Heidegger, M. Explained: From Phenomenon to Thing. quotation: *by Graham Harman\(2007\). Semenar of Existentialism, Springer Netherlands, 116-117.*](#)
- Holt, H. (1966). *The case of Father M: A segment of an existential analysis. Journal of Existentialism*, 6, 369– 495. [Also in D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.). (1979). *Great cases in psychotherapy*. Itasca, IL: F. E. Peacock.].
- Ivey, A. E. (2000). Counseling, time to take charge, counseling and psychotherapist. *Pastoral Psychology*, 23, 12- 21.
- Iacovou, S. (2009). Are Wellbeing, Health and Happiness Appropriate Goals for Existential Therapists? *Journal Existential Analysis*, 20(2), 23-35.
- Koenig, H. G. (1998). *Religion and Mental Health*, California: Academic Press.
- Kissane, D. W. et al. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Pub med.*, 12, 532-245.
- Lambert, N. M. & Dollahite, D.C. (2008). The Threefold Cord: Marital commitment in Religious Couples. *Journal of Family Issues*. 29, 592-614.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety (rev. ed.)*. New York: Norton. (First edition published in 1950.).
- Mascaro,N. & Rosen, D.H. (2006).The role of existential meaning as a buffer against stress. *Journal of Humanistic Psychology*.46. 2 168-190.
- Ozdel O, Varma G, Atesci FC(2009). Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis: Journal of Crisis Interven Suicide Prevent*, 30(2), 90-93.
- Nelson, R.; J.(2006).*Theory and practice of counseling and therapy*. London: SAGE.

- Pervin, I.A.(1960).Existentialism, psychology, and psychotherapy. *Journal of American Psychologist*, 15(5), 305-309.
- Propst, L.R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean ,T., Mashburn, D.(1992). Comparative efficacy of religious andnon-religious cognitive behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 60: 98-103.
- Salkouskis, P, M, & Storer, B(1990). Cognitive behavioral problem solving in the treatment of patients who repeated attempt suicide: a controled trial. *British Journal Psychiatry* ;157: 871-6.
- Schulenberg, S. E. (2002). Logotherapy and Conduct Disorder.*The International Journal for Logotherapy*, 25: 52–67.
- Schulenberg, S. E. (2003). Psychotherapy and movies: On using films inclinal practice. *Journal Contemporary Psychotherapy*, 33, 35–48.
- Seidner, S. S. (2009). [*"A Trojan Horse: Logotherapeutic Transcendence and its Secular Implications for Theology"*](#). Mater Dei Institute. pp 10–12.
- Schneider, K.J. (2011). [*"Existential-Humanistic Therapies". In S.B. Messer & Alan Gurman \(Eds.\), Essential Psychotherapies. \(Third ed.\)*](#). New York: Guilford.
- Spinelli, E. (2003). [*The Existential-Phenomenological Paradigm. In R. Woolfe, W. Dyden, S. Strawbridge, Handbook of Counselling Psychology. 2nd edition*](#). London: Sage.
- Timms, S., & Goreczny, A. J. (2002). Adolescents offenders with mental retardation: Literatur review and assessment considerations. *Journal Aggression and Violent Behavior*, 7: 1–19.
- Thoresen ,C.E., & Harris ,H.S.(2002).Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Journal Annual Behavioral Medicine*; 24(1): 3-13.
- Yontef, G., & Jacobs, L. (2005). [*Gestalt therapy. In R. Corsini & D. Wedding \(Eds.\), Current psychotherapies*](#). Belmont, CA: Brooks/Cole Thompson Learning.
- Yalom, I. D. (1980). [*Existential psychotherapy*](#). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2001). [*The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists*](#). New York: Harper Collins.



استناد به این مقاله: یعقوبی، ابوالقاسم؛ محقق، حسین؛ محمدزاده، سروه؛ ربیعی، مهدی؛ محمدزاده، سمکو (۱۳۹۲). عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۲)، ۱۵۶-۱۴۳.

عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی

ابوالقاسم یعقوبی^۱، حسین محقق^۲، سروه محمدزاده^۳، مهدی ربیعی^۴، سمکو محمدزاده^۵

دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۹

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی و مقایسه عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی بستری در بیمارستان قدس بوده است. بدین منظور از روش پژوهش تحلیلی-توصیفی استفاده شد. شرکت کنندگان در پژوهش را ۱۵۰ نفر (سه گروه ۵۰ نفره) که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و توسط روانپزشک تشخیص اختلال خلقی، روانپریشی یا شبه جسمی دریافت کرده بودند تشکیل می‌دادند. خانواده‌ها پرسشنامه عملکرد خانواده مک مستر را تکمیل نمودند. داده‌ها با روش مقایسه زوجی، تحلیل مانوا، پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع‌ها و تساوی واریانس تحلیل شد. یافته‌ها حکایت از آن داشت سه گروه در همه ابعاد عملکرد خانواده، جز بعد نقش تفاوت معنا دار دارند و بیشترین تفاوت گروه‌ها مربوط به بعد کنترل رفتاری بود. نتایج مقایسه زوجی نشان داد بعد آمیختگی عاطفی بین گروه خلقی با گروه روانپریش و گروه روانپریش با گروه شبه جسمی تفاوت دارد اما بین گروه خلقی و شبه جسمی تفاوت معنادار نبود. افت کارکرد در بعد آمیختگی عاطفی در بیماران خلقی بیشتر از دیگر گروه‌ها بود. کنترل رفتار در بین گروه خلقی و روانپریشی تفاوت معناداری نداشت اما تفاوت در گروه خلقی و شبه جسمی و گروه روانپریش و گروه شبه جسمی معنادار بود ($p < 0.01$). نتایج آزمون عملکرد خانواده نشان داد که عملکرد کلی خانواده در بیماران روانپریشی ناکارآمد می‌باشد.

کلید واژه‌ها: عملکرد خانواده، اختلال خلقی، روانپریشی، شبه جسمی

۱. دانشیار دانشگاه بوعلی سینا همدان

۲. استادیار دانشگاه بوعلی سینا همدان

۳. دانشجوی دکتری دانشگاه بوعلی سینا

۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم

۵. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

مقدمه:

خانواده اولین بستری است که یک فرد از لحاظ اجتماعی، زیستی و روانشناختی در آن رشد کرده و مجهز به سازوکارهای مورد نیاز زندگی سالم می‌شود. خانواده نهادیست که قوانین و مقررات خود را دارد، از اعضای تشکیل شده که به گونه ای پویا و مرتبط، به یکدیگر وابسته اند؛ به همین علت نیز رفتارشان به صورت کاملاً مجزا از کل سیستم خانواده قابل بررسی نیست. مطالعه نظام های خانواده به تشخیص های متعددی در رابطه با نقش های ویژه ای که اعضای خانواده بخصوص فرزندان دارند منتهی شده است (وحیدزاده، ۱۳۷۶)

با گسترش الگوی زیستی-روانی-اجتماعی دخالت کژکاری های خانوادگی در بیماری های روانپزشکی بیشتر مشخص شده است. آکرم (۱۹۹۰) خانواده را به عنوان واحدی عاطفی - اجتماعی، کانون رشد و تکامل، التیام و شفا دهنده و نیز مرکز پاتولوژی معرفی نموده است. در خانواده فرد خود را متعلق به مجموعه ای می‌داند که مختص اوست. به گفته مینوچین (۱۹۹۵) افراد هویت خود را از طریق خانواده احراز می‌کنند (پورتر و هاوول، ۱۹۹۲). ارتباط پویا و پیوسته اعضای خانواده درون نظام خانواده، توانایی خانواده در تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول دوره های مختلف، حل تضادها و تعارض ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای قوانین و مقررات حاکم بر این نهاد با هدف حمایت از کل سیستم رانشان می‌دهد (پورتر و هاوول، ۱۹۹۲). پژوهش ها نشان داده اند در خانواده هایی که ارتباط میان اعضا و تعامل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (اسلامی، ۱۳۸۰؛ جنانی، ۱۳۸۰؛ پروچاسکا و نورکراس ۲۰۰۱). خانواده هایی که دارای عملکرد مطلوب هستند، مشکلات خود را در زمان بندی های خاص حل می‌کنند و از فلج و خشک نمودن فرآیندهای تعاملی در خانواده اجتناب می‌کنند و وقتی مسئله ای در خانواده رخ می‌دهد از میچ گیری و جستجوی فرد گناهکار خودداری می‌کنند، در حالی که در خانواده های با عملکرد نامطلوب هنگامی که مسئله ای رخ می‌دهد عضوی که ضعیف تر است و نمی‌تواند از خود دفاع کند، باید بار همه مشکلات را به دوش بکشد. معمولاً فرد ضعیف نشانه های بیماری را بروز می‌دهد و برچسب بیمار دریافت می‌کند و بلاگردان (سپر بلای) خانواده می‌شود. خانواده های سالم شیوه های رفتاری ناموفق در حل مشکلات را رها ساخته و به جستجوی استراتژی های نو و خلاق می‌پردازند، در حالی که خانواده های با عملکرد

نامطلوب یا به انکار مشکل می‌پردازند یا سعی بر حل مسئله براساس منطق روزمره و شیوه‌های ناکارآمد و هیجانی حل مسئله دارند (پورتر و هاول، ۱۹۹۲).

پژوهش‌ها بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علایم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری رانشان داده‌اند (سعادت‌مند، ۱۳۷۶). نظام خانواده در بیماران افسرده در ابعاد گوناگون دچار کژکاری است. خانواده در بیماران افسرده، پیوستگی، نزدیکی عاطفی و انعطاف‌پذیری کمتری از خود نشان می‌دهد و نظام ارتباطی ضعیف‌تری داشته و رضایت زناشویی در میان والدین پایین‌تر است (موسوی، ۱۳۸۰؛ کامسپیل و اپشتاین، ۲۰۰۲؛ کاشانی، آلان، داهلمیر، رضوانی و رید، ۱۳۷۴). همچنین عملکرد خانواده در زنان نسبت به مردان رابطه قوی‌تری با افسردگی دارد. مهمترین پیش‌بین علایم افسردگی در نوجوانان، سطح رضایت آنان از پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی می‌باشد، در کودکان نیز افسردگی با کاهش پیوستگی اعضای خانواده و درعوض گسستگی و جدایی‌وفقدان صمیمیت و انعطاف‌پذیری اعضای خانواده و سطح رضایت پایین و خشنودی خانواده رابطه معنی‌داری دارد (موسوی، ۱۳۸۰؛ کامسپیل و اپشتاین، ۲۰۰۲؛ کاشانی، آلان، داهلمیر، رضوانی و رید، ۱۳۷۴).

در مدل کارکرد خانواده مک‌مستر یک واحد خانواده باید شش کارکرد اولیه را که شامل حل مسئله، ارتباط، پاسخدهی عاطفی، آمیختگی هیجانی، نقش‌ها و کنترل رفتار را می‌شود، برای فرد داشته باشد. پژوهش‌ها و شواهد کلینیکی حاکی از آنند که الگوهای نابهنجار کارکرد خانواده با بیماری‌های روان‌پزشکی در ارتباط هستند (سولومون، میکولینسر، فرید و واسنر، ۱۹۸۷). مطالعه‌ای در خانواده بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان داد که در خانواده این بیماران، پاسخدهی عاطفی و پیوستگی دچار نقص می‌باشد (فری، ۱۹۹۰).

مطالعه‌ای دیگر در خانواده‌های بیماران اضطرابی حاکی از آن بود که در بعد آمیختگی، خانواده این بیماران مختل است و توانایی مقابله‌ی مناسب با رویدادهای اضطراب‌زا در این خانواده‌ها نسبت به خانواده افراد سالم، پایین‌تر است (شان، کایسر چرنی، آلکون و بویس، ۱۹۹۶). آنها همچنین نشان دادند که در خانواده‌های کودکان پیش‌دبستانی با خلق و خوی دشوار سطوح بالای تعارض، و ابراز هیجانات ناخوشایند وجود دارد و کودکان نیز رفتارهای پرخاشک‌رانه بیشتری نشان می‌دهند (شان، کایسر چرنی، آلکون و بویس، ۱۹۹۶). پژوهش دیگری نشان داد در کودکان مبتلا به اختلالات خوردن، نشانه شناختی افسرده‌وار و کارکردهای ضعیف خانواده بایکدیگر مرتبط هستند (فومانی، ولداریزک، بیساگا،

متیوز و سندبرگ، ماندل و کاتز، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش مک کی، مورفی، ریویتوس و مایستو (۱۹۹۱) در خانواده‌های سوء مصرف کنندگان نشان داد که ابعاد نقش‌ها و پاسخدهی عاطفی دچار مشکل هستند و نقص در این دو بعد، سوء مصرف الکل را پیش‌بینی می‌کند. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که کارکرد خانواده، شدت علایم و تعداد دوره‌های عود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مثلاً مقدار هیجان ابراز شده که به وسیله انتقادگری، خشونت، و در آمیختگی زیاد مشخص می‌شود باعث افزایش نرخ عود بیماران اسکیزوفرن می‌شود (براون، بیرلی و بینگ، ۱۹۷۱؛ دوان، وست، گولدشتاین، رودنیک و جونز، ۱۹۸۱). تعارضات والدینی متعدد، آمیختگی عاطفی نامناسب و سوگواری‌های حل نشده در خانواده با عودهای مکرر بیماران اسکیزوفرن مرتبط است (والش و مک گولدریک، ۱۹۸۷، والش، ۱۹۸۸). گودیر و دیگران نشان داده‌اند که در بزرگسالان مبتلا به افسردگی مزمن، کارکرد خانواده با عود نشانه‌های افسردگی بعد از ۳۶ هفته پیگیری مرتبط است (گودیر، هربرت، تامپلین و سشر، ۱۹۹۷).

مطالعه‌ای در بزرگسالان مبتلا به افسردگی نشان داد که زمانی که کارکردهای خانواده بهبود می‌یابند، نشانه‌های افسردگی نیز کاهش می‌یابد (وکرلی، ۲۰۰۲؛ امانوئلی، اوستوزی، کوزورالو، واتکینز، لاسک و والر، ۲۰۰۳). مقایسه کودکان مبتلا به افسردگی اساسی، کودکان مرزی (در مرز ابتلا) و کودکان غیر افسرده نشان داد که در کودکان مبتلا کنترل رفتاری و کارکرد کلی خانواده‌ها نارسایی بیشتری برخوردارند. خانواده‌های کودکان مرزی در تعریف نقش و آمیختگی هیجانی مشکلات بیشتری دارند (هیل، هاوکینز، ابوت، جی گو، ۲۰۰۵). تفاوت‌های فردی نیز در ادراک کارکرد خانواده تأثیر دارند (همان منبع). در مقایسه‌ای که بین مادران انگلیسی و ایتالیایی انجام شد، هیچ‌نشان داد مادران انگلیسی، بر استقلال فردی تأکید بیشتری دارند در باره ابعاد ارتباط خانوادگی و نقش‌ها نگران بودند و مادران ایتالیایی، بیشتر بر زندگی خانوادگی تأکید دارند نگران الگوهای کنترل رفتار در خانواده خود بودند (همان منبع).

نتایج پژوهشی نشان داد که کارکرد خانواده و میزان مصرف روزانه سیگار در نوجوانان رابطه معکوسی دارند (لزین، رولل، بین و تیلور، ۲۰۰۴). در خانواده‌هایی که کارکرد خانواده سالم می‌باشد مصرف سیگار به صورت معناداری کمتر از نوجوانان دارای خانواده‌های نارسا کارکرد است (هیل، هاوکینز، ابوت، جی گو، ۲۰۰۵).

پژوهش‌های دیگر حاکی از آنند که در کودکان و نوجوانان در خانواده‌های با کارکرد سالم از تاب‌آوری روانشناختی بالاتری برخوردارند (ایساکو، ۲۰۰۲؛ اینزلیخت، آرونسون، گود و مک کی، ۲۰۰۶؛ کالیل، ۲۰۰۳). به طور کلی یافته‌های پژوهشی حاکی از نقش محافظت‌کننده کارکرد سالم خانواده

در برابر سوء مصرف الکل و مواد مخدر در نوجوانان است (توگاد و فردریکسون، ۲۰۰۴؛ هیدمن، ۲۰۰۳؛ هیل و همکاران، ۲۰۰۵).

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و بیماران شبه جسمی بستری در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج می باشد. به عبارت دیگر سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و بیماران شبه جسمی متفاوت است؟

جامعه نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی بستری در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج، درفاصله فروردین ۸۹ تا فروردین ۹۰ تشکیل می دادند. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری ساده تصادفی استفاده شد. حجم نمونه شامل ۱۵۰ نفر (۳۷ زن، ۱۱۳ مرد با میانگین ۲۲/۳ سال) در سه گروه ۵۰ نفره در طیف اختلالات خلقی، شبه جسمی و روانپریش بود. در پژوهش حاضر منظور از اختلالات خلقی دریافت یکی از تشخیص های اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی نوع ۱ یا ۲، افسرده خویی، خلق ادواری، افسردگی پس از زایمان، اختلالات افسردگی نامعین و دوقطبی نامعین از جانب روانپزشکان مقیم بیمارستان بود. اختلالات روانپریشی نیز شامل انواع اسکیزوفرنی (پارانوید، نابسامان، کاتاتونیک، نامتامیز و باقیه) اسکیزوفرنی فرم، اسکیزوافکتیو، اختلالات هذیانی، روانپریشی گذرا و اختلالات روانپریشی نامعین بود. طیف اختلالات شبه جسمی مورد پژوهش شامل اختلال جسمانی سازی، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، بد ریختی بدن، اختلالا شبه جسمی نامتامیز، اختلالا درد و اختلال شبه جسمی نامعین بود.

سه گروه که توسط روانپزشکان مقیم بیمارستان تشخیص نهایی یکی از اختلالات خلقی (طیف اختلال)، اختلال روانپریشی (طیف کامل اختلال) و اختلال شبه جسمی دریافت کرده بودند، در تحقیق شرکت داده شدند. معیار خروج هم، ابتلای به هر کدام از اختلالات ناشی از یک اختلال طبی عمومی یا ناشی از مصرف مواد منظور شد. خانواده ها پرسشنامه عملکرد خانواده را تکمیل می کردند. بر طبق فرم اصلی هر کدام از اعضای خانواده که بالاتر از ۱۲ سال سن داشته باشد می تواند پرسشنامه را تکمیل کند. در نهایت نمرات سه گروه با روش مقایسه زوجی و تحلیل مانوا و پیش فرض های نرمال بودن توزیع ها و تساوی واریانس تحلیل شد.

ابزار پژوهش

ابزار سنجش عملکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ برای سنجش کارکرد خانواده در سال ۱۹۸۳ بنابر الگوی مک مستر تدوین شده است. این مقیاس دارای ۶۰ گویه است. مدل مک مستر از کارکرد خانواده یک مدل سیستمی با جهت‌گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات رفتاری و ساختاری گروه خانواده والگویی تبادل‌ی مهم موجود میان اعضای خانواده رامعین می‌کند. هر بعد روی پیوستاری از کارایی تا ناکارآمدی قرار دارد. این پرسشنامه شامل شش بعد "حل مسئله"، "ارتباط"، نقش‌ها"، "پاسخدهی عاطفی"، "آمیختگی عاطفی"، "کنترل رفتار" می‌باشد بعلاوه یک ارزیابی کلی از کارکرد کلی به دست می‌دهد که به عنوان یک بعد جداگانه تحت عنوان خرده مقیاس کلی کارکرد خانواده عنوان می‌شود. به طور خلاصه حل مسئله نشان‌دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات خانواده و نیز مرحله‌ای که برای اینکار طی می‌کنند می‌باشد.

ارتباط به تبادل موثر گسترده، روشن و مستقیم ارتباطات در خانواده اشاره می‌کند. نقش‌ها کارایی خانواده را در انجام وظایف محوله را اشاره می‌کند و شامل مواردی می‌شود که بر فراهم کردن منابع (خوراک، پوشاک، سرپناه) پوشاک و حمایت، رشد مهارت‌های زندگی و حفظ و اداره سیستم خانواده مثلاً اداره خانه کارهای مربوط به حساب کتاب، حیات، مسائل بعداشتی و قدرت تصمیم‌گیری مربوط می‌شود. "پاسخدهی عاطفی" آمادگی خانواده برای دادن پاسخ هیجانی مناسب و به موقع را می‌سنجد. "آمیختگی عاطفی" به کیفیت توجه، علاقه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد و کنترل رفتار استانداردها و آزادی‌های رفتاری را توصیف می‌کند که شامل چهار شیوه اقتدار منطقی، خشک، آشفته و سهل‌انگارانه می‌باشد. پرسشنامه اعتباریابی شده است ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ و اعتبار باز آزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ می‌باشد و ضریب آلفای کرونباخ بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۵۴ تا ۰/۹۱ و بین تمام خرده مقیاس‌ها و کارکرد کلی خانواده آلفای کرونباخ ۰/۴۷ تا ۰/۹۷ می‌باشد (بامی و مکس، ۲۰۰۵).

برای نمره‌گذاری تمام پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ کدگذاری می‌شوند. نمره بالاتر در هر مقیاس نشانه کارایی پایین‌تر است. برای به دست آوردن نمره هر مقیاس متوسط نمرات آن مقیاس محاسبه می‌شود، سپس نمرات هر مقیاس باهم جمع شده و بر تعداد مواد آن مقیاس تقسیم می‌شود؛ بنابراین نمره هر مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) خواهد بود اگر ۴۰٪ از مواد یک مقیاس پر نشده باشد نمره مقیاس محاسبه نخواهد شد (بامی و مکس، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر کارکرد خانواده در ابعاد شش‌گانه و یک

خرده مقیاس تحت عنوان کارکرد کلی بین سه گروه اختلالات خلقی، اختلالات روانپریشی و اختلالات شبه جسمی مقایسه شده است. آزمودنی برای هر ماده یکی از گزینه های زیر را انتخاب می کند: کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم

یافته ها

برای تحلیل داده های پژوهش از تحلیل مانوا یا تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. دلیل استفاده از این روش تعداد گروه ها و تعدد متغیر های وابسته بود. قابل ذکر است جنسیت، سن و تحصیلات با متغیر های وابسته رابطه نداشتند و به همین دلیل اثر آنها بر روی متغیر های وابسته کنترل نشده است. به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک، نیاز است دو پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها و تساوی واریانس ها بررسی شود که نتایج آزمون شاپیرو ویلک و آزمون لوین نشان داد که این پیش فرض ها برای استفاده از تحلیل مانوا رعایت شده است. نتایج تحلیل مانوا برای مقایسه گروه ها از لحاظ متغیر های وابسته در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱: تحلیل واریانس چند متغیره برای تحلیل متغیر های وابسته در بین گروه های مورد بررسی

sig	اندازه اثر	eta	F	شبه جسمی		روانپریش		خلقی		گروه ها متغیرها
				انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۹۳	۷/۴۵	۳/۸۰	۱۶/۸۲	۲/۸۷	۱۴/۹۷	۳/۵۹	۱۷/۵۹	آمیختگی عاطفی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹	۳۱/۵۷	۳/۰۸	۲۶/۵۰	۶/۲۵	۲۰/۱۶	۵/۶۶	۱۸/۳۴	کنترل رفتاری
۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۷۷	۴/۵۱	۶/۷	۲۳/۳۹	۵/۴	۲۱/۳۰	۵/۶۰	۲۵/۰۲	عملکرد کلی
۰/۰۰۰۱	۰/۱۲	۰/۹۸	۱۰/۳۰	۳/۹۳	۱۵/۳۶	۳/۵	۱۲/۳۴	۶/۰۷	۱۶/۴۸	حل مسله
۰/۰۰۰۶	۰/۰۷	۰/۸۳	۵/۲۷	۶/۱	۲۲/۰۸	۵/۷	۱۸/۱۰	۶/۰۷	۱۹/۸۱	ارتباط
۰/۰۰۰۱	۰/۱۵	۰/۹۹	۱۲/۸۱	۳/۸۵	۱۷/۵۲	۳/۰۵	۱۳/۹۷	۴/۱	۱۴/۳۴	پاسخ دهی
۰/۵۸	۰/۰۰۸	۰/۱۳	۰/۵۴	۷/۸	۲۲/۸۹	۶/۱	۲۲/۳۸	۵/۸۷	۲۱/۴۸	نقش ها

همانطور که در جدول (۱) قابل مشاهده می‌باشد، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در این جدول ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهند که سه گروه از لحاظ همه متغیرها به جز متغیر نقش‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($p < 0/01$). همچنین با توجه به اندازه اثر، نتایج تحلیل مانوا نشان می‌دهد که بعد آمیختگی (درگیری عاطفی بیشتر در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دچار نارسایی کارکرد است) ($p < 0/001$). بیشترین تفاوت گروه‌ها مربوط به بعد کنترل رفتاری می‌باشد و میانگین بالاتر (که نشانه نارسا کارکردی بیشتر است) مربوط به گروه بیماران شبه جسمی است. عملکرد کلی نیز در هر سه گروه دچار افت کارکرد است، اما اندکی در گروه بیماران خلقی بیشتر است ($p < 0/01$).

میانگین نمرات بعد حل مسئله در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بالاتر از میانگین نمرات دو گروه دیگر است که نشانه کژکارکردی بیشتر این بعد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی است. میانگین نمره بعد ارتباط در بیماران شبه جسمی بیشتر از دو گروه دیگر است. در بعد پاسخدهی عاطفی نیز نمرات گروه شبه جسمی بیشتر است. بعد نقش هم اندکی نمره گروه شبه جسمی بالاتر است (هرچند این تفاوت معنادار نیست - جدول ۲). به طور کلی در ابعاد کنترل رفتاری ارتباط، پاسخدهی عاطفی و نقش‌ها بیشتر در بیماران مبتلا به طیف اختلالات شبه جسمی افت کارکرد از دو گروه دیگر بیشتر است. میانگین نمرات ابعاد آمیختگی عاطفی، عملکرد کلی و توانایی حل مسئله در خانواده بیماران خلقی نسبت به دو گروه دیگر بیشتر است.

جدول (۲): مقایسه زوجی نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه با استفاده از روش مقایسه زوجی LSD

شاخص‌ها متغیر وابسته	مقایسه زوجی		اختلاف میانگین‌ها	معناداری
	گروه	گروه		
آمیختگی عاطفی	خلق	روانپزش	۲/۶۱	۰/۰۰۰۱
	خلق	شبه جسمی	۰/۷۶	۰/۲۸
	روانپزش	شبه جسمی	-۱/۸۴	۰/۰۱
کنترل رفتاری	خلق	روانپزش	-۱/۸۱	۰/۰۸۸
	خلق	شبه جسمی	-۸/۱۵	۰/۰۰۰۱
	روانپزش	شبه جسمی	-۶/۳۳	۰/۰۰۰۱
عملکرد کلی	خلق	روانپزش	۳/۷۱	۰/۰۰۳
	خلق	شبه جسمی	۱/۶۲	۰/۱۹
	روانپزش	شبه جسمی	-۲/۰۸	۰/۱۰
حل مسئله	خلق	روانپزش	۴/۱۴	۰/۰۰۰۱
	خلق	شبه جسمی	۱/۱۲	۰/۲۴

روانپزش	شبه جسمی	۳/۰۲-	۰/۰۰۲
خلقی	روانپزش	۱/۷۱	۰/۱۵
ارتباط	خلقی	۲/۲۷-	۰/۰۶
روانپزش	شبه جسمی	۳/۹۸-	۰/۰۰۱
خلقی	روانپزش	۰/۳۶	۰/۶۲
پاسخ دهی عاطفی	خلقی	۳/۱۷-	۰/۰۰۰۱
روانپزش	شبه جسمی	۳/۵۴-	۰/۰۰۰۱
خلقی	روانپزش	۰/۸۹-	۰/۵
نقش ها	خلقی	۱/۴-	۰/۳
روانپزش	شبه جسمی	۰/۵۰	۰/۷۱

همانطور که در جدول ۲ قابل مشاهده می باشد نتایج مقایسه زوجی نشان داد که از لحاظ بعد آمیختگی (درگیری) عاطفی بین گروه خلقی با گروه روانپزشی و گروه روانپزش با گروه شبه جسمی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین گروه خلقی و شبه جسمی تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین نتایج نشان می دهد که آمیختگی (درگیری) عاطفی در بین گروه خلقی ها بیشتر از سایر گروه هاست. از لحاظ کنترل رفتاری بین گروه خلقی و روانپزشی تفاوت معنادار وجود نداشت، ولی بین گروه خلقی و شبه جسمی و گروه روانپزشی و گروه شبه جسمی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که نقص بعد کنترل رفتاری در بین گروه شبه جسمی ها بیشتر از سایر گروه هاست. از لحاظ بعد حل مسئله بین گروه خلقی و شبه جسمی تفاوت معنادار وجود نداشت ولی بین گروه خلقی با روانپزشی و گروه روان پزیشی با گروه شبه جسمی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/01$). از لحاظ عملکرد کلی فقط بین گروه خلقی و روانپزشی تفاوت معنادار وجود داشت. و میانگین عملکرد کلی در گروه خلقی بیشتر از سایر گروه ها بود. همچنین نتایج نشان داد که از لحاظ حل مسئله گروه خلقی بیشترین مشکلات را داشتند. در بعد ارتباط فقط بین گروه روانپزشی و شبه جسمی تفاوت معنادار وجود داشت. و میانگین گروه شبه جسمی بیشتر از سایر گروه ها بود. در بعد پاسخ دهی نیز میانگین گروه شبه جسمی بیشتر از سایر گروه ها می باشد ($p < 0/01$). و در نهایت نیز از لحاظ نقش ها بین چهار گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

از یافته‌های پژوهش حاضر چنین بر می‌آید که عملکرد خانواده در سه گروه بیمار مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و بیماران شبه جسمی متفاوت بود. یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به طیف اختلالات خلقی در بعد آمیختگی (درگیری) عاطفی، نمرات بالاتری از دو گروه دیگر دارند. به علاوه عملکرد کلی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی پایین‌تر از بیماران دیگر روانپزشکی است و در اکثر موارد به همین خاطر در بیمارستان بستری می‌شوند. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاپلان (۲۰۰۷)، تامپلین، گودیر و هربرت (۱۹۹۷) و کامسیل و اپشتاین (۲۰۰۲) همخوانی دارد. آمیختگی (درگیری) عاطفی و سرمایه گذاری عاطفی اعضای خانواده بر روی همدیگر در بیماران روانپزشکی به صورت کلی و در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دچار نارسا کارکردی است.

در پژوهشی که محسنی، چیمه، پناغی و منصوری (۱۳۹۰) با مقایسه کارکرد خانواده بیماران آرتروید و اسکیزوفرن انجام دادند، نتایج پژوهش‌ها نشان داد کارکرد کلی خانواده، حل مسئله، پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی ناکارآمد تر از بیماران روماتیت آرتروید است ولی در نقش‌ها و کنترل رفتار تفاوت معناداری وجود نداشت. محیط هیجانی خانواده در برابر بیماری اهمیت بسزایی دارد جو هیجانی خانواده بر شرایط بهبود یا عود بیماری تاثیر گذار است (لوبون، بارولوخ و جونز، ۲۰۰۶). یافته‌های پژوهش حاضر نارسایی بعد توانایی حل مسئله را بیشتر در گروه مبتلایان خلقی نشان دادند. در تبیین این یافته می‌توان گفت مبتلایان به اختلالات خلقی شیوه‌های حل مسئله ناپخته و هیجانی (هیجان مدار) دارند در حالی که افراد سالم شیوه‌های حل مسئله مدار دارند و به جای تصمیم‌گیری‌های هیجانی و تکانشی بر ابعاد مختلف مسئله توجه می‌کنند (وکرلی، ۲۰۰۲) در یافته‌ها اگرچه بیماران روانپریش نیز افت کارکرد در تمام ابعاد را نشان می‌دهند، اما تفاوت معناداری با دو گروه دیگر ندارند.

اختلالات روانپریشی جزء اختلالات مزمن روانپزشکی محسوب می‌شوند که از بی‌نظمی‌های زیستی اولیه بیشتر تاثیر می‌پذیرند تا صرفاً اشکال در روابط بین فردی؛ اما در حوزه‌های مختلف فردی خانوادگی و اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند. عملکرد خانواده دچار مشکل می‌شود، انسجام و پیوستگی و درک اعضای خانواده هایشان دچار مشکل می‌شود و خانواده‌های این دسته از بیماران در نشان دادن عواطف به یکدیگر، حل مسئله، انجام وظایف و نقش‌ها برای برآورده کردن نیازهای عاطفی و اقتصادی، ارتباطات کلامی و غیر کلامی و پاسخدهی عاطفی از توانایی کمتری برخوردارند (محسنی و همکاران، ۱۳۹۰). یافته‌ها همچنین نشان داد که در بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی کنترل رفتاری،

ارتباط و پاسخدهی هیجانی بیشتر از دو گروه دیگر نارسایی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که در بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی معمولاً مشکلات در روابط بخصوص روابط بین فردی با زبان بدن ابراز می شود و مشکلات جسمانی می شوند، و پاسخدهی هیجانی مناسب نسبت به مشکلات در خانواده وجود ندارد و روابط واضح و روشن نیستند. پژوهشی نشان داده بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان و سایر اعضای به علایم جسمی واضطراب رابطه معناداری وجود دارد (سعادت مند، ۱۳۷۶) در تبیین این یافته می توان گفت کارکردهای سالم خانواده می تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر ابتلا به اختلالات روانپزشکی باشد. زمانی که کارکردهای اساسی خانواده دچار اشکال شود میزان تاب آوری فرد در برابر رخداد های ناگوار و ابتلا به بیماری های روانپزشکی کاهش یافته و احتمال بیمار شدن فرد افزایش می یابد. در نهایت سه گروه در تغییر نقش ها تفاوت معناداری نداشتند که با یافته های رضایی، صابری، شاهمرادی و خسروی (۱۳۸۳) همخوانی داشت. در تبیین این یافته می توان گفت در خانواده بیماران مبتلا به همه اختلالات روانپزشکی کارکرد ایفای نقش به خوبی اعمال نمی شود و بعد از ابتلا به بیماران پیامی مبنی بر اینکه فرد ارزشمند است و قادر است به عنوان فردی ارزشمند در خانواده ایفای نقش کند داده نمی شود.

این که کدامیک از دو متغیر نقص کارکرد خانواده و ابتلا به اختلالات روانپزشکی، علت و دیگری معلول می باشند و کدامیک مقدم و موخرند (بیماری بر نقص عملکرد یا نقص عملکرد بر بیماری) به درستی مشخص نیست زیرا نقص عملکرد خانواده و اختلالات روانپزشکی به صورت کاملاً همبسته بوده و یکدیگر را تشدید می کنند. همه این پژوهش ها دارای یک محدودیت اساسی هستند و آن اینکه پژوهش های انجام شده پس رویدادی هستند و پژوهش های طولی که نشان دهند کدام الگو ها منجر به ایجاد کدام بیماری ها می شوند، انجام نشده است. هر چند به طور کلی پژوهش های پیشین نشان داده اند خانواده های بیماران روانپزشکی از اختلال کارکرد در ابعاد مختلف زندگی خانوادگی خود رنج می برند، بیشتر پژوهش های انجام شده حول محور اعتبار سنجی مقیاس بوده و به علت وجود مقیاس های مختلف در هر پژوهش از مقیاس خاصی استفاده شده است و یا به رابطه سنجی بین مولفه های روانشناختی (نه آسیب شناسانه) و کارکرد خانواده پرداخته شده است. در پایان پیشنهاد می شود که پژوهش های طولی و بلند مدت جهت بررسی تاثیر کارکرد خانواده بر بهبود یا شدت ابتلای به اختلال در گروه های مختلف بیماران روانپزشکی و به صورت متقابل تاثیر ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر کارکرد خانواده انجام گیرد.

تشکر و قدردانی: در پایان نویسندگان نهایت قدردانی را از پرسنل دلسوز بیمارستان روانپزشکی قدس سندج دارند.

منابع

- اسلامی، رسول (۱۳۸۰). تاثیر عملکرد خانواده بر کودکان. پایان نامه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم.
- پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان سی (۲۰۰۱). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات رشد.
- جانانی، کاظم (۱۳۸۰). تعاملات خانوادگی و سلامت روان دانش آموزان: مطالعه‌ای بر دانش آموزان راهنمایی شهر بروجرد. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه تربیت معلم.
- رضایی، امید. صابری، مهدی. شاهمرادی، حسین. ملک خسروی، غفار (۱۳۸۵). کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی، مجله توانبخشی.
- سعادت‌مند، علی (۱۳۷۶). بررسی رابطه بین کارآیی خانواده و سلامت عمومی فرزندان خانواده‌ها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد رودهن. ۱۱۳-۱۱۷
- محسنی، منصور. چیمه، نرگس. پناغی، لیلا. منصوری، نادر (۱۳۹۰). مقایسه کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران مبتلا به آرتریت روماتیسم و بیماران اسکیزوفرن. فصلنامه خانواده‌پژوهی.
- موسوی، احمد (۱۳۸۰). کارکرد خانواده و سلامت روان در اعضای خانواده. مجله روانپزشکی و علوم رفتاری. سال بیستم، شماره ۲
- وحیدزاده، جمشید (۱۳۶۷). ملاحظات اساسی در روانپزشکی. تهران: انتشارات اسلامی.
- Barney, M. C. Max, J. E. (2005). The McMaster family assessment device and clinical rating scale: Questionnaire vs interview in childhood traumatic brain injury. *Journal of Brain Injury*. 19 (10), 801-809
- Brown, G. W. Birley J. L. Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121: 241-58.
- Cumsille, P. E. Epstein, N. (2002). Family cohesion, family adaptability, social support and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Journal of Family Psychology*, 8: 202-14.
- Doane, J. A. West, K. L. Goldstein, M. J. Rudnick, E. H Jones, J. E. (1981). Parental communication deviance and affective style. Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Journal of Arch Gen Psychiatry*, 38: 679-85.
- Emanuelli, F. Ostuzzi, R. Cuzzolaro, M. Watkins, B. Lask, B. Waller, G. (2003). Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions. *Journal of Eat Behav*, 4: 27-39.
- Fornari, V. Wlodarczyk-Bisaga, K. Matthews, M. Sandberg, D. Mandel, F. S. Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Compr Psychiatry*, 40: 434-41.

- Frey, J. Oppenheimer, K. (1990). Family dynamics and anxiety disorders: a clinical investigation. *Journal of Family System Med*, 1990; 8: 28-37.
- Goodyer, I. M. Herbert, J. Tamplin, A. Secher, S. M. Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of American Academic Child & Adolesc Psychiatry*, 36: 474-80.
- Hill, C. G. , Hawkins. D. , Catalano. R. F. , Abbott. R. D. , Jie Guo . (2005). Family influences on the daily smoking initiation, *Journal of adolescent health*, 37. 213-224.
- Headman. N. C. (2003), The role of family function in treatment engagement and posttreatment delinquency involvement, requirement for Degree of Doctor of philosophy, The Florida State University.
- Inzlicht, M. , Aronson, J. , Good, C. , & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336
- Issacson, B. (2002). Characteristics and enhancement of resiliency in young people, A Research paper for master of Science Degree with major in guidance and counseling, university of Wisconsin-stout:133-37.
- Kalil, A. (2003). Family resilience and good child outcomes. A review of the literature, *Center for research and social evaluation*, 33-5
- Kaplan's. (2007). synopsis of psychiatry: behavioral science, clinical psychiatry 9th ed. 1:25- 31
- Kashani, J. H. , Allan, W. D. , Dahlmeier, J. M. , Rezvani, M. , Reid, J. C. (1995). An examination of family functioning utilizing circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. *Journal of Affective Disorders*, 35: 65-73.
- Lobban, F. , Barrowclough, C. , & Jones, S (2006). Does expressed emotion need to be understand within a more systemic framework? *Journal of Society of Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 41, 50-55.
- McKay, J. R. , Murphy, R. T. , Rivinus, T. R. , Maisto, S. A. (1991). Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of American Academic Child Adolesc Psychiatry*, 30: 967-72.
- Ports, P. R. , Howl, S. C. (1992). Family functions and children post-divorce adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62: 613-17.
- Solomon, Z. , Mikulincer, M. , Freid, B. , Wosner, Y. (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: a follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Journal of Fam Process*, 26: 383-94
- Tamplin, A. , Goodyer, L. M. , Herbert, J. (1997). Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 48: 1-13.
- Tschann, J. M. , Kaiser, P. , Chesney, M. A. , Alkon, A. , Boyce, W. T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of American Academic Child Adoles Psychiatry*, 35: 184-92.

- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. Resilient,. (2004). Individuals use Positive Emotions to Bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333
- Walsh, F., McGoldrick, M. (1987). Loss and the family life cycle. In: Falicov C, editor. Family transitions: continuity and change. New York: Guilford Press; 13-17.
- Walsh, F. (1988). New perspectives on schizophrenia and families. In: Walsh F, Anderson C, editors. Chronic disorders and the family. New York: Haworth Press; 45.
- Weckerly, j. (2002). Pediatric bipolar mood disorder, *Journal of Developmental behavior in pediatrics*, 23(1):42-56.



استناد به این مقاله: عالی، شهربانو؛ امین یزدی، سیدامیر؛ عبدخدائی، سعید؛ غنائی چمن آباد، علی؛ محرری، فاطمه (۱۳۹۲). تدوین و اعتباریابی پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۲)، ۱۵۷-۱۷۶.

تدوین و اعتباریابی پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده

شهربانو عالی^۱، سیدامیر امین یزدی^۲، محمد سعید عبدخدائی^۳، علی غنائی چمن آباد^۴، فاطمه محرری^۵
دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی پرسشنامه‌ی سنجش کارکرد تحولی خانواده بر مبنای رویکرد تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط انجام شده است. نمونه این پژوهش را ۱۴۸ نفر از مادران کودکان ۴ تا ۶ سال مهد کودکهای شهر مشهد تشکیل دادند. در این تحقیق، ابتدا پرسشنامه‌ی سنجش کارکرد تحولی خانواده (DFFAQ) بر اساس مبانی نظری این رویکرد تهیه شد، سپس برای تعیین روایی آن از روایی محتوایی، ملاکی، روایی سازه (تحلیل عاملی) و برای تعیین پایایی نیز از روشهای آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شد. روایی ملاک این پرسشنامه با ابزار سنجش کارکرد خانواده‌ی مک‌مستر (FAD) محاسبه و ضریب ۰/۷۵ به دست آمد. تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی با دوران واریماکس انجام شد که با در نظر گرفتن یک مدل ۷ عاملی ۶۷/۲۵ درصد از کل واریانس تبیین شد. در خصوص پایایی نیز، ضریب بازآزمایی پرسشنامه‌ی کارکرد تحولی خانواده ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه، ۰/۹۲ است. همچنین آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه از ۵۳/۰ تا ۷۲/۰ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس به طور کلی است. بنابراین، در مجموع می‌توان گفت؛ پرسشنامه‌ی محقق ساخته کارکرد تحولی خانواده از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و از آن می‌توان در حیطه‌های پژوهشی و درمانی در شناسایی قوت‌ها و ضعف‌های خانواده‌ها در دستیابی به توانمندی‌های تحولی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: اعتباریابی؛ پرسشنامه؛ سنجش؛ کارکرد تحولی خانواده

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، sh.aali79@gmail.com

^۲ دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد.

^۳ دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد.

^۴ استادیار دانشگاه فردوسی مشهد.

^۵ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

مقدمه

سنجش^۱ و ارزیابی در فرایند درمان، مستلزم استفاده از روشها و ابزاری است که کفایت لازم برای جمع‌آوری اطلاعات مهم در مورد یک شخص را فراهم کند. کلاین^۲ (۲۰۰۰) معتقد است؛ سنجش برای کمک به فهم و پیش بینی رفتار به کار می‌رود و به طور معمول شامل شیوه‌های چندگانه‌ای نظیر: مصاحبه‌ی تاریخچه^۳، مشاهدات رفتاری^۴ و آزمونهای رسمی^۵ جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد (لاور، میلر و مک اینتیو^۶، ۲۰۱۰). در سیستم بهداشت روان سنتی، سنجش فرایندی است که نشانه‌های مرتبط با اختلالات هیجانی و بهداشت روانی مراجع را شناسایی می‌کند. در این سیستم، ارزیابی و درمان کاملاً فردی است و زمانی که تشخیص‌گذاری فردی به پایان میرسد، درمانگر به منظور کاستن از علائم بیماری، طرح درمان فردی را طراحی می‌کند (هانا^۷، ۲۰۰۷).

امروزه روانشناسان با افزایش آگاهی از عوامل زمینه‌ساز اختلالات روانی و سهم هریک در بروز این اختلالات تلاش نموده‌اند تا چشم‌انداز ایدئولوژیک خود را در خصوص سبب شناسی و درمان اختلالات روانی گسترش دهند. همچنین در حیطه‌ی ارزیابی، فون اندازه‌گیری سیستمی^۸ و رابطه‌ای^۹ را ایجاد و از تأکید بر پارادایمهای فردیبه سوی تأکید بر پارادایمهای گروهی، به ویژه گروه خانواده، تغییر جهت دهند (بیلی^{۱۰}، ۲۰۱۳).

خانواده متشکل از افراد است که در آن ویژگیهای منحصر به فرد هر عضو با ویژگیهای سایر اعضا در تعامل قرار می‌گیرد (ارفورد^{۱۱}، ۲۰۰۶). تعادل نظام خانواده به عنوان یک کل، تحت تأثیر این تعاملهاست به نحوی که اگر عضوی از اعضا نقش خود را درون خانواده به نحو مطلوب ایفا نکند، نظام خانواده نیاز به برقراری تعادلی دوباره می‌یابد (گرینسپن^{۱۲}، ۲۰۰۶). از این رو، اختلال یا بیماری یک عضو از

^۱Assessment^۲Kline^۳History interview^۴Behavioral assessments^۵Formal tests^۶Lover, Miller & McIntive^۷Hanna^۸Systemic^۹Relational^{۱۰}Bailey^{۱۱}Erford^{۱۲}Greenspan

یک سو بر عملکرد اعضا خانواده تأثیر منفی می‌گذارد و از سوی دیگر می‌تواند ناشی از روابط نامطلوب با سایر افراد خانواده و به ویژه والدین باشد. به طوری که می‌توان گفت؛ بیماری یک عضو، نمایانگر اختلال در سیستم خانواده به عنوان یک گروه کلی است و سلامت روان افراد خانواده نیز، به وجود تعاملات سالم در گروه خانواده بستگی دارد (موسوی، فرزاد و نوابی‌نژاد، ۱۳۸۹). در همین راستا توجه به سنجش تعاملات درون خانواده اهمیت ویژه‌ای می‌یابد و موضوعی مهم در مداخلات درمانی برای زوجها، خانواده‌ها و کودکان محسوب می‌شود (بری^۱، ۲۰۱۰). دیکان و پیرسی^۲ (۲۰۰۱) مشاوره‌ی خانواده بدون ارزیابی را شبیه مسافرت بدون نقشه می‌دانند.

آنها معتقدند؛ مشاور باید بداند خانواده کجا قرار داشته‌است، اکنون کجاست و به چه سمتی می‌خواهد برود. مراجعین نیز، به دلایل مختلفی به مشاوره‌ی خانواده مراجعه می‌کنند: بعضی برای آمادگی بیشتر برای ازدواج، بعضی به منظور فراگیری شیوه‌های مؤثر برخورد با کودک و تعدادی برای بهبود زندگی مشترکشان، در هریک از این موارد، مشاور می‌تواند از تکنیکهای ارزیابی به طور مؤثری برای جمع‌آوری اطلاعات، ایجاد فرضیه‌ها، طراحی برنامه‌ی درمان، ارزیابی پیشرفت درمان استفاده و تغییر را تسهیل نماید. از منظر بری (۲۰۱۰) ارزیابی خانوادگی، روش منظمی برای فراهم نمودن منبع غنی از اطلاعات است. این اطلاعات به ایجاد فرضیه‌های اولیه در خصوص ماهیت مشکل، علت مشکل، ادراک اعضای خانواده از مشکل و ظرفیتهای بالقوه جهت حل مشکل کمک می‌کند.

مک پاتر (۱۹۹۱) ارزیابی راهم محصول و هم فرایند می‌داند که به خودی خود راهنما و منطق مداخله است و اهداف زیر را دنبال می‌کند:

۱- وضوح بخشیدن به ماهیت مسائل خانوادگی

۲- فهم اینکه اعضای خانواده چگونه مشکلشان را درک می‌کنند

۳- ایجاد تصویری واضح از ساختار، عملکرد و پویاییهای خانواده

از منظر مایر (۲۰۰۱) ارزیابی به مشاور کمک می‌کند تا نیروهای فشارزای محیط را بشناسد و دریابد مراجع در چه حوزه‌ای نیاز به کمک دارد. بنابراین ارزیابی دقیق روابط و عملکرد خانواده نه تنها مفید است بلکه ضروری است (گلادینگ^۳، ۲۰۰۲). تاکنون، نظریه‌های مختلفی در خصوص پویاییهای

^۱Bray

^۲Deacon& Piercy

^۳Glodding

خانواده مطرح شده است و هر مکتب نظری در مورد ارزیابی و شیوه‌های آن باورهای خاص خود را دارد (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۶) و روشهای مختلفی به منظور ارزیابی خانواده و عملکرد آن ابداع شده است. اما به طور کلی، اکثر پژوهشگران بر این باورند که سنجش خانواده اطلاعات زیر را فراهم می‌آورد:

- ۱- *فرایندهای خانواده*^۱: به رفتارها و تعاملاتی که بیانگر کارکرد خانواده است، اشاره دارد. به طور مثال؛ روشهای مدیریت تعارض و حل مسئله در خانواده و نیز، سازه‌های تمایز^۲، فردیت^۳، مبادله^۴ و کنترل^۵ در میان اعضای خانواده با ارزیابی، آشکار می‌شود.
 - ۲- *عواطف خانواده*^۶: به شیوه‌هایی که هیجانات درون خانواده ابراز و پذیرش می‌شوند، به عبارت دیگر، میزان نزدیکی عاطفی یا جدایی طلبی در میان اعضای خانواده اشاره دارد.
 - ۳- *ساختار خانوادگی*^۷: شامل نقشها، قواعد، انتظارات و مرزها و همچنین سلسله مراتب درون خانواده است.
 - ۴- *مشکلات*^۸: به تاریخچه مشکل، تعریف مشکل، شدت مشکل در طول زمان و انگیزه برای حل مشکل اشاره دارد.
 - ۵- *نقاط قوت خانواده*^۹: منابع خانواده و اینکه چگونه می‌تواند بر موقعیتهای چالش بر انگیز مسلط شود (بری، ۱۹۹۵، لاوی و اویسار^{۱۰}، ۲۰۰۶).
- نظریه پردازان و درمانگران با اطلاعاتی که از طریق ارزیابی در هر یک از حوزه‌های فوق، بدست می‌آورند، ایده‌های خود را در خصوص خانواده بازسازی می‌نمایند و این امر، تحول خانواده را تسهیل می‌نماید (کارلسون^{۱۱}، ۱۹۸۹؛ گراتروانت^{۱۲}، ۱۹۸۹).

^۱Family Process^۲ Differentiation^۳ Individuation^۴ Communication^۵ Control^۶Family affect^۷Family organization^۸Problems^۹Family strength^{۱۰}Lavee&Avisar^{۱۱}Carlson^{۱۲}Grotervant

همانطور که پیش از این ذکر شد؛ روانشناسان و مشاوران هریک براساس چهارچوب نظری خود برای عوامل خطر و حمایت خانواده، شیوه ارزیابی متفاوتی طراحی می کنند. به همین دلیل تا به امروز، روشها و ابزارهای متفاوتی به منظور سنجش کارکرد خانواده طراحی شده است (الدرفر^۱ و همکاران، ۲۰۰۸) این ابزارها بر مبنای پنج مدل در کارکرد خانواده طراحی شده اند (فرانکلین، کادی و جاردن^۲، ۲۰۰۴). مدل سیستمی بیورز^۳، مشاهده متخصصین و ابزار خود گزارشی^۴ اعضای خانواده را به منظور سنجش کیفیت تعاملهای بین اعضای خانواده به کار می برد (بیورز و هامیلتون^۵، ۲۰۰۳؛ ترامونتی، بارسانتی، گیکوپولوس، باگلیولو و پیتزینی^۶، ۲۰۱۳). مدل مک مستر^۷ کارکرد و ساختار سازمانی خانواده را با جهت گیری بالینی بررسی می کند و نقشها^۸، پاسخ دهی عاطفی^۹، آمیختگی عاطفی^{۱۰}، حل مسأله^{۱۱} و تعامل^{۱۲} و کنترل رفتار^{۱۳} را هدف قرار می دهد (اپستین، بیشاپ، ریان، میلر و کیتنر^{۱۴}، ۱۹۹۳). مقیاسهای محیط خانوادگی موس^{۱۵} (MFES) براساس سیستمهای اجتماعی و رویکردهای اقتصادی طراحی شده اند و جو اجتماعی و کارکرد خانواده را بر اساس تعامل بین اعضای خانواده، رشد شخصی و حفظ سیستمها هدف قرار می دهند (موس و موس^{۱۶}، ۱۹۹۴؛ اندریس^{۱۷} و واتسون^{۱۸}، ۲۰۰۹). مقیاس سنجش خانواده^{۱۹} (FAM) براساس مدل فرایند خانواده طراحی شده است که کارکرد خانواده را از چشم انداز کنترل، پیشرفت کار،

^۱ Alderfer^۲ Franklin, Cody & Jordan^۳ Beavers System Model^۴ Self-report^۵ Beaver & Hampson^۶ Tramonti, Barsanti, Ghicopulos, Bogliolo & Pietrini^۷ McMaster^۸ Role^۹ Affective Responsiveness^{۱۰} Affective Involvement^{۱۱} Problem solving^{۱۲} Communication^{۱۳} Behavior control^{۱۴} Epstein, Bishop, Ryan, Miller & Keitner^{۱۵} Moos Family Environment Scale^{۱۶} Moos & Moos^{۱۷} Andreas^{۱۸} Watson^{۱۹} Family Assessment Measure

عملکرد نقش، تعامل و ارزشهای خانواده بررسی می‌کند (اسکینر، استینهوثر و سیتارنیون^۱، ۲۰۰۰؛ اسکات^۲ و اندرپلاک^۳، ۲۰۱۳) سرانجام مدل حلقوی^۴ اولسون^۵ که نظریه سیستمها را برای طبقه‌بندی خانواده به کار می‌برد و به سه مؤلفه بنیادین دلبستگی عاطفی^۶، انطباق پذیری^۷ و تعامل بین اعضای خانواده می‌پردازد (اولسون، ۲۰۱۱؛ اولسون و کورال^۸، ۲۰۰۳). هریک از این مدلها و ابزارهایی که برای سنجش خانواده طراحی شده‌اند از روزه‌ای خاص به خانواده می‌نگرند.

بنابراین می‌توان گفت؛ امروزه ادبیات پژوهشی غنی در خصوص کارکرد خانواده وجود دارد که نشان می‌دهد اعضای خانواده به شیوه‌های ظرفیتی با یکدیگر تعامل می‌کنند. در همین راستا گرینسپن (۲۰۰۷) رویکرد نوینی را در چارچوب تحول انسان، ارائه می‌دهد. مدل گرینسپن که با عنوان رویکرد تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط^۹ (DIR) معرفی شده است، همه ابعاد حسی، حرکتی، شناختی، اجتماعی و هیجانی موجود انسانی را به صورت یکپارچه می‌نگرد. در این رویکرد هر فرد انسانی با ویژگیهای زیستی منحصر به فرد متولد می‌شود و در تعامل با محیط اجتماعی و فرهنگی خود از نردبام تحولی بالا می‌رود و به ترتیب به قابلیت‌های خودتنظیمی و توجه مشترک^{۱۰}، جذب شدند در روابط و دلبستگی‌ها^{۱۱}، علامت دهی و مبادله‌ی عاطفی ارادی^{۱۲}، حلقه‌های طولانی علامت دهی هیجانی و حل مسئله‌ی اجتماعی مشترک^{۱۳}، ایجاد و به کار بستن ایده‌ها^{۱۴}، پُل زدن بین دو یا چند ایده^{۱۵} دست می‌یابد.

این قابلیت‌های پایه در طول دوران نوزادی و کودکی بنیان گذاشته می‌شوند و در سراسر عمر بالیده می‌شوند (امین یزدی، ۱۳۹۱). در چهارچوب خانواده نیز تمرکز این مدل بر نحوه‌ای است که خانواده به

^۱ Skinner, Steinhouer, & Sitarenion

^۲ Scholte

^۳ Van der Ploeg

^۴ Olson Circumplex

^۵ Olson

^۶ Emotional attachment

^۷ Adaptability

^۸ Corall

^۹ Developmental, individual differences, relationship- based model

^{۱۰} Shared Attention and Self-regulation

^{۱۱} Engagement in Relating and Attachment

^{۱۲} Two – way Intentional Affective Signaling and Communication

^{۱۳} Long Chains of Coregulated Emotional Signaling and Shared Problem Solving

^{۱۴} Creating Representation

^{۱۵} Building Bridges between Ideas

عنوان یک واحد کلی کارکردهای حیاتی فوق را حمایت و یا تضعیف می‌نماید و محیط پرورش دهنده‌ی مطلوب را طراحی می‌کند.

از این رو خانواده در این مدل از منظر نوزادی و اوایل دوران کودکی و در قالب رویکردی تحولی، مورد ملاحظه قرار می‌گیرد (گرینسپن، ۲۰۰۷). بر مبنای این تئوری در صورتی اعضای خانواده می‌توانند مسیر رشد سالم را پیمایند و به توانمندیهای تحولی بنیادین ذکر شده، دست یابند که این توانمندیها در درون خانواده به عنوان یک واحد کلی، وجود داشته باشند. از این رو، برای تحول سالم خانواده نیز مراحل مشابه با مراحل تحول هر فرد انسانی به شرح ذیل در نظر می‌گیرد:

بعد اول: توجه و تنظیم

در این بعد، توانایی خانواده برای حفظ محیطی آرام و تنظیم یافته، هدف قرار می‌گیرد (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۹). اعضای خانواده‌ای که به این توانمندی تحولی دست یافته است، میزان تحمل یکدیگر را در نظر می‌گیرند و محیط خانواده را متناسب با نیازهای هیجانی یکدیگر تعدیل می‌نمایند. از سوی دیگر اعضای خانواده‌ای که به این توانمندی تحولی دست نیافته است ممکن است به تنهایی عملکرد بسیار خوب و تنظیم شده‌ای داشته باشند اما زمانی که در کنار هم و به عنوان یک واحد کلی مشاهده می‌شوند، بین پدر و مادر و یا خواهر و برادر شاهد رقابت و تنش برای جلب توجه باشیم. به عبارت دیگر پویایی خانواده آشفته باشد و هیچ نظم و سازمانی وجود نداشته باشد که آن را آرام و تنظیم نگه دارد (گرینسپن، ۲۰۰۷). بنابراین اولین قابلیت که این مدل در خانواده مبنا قرار می‌دهد، میزانی است که تعاملات آرام و تنظیم یافته هیجانی در میان اعضای خانواده به منظور دستیابی به توانایی توجه و تمرکز وجود دارد.

بعد دوم: صمیمیت

این بعد به توانمندی خانواده برای صمیمیت و جذب شدن در میان اعضایش می‌پردازد. چه مقدار صمیمیت درون خانواده به عنوان یک کل، وجود دارد؟ آیا این احساس علاقه‌مندی و صمیمیت مشترک میان همه اعضا دیده می‌شود؟ آیا اعضا به نیازهای یکدیگر اهمیت می‌دهند و فراوانی این موضوع تا چه اندازه است.

بعد سوم: ارتباط متقابل و سویه

این بعد به توانایی خانواده برای گفتگوی مفصل درخصوص موضوعات گسترده و متنوع اشاره دارد (گرینسپن، ۲۰۰۷). منظور از ارتباط در این مرحله ارتباطی است که توانمندیهای مراحل قبل نظیر توجه و تنظیم و علاقه‌مندی و جذب شدن را به همراه دارد. بنابراین، روابط آشفته و تصادفی را هدف قرار نمی‌دهد، بلکه منظور ارتباطی سازگارانه، متناسب با تجربه، توان و مشارکت همه اعضا می‌باشد. چنین روابطی در خانواده می‌تواند تجارب بسیار غنی برای اعضا به همراه داشته باشد.

بعد چهارم: حل مسأله مشترک

قابلیت حل مسأله به احساس مسئولیت افراد نسبت به نیازهای یکدیگر و مشارکت برای برطرف نمودن آنها اشاره دارد. اگر در خانواده‌ای که به این توانمندی تحولی دست یافته است مشکلی برای یکی از اعضا پیش آید، خانواده جهت حل آن با هم مشارکت می‌کنند، در جریان حل مشکلات نیز نظرات متفاوت یکدیگر را درک و تحمل می‌نمایند.

بعد پنجم: ایجاد بازنمایی‌های ایده‌ها

اعضای خانواده‌ای که دارای توانمندی ایجاد بازنماییها و ایده‌ها می‌باشد، نظرات و احساسات خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند و به عبارت دیگر، قابلیت طرح دامنه‌ی گسترده‌ای از احساسات و باورها و پرداختن به ایده‌های جدید در چنین خانواده‌ای وجود دارد. افراد در واکنش به مسائل به جای اقدام شتابزده با هم گفتگو می‌کنند و هیجانات منفی مانند: خشم، ترس، اضطراب و غم می‌توانند در قالب گفتگو ابراز شوند. خانواده‌ای که بعضی احساسات را حمایت می‌کند و از بروز احساسات دیگر، اجتناب می‌ورزد یا آنها را به شدت کنترل می‌کند، موجب شکل‌گیری نارساییهای در عملکرد خانواده می‌شود (گرینسپن، ۲۰۰۷).

بعد ششم: تفکر منطقی

پل زدن بین ایده‌ها براساس ظرفیت برقراری ارتباط منطقی بین ایده‌ها و ونیز، توانایی ارزیابی ایده‌های درون خانواده بر اساس واقعیت و منطق، توصیف می‌شود (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶). در این سطح تحولی، اعضای خانواده به عنوان یک گروه، متفکرانی منطقی هستند.

بعد هفتم: انضباط

در این بعد خانواده گروهی قاعده‌مند است. قواعد درون خانواده با گفتگو و تبادل نظر با همه افراد و متناسب با توانمندیهای آنها تعیین می‌شود. در چنین خانواده‌ای قواعد برای همه افراد واضح و روشن است و در اجرای آنها قاطعانه عمل می‌شود.

بنابراین مدل DIR تصویری کلی از کارکرد تحولی خانواده ارائه می‌دهد که مبتنی بر اصولی است که برای حفظ خانواده به عنوان یک گروه و همچنین تلاش برای درک هر عضو باید حفظ شوند. با بررسی ادبیات پژوهشی موجود، چه در ایران و چه خارج از ایران، تاکنون برای تعیین کارکرد تحولی خانواده متناسب با مبانی نظری رویکرد DIR، مطالعه‌ای صورت نگرفته و نیز ابزاری تهیه نشده است که بتوان برای سنجش کارکرد تحولی خانواده از آن استفاده نمود.

از آنجا که فرهنگ، تأثیر بسیار مهمی بر تفسیر موارد خاص درسنجش خانواده دارد و خانواده نیز به عنوان یک پدیده‌ی زمینه‌ای، در فرهنگهای گوناگون دارای کنشهای متفاوتی است، تهیه ابزارهای متناسب با فرهنگ مراجعانی که ارزیابی می‌شوند ضروری است. موشکواش^۱ و بوا^۲ (۲۰۰۷) معتقدند؛ اگر ابزارها برای جمعیتی که ارزیابی می‌شوند، طراحی نشده باشند؛ می‌توانند به سوگیری فرهنگی بینجامند. چنین ابزارهایی نتایج گمراه‌کننده‌ای تولید می‌کنند و موجب سوءادراک مشکلات مراجعان و برنامه‌ریزی درمانی نامناسب می‌شوند. از این رو، پژوهش حاضر، به تدوین و اعتباریابی پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده (DFFAQ) بر مبنای رویکرد تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباطی‌پردازد.

روش

پژوهش حاضر با توجه به هدف توسعه‌ایو از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از محاسبه میانگین، انحراف معیار و روشهای بررسی روایی و پایایی آزمون استفاده شد. بدین صورت که برای تعیین روایی از روایی محتوایی و ملاکی (محاسبه همبستگی پرسشنامه محقق ساخته سنجش کارکرد تحولی خانواده با ابزار سنجش خانواده مک مستر) وروایی سازه و برای تعیین پایایی نیز روشهای آلفای کرونباخ و بازآزمایی با فاصله‌ی یک ماه بر روی ۳۰ نفر از مادران استفاده شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل مادران کودکان ۴ تا ۶ سال مهدکودکهای شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ می‌باشد. با توجه به نظر کلاین (۱۳۸۰، ص ۹۸) که حجم نمونه ۱۰۰ نفر را برای پژوهشهای تحلیل عاملی کافی می‌داند (نقل از کارشکی، ۱۳۹۱، ص ۲۶)، تعداد ۱۴۸ نفر از مادران جامعه‌ی فوق‌الذکر روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از میان مناطق شهرداری شهر مشهد، انتخاب شدند.

^۱Bova

^۲Mushquash

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده (DFFAQ)^۱: این مقیاس با هدف سنجش کارکرد تحولی خانواده براساس الگوی DIR (۱۹۹۷) تدوین شده است. تدوین پرسشنامه DFFAQ به ترتیب زیر صورت پذیرفت:

۱- مطالعه‌ی مبانی نظری رویکرد تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط در خصوص کارکرد تحولی خانواده

۲- تعریف کارکرد تحولی خانواده و تعیین مؤلفه‌های آن

۳- مطالعه‌ی تعدادی از پرسشنامه‌های کارکرد خانواده

۴- فراهم آوردن خزانه‌ی سؤالات

۵- توزیع تصادفی سؤالات هر مؤلفه در پرسشنامه و تعیین نحوه‌ی نمره‌گذاری

۶- اجرای نسخه‌ی مقدماتی پرسشنامه و بدست آوردن ویژگی‌های روانسنجی آن

برای نمره‌گذاری DFFAQ تمام پاسخها از صفر (هیچگاه) تا ۳ (همیشه) کد گذاری می‌شوند و نمره‌ی بالاتر نشانگر کارکرد رشد یافته‌تر می‌باشد. برای بدست آوردن نمره‌ی هر خرده مقیاس نمرات مواد هر خرده مقیاس با هم جمع شده و بر تعداد مواد آن خرده مقیاس تقسیم می‌شود؛ بنابراین نمره هر خرده مقیاس بین صفر تا ۳ خواهد بود. ویژگی‌های روان سنجی این آزمون شامل تعیین روایی و پایایی در قسمت یافته‌ها آمده است.

ابزار سنجش کارکرد خانواده (FAD)^۲

پرسشنامه‌ی سنجش کارکرد خانواده، یک ابزار ۶۰ ماده‌ای است که برای سنجش کارکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ^۳ (۱۹۸۳) تدوین شده است. این مقیاس کارکرد خانواده را در ۶ بعد حل مسأله (توانایی خانواده برای حل و فصل مشکلات)، ارتباط (میزان ارتباط مؤثر درون خانواده)، نقشها (چگونگی اختصاص نقشها و اعمال آن توسط افراد خانواده)، پاسخ‌دهی عاطفی (توانایی اعضای خانواده برای پاسخ‌جانی متناسب با موقعیت)، آمیختگی عاطفی (درجه‌ای که علایق درون خانواده ابراز می‌شوند) و کنترل رفتار (انتظارات رفتاری درون خانواده) توصیف می‌کند.

^۱ Developmental Family Functioning Assessment scale (DFFAQ)

^۲ Family Assessment Device (FAD)

علاوه بر این، شامل خرده مقیاسی برای سنجش عملکرد کلی خانواده است. این خرده مقیاس، مستقل است و شامل مواد خرده مقیاسهای نامبرده شده نمی باشد. پاسخ به موارد، براساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، صورت می پذیرد. برای نمره گذاری نیز، تمام پاسخها از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شوند. نمره هر خرده مقیاس، حاصل جمع مواد مربوط به هر مقیاس و سپس تقسیم آن بر تعداد مواد می باشد. نمره بالا در هر خرده مقیاس بیانگر ضعف کارکردی خانواده در آن حیطه می باشد (علی زاده محمدی و ملک خسروی، ۱۳۸۵). آلفای کرونباخ برای خرده مقیاسها ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ می باشد. در جامع ترین و آخرین یافته ها میزان همسانی درونی پرسشنامه بر مبنای آلفای کرونباخ برای حل مشکل ۰/۶۵، برای ارتباط ۰/۵۴، برای ایفای نقش ۰/۵۱، پاسخدهی عاطفی و آمیزش عاطفی ۰/۶۸، برای کنترل رفتار ۰/۶۴ و نیز برای عملکرد کلی ۰/۸۴ گزارش شده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۱).

یافته های پژوهش

سنجش روایی پرسشنامه DFFAQ

روایی عبارت است از توافق بین نمره ی آزمون با صفت یا خصیصه ای که آزمون برای اندازه گیری آن ساخته شده است (کاپلان و ساکوز، ۱۹۸۹ به نقل از پاشاشریفی). بدیهی است اگر معلوم شود که آزمون چه چیزی را اندازه می گیرد و بین نمره آزمون و آنچه اندازه می گیرد توافق وجود دارد، در این صورت نتایج حاصل از اجرای آزمون اطلاعاتی را بدست می دهد که در امر تصمیم گیری مفید واقع می شوند. در پژوهش حاضر با روشهای روایی محتوایی، روایی ملاکی و روایی سازه این موضوع مورد بررسی قرار گرفته است.

روایی محتوایی: به منظور بررسی روایی محتوایی پرسشنامه ی DFFAQ، فرم اولیه ی پرسشنامه متشکل از توضیحی درباره متغیر و ابعاد آن و همچنین گویه های مربوط به هر بعد، در اختیار اساتید روانشناسی قرار گرفت و برای پاسخدهی به هر سؤال دو گزینه مناسب و نامناسب در نظر گرفته شد؛ نتایج حاصل از توصیف داده ها نشان داد ۷۰٪ گویه ها مناسب بودند.

همچنین براساس نظر سنجی ها، اصلاحات لازم در محتوای پرسشنامه انجام پذیرفت و درستی گویه های پرسشنامه تأیید شد.

روایی سازه: هدف از سنجش روایی ساختاری یا روایی سازه پاسخ به این سؤال است که ساختار پرسشنامه تا چه اندازه با هدف اولیه ی ساخت پرسشنامه انطباق دارد. به این منظور در پژوهش حاضر از سنجش روایی سازه به شیوه ی تحلیل عاملی استفاده شده است. در این تحلیل ملاک کفایت نمونه گیری

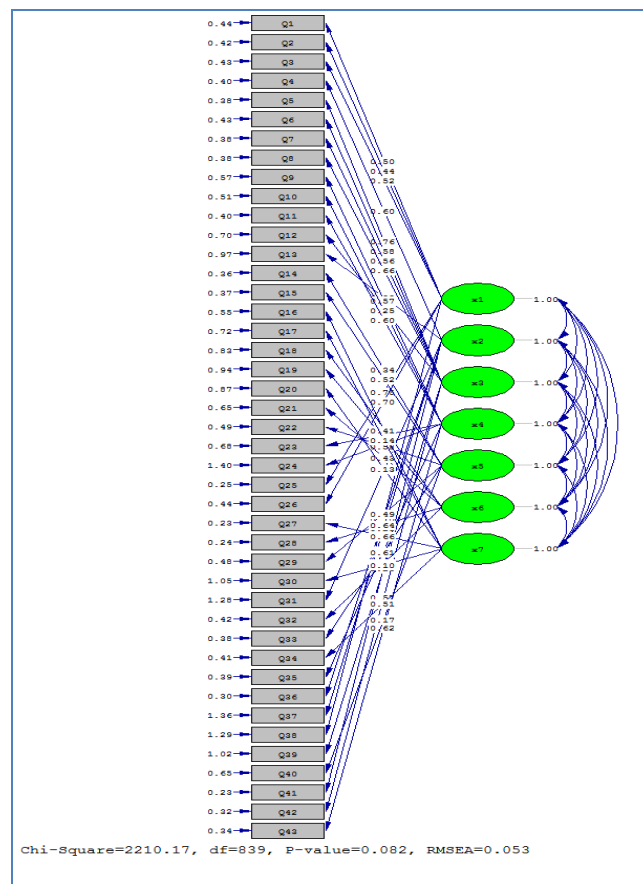
کایزر-مایر-الکین ۰/۸۶ بر آورد شد که بالاتر از ۰/۶ می باشد و نشان می‌دهد؛ حجم نمونه‌ی انتخاب شده برای تحلیل عاملی اکتشافی مناسب می باشد. همچنین براساس مقدار کای-دو کرویت بارتلت ($p < ۰/۰۰۱$) برای اجرای تحلیل بین متغیرها همبستگی کافی وجود دارد.

برای تصمیم‌گیری درباره‌ی تعداد عامل‌های پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۱ (PCA) استفاده شد و برای تعیین مناسب‌ترین عامل‌ها از چرخش واریماکس استفاده شد و با توجه به ارزش‌های ویژه و درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل، عامل‌های پرسشنامه استخراج شدند.

بررسی ساختار عاملی پس از چرخش واریماکس نشان داد؛ عامل اول: توانمندی توجه و تنظیم را اندازه‌گیری می‌کند (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۲۵، ۲۶، ۳۸ روی این عامل بار عاملی بالاتری دارند)، عامل دوم: توانمندی صمیمیت و جذب شدن به انسانها (گویه‌های ۴، ۱۳، ۳۱، ۳۶، ۳۷، ۴۱)، عامل سوم: ارتباط متقابل دوسویه ارادی (گویه‌های ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۲، ۳۹، ۴۲)، عامل چهارم: حل مسئله اجتماعی مشترک (گویه‌های ۹، ۱۰، ۱۱، ۲۳، ۲۴، ۳۵، ۴۳) عامل پنجم: ایجاد بازنماییها و ایده‌ها (۱۴، ۱۵، ۲۲، ۲۹، ۳۳، ۴۰)، عامل ششم: تفکر منطقی (گویه‌های ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۸، ۳۲) و عامل هفتم: انضباط (گویه‌های ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۳۰ روی این عامل بار عاملی بالاتری دارند) و در مجموع ۶۷/۲۵ درصد کل واریانس را تبیین می‌کنند.

برای تعیین معیارهای نیکویی برازش روی الگوی پرسشنامه‌ی سنجش کارکرد تحولی خانواده از تحلیل عاملی تأییدی با نرم افزار لیزرل نسخه‌ی ۸/۸ استفاده شد. نمودار تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه‌ی DFFAQ در نمودار ۱ نشان داده شده است که در آن به ترتیب 1x تا 7x مرحله‌ی اول تا هفتم کارکرد تحولی خانواده می‌باشد.

^۱Principial Components Analysis



نمودار ۱ - نمودار تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه

جدول ۱- شاخصهای نیکویی برازش مدل عاملی پرسشنامه DFFAQ بر اساس تحلیل عاملی تأییدی

χ^2/df	RMSEA	GFI	NFI	CFI	IFI
۲/۶۳	۰/۰۵۳	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۰

همانطور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد؛ مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۵۳ و کمتر از ۰/۱ است. بنابراین میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب است و مدل قابل قبول می‌باشد. همچنین مقدار کای دو بین ۱ و ۳ می‌باشد و میزان شاخص‌های IFI، CFI، NFI و GFI نیز از ۰/۹ بیشتر می‌باشند. مقدار آماره‌ی T در تمام موارد از ۱/۹۶ بزرگتر است که نشان می‌دهد؛ مدل اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق، مدل

مناسبی است. بنابراین در مجموع مقادیر آماره‌ی T و شاخص‌های برازش، با ملاک تفسیری آنها مطابقت دارند و تحلیل عاملی تأییدی، ساختار ۷ عاملی مورد بررسی در پرسشنامه را تأیید می‌کند.

روایی ملاکی: برای این منظور، همبستگی بین دو پرسشنامه‌ی کارکرد خانواده مک مستر FAD و پرسشنامه محقق ساخته سنجش تحولی خانواده DFFAQ با آزمون همبستگی پیرسون، مورد بررسی و آزمون قرار گرفت و ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۷۵- به دست آمد. با توجه به سطح معنی داری این آزمون ($p < 0/001$) با اطمینان می‌توان گفت؛ بین پاسخ افراد به دو پرسشنامه‌ی FAD و DFFAQ رابطه معکوس نیرومندی وجود دارد.

پایایی پرسشنامه DFFAQ

پایایی آزمون به دقت اندازه‌گیری و ثبات آن مربوط است و دو معنای متفاوت دارد. یک معنای پایایی، ثبات نمره‌های آزمون در طول زمان است. بدین معنا که اگر یک آزمون چندبار درباره یک آزمودنی اجرا شود، نمره وی در همه موارد یکسان باشد. معنای دوم پایایی به همسانی درونی آن اشاره دارد و مفهوم آن این است که سئوالهای یک آزمون تا چه اندازه با یکدیگر همبستگی متقابل دارند. اگر ضریب همسانی درونی آزمون کم باشد، بدان معناست که سئوالهای مختلف آزمون متغیر واحدی را اندازه‌گیری نمی‌کنند. به عبارت دیگر آزمون ممکن است دارای نوعی اشکال باشد. بنابراین، آزمونی که بین سئوالهای آن تشابه و هماهنگی وجود داشته باشد از همسانی درونی بالایی برخوردار است (پاشاشریفی، ۱۳۸۱). در این پژوهش به منظور تعیین پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شده است.

آلفای کرونباخ: این روش برای محاسبه همسانی درونی ابزار اندازه‌گیری که خصیصه‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند به کار می‌رود. اگر مقدار آلفا بیشتر از ۰/۷۹ باشد بیانگر پایایی زیاد و اگر بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۹ باشد پایایی متوسط است (پاشاشریفی، ۱۳۸۱). نتایج مربوط به اندازه‌گیری آلفای کرونباخ در جداول زیر آمده است.

جدول ۲- نتایج پایایی پرسشنامه DFFAQ

متغیرها	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
توجه و تنظیم	۶	۰/۷۴۴
صمیمیت و جذب شدن به انسانها	۶	۰/۷۱۵

۰/۷۵۲	۷	ارتباط متقابل دوسویه ارادی
۰/۶۶۱	۷	حل مسأله اجتماعی مشترک
۰/۶۹۸	۶	ایجاد بازنماییها و ایده‌ها
۰/۵۸۹	۵	تفکر منطقی
۰/۵۳۹	۶	انضباط
۰/۹۲۶	۴۳	مجموع متغیرها

با توجه به جدول فوق، پرسشنامه‌ی سنجش کارکرد تحولی خانواده دارای ۴۳ ماده می‌باشد که به هر کدام از سطوح توجه و تنظیم، صمیمیت و جذب شدن به انسانها، ایجاد بازنماییها وانضباط ۶ ماده و نیز به سطوح ارتباط دوسویه و حل مسأله ۷ ماده اختصاص یافته است و سطح تفکر منطقی نیز دارای ۵ ماده می‌باشد. آلفای کرونباخ مراحل تحول از ۰/۵۳ تا ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه نیز ۰/۹۲ به دست آمده است که بنا به گفته‌ی پاشاشریفی (۱۳۸۱) نشانه پایایی زیاد پرسشنامه DFFAQ می‌باشد. آلفای کرونباخ کلی سئوالهای مربوط به مؤلفه‌ی توجه و تنظیم ۰/۷۴ می‌باشد که بر اساس پاشاشریفی (۱۳۸۱) بیانگر پایایی متوسط سئوالهای مربوط به این بعد است. همچنین با توجه به اینکه با حذف هریک از سئوالها مقدار آلفای کلی کاهش پیدا می‌کند (به جز سئوال ۳۸) به نظر می‌رسد که سئوالها دارای همبستگی کافی می‌باشند. تعداد ۶ سئوال به سطح تحولی صمیمیت و جذب شدن به انسانها اختصاص دارد و در صورت حذف هریک از سئوالها مقدار آلفای کلی این سطح (۰/۷۱) کاهش می‌یابد. بنابراین می‌توان دریافت که سئوالهای مربوط به این بعد از پایایی مناسبی برخوردار می‌باشند. در خصوص بعد ارتباط متقابل دوسویه‌ی ارادی با حذف دو سئوال ۱۲ و ۳۹ مقدار آلفای کرونباخ تا اندازه‌ای افزایش پیدا می‌کند و از ۰/۷۵ به ۰/۷۷ و ۰/۷۸ می‌رسد که نشان می‌دهد این دو سئوال تا حدی با سئوالهای دیگر این بعد ناهمخوان می‌باشند. سئوالهای مربوط به بعد حل مسأله‌ی اجتماعی نیز از پایایی مطلوبی (۰/۶۶) برخوردار می‌باشند. آلفای کلی برای بعد ایجاد بازنماییها و ایده‌ها نیز ۰/۶۹ برآورد شده است که با حذف سئوال ۴۰ این مقدار قدری افزایش می‌یابد. بنابراین سئوال ۴۰ تا اندازه‌ای با سایر سئوالهای این بعد ناهمسانی دارد. آلفای کرونباخ کلی برای مؤلفه‌های تفکر منطقی و انضباط، به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۵۳ بدست آمده است. با توجه به نتایج حاصل شده، حذف هر یک از سئوالها به کاهش آلفای کلی می‌انجامد که نشان می‌دهد؛ سئوالهای این ابعاد از همخوانی بالایی برخوردارند.

پایایی بازآزمایی: در این روش، آزمون را برای گروه واحدی از آزمودنیها در دو زمان متفاوت اجرا و ضریب همبستگی بین نمره‌های حاصل از دوبار اجرای آزمون محاسبه می‌شود (پاشاشریفی، ۱۳۸۱). در مطالعه‌ی حاضر، به منظور بررسی ضریب بازآزمون پرسشنامه‌ی کارکرد تحولی خانواده این پرسشنامه در دو نوبت با فاصله زمانی یک ماه در خصوص ۳۰ نفر از مادران اجرا شد و نتایج به شرح ذیل، بدست آمد.

جدول ۳- نتایج اعتبار بازآزمایی پرسشنامه DFFAQ

مراحل تحول	نوبت آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی
توجه و تنظیم	اول	۳	۱۳/۴۳	۲/۷۶	۰/۶۴۵
	دوم	۳	۱۳/۶۰	۲/۴۴	
صمیمیت و جذب شدن به انسانها	اول	۳۰	۱۲/۶۶	۳/۸۴	۰/۸۱۷
	دوم	۳	۱۳/۲۰	۳/۵۵	
ارتباط متقابل دوسویه ارادی	اول	۳۰	۱۴/۶۰	۳/۶۵	۰/۷۴۹
	دوم	۳۰	۱۴/۱۶	۳/۰۸	
حل مسأله اجتماعی مشترک	اول	۳۰	۱۵/۴۶	۳/۱۳	۰/۷۷۸
	دوم	۳۰	۱۵/۰۲	۲/۸۴	
ایجاد بازنماییها و ایده‌ها	اول	۳۰	۱۰/۳۰	۲/۴۷	۰/۸۴۰
	دوم	۳۰	۱۱/۹۳	۲/۸۳	
تفکر منطقی	اول	۳۰	۹/۳۶	۲/۵۷	۰/۸۱۹
	دوم	۳۰	۱۰/۹۰	۲/۱۵	
انضباط	اول	۳۰	۱۱/۵۳	۱/۹۷	۰/۵۳۳
	دوم	۳۰	۱۲/۲۰	۲/۲۴	
نمره کل	اول	۳۰	۸۷/۳۰	۱۵/۶۸	۰/۹۳۸
	دوم	۳۰	۹۱/۰۳	۱۲/۵۳	

با توجه به جدول شماره ۳؛ تعداد ۳۰ نفر در مرحله‌ی اول و دوم به پرسشنامه‌ی DFFAQ پاسخ داده‌اند، همانطور که نتایج نشان می‌دهد؛ در تمام مراحل تحول هیجانی خانواده بین نمرات دو مرحله، همبستگی از ۰/۵۳ تا ۰/۸۴ بدست آمده است. همبستگی کلی پرسشنامه بین دو نوبت اجرای آن نیز ۰/۹۳ می‌باشد و نشان می‌دهد این ابزار پایایی بازآزمایی زیادی برخوردار است.

بحث و نتیجه گیری

با نظر به اینکه رویکرد تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط رویکرد نوینی در زمینه‌ی تحول کودک و خانواده است و همچنین با توجه به پیشینه‌ی پژوهشهایی که اثربخشی این رویکرد را در حوزه‌های درمانی تأیید نموده‌اند، ضرورت انجام پژوهشهایی دقیق و معتبر در خصوص این رویکرد و اثر بخشی آن در درمان مشکلات کودک و خانواده مطرح می‌شود. بررسی اعتبار پژوهشی و درمانی این نظریه در داخل کشور نیاز به ابزارهایی دقیق و متناسب با فرهنگ دارد. به این منظور پژوهش حاضر با هدف تدوین پرسشنامه‌ای در خصوص کارکرد تحولی خانواده بر اساس مبانی نظری رویکرد DIR و نیز اعتباریابی آن انجام شده است. بر پایه‌ی یافته‌های بدست آمده، پرسشنامه‌ی کارکرد تحولی خانواده که در این پژوهش ساخته شده‌است، ابزاری معتبر و قابل اعتماد است.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد؛ ضریب همبستگی پیرسون در مورد نمرات مرحله‌ی اول و دوم بازآزمایی از ۰/۵۳ تا ۰/۸۴ می‌باشد و با توجه به معناداری همه‌ی سطوح به نظر می‌رسد؛ این پرسشنامه از پایایی بازآزمایی کافی برخوردار است. همبستگی کلی پرسشنامه نیز در دو مرحله ۰/۹۳ می‌باشد که نشان از همین مورد دارد. همبستگی بین دو پرسشنامه‌ی کارکرد خانواده‌ی مک مستر FAD و پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ی سنجش تحولی خانواده DFFAQ نیز ۰/۷۵ - محاسبه شد که نشان می‌دهد؛ هرچه خانواده از کارکرد تحولی بالاتری برخوردار باشند، عملکرد ناسالم آنها کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر هرچه خانواده به لحاظ هیجانی آرام و تنظیم یافته تر باشد، بین افراد خانواده علاقه‌مندی و ارتباط عاطفی تری وجود داشته باشد، افراد متناسب با توانمندیهایشان با یکدیگر تعامل متقابل داشته باشند و در حل مسائل با یکدیگر همکاری مشترک بیشتری را تجربه نمایند و نیز در خانواده دامنه‌ی گسترده‌ای از احساسات در قالب گفتگو ابراز شود و اعضاء خانواده به عنوان یک گروه عملکرد منطقی تری را داشته باشند به عبارتی هرچه خانواده از توانمندیهای تحولی بیشتری برخوردار باشند کارکرد خانواده به عنوان کل یکپارچه نیز سالم تر خواهد بود. براساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ۷ عامل مقدار ویژه‌ای بالاتر از ۱ دارند و حدود ۶۷/۲۵ درصد از واریانس متغیر اندازه‌گیری شده را تبیین می‌کنند. تحلیل عامل تأییدی نیز ساختار ۷ عاملی مورد بررسی در پرسشنامه را تأیید می‌کند.

همچنین آلفای کرونباخ کلی همه‌ی سؤالهای پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده ۰/۹۲ می‌باشد. بنابراین، پرسشنامه‌ی DFFAQ از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. همه‌ی سطوح با کل پرسشنامه همخوانی خوبی دارند، اما در مورد سؤالها، سؤالهای ۱۲، ۳۸، ۳۹، ۴۰ به مقدار بسیار کمی با

پرسشنامه ناهمخوانی دارند ولی باتوجه به اینکه با وجود این سئوالها بازهم این ابزار ازپایایی بالایی برخوردار است به منظور حفظ روایی پرسشنامه این مواد حذف نشدند.

در مورد سطوح مختلف پرسشنامه‌ی کارکرد تحولی خانواده، آلفای کرونباخ مربوط به سطح توجه و تنظیم ۰/۷۴، صمیمیت و جذب شدن به انسانها ۰/۷۱، ارتباط متقابل دوسویه ۰/۷۵، حل مسأله اجتماعی مشترک ۰/۶۶، ایجاد بازنماییها و ایده‌ها ۰/۶۹، تفکر منطقی ۰/۵۸ و انضباط نیز ۰/۵۳ می‌باشد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه DFFAQ است. دراین پژوهش سعی شد تا براساس رویکرد DIR ابزاری که بتواند کارکرد تحولی خانواده را اندازه‌گیری کند، ساخته و ویژگیهای روانسنجی آن مشخص شود. مراکز پژوهشی و درمانی می‌توانند در تحقیقات و طرحهای درمانی خود از این ابزار به عنوان ابزاری معتبر و دقیق برای سنجش ظرفیتهای تحولی خانواده استفاده نمایند.

محدودیتها وپیشنهاها

هر پژوهش درکنار بدیع بودن و داشتن نقاط قوت دارای برخی محدودیتها نیز می‌باشد. عمده‌ترین محدودیت این پژوهش اندک بودن منابع مطالعاتی اولیه در زمینه‌ی رویکرد تحولی، تفاوتهای فردی مبتنی برارتباط و کارکرد خانواده از منظر این رویکرد بود. از این رو به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود با توجه به معتبر بودن ابزار سنجش کارکرد تحولی خانواده، در تحقیقات آینده روابط متقابل بین پویاییهای درون خانواده نظیر تعارضهای زناشویی، استرسهای والدگری و اختلالهای بالینی اعضاء را با کارکرد تحولی خانواده بررسی نمایند. همچنین به کمک این ابزار می‌توان اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف را برحوزه‌های مختلف کارکرد تحولی خانواده مورد سنجش و مقایسه قرار داد. در حیطه‌ی کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود. درمانگران از این ابزار برای سنجش وضعیت تحولی خانواده پیش از درمان و درحین آن استفاده نمایند. به خانواده‌ها نیز توصیه می‌شود تا با توجه بیشتر به روابط بین اعضاء و در نظر گرفتن پلکان تحولی این روابط، به کارکرد بهتری دست یابند.

منابع

- احمدی، خدابخش؛ خدادادی، غلامرضا؛ انیسی، جعفر؛ عبدالمحمدی، الهه. (۱۳۹۰). مشکلات خانواده‌های دارای فرزند معلول. *مجله طب نظامی*، ۱۳(۱)، ۵۲-۴۹.
- امین یزدی، سید امیر. (۱۳۹۱). رشد یکپارچه انسان: مدل تحولی - تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط. *پژوهشنامه‌ی مبانی تعلیم و تربیت*، ۲(۱)، ۱۲۶-۱۰۹.
- پاشاشریفی، حسن. (۱۳۸۱). *اصول روانسنجی و روان آزمایی*. تهران: انتشارات رشد.
- سامانی، سیامک. (۱۳۸۷)، تهیه و طراحی مقیاس فرایندهای خانوادگی برای خانواده‌های ایرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۲)، ۱۶۸-۱۶۲.
- زاده‌محمدی، علی و ملک خسروی، غفار (۱۳۸۵)، بررسی مقدماتی ویژگیهای روانسنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده (FAD). *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۵(۲)، ۸۹-۶۹.
- کارشکی، حسین. (۱۳۹۱). روابط ساختاری خطی در تحقیقات علوم انسانی (مبانی و راهنمای آسان کاربرد نرم افزار لیزرل). تهران: انتشارات آوای نور.
- کلاین، پی. (۱۳۸۰). راهنمای آسان تحلیل عاملی. ترجمه سید جلال صدرالسادات و اصغر مینای. تهران: انتشارات سمت.
- موسوی، رقیه؛ فرزاد، ولیاله؛ نوایی نژاد، شکوه. (۱۳۸۹). تعیین اثر خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانش و رفتار)*، ۱۷(۴۰)، ۱-۱۰.
- یوسفی، ناصر. (۱۳۹۱). بررسی شاخصهای روانسنجی مقیاسهای شیوه سنجش خانوادگی مک مستر (FAD). *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۷(۳)، ۱۱۴-۸۵.
- Alderfer, M. A., Fiese, B. H., Gold, J. I., Cutuli, J. J., Holmbeck, G. N., Gold beck, L., Patterson, J. (2008). Evidence-based assessment in pediatric psychology: Family measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 1046-1061.
- Andreas, J. B., & Watson, M. W. (2009). Moderating effects of family environment on the association between children's aggressive beliefs and their aggression trajectories from childhood to adolescence. *Development and psychopathology*, 21(01), 189-205.
- Bailey, D. B. (2013) Assessment in Marriage and Family Therapy: A Review of Clinical Updates for Family Therapists. *Marriage & Family Review*, 48,4, 311-338.
- Beavers ,R. & Hampson, R. B. (2000). The Beavers system model of family functioning. *Journal of Family Therapy*. 22, 128- 143.
- Bray, J. H. (1995). Family assessment: Current issues in evaluating families. *Family Relations*, 469-477.
- Bray, J. H. (2010). Couple and family assessment. *The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology*, 151-164.
- Deacon, S. A., & Piercy, F. P. (2001). Qualitative methods in family evaluation: Creative assessment techniques. *American Journal of Family Therapy*, 29(5), 355-373.

- Epstein, N. B., Ryan, C.E., Bishop, D. S., Miller, I.W., & Keitner, G.I. (2003). The Macmaster model: A view of healthy family functioning. In. F. Walsh (Ed.). *Normal family processes* (3rd ed), 581-607. New York: Guilford Press.
- Erford, B. T. (2006). *Assessment for counselors*. Houghton Mifflin College Div.
- Ghanbari-Panah, A., Shariff, H. M., & Koochak-Entezar, R. (2012). The Review of Family Assessment in Counseling. *International Journal of Fundamental Psychology & Social Sciences*, 2, 2, 32-35.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Infant and early childhood mental health: A comprehensive, developmental approach to assessment and intervention*. American Psychiatric Publishing, Inc
- Greenspan, S (2007). The Developmental Approach to Family Functioning: The Historical background of the different ways or lenses or theories – all different ways of looking at families – a very complex process. from www.icdl.com.
- Greenspan, S. I. and S. Wieder (2006). *Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*, Da Capo Press.
- Franklin, C., Cody, P. A., & Jordan, C. (2004). Validity and reliability in family assessment. In A. R. Roberts & K. Yeager (Eds.), *Evidence based practices manual. Research and outcome measures in health and human services* (pp. 436-443). Cary, NC: Oxford University Press.
- Lavee, Y., & Avisar, Y. (2006). Use of standardized assessment instruments in couple therapy: The role of attitudes and professional factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 233-244.
- Lovler, R. L., Miller, L. A., & McIntire, S. A. (2010). *Foundations of psychological testing: A practical approach*. Sage Publications, Incorporated.
- McPhatter, A. R. (1991). *Assessment revisited: A comprehensive approach to understanding family dynamics*. Families in Society.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Read, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American psychologist*, 56(2), 128.
- Moose, R. H., & Moose, B. S. (1994). *Family Environment Scale manual: Development, applications, research* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Mushquash, C. J., & Bova, D. L. (2007). Cross-cultural assessment and measurement issues. *Journal on Developmental Disabilities*, 13, 53-66.
- Neabel, B., Fothergill-Bourbonnais, F., & Dunning, J. (2000). Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 29(3), 196-209.
- Hanna, S. M. (2007). *The practice of family therapy: Key elements across models* (4th ed.). Belmont, CA: Brooks-Cole-Thomson Learning.
- Olson, D. H. (2011). Faces IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 514-548). New York, NY: Guilford Press.
- Scholte, E., & Van der Ploeg, J. (2013). The Family Questionnaire A Measure to Assess the Quality of Family Functioning. *Journal of Family Issues*, 22, 1-22.

-
- Skinner, H. A., Steinhauser, P. D., & Sitarenios, G. (2000). Family Assessment Measure (FAM) and process model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22, 190-210.
- Tramonti, F., Barsanti, I., Ghicopulos, I., Bogliolo, C., & Pietrini, P. (2013). Family functioning and caregiver burden in Alzheimer's disease. *Family Science*, 4(1), 161-168.

Development and Validation of a New Questionnaire to Assess Family Function
Development based Mental Individual-Difference Relationship Approach (DIR)

Shahrbano Aali^{*a}
Seyed Amir AminYazdi^a
Mohammad SaeedAbdekhodaei^a
Ali Ghanaeichamanabad^a
Fatemeh Moharreri

^a Ferdowsi University of Mashhad

Abstract:

The article describes the development and validation of a new questionnaire to assess family function development based on developmental individual-difference relationship approach (DIR). The content and criterion validity and Cronbach's alpha and test-retest and factor analysis methods were being used to evaluate the questionnaire validity and reliability. Criterion validity through McMaster Family Assessment Device (FA) was also obtained (- 0.75). Principal component analysis was implemented with Varimax rotation analysis. With considering a seven-factor model, 67.25% of the total variance was explained by seven factors. The results of reliability revealed that retest coefficient of developmental functioning family questionnaire is 93%, and the overall Cronbach alpha for this questionnaire is 92%. Moreover, Cronbach's alpha for the subscales of the questionnaire was ranged from 0.53 to 0.72, signifying an acceptable reliability in overall. Consequently, it would be claimed that the developmental functioning family questionnaire, which was developed by researcher, has satisfactory reliability and validity, and can be used in to identify the strengths and weaknesses of family performance .

Keywords:

Development, Validation; Questionnaire; Assessment; Developmental Functional Family

^{*} sh.aali79@gmail.com

Family Functioning of Patients with Affective Disorders, Psychosis and Somatoform

Abolghasem Yaghoobi*
Hussein Mohagheghi
Serwa Mohammadzadeh
Mehdi Rabiei
Semko Mohammadzadeh

Bu Ali Sina university

Abstract:

The main purpose of this research analytic-descriptive is to compare family function of patients with mood, psychotic or somatoform disorder patients at Qods hospital. The sample were selected through the available sampling procedure that consist of (N=150 in 3groups each group 50 person) and diagnosed by psychiatrist as mood, psychotic or somatoform disorder patients. Patients and their family were completed the MC Master family devise. Data were analysed by paired comparison, MANOVA, assumption of normality of distributions. Results of this study showed all groups have significant differences in all dimensions of family function except roles and most differences in groups were because of behavioural control dimension. Paired comparison results indicate that emotional involvement dimension was differ between mood with psychotic and psychotic with somatoform groups but hasn't significant difference between mood and somatoform group. Emotional involvement decreased more in mood group. Behavioural control dimension hadn't a significant difference between mood and psychotic group but difference between mood with somatoform and psychotic with somatoform group was significant. Results about global family function of patients were dysfunctional.

Keywords:

Family function; mood disorder; psychotic disorder; somatoform disorder.

* yaghobi41@yahoo.com.

Comparison of the Effectiveness Religious Therapy and Existential
Therapy in Improvement of Suicide Tendency among Counseling
Centered Clients of Kurdistan University

Naser Yosofi*

Kurdistan University

Abstract:

This study was aimed to compare of the effectiveness religious therapy and existential therapy in improvement of Suicide tendency among counseling centered clients of Kurdistan University. Thirty six students out of all referring to counseling Center in the Kurdistan University of Sanandaj were selected by resorting to random sampling method. Students were completed Beck Scale for Suicide ideation (1979) & diagnosed based on DSM- IV- R interview. Participants were randomly assigned into three groups (12 people in each Group). Therefore, three groups were organized as religious therapy and existential therapy and control groups. The Beck Scale for Suicide Ideation scale was employed both before and after interventions. The results showed that therapy based on religious therapy and existential therapy in affecting on reduction and improvement of Suicide tendency of students, Also therapy based on religious therapy was similar to existential therapy in improvement of Suicide tendency.

Keywords:

Therapy based on religious therapy; existential therapy; Suicide tendency; students.

* naseryoosefi@yahoo.com

The Combination of Parent Training Program, Working Memory Training
on Inhibition in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Zahra Hosainzadeh Maleki^{*a}

Ali Mashhadi^b

Ali Ghanaei Chamanabad^b

Atefeh Soltanifar^b

Fatemeh Moharrari

Zohreh Hosseini

Hoda Hosainzadeh Maleki

^a Tarbiat Modares University

^bFerdowsi University of Mashhad
Mashhad University of Medical Sciences

Abstract:

The aim of the current study was to examine effectiveness of combination of parent training program, working memory training on inhibition in children with Attention Deficit Hyper activity Disorder. Sample include 36 children with ADHD aged between 6 to 12 years were selected by convenience sampling method. The children that diagnosis with SNAP-IV, CBCL and clinical interview, were randomly assigned to the three interventions. To analyze of data MANCOVA were used. Result of study revealed that performance of the children of the combined group was not significantly difference compared with the other two groups in cognitive inhibition ($P>0.05$). Furthermore significant difference was observed between the combined treatment group and the other two groups in behavioral inhibition ($P<0.05$). Consequently the combined treatment of parent training program, working memory training resulted in further improvement of the Behavioral inhibition children with Attention Deficit Hyper activity Disorder.

Keywords:

Attention Deficit Hyper Activity Disorder; Parent Training Program; Working Memory Training; Combined Treatment; Cognitive Inhibition; Behavioral Inhibition.

^{*} maleki_zhm@yahoo.com

Effectiveness of Reality Therapy Group Counseling Program on Academic Motivation and Procrastination

Elham Nikbakht
Muhammad Saeed Abdekhodaie*
Hosein Hasanabadi
Ferdowsi University of Mashhad

Abstract:

The goal of this paper was to examine effectiveness of reality therapy group counseling on academic motivation and academic procrastination of high school students. This study was a quasi-experimental research with pretest/posttest design with control group. The study population consisted of female high school students of Mashhad district 5 that failed in at least one of their courses in 89-90 academic years and had participated in remedial classes. The research sample consisted of 20 students that had scored very high or very low on the academic procrastination and academic motivation questionnaire and voluntarily chosen to participate in the research. The experiment group received 8 sessions of reality therapy group counseling. The measures used in this study include Academic Motivation Questionnaire - Student (Abdekhodaie 1387) and Procrastination Assessment Scale Student (Solomon & Rothblum, 1984). The data analyzed by using the analysis of covariance method (ANCOVA). Results of study revealed that reality therapy group counseling program significantly decreased academic procrastination but had no effect on academic motivation.

Keywords:

Reality Therapy; Academic Motivation; Academic Procrastination

* Abdkhoda@um.ac.ir

The Effectiveness of Communication Skills to Mother on Decrease their Sons Addict High- Risk Behaviors

Hossien Sahebdel^{* a}

Masoud Asadi^a

Zynad Shakouri^b

^a Kharazmi University

^b AlameTabataba University

Abstract:

The purpose of present research was to investigate the effectiveness of communication skills training for mother on reducing high- risk behaviors in their addict sons. The method used in this study is semi-experimental whit pre-test and post-test and control group. The statistical society consists of all the mothers with addictive sons whom their children were treating whit methadone in addiction renunciation clinic of Afarinesh. The sample consist of 40 people) 20 in experiment group and 20 in control group) that were selected through random sampling procedure. The experiment group had been participated in 8 sessions of relationship skills training while the control group had not received any interventions. Assessment instrument was » high risk questionnaire (HRQ) Zademoahadi and Ahmadabadi, 2009.

The analysis of data covariance analysis was employed. The result of study indicates that relationship skills training significantly ($p < 0/05$) reduce high- risk behavior of addict sons. As we conclude that relationship skills training is a convenient method in reduction high- risk behaviors due to addiction. According to the results of this study the method which employed can be helpful for clinical and therapeutic interventions.

Keywords:

Relationship skills training; high- risk behaviors; Mothers whit addictive sons

* Pcsahebde11365@gmail.com

The Effectiveness of Stress Management on Quality of Life in the Disabled Elderly Caregivers

Hoda Hafari^{*a}
Parviz Dabaghi^b
Khodabakhsh Ahmadi^c

^aScience & Culture University

^bArmy University of Medical Sciences

^cBaqiyatallah University of Medical Sciences

Abstract:

Due to increase of elderly people in the world and the fact that most of them are disabled, require special consideration and prefer to be cared after at home, paying attention to the caregivers and reducing their stress seems necessary. This study is aimed to assess the effect of stress management on improving of the quality of life of family caregivers. This research is a quasi-experimental study with pretest and posttest. The participants were 33 family caregivers that have been selected and randomly divided into two groups as experimental and control. The experimental group participated 10 sessions of 3 hour stress management classes weekly. SF36 questionnaire was used to assess the quality of life. The collected data were evaluated by covariance (ANOVA) and were analyzed by SPSS software. Results of the study showed experimental group scores significant increase in comparison with control group ($P < 0.05$) in all sub-scales (body pain, general health perceptions, emotional role functioning, social role functioning, mental health) except physical functioning & physical role functioning). Subsequently the results indicated that stress management is considered as an important part of the treatment.

Key words:

Caregiver; quality of life; stress management

* hodahafari@yahoo.com.

Personality Organization in Peoples with Obsessive - Compulsive,
Depressive Symptoms, Obsessive-Compulsive and Depressive
Symptoms and Normal Group

Maryam, Farjad*
Nurallah, Mohammadi
Changiz, Rahimi
Habib, Hadianfard

University of Shiraz

Abstract:

This study was aimed to compare the personality organization (neurotic, borderline, and psychotic) in nunclinical peoples with obsessive-compulsive, depressive symptoms, obsessive-compulsive and depressive symptoms and normal group. For this purpose, The sample of this study comprise 60 clients with obsessive-compulsive, 60 clients with depressive symptoms, 60 clients with obsessive-compulsive and depressive symptoms and 60 subjects in normal group, were selected by availble sampling. Participants in this study responded to Kernberg's Inventory of Personality Organization, Moudsley Obsessive Compulsive Inventory, and Beck Depression Inventory. Eventually The datas were analyzed by Statistical methods such as mean, Standard deviation, Multivariate analysis of variance, One-way analysis of variance, Kruskal-Wallis, Tukey test and Mann-Whitney U. Results showed that although the 4 groups were in neurotic personality organization (NPO) but peoples with obsessive-compulsive, depressive symptoms, obsessive-compulsive and depressive symptoms's scores in the dimensions of personality organization significantly were more than normal group. The results of present study, provides more information about OCD and depression that can be useful in diagnosis, explain the symptoms, differential diagnosis and treatment planning.

Keywords:

Personality organization; obsessive-compulsive disorder; depression disorder; neurotic; borderline; psychotic.

* farjad_m23@yahoo.com

Effectiveness of Group Therapy Based on Metacognitive Model of
Etched Mindfulness on Depression and Blood Pressure in Female
Patients with Hypertension

Azade Bakhtiari*
Ahmad Abedi

Isfahan University

Abstract:

The aim of the current research was to investigate the effectiveness of group therapy based on metacognitive model of detached mindfulness on depression and blood pressure in female patients with hypertension. This research is an experimental research with control and experimental groups. The sample comprised, 30 female patients with hypertension were selected by simple random sampling procedure and then randomly assigned to control (15 patients) and experimental groups (15 patients). . Participants were assessed with Beck Depression Inventory and mercury blood pressure measuring equipment. Excremental groups received the group therapy based on metacognitive model of detached mindfulness in 8 sessions (60 min) while the control group was in waiting list control. Data was analyzed by analysis of Covariance. Findings indicate the group therapy based on metacognitive model of detached mindfulness decrease depression and blood pressure of female patients with hypertension.

Keywords:

Metacognitive model of detached mindfulness; depression; blood pressure; group therapy

* bakhtiari_azadeh@yahoo.com

Effects of Teaching Anger Management and Problem Solving on
Educational Methods, Anger Control and Anxiety of Preschool Teachers

Mohsen Shokoohi-Yekta ^{*a}
Saeed Akbari Zardkhaneh ^b
Neda Farahini ^a

^a University of Tehran

^b Allameh Tabatabaei University

Abstract:

The aim of the present research was to investigate the effectiveness of the programs titled "Anger Management" and "Raising a Thinking child" on educational methods, anger control, and mental health of preschool teachers. This study is semi-experimental utilizing a single group with pre and post-tests design. Participants were selected through the available sampling procedures which consist of N=42 female preschool teachers in Tehran volunteering to participate in the project and taking part in our educational programs. The school authorities held a briefing session prior to initiating the program. The workshops were held once a week for two-hours for a total of 21 weeks. The teachers were given three questionnaires before and after each workshop including "Teacher Educational Methods", "Teacher Anger Assessment", and "Spilberger State- Trait Anxiety Inventory". The results revealed that participation in such workshops has increased the average sub-scales scores for anger-stimulating situations and anger expression. The same is true about the post-test scores of anger control strategies among the teachers. Also the data analysis showed that the teachers may promote their anger control and psychological health through participation in such workshops.

Keywords:

Raising a Thinking Child; Anger Management; Preschool Trainers; Mental health.

* ostadroozbeh@yahoo.com

Table of contents

Effects of Teaching Anger Management and Problem Solving on ... Mohsen Shokoohi-Yekta, Saeed Akbari Zardkhaneh, Neda Farahini	I
Effectiveness of Group Therapy Based on Metacognitive Model of ... Azade Bakhtiari, Ahmad Abedi	II
Personality Organization in Peoples with Obsessive - Compulsive ... Maryam Farjad , Nurallah Mohammadi, Changiz Rahimi, Habib Hadianfard	III
The Effectiveness of Stress Management on Quality of Life in the Disabled ... Hoda Hafari, Parviz Dabaghi, Khodabakhsh Ahmadi	IV
The Effectiveness of communication skills to Mother on Decrease.... Hossien Sahebdel, Masoud Asadi, Zynad Shakouri	V
Effectiveness of Reality Therapy Group Counseling Program on... Elham Nikbakht, Muhammad Saeed Abdekhodaie, Hosein Hasanabadi	VI
The Combination of Parent Training Program, Working Memory Training on ... Zahra Hosainzadeh Maleki, Ali Mashhadi, Ali Ghanaei Chamanabad, Atefeh Soltanifar, Fatemeh Moharrari, Zohreh Hosseini, Hoda Hosainzadeh Maleki	VII
Comparison of the Effectiveness Religious Therapy and Existential ... Naser.Yosofi	VIII
Family Functioning of Patients with Affective Disorders, Psychosis and Abolghasem Yaghoobi, Hussein Mohagheghi, Serwa Mohammadzadeh, Mehdi Rabiei, Semko Mohammadzadeh	IX
Development and Validation of a New Questionnaire to Assess Family ... Shahrbano Aali, Seyed Amir AminYazdi, Mohammad SaeedAbdekhodaei, Ali Ghanaeichamanabad, Fatemeh Moharreri	X

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 2, Autumn - Winter 2014

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 2, (2014)

ISSN: 2251-6352

6

- | | |
|--|------|
| Effects of teaching anger management and problem solving on... | I |
| Mohsen Shokoohi-Yekta, Saeed Akbari Zardkhaneh, Neda Farahini | |
| Effectiveness of Group Therapy Based on metacognitive Model of ... | II |
| Azade Bakhtiari, Ahmad Abedi | |
| Personality organization in peoples with obsessive – compulsive ... | III |
| Maryam Farjad, Nurallah Mohammadi, Changiz Rahimi, Habib Hadianfard | |
| The effectiveness of stress management on quality of life in the disabled ... | IV |
| Hoda Hafari, Parviz Dabaghi, Khodabakhsh Ahmadi | |
| The Effectiveness of communication skills to mother on decrease ... | V |
| Hossien Sahebdel, Masoud Asadi, Zynad Shakouri | |
| Effectiveness of Reality Therapy Group Counseling Program on Academic Motivation ... | VI |
| Elham Nikbakht, Muhammad Saeed Abdekhodaie, Hosein Hasanabadi | |
| The Combination of Parent Training Program, Working Memory Training on Inhibition in ... | VII |
| Zahra Hosainzadeh Maleki, Ali Mashhadi, Ali Ghanaei Chamanabad, Atefeh Soltanifar, Fatemeh Moharrari, Zohreh Hosseini
Hoda Hosainzadeh Maleki | |
| Comparison of the effectiveness religious therapy and existential ... | VIII |
| Naser Yosofi | |
| Family functioning of patients with affective disorders, psychosis ... | IX |
| Abolghasem Yaghoobi, Hussein Mohagheghi, Serwa Mohammadzadeh, Mehdi Rabiei, Semko Mohammadzadeh | |
| Development and Validation of a New Questionnaire to Assess Family Function ... | X |
| ShahrbanooAali, Seyed Amir AminYazdi, Mohammad SaeedAbdekhodaie, Ali Ghanaeichamanabad, Fatemeh Moharrari | |