

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۴، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۳

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

۷

- | | |
|-----|---|
| ۵ | اثر بخشی نور و فیدبک آلفا/تتابر پنج عامل بزرگ شخصیتی افراد وابسته به مورفین
محمدنرماتی سوزان حبیبی |
| ۲۱ | ساخت و اعتباریابی پرسشنامه مقدماتی رجحان‌های شوهرگزینی در دانشجویان دختر
غلامرضا جیبی، مریم ابراهیمی، رضا جست‌مهر |
| ۳۷ | تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس...
ادریس رنجبر، محسن رسولی، باقر ثنائی |
| ۵۵ | بررسی ارتباط ساختار انگیزشی و اهمالکاری تحصیلی در دانشجویان کارشناسی شاهد...
بی بی غفرت لاهی، زهره سپهری شاملو، حمیدرضا آقامحمدیان شریف |
| ۷۱ | بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان
اصغر یاروند حسینی، کیومرث فرحبخش، عبدالله شفیع آبادی |
| ۹۵ | اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار گروهی بر رضایت زناشویی
احمد اعتمادی، حسین احمد برآبادی |
| ۱۱۵ | اثر بخشی مداخلات عصب روان شناختی بر مؤلفه‌های خواندن (سرعت، دقت و درک....
مهناز جدیدی فیتان، احمد عابدی، سمیه جمالی باقلعه، سهیلا صفری، مریم جدیدی فیتان |
| ۱۳۵ | اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر سبک‌های هویت دانش آموزان دوره ی متوسطه...
منیر همسگری، حسین حسن آبادی، حمید نجات |
| ۱۵۵ | معنویت‌گرایی، مدیریت زمان و پیشرفت تحصیلی: زمان ورزی معنوی
حسن بلند |
| ۱۷۵ | رابطه بهزیستی روان شناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آنها در بخش‌های...
زهره کاووسی، علی رضا قادری، مجید معینی زاده |

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 ۴، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۳

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 پزشک	استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه فردوسی مشهد

داوران این شماره : دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف، آزاده عطاری، دکتر محمد جواد اصغری ابراهیم آباد، دکتر کیومرث بشلیده، دکتر علی دلاور، دکتر سلیمی بجستانی، دکتر حسن صبوری مقدم، دکتر جعفر طالبیان شریف، دکتر محمدرضا عابدی، دکتر محمد سعید عبد خدائی، دکتر علی غنایی، دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دکتر علی کیمیایی، دکتر بهروز مهران، دکتر سید ابوالقاسم مهری نژاد

کارشناس مجله : علی نقدی دولو

ویراستار: فرزاد نصیری

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 : ۰۵۱۳ ۸۷۸۳۰۱۲

تلفن : ۰۵۱۳ ۸۸۰۳۶۸۷

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

فهرست مندرجات

- ۵ اثر بخشی نوروفیدبک آلفا/تتا بر پنج عامل بزرگ شخصیتی افراد وابسته به مورفین
محمد نریمانی، سوران رجبی
- ۲۱ ساخت و اعتباریابی پرسشنامه مقدماتی رجحان‌های شوهر گزینی در دانشجویان دختر
غلامرضا رجبی، مریم ابراهیمی، رضا خجسته مهر
- ۳۷ تاثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس...
ادریس رنجبر، محسن رسولی، باقر ثنائی
- ۵۵ بررسی ارتباط ساختار انگیزی و اهمالکاری تحصیلی در دانشجویان کارشناسی شاهد ...
بی بی عفت لامعی، زهره سپهری شاملو، حمیدرضا آقامحمدیان شعریاف
- ۷۱ بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان
اصغر یاوند حسنی، کیومرث فرحبخش، عبدالله شفیع آبادی
- ۹۵ اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار گروهی بر رضایت زناشویی
احمد اعتمادی، حسین احمد برآبادی
- ۱۱۵ اثربخشی مداخلات عصب روان شناختی بر مؤلفه‌های خواندن (سرعت، دقت و درک...
مهناز جدیدی فیتان، احمد عابدی، سمیه جمالی پاقلعه، سهیلا صفری، مریم جدیدی فیتان
- ۱۳۵ اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر سبک‌های هویت دانش آموزان دوره ی متوسطه ...
منیره مسگری، حسین حسن آبادی، حمید نجات
- ۱۵۵ معنویت گرایی، مدیریت زمان و پیشرفت تحصیلی: زمان ورزی معنوی
حسن بلند
- ۱۷۵ رابطه بهزیستی روان شناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آنها در بخش‌های...
زهره کاووسی، علی رضا قادری، مجید معینی زاده



استناد به این مقاله: رجبی، سوران؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی نوروفیدبک آلفا/تتا بر پنج عامل بزرگ شخصیتی افراد وابسته به مورفین. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۱)، ۵-۲۰

اثربخشی نوروفیدبک آلفا/تتا بر پنج عامل بزرگ شخصیتی افراد وابسته به مورفین

سوران رجبی^۱، محمد نریمانی^۲

دریافت: ۱۳۹۰/۸/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۱۶

چکیده

با توجه به ارتباط بین ریتم آلفا (۱۳-۸ هرتز) و تتا (۴-۸ هرتز) باحالت هیپنوگوگیک، در این مطالعه امکان آموزش افراد معتاد برای بهبود ویژگی‌های شخصیتی و درمان آن‌ها در مقایسه با گروه کنترل بررسی شد. نمونه این مطالعه ۳۴ نفر بیمار مرد (با میانگین سن ۳۲/۲۵ و انحراف معیار ۴/۱۲ سال) وابسته به مورفین بودند که به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) جایگزین شدند. روش استفاده‌شده طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. بیماران قبل از درمان و بعد از درمان با استفاده از پرسش‌نامه نئو (فرم تجدیدنظرشده کوتاه (NEO-FFI-R) (و تست مورفین ارزیابی شدند. نتایج حاصل از آنوای دوعاملی با اندازه‌گیری مکرر، بهبودی معناداری را در بعد شخصیتی روان رنجورخویی (N) و انعطاف‌پذیری (O) بعد از ۲۰ جلسه درمانی نوروفیدبک نشان داد؛ اما در ابعاد شخصیتی دلپذیر بودن (A)، باوجدان بودن (C) و برون‌گرایی (E) تفاوت معناداری به دست نیامد. همچنین نتایج منفی آزمایش ادرار در گروه آزمایش به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود (۵۶/۲ درصد در برابر ۲۲/۲ درصد). این مطالعه نشان داد که افراد معتاد می‌توانند یاد بگیرند ویژگی‌های شخصیتی خود را بهبود بخشند و میزان عود کمتری داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: نوروفیدبک، بیوفیدبک EEG، اعتیاد، پنج عامل بزرگ شخصیت

^۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه خلیج فارس sooranrajabi@pgu.ac.ir

^۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی Narimani@uma.ac.ir

مقدمه

درباره نقش ابعاد شخصیت بر رفتار اعتیادی، بررسی‌های زیادی انجام شده است. این بررسی‌ها گویای آن هستند که ابعاد و ویژگی‌های شخصیت در شروع، گسترش و تداوم وابستگی به مواد نقش دارند (Barbes, Murray, Patton, Bentler, & Anderson, 2000 & Ball, 2004). در یک بررسی بر پایه الگوی سه عاملی Eysenck نشان داده شد افرادی که به مقدار زیادی الکل می‌نوشند در دو بعد روان رنجور خوئی^۱ (N) و روان‌پریش خوئی^۲ (P) نمرات بالاتری به دست می‌آورند (Walton, & Roberts, 2004). بررسی‌های انجام شده بر پایه الگوی پنج عاملی شخصیت (Costa & McCrae (1992 نیز نشان‌دهنده رابطه میان وابستگی به مواد و ویژگی‌های شخصیت می‌باشند. (Fisher, Elias, & Ritza (1998 نیز در بررسی عود در معتادان، در پیگیری یک‌ساله نشان دادند افرادی که پس از ترک، عود داشتند در بعد N نمره بالا و در بعد باوجدان بودن^۳ (C) نمره پایین به دست می‌آورند. (Quirk & McCormich (1998 در بررسی یک نمونه ۳۲۵۶ نفری از مصرف‌کنندگان مواد دریافتند که هر چه نمره‌های بعد N بالاتر و نمره‌های بعدهای A و C پایین‌تر باشد سطوح بالاتری از علائم افسردگی، کینه‌توزی، تکانش‌وری و مصرف چندگانه مواد در آنان دیده می‌شود. Ball (2004) بعد روان رنجورخوئی را با وابستگی به مواد و بسیاری از شاخص‌های اختلال روانی محور یک مرتبط دانست؛ بنابراین تغییر ابعاد شخصیتی افراد وابسته به مواد مخدر به عنوان عامل پیش‌بین می‌تواند منجر به کاهش مصرف مواد گردد.

شیوه‌های مختلفی در تغییر و حتی درمان این افراد به کار برده می‌شود که می‌تواند به دودسته شیوه‌های مرسوم (مانند روان‌درمانی و دارودرمانی) و شیوه‌های نوین (مانند عصب درمانی^۴) تقسیم گردند. استفاده از شیوه جدید عصب درمانی بر پایه فعالیت‌های علمی است که در دهه‌های گذشته به کشف ظرفیت ذهن برای تأثیر بر بدن و کشف شیوه‌های تعامل سیستم روانی و عملکردهای فیزیولوژیکی منجر شده است (Lawrencr, 2002). بطوریکه مطالعات انجام گرفته، ابعاد عصب‌شناختی و فیزیولوژیکی وابستگی به مواد را مورد تأیید قرار داده است (National Institute on Drug Abuse, 2000)؛ بنابراین، ایجاد نوسانات و تغییرات بهینه در ریتم و فرکانس امواج مغزی، با استفاده از روش‌های عصب درمانی،

^۱Neuroticism^۲psychoticism^۳conscientiousness^۴neurotherapy

می‌تواند تغییرات بهینه‌ای در حالات روان‌شناختی ایجاد نماید (Serman, 1996). آموزش نوروفیدبک^۱ ازجمله این روش‌های عصب درمانی است که مطالعاتی پیرامون کارایی آن در موقعیت‌های آسیب‌شناسی روانی انجام شده است

(Chabot, Michele, Prichep, & John, 2001., Clarke, Barry, McCarthy, & Selikowitz, 2001., Fuchs, Birbaumer, Lutzenberger, Gruzelier, & Kaiser, 2003., Heywood & Beale, 2003., Zaidel & Barnea, 2005., Marinus, Breteler, Sylvia, Ine, Ludo, 2009., & Zoefel, Huster, Hermann, 2011).

نوروفیدبک بر پایه ایده پذیرفته‌شده ارتباط ذهن-بدن بوده و شامل آموزش ذهن برای عمل به شیوه‌ای بهینه به منظور بهبود کارکردهای رفتاری، فیزیکی، شناختی و هیجانی است؛ و درواقع توانایی ذهن را برای بازسازی، تغییر و التیام خود، افزایش می‌دهد (Lawrencr, 2002 & Demos, 2005).

مطالعات انجام گرفته در زمینه اثربخشی نوروفیدبک نشان داده این راهبرد در بهبود ویژگی‌های شخصیتی (Wilson, Peper, & Moss, 2006) و توانمندی‌های شناختی (Cannon, Lubar, Congedo, Raymond, Varney, Parkinson, & Gruzelier, 2007) کاربرد دارد. Thornton, Hutchens, & Towler, 2007) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی نوروفیدبک آلفا و تتا^۲ بر شخصیت و خلق پرداختند. فرضیه این مطالعه این بود که نوروفیدبک موجب افزایش ویژگی‌های شخصیت نرمال و احساس بهزیستی در فرد می‌گردد. در این مطالعه ۱۲ نفر که علائم ترک را نشان می‌دادند به تصادف در دو گروه نوروفیدبک آلفا/تتا و نوروفیدبک کاذب^۳ جایگزین شدند. گروه آزمایش که نوروفیدبک واقعی را به مدت ۱۰ جلسه دریافت کرده بودند از لحاظ خلقی احساس انرژی بیشتر و ارزشمندی و از نظر شخصیتی توافق و خونسردی بیشتر نسبت به گروه مقابل داشتند ($P < 0.01$). درحالی که بعد از اجرای ۱۰ جلسه نوروفیدبک کاذب احساس خستگی زیاد گزارش شد ($P < 0.05$).

درمان اختلالات اعتیادی به وسیله نوروفیدبک ابتدا توسط کارهای Eugene Peniston مطرح شد (Peniston and Kulkosky, 1991) و به عنوان پروتکل پینستون معروف شد (Demos, 2005). شواهد پژوهشی حاکی از تأثیر این روش در کاهش علائم و عوارض روان‌شناختی وابستگی به مواد و الکل بوده است (Lawrencr, 2002., Masterpasqua, Healey, 2003., Frederick, Timmermann, Russell, Lubar, 2004., Hammond, 2006).

^۱ neurofeedback

^۲ Alpha (8-13 Hz)

^۳ Tetha (4-8 Hz)

^۴ mock neurofeedback

Peniston, & Saxby (1995) در مطالعه‌ای بر روی ۱۴ فرد دارای وابستگی مزمن به الکل با علائم افسردگی نشان دادند که پروتکل آلفا/تتا به مدت ۲۰ جلسه‌ی ۴۰ دقیقه‌ای موجب کاهش افسردگی و علائم آسیب روانی شده است و ۲۱ ماه پس از درمان این نتایج پایدار بود. نتایج مطالعه Fahrion (1995) که از سال ۱۹۹۵ بر روی ۱۱۹ نفر معتاد شروع کرده بود و در سال ۲۰۰۲ به ۵۲۰ نفر رسانده بود نشان داد که تفاوت کمی بین دو گروه نوروفیدبک و گروه کنترل روی هم‌رفته بعد از دو سال وجود دارد اما وقتی نتایج به تفکیک سن، نژاد و داروی مصرفی تحلیل شد نوروفیدبک بر روی گروه جوانان و رنگین‌پوستان و مصرف‌کنندگان داروهای غیر مهیج اثربخشی بیشتری داشت. Bodenhamer-Davis and Calloway (2004) در مطالعه‌ای بر روی ۱۶ نفر وابسته به مواد نشان دادند که اجرای ۳۱ جلسه بیوفیدبک آلفا/تتا موجب بهبود شخصیت و خلق شد. Scott, Kaiser, Othmer, & Sideroff (2005) در مطالعه‌ای بر روی نمونه‌ای وسیع (۱۲۱ نفر) از افراد وابسته به مواد مخدر که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شده بودند نشان دادند گروه آزمایش که تحت پروتکل درمانی پینستون در تلفیق با پروتکل اسکات و کایزر (افزایش بتا^۱ و ریتم حسی حرکتی^۲ و کاهش تتا و های بتا^۳) بودند در مقایسه با گروه کنترل بهبودی معناداری را در توجه و ۵ مقیاس از ۱۰ مقیاس از MMPI-2 نشان دادند. این نتایج یک سال بعد از درمان پایدار بود. Sokhadze, Stewart, & Hollifield (2007) نشان دادند که جلسات نوروفیدبک بر وضعیت روان‌شناختی و آرامش بیماران دارای سوء مصرف مواد مؤثر است.

Cannon, Lubar, Gerke, Thornton, Hutchens, & McCammon (2008) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر نوروفیدبک لورتا^۴ (LNFB) در قشر سینگولیت قدامی به عنوان شیوه‌ای در درمان اعتیاد و بررسی میزان اثرات این شیوه آموزشی در ۸ ناحیه دیگر در کر تکس مغز که نقش مهمی را در اختلال سوء مصرف مواد ایفا می‌کنند، پرداختند. این مطالعه موردی بر روی یک بیمار زن ۲۸ ساله راست‌دست با ۳ سال سابقه ترک مواد که سابقه ۸ سال مصرف الکل و ۴ سال مصرف هروئین را داشت انجام گرفت. بیمار به مدت ۲۵ جلسه تحت آموزش قرار گرفت که فعالیت قشر سینگولیت قدامی بیمار به ۱۴ الی ۱۸ هرترز افزایش یافت. همچنین از ابزارهای الکتروفیزیولوژیکی برای سنجش کاهش یا افزایش در نواحی ۸ گانه شامل

^۱ Betha (15-18 Hz)

^۲ sensory motor rhythm (SMR, 12-15 Hz)

^۳ High Betha (20-30 Hz)

^۴ LORETA Neurofeedback

هیپوکامپ^۱ راست، آمیگدال^۲ راست، کرتکس اوربیتورونتانال^۳ راست، لب پس سری^۴ راست، کرتکس اینسولار^۵ راست، آنکوس (قلاب) راست^۶، دو ناحیه در کرتکس پره فرونتال پشتی جانبی^۷ استفاده شد. نتایج نشان داد که رابطه معنی داری بین نواحی لیمبیک و نواحی کورتیکال^۸ وجود دارد. همچنین آموزش‌ها تأثیر معنی داری در این نواحی داشت. این مطالعه نشان داد که این نواحی نقش پیچیده‌ای در رفتارها و ویژگی‌های معتاد دارد. تغییرات خاص در فراوانی آلفا در ناحیه لیمبیک^۹ و افزایش تتا با شخصیت و دیگر رفتارهای مرتبط با صفات معتادان در ارتباط است.

مطالعات انجام گرفته در زمینه تأثیر نوروفیدبک در درمان اعتیاد نیز حاکی از اثربخشی آن است. (Peniston and Kulkosky, 1991) در تحقیقی با عنوان شخصیت الکلیک و آموزش امواج مغزی آلفا/بتا نشان دادند که این شیوه در درمان الکلیسم اثربخش است. Bodehnamer and Callaway (2003) در تحقیقی با عنوان پیگیری تمدید شده نتایج پروتکل پنیستون در مورد وابستگی به مواد نشان دادند که شیوه درمانی نوروفیدبک بر مصرف کوکائین مؤثر بوده است. Bodenhamer-Davis and Callaway (2004) در پیگیری ۷۴ الی ۹۸ ماهه بر روی ۱۶ نفر معتاد نشان دادند که ۸۱/۳ درصد از گروه درمان که ۳۱ جلسه تحت بیوفیدبک آلفا/تتا بودند، پرهیز داشتند.

میزان دستگیری دوباره و عفو مشروط برای گروه درمان در مقایسه با گروه مقایسه کمتر بود (۴۰ درصد در برابر ۷۹ درصد). David (2005) در مطالعه‌ای با عنوان کاربرد بیوفیدبک امواج مغز در درمان اختلال سوء مصرف مواد در نوجوانان نشان داد که این شیوه می‌تواند در درمان اعتیاد در نوجوانان مؤثر باشد. Sokhadze, Cannon, & Trudeau (2008) در مروری بر تحقیقات انجام گرفته در زمینه اثربخشی نوروفیدبک در درمان اعتیاد به مواد مخدر نتیجه گرفتند که نوروفیدبک آلفا/تتا چه به تنهایی برای درمان الکلیسم و چه در ترکیب با آموزش بتا و یا سایر برنامه‌های درمانی برای درمان اعتیاد به مواد مخدر احتمالاً مؤثر است.

^۱ hippocampus

^۲ amygdala

^۳ orbitofrontal

^۴ occipital

^۵ insular

^۶ right uncus

^۷ dorsolateral prefrontal cortices

^۸ cortical

^۹ Limbic

بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در درمان‌گری اختلال وابستگی به مواد، تاکنون هیچ روش درمان‌گری (انواع درمان‌گری‌های دارویی و روان‌درمانگری‌ها) به‌تنهایی نتوانسته نتایج کامل و پایداری بر جای گذارد (Dehghani-Arani, Rostami, Rahimi Nejad, Akbari Zardkhaneh, 2008).

بنابراین با علم به ناکافی بودن روش‌های رایج در درمان اختلال وابستگی به مواد ازجمله دارودرمانی‌ها و با اثبات وجود مشکلات روان-عصب شناختی در این اختلال و تأیید کاربرد و اثربخشی مداخلات عصب روان‌شناختی، ازجمله روش نوروفیدبک، در بهبود اختلال وابستگی به مواد (Loo & Barkley, 2005) و با در نظر گرفتن محدودیت‌های مطالعات در زمینه کاربرد روش نوروفیدبک در درمان اختلال سوءمصرف مواد (به علت تک آزمودنی بودن برخی مطالعات، تک گروهی بودن مطالعات، تمرکز بر الکلیسم)، این حوزه همچنان جای بررسی بیشتر دارد. لذا این سؤال مطرح است که آیا به‌کارگیری آموزش نوروفیدبک در اصلاح ابعاد شخصیتی و درمان وابستگی به مورفین مؤثر است؟

روش و ابزار پژوهش

روش این مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر مردان سرپایی وابسته به مورفین بودند که طی ماه‌های تیر تا مردادماه ۱۳۹۰ به مراکز بازپروری خصوصی و دولتی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند. از بین این افراد ۴۰ نفر بیمار وابسته به مورفین به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

این گروه‌ها بر اساس تشخیص روان‌پزشک و همچنین، مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته بر پایه DSM-IV-TR^۱ توسط دو دانشجوی دکتری روان‌شناسی انتخاب شدند. افراد وابسته به مورفین، دارای ملاک‌های DSM-IV-TR برای این اختلال بوده و هنوز اقدام به ترک نکرده بودند. لازم به ذکر است که نمونه انتخاب‌شده در دسته معتادان کم‌خطر (غیر تزریقی) قرار داشتند.

ضمناً انتخاب حجم نمونه ($n=40$) با توجه به روش مطالعه که آزمایشی است صورت گرفته است بطوریکه حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی برای هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر کفایت می‌کند (کوهن، ۲۰۰۱)؛ اما با توجه به عواملی ازجمله ریزش گروه و ... تعداد ۲۰ نفر برای هر زیرگروه در نظر گرفته شد. در ادامه ۲ نفر از گروه کنترل و ۴ نفر از گروه آزمایش از ادامه جلسات خودداری نمودند که در مجموع نتایج به‌دست‌آمده از ۳۴ نفر تحلیل شد. دامنه سنی این افراد ۲۲-۴۶ سال با میانگین ۳۲/۲۵ و انحراف معیار ۴/۱۲ بود.

^۱ Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision

ابزار

دستگاه نوروفیدبک (NFT)^۱: مدل بکار گرفته شده در مطالعه حاضر، سیستم (FlexComp InfinitiTM) می باشد که ۱۰ کاناله بوده و با باطری کار می کند. بعد از نصب نرم افزار مربوطه به کمک سیستم رایانه ای قابل اجرا می باشد. این ابزار از الکترودها که به بدن وصل هستند استفاده می کند تا به افراد اطلاعاتی درباره برخی از کارکردهای زیست شناختی بدنشان ارائه کند (Lawrencr, 2002). طرز کار دستگاه به این ترتیب است که الکترودها الکترودهایی بر اساس پروتکل درمانی منطبق با مشکل فرد بر اساس نظام بین المللی ۲۰-۱۰ روی پوست سر و لاله (های) گوش توسط چسب مخصوص چسبانده می شود. سپس با کمک تجهیزات رایانه ای و بر اساس دامنه امواج مغزی فرد (که به میکروولت μV سنجیده می شود)، یک فیدبک دیداری یا شنیداری (معمولاً در قالب یک بازی، تصویر و یا صوت کامپیوتری) به فرد ارائه می شود. فرد طی مراحل بالاتر درمی یابد که می تواند با استفاده از امواج مغزی اش، این بازخوردها را کنترل و تنظیم کند. تداوم این فرایند باعث بروز تغییراتی در وضعیت امواج مغزی و بهبود ناهنجاری های آن ها می شود (Hammond, 2006). این دستگاه در مطالعه حاضر جهت اجرای پروتکل درمانی آلفا/تتا به کار برده شد.

پرسش نامه پنج عاملی نئو- تجدید نظر شده (NEO-FFI-R): این آزمون فرم کوتاه شده پرسش نامه شخصیت نئو- فرم تجدید نظر^۲ شده (NEO-PI-R) است که برای سنجش پنج عامل شخصیت افراد بزرگسال تهیه شده است. دامنه نمرات برای هر مقیاس صفر تا ۴۸ است که از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده است. همسانی درونی این پرسش نامه از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ و باز آزمایی با فاصله دوهفته ای ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ برای پنج مقیاس گزارش شده است (McCrae & Costa, 2004). در ایران نیز ضریب پایانی به دست آمده برای عوامل N، E، O، A و C به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ بوده است (Gharabaghi, 2002).

روایی این پرسش نامه به روش همبستگی مقیاس های آن با پرسش نامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک - فرم کوتاه^۴ (EPQ-RS)، در دو عامل روان رنجور خویی با یکدیگر ۰/۷۲ و دو عامل

^۱ neurofeedback training^۲ amplitude^۳ Neuroticism Extraversion Openness. Personality Inventory – Revised^۴ Eysenck Personality Questionnaire. Revised. Short Scale

برون‌گرایی ۰/۷۰ گزارش شده است. همبستگی مقیاس‌های دلپذیر بودن و باوجدان بودن با مقیاس روان‌پریش خویی، ۰/۳۲ - و همبستگی عامل انعطاف‌پذیری با برون‌گرایی ۰/۲۲ به دست آمد. این روابط منطبق با نظریه‌های زیر ساز این پرسش‌نامه است (Bakhsipour, & Bagheryan Khosravshahi, 2006).
روایی سازه این ابزار نیز در ایران به روش تحلیل عاملی انجام و تأیید شده است (Garrosi Farshi, 2001).

تست تشخیص اعتیاد: این تست بر پایه‌ی تشخیص مواد، داروها یا متابولیت‌های آن‌ها در ادرار عمل می‌کند. معمولاً این تست به روش‌های مختلف انجام می‌شود که در این مطالعه از تست نواری سریع^۱ که به سرعت قابل انجام است، استفاده می‌شود. برای سنجش مورفین، حشیش، بنزودیازپین‌ها، آمفتامین، متادون و... تست‌های نواری مجزا وجود دارد. اساس تشخیصی این تست‌ها وجود آنتی‌بادی مونوکلونال علیه ماده‌ی قابل سنجش است. به عنوان مثال در مورد مورفین، از آنتی‌بادی مونوکلونال مورفین که از سرم موش تهیه شده است استفاده می‌شود. چنانچه در نمونه‌ی ادرار، مورفین یا متابولیت‌های آن وجود داشته باشد، با روش مهاجرت مویرگی به سمت بالا حرکت می‌کند و با آنتی‌بادی موجود پیوند (باند) می‌شود. در این صورت خط رنگی در نوار دیده خواهد شد و نتیجه‌ی تست مثبت گزارش می‌شود. البته خط دیگری به عنوان شاهد وجود دارد که باید در تمام حالات دیده شود. برای مثبت شدن تست باید میزان حداقل آن در نمونه موجود باشد. این میزان در مورد مورفین 300 ng/ml است (Baselt, 2000).

برای انجام تست، ادرار در هر زمانی از شبانه‌روز جمع شود اشکالی ندارد. چنانچه ادرار در دمای ۲ تا ۸ درجه‌ی سانتی‌گراد نگهداری شود، تست تا ۴۸ ساعت بعد هم قابل انجام است. برای زمان طولانی‌تر، نمونه باید فریز گردد و تست بعد از آب شدن نمونه انجام شود. نوار تست باید بین ۱۰ تا ۱۵ ثانیه در ادرار نگاه داشته شود. پس از آن قبل از بررسی جواب باید به مدت ۵ دقیقه در یک سطح صاف غیر جاذب گذاشته شود. گزارش پاسخ سریع، به ویژه در یک دقیقه‌ی اول و بعد از ۱۰ دقیقه، باعث پاسخ مثبت کاذب می‌شود (Fischer and et al, 1999).

روش اجرای جلسات درمانی: پس از محرز شدن اختلال وابسته به مورفین بر اساس تشخیص روان‌پزشک

و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، آزمون‌های تعریف شده در مطالعه حاضر، به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و سپس با استفاده از روش جایگزینی تصادفی، نمونه انتخاب شده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. لازم به ذکر است که نمونه انتخاب شده در هر دو گروه در حین اجرا تحت درمان دارویی قرار داشتند. پس از آن، گروه آزمایش

^۱ Rap Dip™ Insta Test

^۲ Cut.off

تحت درمان به روش نوروفیدبک به مدت ۳ تا ۴ جلسه در هفته و ۲۰ جلسه درمانی ۵۰ دقیقه‌ای به عنوان موقعیت آزمایشی قرار گرفت. این آموزش بر اساس پروتکل درمانی آموزش آلفا-تتا در ناحیه Pz^۱ (واقع در ناحیه آهیانه ای قشر مخ)، با استفاده از دستگاه نوروفیدبک صورت گرفت. فرکانس آلفا در طیف ۸ الی ۱۱ هرتز و فرکانس تتا در طیف ۵ تا ۸ هرتز تعیین شد. در جلسات اول، دامنه آلفای بالاتر از ۱۲ میکروولت سرکوب می‌شد و از طرف دیگر دامنه فرکانس تتا تقویت می‌شد تا زمانی که متقاطع می‌شدند؛ یعنی سطح دامنه فرکانس آلفا پایین‌تر از سطح دامنه فرکانس تتا قرار می‌گرفت.

در جلسه اول ارتباط بین دستگاه نوروفیدبک، بدن بیمار، کامپیوتر و صفحه‌نمایش، تشریح می‌شد و راهنمایی می‌شدند تا با کمک آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، تکلیف موردنظر را با موفقیت انجام دهند. کوشش‌های موفق بیمار با تشویق‌های کلامی درمانگر همراه می‌شد. در هر جلسه درمانی، بیمار با چشمانی بسته در صندلی راحتی می‌نشست و الکتروود فعال^۲ در ناحیه PZ به همراه اتصال مرجع^۳ به لاله گوش چپ انجام می‌گرفت و الکتروود گراند^۴ هم به گوش راست متصل می‌شد. از دو آهنگ مشخص برای تقویت آلفا و تتا استفاده می‌شد و افزایش باند آلفا با افزایش منظم صدا همراه بود. لازم به ذکر است که فیدبک تنها به شکل صوتی بود. در این پروتکل مراجع چشمان خود را بسته و تنها به صوتی که برایش پخش می‌شود گوش می‌کند.

در شروع هر جلسه بیمار هدایت می‌شد تا در حالت آرامش عمیقی قرار گیرد که به‌موجب آن بازخورد صوتی مربوط به باند تتا افزایش می‌یافت درحالی‌که باید از به خواب رفتن بیمار جلوگیری می‌شد. سپس درمانگر به مدت ۳ تا ۵ دقیقه شروع به خواندن مطالبی جهت تصویرسازی در بیمار می‌نمود که این مطالب دربرگیرنده نکات اساسی برای تداوم پرهیز از مصرف مواد بود. این مطالب شامل ترغیب و القا علاقه برای شرکت مداوم و منظم در نشست‌های گروهی معتادان گمنام، شرکت در جلسات درمانی و تمرین‌های روانی برای القا برطرف شدن علائم و نشانه‌های اعتیاد و عدم امکان عود اعتیاد بود.

بعد از تصویرسازی، صریحاً به بیمار توضیح داده می‌شد که هدف از جلسات درمانی تمرین و تکرار مطالب نوشته‌شده نیست. آستانه آلفا و تتا بر اساس خط پایه^۵ اولیه که به مدت ۲ دقیقه در شرایط

^۱ Parietal Zero

^۲ active electrode

^۳ reference (A1)

^۴ circuit ground

^۵ baseline

آرامش و با چشمان بسته در شروع هر جلسه از مراجع گرفته می‌شد تعریف می‌شد. به گونه‌ای که در ۵۰ درصد موارد هر دو باند باید بالای آستانه ایما می‌گرفت. قبل از شروع، به بیماران گفته می‌شد که در طول تمرین از شیوه‌ها و تمرین‌های فکری آن‌ها استفاده نمی‌شود چرا که دیده شده است که فکر کردن موجب از بین رفتن اثرات تقویتی آلفا/تتا می‌شود. به دنبال آموزش آلفا/تتا به مراجعان فرصت داده می‌شد تا تجارب خودشان را مرور کنند.

هر وقت که احتمال به خواب رفتن بیمار در طول درمان وجود داشت به بیماران گفته می‌شد که در جلسه بعدی هر وقت که درمانگر گفت پای راست، پای چپ، دست راست، یا دست چپ، عضو مربوطه را حرکت دهند. هر زمان که فعالیت دلتای بیمار (۲ تا ۵ هرتز) شروع به افزایش می‌کرد و یا بالاترین دامنه، مربوط به این موج مغزی بود (که نشانه وهله خواب است)، به بیمار گفته می‌شد تا عضوی از بدن خود را حرکت دهد و اثرات این شیوه بررسی می‌شد.

اگر بیمار با این شیوه همچنان به وهله خواب یا مرحله بدون پاسخ وارد می‌شد یعنی جایی که دامنه دلتا به میزانی افزایش می‌یافت که حساسیت فرد به محرکات به حداقل می‌رسید، بازخوردهای صوتی قطع می‌شد تا بدین وسیله از به خواب رفتن بیمار جلوگیری شود.

به هر حال، اگر هیچ‌کدام از روش‌ها مؤثر نمی‌افتاد و یا اگر بیماری گزارش می‌کرد که در طول جلسه به خواب می‌رود، جلسه قطع می‌شد و مجدداً برنامه‌ریزی می‌شد.

گروه کنترل نیز در طی این جلسات صرفاً دارودرمانی می‌شد. بعد از اتمام جلسات، مجدداً از گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد. داده‌های این مطالعه با استفاده از تحلیل واریانس دوعاملی با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

۱. منظور از آستانه، حدود قراردادی تعریف شده توسط درمانگر در نرم افزار است. این آستانه در امواج مغزی، متفاوت خواهد بود بطوریکه بر مبنای سطح بهینه دامنه آن موج مغزی که به میکروولت سنجیده می‌شود تعیین می‌شود. بطور مثال اگر سطح بهینه دامنه موج مغزی بتا در افراد نرمال ۶ میکروولت باشد در فرد بیمار آستانه این موج مغزی در جلسات متعدد به گونه‌ای تعریف خواهد شد که به واسطه آن هر زمان که دامنه موج مغزی بتا از آستانه تعریف شده (مثلاً ۶ میکروولت) بالاتر برود فرد تقویت شود. البته این آستانه در هر جلسه، متفاوت خواهد بود.

۱. meditative practices

در این بخش، نخست سؤال‌های تحقیق ارائه می‌شود و به دنبال آن یافته‌های مربوط به هر یک عرضه می‌گردد.

سؤال اول: آیا آموزش نوروفیدبک در بهبود ابعاد شخصیتی افراد وابسته به مورفین مؤثر است؟

جدول ۱: نتایج آنوای دوعاملی با اندازه‌گیری مکرر مقایسه گروه آزمایش (n=۱۶) و گروه کنترل (n=۱۸) در ابعاد شخصیتی

ES		F _(۱,۳۲)			پس آزمون	پیش آزمون	گروه	متغیر
کنترل	آزمایش	عامل	زمان	گروه				
					M(SD)	M(SD)		
۰/۱۶	۰/۶۴	۱۹/۸۴***	۳۳/۰۶***	۰/۶۶	۲۳/۹۳(۱/۱۸)	۲۵/۲۵(۱/۱۸)	آزمایش	روان رنجوی
					۲۴/۸۳(۱/۳۳)	۲۵/۰۰(۱/۱۳)	کنترل	خوبی
۰/۱۱	۰/۱۸	۰/۳۷	۵/۷۳*	۰/۵۴	۲۶/۷۵(۱/۲۳)	۲۶/۹۳(۱/۲۸)	آزمایش	برون گرایی
					۲۶/۵۰(۱/۰۴)	۲۶/۶۱(۱/۰۳)	کنترل	
۰/۱۲	۰/۳۵	۵/۸۹*	۱۰/۷۰**	۲/۱۰	۲۲/۱۸(۱/۱۰)	۲۲/۹۳(۰/۵۷)	آزمایش	انعطاف پذیری
					۲۲/۸۳(۰/۶۱)	۲۲/۹۴(۰/۶۳)	کنترل	
۰/۱۰	۰/۲۱	۱/۵۲	۶/۷۴*	۰/۱۳	۲۳/۶۸(۰/۶۰)	۲۴/۰۰(۰/۵۱)	آزمایش	دلپذیربودن
					۲۳/۷۲(۰/۵۷)	۲۳/۸۳(۰/۶۱)	کنترل	
۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۳۷	۵/۷۳*	۰/۶۴	۲۴/۸۷(۰/۸۰)	۲۵/۰۶(۰/۶۸)	آزمایش	با وجدان بودن
					۲۴/۷۲(۰/۷۵)	۲۴/۸۳(۰/۶۱)	کنترل	

*P<0/05 **P<0/01 ***P<0/001

آزمون پنج عاملی نئو- تجدیدنظر شده: جدول شماره ۱، میانگین‌ها، انحراف معیارها، اندازه‌های تأثیر و نتایج حاصل از آنوای دوعاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر را در بردارد. نتایج حاصل، بهبودی معناداری را برای مقیاس‌های روان رنجورخویی و انعطاف‌پذیری در طی جلسات درمانی، نشان می‌دهد. تعامل بین زمان و گروه نیز برای روان رنجورخویی و انعطاف‌پذیری معنادار است. این مسئله با توجه به میانگین‌ها و اندازه‌های تأثیر به‌دست‌آمده در هر دو گروه آزمایش و کنترل، نشان‌دهنده بهبودی معنادار در گروه نوروفیدبک (آزمایش) در مقایسه با گروه کنترل است؛ اما عامل گروه معنادار نیست ($P>0/05$)؛ $(F_{(۱,۳۲)}=۰/۶۶ \& ۰/۵۴)$.

نتایج به‌دست‌آمده برای مقیاس‌های برون‌گرایی، دل‌پذیر بودن و باوجدان بودن در عامل زمان نشان‌دهنده معناداری کلی برای هر دو گروه می‌باشد؛ اما با توجه به اینکه تعامل زمان و گروه معنادار نیست نمی‌توان گفت که این یافته نشان‌دهنده عدم بهبودی معنادار در گروه آزمایش (نوروفیدبک) در مقیاس‌های برون‌گرایی، دل‌پذیر بودن و باوجدان بودن است.

سؤال دوم: آیا آموزش نوروفیدبک در درمان افراد وابسته به مورفین مؤثر است؟

جدول شماره ۲. نتایج آزمون خی دو برای مقایسه نتیجه تست مورفین در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	نتیجه تست مورفین		کل	خی دو	درجه آزادی	معنی داری
	مثبت	منفی				
آزمایش	۷ (۴۳٪/۸)	۹ (۵۶٪/۲)	۱۶	۴/۱۵	۱	۰/۰۴*
کنترل	۱۴ (۷۷٪/۸)	۴ (۲۲٪/۲)	۱۸			
مجموع	۲۳ (۶۷٪/۶)	۱۱ (۳۲٪/۴)	۳۴			

تست مورفین: نتایج حاصل در جدول شماره ۲، نشان می‌دهد که نتیجه تست مورفین در ۵۶/۲ درصد از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش که توأماً تحت درمان دارویی و آموزش نوروفیدبک بودند، منفی شده است درحالی‌که در گروه کنترل که صرفاً تحت درمان دارویی بودند ۲۲/۲ درصد بوده است. این تفاوت از نظر آماری معنادار بود (خی دو=۴/۱۵، $P<0/05$).

بحث

سؤال اول این بود که آیا آموزش نوروفیدبک در تغییر ابعاد شخصیتی افراد وابسته به مورفین مؤثر است؟ نتایج نشان‌دهنده اثربخشی نوروفیدبک در مقیاس‌های روان رنجور خویی و انعطاف‌پذیری بود اما در مقیاس‌های برون‌گرایی، دل‌پذیر بودن و باوجدان بودن اثربخش نبوده است.

این یافته با نتایج مطالعات Peniston and Kulkosky (1991), Fahrion (2002), Bodenhamer-Davis and Calloway (2004), Scott, Kaiser, Othmer, & Sideroff (2005), Sokhadze, Stewart, & Hollifield (2008), Cannon, and et al (2007) همخوان است. این محققان در مطالعه خود نشان دادند آموزش نوروفیدبک در تغییر ویژگی‌های شخصیتی افراد وابسته به مواد مخدر مؤثر است.

همچنین، این یافته با مطالعه Raymond, and et al (2005) همخوان است. آنان در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی نوروفیدبک آلفا و بتا بر شخصیت و خلق پرداختند. فرضیه این مطالعه این بود که نوروفیدبک موجب افزایش ویژگی‌های شخصیت نرمال و احساس بهزیستی در فرد می‌گردد. در این مطالعه ۱۲ نفر که علائم ترک را نشان می‌دادند، شرکت کردند. در این مطالعه ۱۲ نفر که علائم ترک را نشان می‌دادند به تصادف در دو گروه نوروفیدبک آلفا/تتا و نوروفیدبک کاذب جایگزین شدند. گروه آزمایش که نوروفیدبک واقعی را به مدت ۱۰ جلسه دریافت کرده بودند از لحاظ خلقی احساس انرژی بیشتر و ارزشمندی و از نظر شخصیتی توافق و خونسردی بیشتر نسبت به گروه مقابل داشتند ($P < 0.01$). در حالی که بعد از اجرای ۱۰ جلسه نوروفیدبک کاذب احساس خستگی زیاد گزارش شد ($P < 0.05$).

در تبیین این یافته به نتایج بررسی‌های الکتروفیزیولوژیکی اشاره می‌شود بطوریکه این بررسی‌ها نشان داده است رابطه معنی‌داری بین نواحی لیمبیک و نواحی کورتیکال وجود دارد به همین خاطر، آموزش نوروفیدبک موجب تأثیر معنی‌داری بر نواحی ۸ گانه شامل هیپوکامپ راست، آمیگدال راست، کرتکس اوربیتورناتال راست، لب پس سری راست، کرتکس اینسولار راست، آنکوس (قلاب) راست، دو ناحیه در کرتکس پره فرونتال پشتی جانبی داشته است (Cannon, and et al, 2008). از طرفی این نواحی نقش پیچیده‌ای در رفتارها و ویژگی‌های معتاد دارد؛ بنابراین تغییرات خاص در فراوانی آلفا در ناحیه لیمبیک و افزایش تتا با شخصیت و دیگر رفتارهای مرتبط با صفات معتادان در ارتباط است.

سؤال دوم این بود که آیا آموزش نوروفیدبک در درمان افراد وابسته به مورفین مؤثر است؟ نتایج آزمون خی دو نشان داد که نتیجه تست مورفین در ۵۶/۲ درصد از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش که توأماً تحت درمان دارویی و آموزش نوروفیدبک بودند، منفی شده است در حالی که در گروه کنترل که صرفاً تحت درمان دارویی بودند ۲۲/۲ درصد بود. این یافته این اعتقاد را که نوروفیدبک افراد به تغییر در وابستگی به مواد سوق می‌دهد تأیید می‌کند اما اعتیاد خیلی پیچیده‌تر از آن است که در ۷ الی ۱۰ جلسه به سرعت تغییر کند.

این یافته‌ها با نتایج مطالعات Watson, and et al (1978), Peniston and Kulkosky (1991), Cannon, and et al (2008), Sokhadze, and et al (2008) همخوان است. آنان در مطالعه خود نشان دادند که آموزش نوروفیدبک موجب کاهش وابستگی و مصرف مواد مخدر و الکل می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق بیانگر اثربخشی نوروفیدبک آلفا/تتا در ابعاد شخصیتی روان رنجور خوبی (N) و انعطاف‌پذیری (O) و ترک مصرف مواد بود اما در ابعاد شخصیتی دل‌پذیر بودن (A)، باوجدان بودن (C) و برون‌گرایی (E) اثر معناداری نداشت؛ بنابراین این مطالعه نشان داد که افراد معتاد می‌توانند یاد بگیرند ویژگی‌های شخصیتی خود را بهبود ببخشند و میزان عود کمتری داشته باشند. با توجه به اینکه در این مطالعه افراد شرکت‌کننده همزمان هم تحت درمان به روش نوروفیدبک بودند و هم تحت درمان دارویی بودند و از طرفی گروه کنترل نیز چون تحت درمان دارویی بود شاهد تغییر ۲۲ درصدی در گروه کنترل نیز بودیم. لذا به دلیل محدودیت در تعیین و دست‌کاری شرایط آزمایشی، در مطالعات بعدی اثرات خالص نوروفیدبک بر روی افراد بررسی شود.

منابع

- بخشی پور، عباس؛ باقریان خسروشاهی، صنم (۱۳۸۵). ویژگی‌های روانسنجی پرسش‌نامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک-فرم کوتاه (EPQ-RS). روانشناسی معاصر، ۱ (۲)، ۱۲-۳.
- دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس؛ اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش پس‌خوراند عصبی بر سلامت روان بیماران وابسته به مواد افیونی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱ (۴)، ۸۵-۷۷.
- قرباغی، حسین (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین صفات (عوامل) شخصیتی و رضایت شغلی کارکنان کارخانه تراکتورسازی ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تبریز.
- گروسی فرشی، میر تقی (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت. تبریز: نشر جامعه پژوه.
- Bakhshipour, A., Bagheryan Khosrvshahi, S. (2006). Psychometric characteristics of revised questionnaire Nzhshdh Yznk- character short form (EPQ-RS). Contemporary Psychology, 1(2), 3-12.
- Ball, S.A. (2004). Personality traits, disorders, and substance abuse. In R. M. Stelmack (Ed.), on the psychobiology of personality: Essays in honor of Marvin Zuckerman. New York: Pergamon.
- Barbes, G. E. Murray, R. P., Patton, D., Bentler, P.M., & Anderson, R.E. (2000). The addiction- prone personality. New York: Plenum Publishers.
- Baselt, R.C. (2000). Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 5th edition. Chemical Toxicology Institute, Foster City, CA, pp 360-363.
- Bodehnamer, D, E., & Callaway, T. (2003). Extended follow-up of Peniston protocol results with chemical dependency. Presentation at the International Society of Neuronal Regulation, September, Houston, Texas, USA.
- Cannon, R., Lubar, J., Congedo, M., Thornton, K., Hutchens, T., & Towler, K. (2007). The effects of Neurofeedback in the cognitive division of the anterior cingulate gyrus. International Journal of Neuroscience, 117(3), 337-357.

- Cannon, R., Lubar, J., Gerke, A., Thornton, K., Hutchens, T., & McCammon, V. (2008). EEG spectral power and coherence: LORETA Neurofeedback in the anterior cingulate gyrus. *Journal of Neurotherapy*, 10(1), 5-31.
- Chabot, R.A., Michele, F., Prichep, L., & John, E.R. (2001). The clinical role of computerized EEG in the evaluation and treatment of learning and attention disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 13, 171-186.
- Clarke, A.R., Barry, R.J., McCarthy, R., & Selikowitz, M. (2001). Excess beta activity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: An atypical electro-physiological group. *Psychiatry Research*, 103, 205-218.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dehghani-Arani, F., Rostami, R., Rahimi Nejad, A., & Akbari Zardkhaneh, S. (2008). Neural feedback on the effectiveness of mental health patients dependent on opiates. *Journal of Research on Psychological Health*, 1(4), 77-85.
- Demos, J. N. (2005). *Getting started with neurofeedback*. Norton & company, New York, London.
- Fahrion, S. L.; Walters, E. D; Coyne, L; & Allen, T. (1992). Alteration in EEG amplitude, personality factors and brain electrical mapping after alpha-theta training: a controlled case study of an alcoholic recovery. *alcoholism: clinical and experimental research*, 16(3), 547-552.
- Fahrion, S.L. (1995). Human potential and personal transformation. *Subtle Energies*, 6, 55-88.
- Fahrion, S.L. (2002). Group biobehavioral treatment of addiction. Paper presented at The 4th Meeting on the Neurobiology of Criminal and Violent Behavior. Research and Clinical Applications of Neurofeedback for Offender Populations with Substance Use Disorders and ADD/ADHD. Federal Bureau of Prisons, Scottsdale AZ, Accessed 26 February.
- Fischer G., et al (1999). Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction*. 94(9), 1337-47.
- Fisher, L. A., Elias, I.W., & Ritza, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function. *Critical Experimental Research*, 22, 1041-1047.
- Frederick, J. A., Timmermann, D. L., Russell, H. L., Lubar, J. F. (2004). EEG coherence effects of audiovisual stimulation (AVS) at dominant alpha frequency. *Journal of neurotherapy*, 8(4): 25-42.
- Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J.H., & Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disordering children: A comparison with methylphenidate. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28 (1), 1-12.
- Garrosi Farshi, M. T. (2001). *New approaches to personality assessment*. Tabriz publishing research community.
- Gharabaghi, H. (2002). The relationships between traits (factors) of personality and job satisfaction Iran Tractor Factory. General Psychology Master's thesis, Faculty of Education, University of Tabriz.
- Hammond, D.C. (2006). What is Neurofeedback?. University of Utah school of medicine. Retrieved from <http://www.nhcak.com/pdfs/what%20is%20nfb.pdf>
- Heywood, C., & Beale, I. (2003). EEG biofeedback vs placebo treatment for attention deficit/hyperactivity disorder: A pilot study. *Journal of Attention Disorders*, 7 (1), 41-53.
- Kaiser, D.A., & Othmer, S. (2000). Effect of neurofeedback on variables of attention in a large multicenter trial. *Journal of Neurotherapy*, 4 (1), 5-28.
- Lawrence, J.T. (2002). *Neurofeedback and your brain: A beginners manual*. Faculty, NYU medical center & brain research lab, New York.

- Loo, S.K., & Barkley, R.A. (2005). Clinical utility of EEG in attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology*, 12 (2), 64-76.
- Marinus, H.M; Breteler, M. A; Sylvia, P; Ine, G; Ludo, V (2009). Improvements in Spelling after QEEG-based Neurofeedback in Dyslexia: A Randomized Controlled Treatment Study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 35, 5-11.
- Masterpasqua, F., & Healey, K.N. (2003). Neurofeedback in psychological practice. *Professional psychology: Research and practice*, 34 (6), 652-656.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (2004). A contemplated revision of NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36, 587-596.
- National Institute on Drug Abuse. (2000). *The brain: understanding neurobiology through the study of addiction*. NIH, Seattle, Washington.
- Peniston, E. G., & Kulkosky, P. G. (1991). Alpha-theta brain wave neurofeedback for Vietnam veterans with combat related post traumatic stress disorder. *Medical Psychotherapy*, 4, 1-14.
- Peniston, E.G., & Kulkosky, P.J. (1990) Alcoholic personality and alpha-theta brainwave training. *Med Psychother* 3, 37-55.
- Peniston, E.G., & Saxby, E. (1995). Alpha-theta brainwave neurofeedback training: an effective treatment for male and female alcoholic with depressive symptoms. *Journal of clinical psychology*, 51, (5), 685-693.
- Quirk, S. W., & McCormick, R. A. (1998). Personality subtypes, coping styles, symptom correlates, and substances of choice among a cohort of substance abusers. *Assessment*, 5, 157-170.
- Raymond, J., Varney, C., Parkinson, L.A., & Gruzelier, J.H. (2005). The effect of alpha/ theta neurofeedback on personality and mood. *Cognitive brain research*, 23, 287-292.
- Scott, W.C., Kaiser, D., Othmer, S., & Sideroff, S.I. (2005). Effects of an EEG biofeedback protocol on amixed substance abusing population. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 455-469.
- Sokhadze, T. M., Cannon, R. L., & Trudeau, D. L. (2008). EEG biofeedback as a treatment for substance use disorders: Review, rating of efficacy, and recommendations for further research. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33 (1), 1- 28.
- Sokhadze, T., Stewart, C. M., & Hollifield, M. (2007). Integrating cognitive neuroscience research and cognitive behavioral treatment with neurofeedback therapy in drug addiction comorbid with Posttraumatic Stress Disorder: A conceptual review. *Journal of Neurotherapy*, 11(2), 13-44.
- Sterman, M. B. (1996). Physiological origins and functional correlates of EEG rhythmic activities. *Biofeedback and Self-Regulation*, 21 (1), 3-49.
- Walton, K. E., & Roberts, B. W. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted, *Journal of Research in Personality*, 38, 514-535.
- Watson CG, Herder J, Passini FT. (1978). Alpha biofeedback therapy in alcoholics: an 18-month followup. *J Clin Psychol*, 34(2), 765- 9.
- Wilson, V. E., Peper, E., & Moss, D. (2006). Professional issue "The mind room" in Italian soccer training: the use of biofeedback and neurofeedback for optimum performance. *Biofeedback*, 34, 79-810.
- Zaidel, E., & Barnea, A. (2005). Symposium IV: Quantitative EEG and neurofeedback. *Brain and Cognition*, 60, 329-330.
- Zoefel, B., Huster, R. J., Hermann, Ch. S. (2011). [Neurofeedback training of the upper alpha frequency band in EEG improves cognitive performance](#). *NeuroImage*, 54 (2), 1427-1431.



ساخت و اعتباریابی پرسشنامه مقدماتی رجحان‌های شوهرگزینی در دانشجویان دختر

غلامرضا رجبی^۱، مریم ابراهیمی^۲، رضا خجسته‌مهر^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۱ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۲۶

چکیده

این پژوهش باهدف ساخت و اعتباریابی پرسشنامه مقدماتی برای ملاک‌های شوهرگزینی در دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران انجام شده است. ۱۰۰ دانشجوی از بین کلیه دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه دانشجویی دانشگاه شهید چمران به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه ملاک‌های شوهرگزینی را تکمیل نمودند. نتایج به‌دست آمده از روش آماری تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) و چرخش واریماکس هشت عامل (ویژگی‌های رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، ویژگی‌های ظاهری، سازگاری با شرایط، موقعیت اقتصادی-اجتماعی، مهارت‌های خانه‌داری، خواستار بچه و هوش و خلاقیت) که روی هم ۶۷/۳۲ درصد واریانس را تبیین نمود، نشان داد. ضرایب پایایی (همسانی درونی) برای کل پرسشنامه و عامل‌های استخراج شده رضایت‌بخش بودند. نتایج به‌دست آمده از تحلیل عاملی با تحقیقات پیشین هماهنگ است و با توجه به پایایی مناسب پرسشنامه می‌توان از آن به‌عنوان یک ابزار پایا و معتبر در محیط‌های آموزشی و پژوهشی به‌ویژه در زمینه بررسی ملاک‌های شوهرگزینی به‌کاربرد.

کلیدواژه‌ها: ملاک‌های شوهرگزینی، تحلیل عاملی، اعتباریابی.

^۱.دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، rajabireza@scuac.ir

^۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز

^۳.دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

انتخاب همسر^۱ به عنوان اولین قدم در تشکیل خانواده به حساب می‌آید که به عنوان فرآیند انتخاب فرد دیگری از جنس مخالف (همسر آینده) تعریف می‌گردد (Unis, 2008). انتخاب همسر، فرآیند جستجوی منظمی است که در آن افراد، همسران بالقوه را یک‌به‌یک مورد ارزیابی قرار می‌دهند سپس بر اساس ترجیحات به خصوصی که دارند همسر ایدئال خود را انتخاب می‌نمایند (Chen, 2005). در حقیقت، همسرگزینی یکی از مسائلی است که انسان‌ها و بیشتر حیوان‌ها در آن سهم هستند. زیرا تولیدمثل موفق در انتخاب طبیعی که به منظور بقای نسل انجام می‌گیرد به عنوان یک امر اساسی به شمار می‌رود. طاووس ماده از بین طاووس‌های نر جذاب دست به انتخاب می‌زند. فیل‌های ماده از بین فیل‌های نر، فیل را انتخاب می‌کند که بیش‌ترین جذابیت و قدرت آسیب‌رسانی را داشته باشد. بالین‌ها در این زمینه جزء اقلیت‌ها محسوب می‌شوند زیرا برای ۹۵٪ از پستانداران در نظام خانوادگی و ازدواج مسئولیتی برای نگهداری فرزندان وجود ندارد ولی در جامعه انسان‌ها، زنان و مردان در زمینه ازدواج، هر دو نسبت به یکدیگر مسئولیت دارند (Geary, 2000).

این فرآیند به عنوان یک پدیده جهانی رایج در بیشتر جوامع دیده می‌شود. در طی دهه‌های اخیر در دو حیطه جامعه‌شناسی و مطالعات خانواده، سؤالات زیادی در زمینه معیارهای انتخاب همسر و خصوصیات که هر فرد ترجیح می‌دهد در همسر آینده‌اش وجود داشته باشد؛ مطرح گردیده است. برخی از این سؤال‌های مطرح شده از این قرار است: زنان و مردان چگونه دست به انتخاب همسر می‌زنند؟ چه معیارهایی در انتخاب همسر از اهمیت بیشتری برخوردار است؟ آیا این معیارها تحت تأثیر سن، جنس، تحصیلات، نژاد، قومیت، فرهنگ و محیط دچار تغییر می‌شوند؟ (Parmer, 1998).

انتخاب همسر بر مبنای عوامل مختلفی مانند خصوصیات شخصیتی، عشق، جذابیت فیزیکی، اقتصاد، فرهنگ و مذهب شکل می‌گیرد. بسیاری از تحقیقات بیان کرده‌اند که انتخاب همسر بیانگر ارزش‌های شخصی و فرهنگی، آمادگی برای ازدواج، هورمون‌ها، عقاید و تجربیات مذهبی، زمینه‌های تاریخی و سیاسی و جایگاه اقتصادی و شرایط محیطی است (Unis, 2008).

رویکرد تکاملی^۲ پیشنهاد می‌کند که در رفتارهای انتخابی زنان و مردان تفاوت‌هایی وجود دارد زیرا زنان و مردان به طور تاریخی با فشارهای اجتماعی و محیطی متفاوتی روبرو هستند (Eagly, & Wood, ۲۰۰۰).

^۱-mate-selection^۲evolutionary approach

1999). زنان به همسری نیاز دارند که اولاً منابع و توانایی‌های لازم و مناسب را در اختیار داشته باشد؛ ثانیاً بتواند همسر خود را در این منابع سهیم نماید. آن‌ها به دنبال ازدواج با مردانی کوشا، بلندهمت، باهوش، مستقل، باثبات، وفادار، دارای قدرت فیزیکی و سلامتی هستند (Shoemaker, 2007).

زنان علاقه‌ی بیشتری به ایجاد روابط پایدار دارند و ترجیح می‌دهند با مردانی متعهد و وفادار ازدواج کنند؛ که نتیجه‌ی چنین انتخابی کاهش نرخ طلاق در جامعه، پایداری ازدواج‌ها و پایین‌تر آمدن سن ازدواج خواهد بود (Stone, Shackelford, & Buss, 2007).

در حقیقت، ازدواج مهم‌ترین مرحله در زندگی انسان محسوب می‌شود که تحت تأثیر شرایط و عوامل مختلفی قرار می‌گیرد و می‌تواند فرآیند زندگی انسان‌ها را در مسیر هدایت‌شده و یا در مسیری قرار دهد که دچار مشکل و بحران شوند. هنگام تصمیم‌گیری برای انتخاب همسر، افراد با موقعیت‌های گوناگونی روبرو می‌شوند. در یک شرایط ایدئال، افراد ممکن است همسری را انتخاب نمایند که بتواند برای آن‌ها محیط حمایت‌کننده‌ی دوستانه و مطمئنی فراهم نماید. با این حال، شواهد نشان می‌دهد که برخی از افراد در به دست آوردن همسری مطابق با ایده‌آل‌های خود موفق هستند و برخی دیگر نه که پیامد چنین انتخابی، نارضایتی‌های زناشویی بعدی و در نتیجه طلاق است (Brumbaugh, 2007). فرآیند همسرگزینی در دوره‌های مختلف یکسان نیست و ملاک‌های جدید رایج می‌شوند و یا یک سری از ملاک‌ها از بین می‌روند. Buss, Shackelford, Kirikpatrick, & Larsen (2001) نشان دادند که در طول پنجاه و هفت سال گذشته یک سری تغییرات در ارزش‌های جامعه به وجود آمده است؛ یعنی، زنان نسبت به گذشته اهمیت بیشتری را برای زیبایی‌های جسمی در انتخاب همسر قائل هستند و توجه بیشتری را به جذب همسری با داشتن چشم‌انداز مالی خوب دارند. از سوی دیگر، مردان اهمیت بیشتری به داشتن همسری با دارا بودن مهارت‌های خانه‌داری می‌دهند، جذابیت متقابل و عشق اهمیت بالاتری را برای هر دو جنس پیدا کرده است و گذشت زمان تغییرات زیادی را در کیفیت تفاوت‌های همسرگزینی در بین زنان و مردان به وجود آورده است اما برخی از ملاک‌ها با گذشت زمان همچنان اهمیت خود را حفظ کرده‌اند. این امر نشان‌دهنده این است که در هر جامعه‌ای یک سری ارزش‌های خاص وجود دارد که بر فرآیند همسرگزینی انسان‌ها تأثیر می‌گذارد. بنابراین بررسی این ارزش‌ها در زمینه انتخاب همسر دارای اهمیت است (Buss et al, 2001).

ادبیات مربوط به همسرگزینی نشان می‌دهد که روان‌شناسان جنبه‌های مختلفی را در این زمینه مورد ملاحظه قرار داده‌اند، مانند شیوه‌هایی که انسان‌ها بر اساس آن دست به انتخاب همسر می‌زنند (Eagly & Wood, 1999)؛ معیارهایی که زنان و مردان در همسر آینده خود جستجو می‌کنند (Buss & Barnes, 1999).

۱۹۸۶). همه‌ی این تحقیقات بر وجود تفاوت‌هایی در معیارهای همسرگزینی بین زنان و مردان اذعان داشته‌اند.

Buss & Barnes (۱۹۸۶) ۹ معیار همسرگزینی را ازجمله مهربان و باملاحظه بودن، دوستدار بچه بودن، سازگاری با شرایط، مهارت‌های اجتماعی، هوش، مهارت‌های خانه‌داری، موقعیت اقتصادی-اجتماعی، ویژگی‌های مذهبی و محافظه‌کاری سیاسی در بین زنان و مردان یافتند. زنان بیش‌ترین اهمیت را برای خصوصیاتمانند مهربانی و باملاحظه بودن، موقعیت شغلی و دوستدار بچه و سازگاری با شرایط قائل بودند. Khallad (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای نشان داد که دانشجویان دختر به خصوصیاتمانند توانایی اقتصادی، تعهد و وفاداری بیش‌ترین اهمیت را قائل هستند. دیگر پژوهشگران در بین دانشجویان صربستانی نشان دادند که زنان به ترتیب برای ملاک‌هایی مانند صداقت، وفاداری، دلسوزی، اعتماد، اجتماعی بودن، علاقه‌مندی، دقت، جذابیت، دوست داشتن بچه‌ها، اعتمادبه‌نفس، هوش، مهربانی تناسب‌اند و شوخ‌طبعی بیش‌ترین اهمیت را قائل بودند (Todosijevic Lujbinkpvc & Arancic, 2003).

Mosalla Nejad & Kargar (۲۰۰۶) نشان دادند که دانشجویان پسر معیارهای زیست‌شناختی، نظیر سلامت جسم، وضعیت ظاهری و جذابیت فرد و دانشجویان دختر معیارهای روان‌شناختی و اجتماعی ازجمله طرز برخورد، رفتارهای اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری فرد مقابل، سطح تحصیلات، اشتراک مذهب و فرهنگ را در انتخاب همسر مهم می‌دانند. Buss (۱۹۸۹) دریافت که زنان برای ویژگی‌های شخصیتی که بر وجود اخلاق نیکو، مهربانی و قدرت درک بالای مردان اشاره می‌کنند، اهمیت بیشتری قائل هستند.

در زندگی نقاط تعیین‌کننده‌ای وجود دارد که سرنوشت‌ساز است. یکی از مهم‌ترین آن‌ها تصمیم‌گیری برای انتخاب همسر می‌باشد. آگاهی از عوامل مختلفی که بر این انتخاب اثر می‌گذارد و تلاش در جهت معقولانه انجام دادن این امر خطیر، سرمایه‌گذاری برای حصول یک زندگی شاد و لذت‌بخش است که پیامد آن کاهش میزان نارضایتی زناشویی و در نتیجه طلاق است. به‌هرحال، یافته‌های این مطالعه می‌تواند تا حدودی راهگشای مشاوران و روان‌شناسان خانواده در زمینه کمک به افراد برای انتخاب همسر مناسب باشد و انجام این تحقیق می‌تواند به تدوین و ایجاد یک ابزار مناسب همسرگزینی تبدیل شود که باعث غنی‌تر شدن دانش و اطلاعات در زمینه انتخاب همسر گردد. از سوی دیگر، با توجه به جوانی جمعیت ایران آگاهی از تفاوت‌های زنان و مردان به‌منظور کمک به آن‌ها در امر انتخاب همسر، ضروری به نظر می‌رسد. درنهایت، این پژوهش باهدف بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و

روایی سازه) پرسشنامه رجحان‌های شوهرگزینی در دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران به‌منظور پاسخگویی به دو پرسش زیر انجام شده است: ۱- پرسشنامه رجحان‌های شوهرگزینی از چندسازه تشکیل یافته است؟ و ۲- آیا پرسشنامه رجحان‌های شوهرگزینی از پایایی مناسبی برخوردار است؟

روش

تحقیق حاضر با توجه به سؤال‌های تدوین شده از نوع همبستگی (همبستگی از نوع تحقیق تحلیل عاملی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی) است. در این تحقیق از تحلیل عاملی اکتشافی^۱ که یک فن یا تکنیک برای بررسی ساختار مجموعه‌ای از داده‌هاست که چندین پیش مفهوم در مورد ساخت یک پرسشنامه دارد استفاده شده است. با استفاده از این فن، برای انتخاب عامل یا عامل‌ها از آزمون اسکری^۲ کتل استفاده کرده‌ایم.

جامعه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه دانشجویی شهید چمران در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ بود. این خوابگاه دانشجویی شامل ۱۵ بلوک و هر کدام از بلوک‌ها شامل ۶۰ اتاق بود که در هر اتاق حدود ۶ نفر ساکن بودند. برای انتخاب آزمودنی‌ها نخست دو بلوک به تصادف انتخاب شدند. در مرحله بعد از فهرست دانشجویان دو بلوک یادشده ۱۰۰ دانشجو به تصادف انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۳ و ۰/۷۵ بود که در دانشکده‌های مختلف دانشگاه مشغول به تحصیل بودند.

بدین ترتیب از دانشکده‌های روان‌شناسی ۲۳ نفر (۲۳٪)، اقتصاد ۲۲ نفر (۲۲٪)، الهیات ۴ نفر (۴٪)، مهندسی ۴ نفر (۴٪)، کشاورزی ۴ نفر (۴٪)، علوم ۹ نفر (۹٪) و علوم آب ۱ نفر (۱٪) در این گروه نمونه حضور داشتند.

این دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی دکتری ۳ نفر (۳٪)، کارشناسی ارشد ۳۸ نفر (۳۸٪) و کارشناسی ۵۹ نفر (۵۹٪) مشغول به تحصیل بودند. در این مطالعه ۱۱ نفر (۱۱٪) کرد، ۵ نفر (۰/۰۵٪) عرب، ۲۳ نفر (۲۳٪) بختیاری و ۶۱٪ بقیه گروه نمونه متعلق به سایر قومیت‌ها بودند.

^۱-exploratory factor analysis

^۲- Scree test

ابزار تحقیق

در این پژوهش به‌منظور بررسی معیارهای انتخاب شوهر با توجه به تعاریف این سازه، نظریه‌ها و دیدگاه‌های مختلف شوهرگزینی به‌خصوص دیدگاه تکاملی و سوابق تحقیق در داخل و خارج از کشور خصوصاً تحقیقات انجام‌شده توسط دیوید باس، مصاحبه و سؤال‌های باز از ۳۵ دانشجوی مجرد دختر پرسشنامه‌ای طراحی گردید. پرسشنامه شامل ۵۰ پرسش بود، که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (بی‌اهمیت = ۱، کم‌اهمیت = ۲، اهمیت متوسط = ۳، اهمیت زیاد = ۴، بسیار بااهمیت یا تعیین‌کننده = ۵) تدوین شدند. پایایی (آلفای کرونباخ) و روایی همگرا و واگرا پرسشنامه رجحان‌های شوهرگزینی در دانشجویان دختر پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی در جداول ۲، ۳ و ۴ ذکر شده‌اند.

یافته‌ها

در این بخش اطلاعات به‌دست‌آمده در جداول مختلف درج شده‌اند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار ماده‌های پرسشنامه رجحان‌های شوهرگزینی را در دانشجویان دختر نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار ماده‌های پرسشنامه رجحان‌های شوهرگزینی

ماده ها	ماده‌ها	میانگین	انحراف معیار	ماده‌ها	میانگین	انحراف معیار
۱	قد همسر	۳/۴۱	۰/۸۷	۲۶	مهارت خانه‌داری	۲/۵۲
۲	تناسب اندام	۳/۴۵	۰/۷۳	۲۷	ذوق هنری	۲/۸۷
۳	زیبایی	۳/۰۵	۰/۷۷	۲۸	ایمان به خدا	۴/۴۱
۴	سن	۳/۶۷	۰/۹۳	۲۹	اهل رفت و آمد	۳/۸۶
۵	جذابیت جنسی	۳/۲۹	۱/۱۱	۳۰	پوشش مناسب	۴/۰۹
۶	شیک پوش بودن	۳/۸۱	۰/۸۰	۳۱	مقید به انجام فرایض	۴/۲۴
۷	تندرستی و سلامتی	۳/۹۹	۰/۹۳	۳۲	پابندی به امور اخلاقی	۴/۳۳
۸	داشتن قدرت بدنی بالا	۳/۴۴	۰/۹۸	۳۳	سطح درآمد	۳/۷۷
۹	اخلاق نیکو	۴/۶۰	۰/۷۵	۳۴	جایگاه اجتماعی بالا	۳/۷۹
۱۰	کنترل خشم	۴/۳۷	۰/۸۳	۳۵	اصالت خانوادگی	۴/۱۷
۱۱	هوش و استعداد	۳/۹۹	۰/۸۸	۳۶	شغل خوب	۳/۹۱

ماده ها	ماده ها	میانگین	انحراف معیار	ماده ها	میانگین	انحراف معیار
۱۲	صادق بودن	۴/۶۱	۰/۷۷	۳۷	تحصیلات بالا	۳/۶۵
۱۳	دلیر بودن	۴/۱۲	۰/۹۱	۳۸	خواستار بچه	۳/۲۳
۱۴	باگذشت بودن	۴/۲۹	۰/۸۳	۳۹	دوستدار بچه	۳/۴۰
۱۵	خلاق بودن	۳/۶۱	۱/۰۳	۴۰	پرونگرا و اجتماعی	۴/۰۳
۱۶	شوخ طبع بودن	۳/۶۰	۱/۰۰	۴۱	اعتماد به نفس بالا	۳/۹۵
۱۷	احترام به خانواده همسر	۴/۴۵	۰/۸۲	۴۲	گرم و خوش مشرب بودن	۴/۰۲
۱۸	تعهد و وفاداری	۴/۶۲	۰/۷۶	۴۳	مهارت در عشق ورزی	۴/۲۲
۱۹	مسئولیت پذیری	۴/۵۰۰	۰/۸۸	۴۴	بیان احساسات	۴/۲۶
۲۰	عفاف و پاکدامنی	۴/۵۴	۰/۸۲	۴۵	اهل گفتگو	۴/۱۱
۲۱	قدرت درک بالا	۴/۳۵	۰/۷۵	۴۶	قدرت سازگاری با شرایط	۳/۹۶
۲۲	دارای مناعت طبع بودن	۴/۰۲	۱/۰۲	۴۷	نداشتن تعصب نسبت به مسائل	۳/۸۵
۲۳	دست پخت خوب	۳/۶۷	۱/۱۱	۴۸	حفظ خونسردی در برخورد با شرایط	۳/۹۹
۲۴	حذف	حذف	حذف	۴۹	رضایت به زندگی با پدر و مادر من	۲/۸۲
۲۵	حذف	حذف	حذف	۵۰	داشتن قدرت برنامه ریزی در شرایط بحرانی	۴/۰۸
میانگین کل			۳/۸۶	۰/۴۱		

در جدول ۱ ملاحظه می شود، که دانشجویان دختر بالاترین میانگین را در پرسش های ۱۸ (تعهد و وفاداری ۴/۶۲)، ۱۲ (صادق بودن ۴/۶۱) و ۱۹ (اخلاق نیکو ۴/۶۰) و کمترین میانگین را در پرسش های ۲۶ (مهارت های خانه داری ۲/۵۲)، ۴۷ (رضایت به زندگی با پدر و مادر من ۲/۸۲) و ۲۷ (داشتن ذوق هنری ۲/۸) کسب نموده اند.

برای بررسی مناسب بودن داده های پرسشنامه رجحان های همسرگزینی، شاخص آماری Kaiser-Meyer-Olkin انجام شد که ضریب به دست آمده رضایت بخش بود ($KMO = ۰/۷۴$). همچنین آزمون Bartlett's test of Sphericity ($\chi^2 = ۳۹۵۱/۴۸$) محاسبه شد که از نظر آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). مقدار آزمون این شاخص و آزمون کرویت بارتلت به ترتیب نشان می دهند که مفروضه های آماری نرمال بودن

چندمتغیری رعایت شده و اندازه نمونه برای تحلیل عاملی کافی است و بین ماده‌ها همبستگی درونی وجود ندارد و ماتریس همبستگی یک ماتریس اتحاد است (Kaiser, 1974؛ Sharma, 1996). بنابراین، داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی مناسب هستند.

برای بررسی روایی پرسشنامه رجحان‌های شوهر گزینی، از روش روایی سازه (تحلیل عاملی) استفاده شد. در این تحلیل با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۱ (چرخش واریماکس^۲) و مقادیر ویژه^۳ هشت عامل به دست آمد (نمودار ۱). باید خاطر نشان کرد که از ۵۰ ماده این پرسشنامه پس از تحلیل عاملی دو پرسش ۲۴ (توانایی مدیریت امور خانه) و ۲۵ (صرفه‌جو و اقتصادی بودن) بر روی هیچ‌یک از هشت عامل استخراج شده بار عاملی نداشتند و از تحلیل اصلی حذف شدند.

همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، عامل اول با ۲۴/۳۳٪ واریانس، مقدار ویژه ۱۲/۱۷٪، واریانس مشترک ۳۶/۱۴٪ و بارهای عاملی از ۰/۸۷ تا ۰/۵۹ و با عنوان «ویژگی‌های رفتاری»؛ دومین عامل ۱۱/۴۱٪ واریانس، مقدار ویژه ۵/۷۰٪، واریانس مشترک ۱۶/۴٪، بارهای عاملی از ۰/۸۸ تا ۰/۷۹ و با عنوان «مهارت‌های اجتماعی»؛ عامل سوم ۹/۱۰٪ واریانس، مقدار ویژه و واریانس مشترک این عامل به ترتیب ۴/۵۶٪ و ۱۳/۵۱٪ و بارهای عاملی از ۰/۷۷ تا ۰/۵۲ و بانام «ویژگی‌های ظاهری»؛ چهارمین عامل ۶/۶۶٪ واریانس، مقدار ویژه ۳/۳۲٪، واریانس مشترک ۹/۸۹٪ و بارهای عاملی از ۰/۸۴ تا ۰/۴۷ و بانام «سازگاری با شرایط»؛ پنجمین عامل ۵/۴٪ واریانس، مقدار ویژه ۲/۷۰٪، واریانس مشترک ۸/۰۲٪ و بارهای عاملی از ۰/۸۳ تا ۰/۶۶ و با عنوان «موقعیت اقتصادی-اجتماعی»؛ عامل ششم ۴/۲۶٪ واریانس، مقدار ویژه و واریانس مشترک به ترتیب ۲/۱۳٪ و ۶/۳۲٪ و بارهای عاملی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ و با عنوان «مهارت‌های خانه‌داری»؛ هفتمین عامل ۳/۱۰٪ واریانس، مقدار ویژه ۱/۵۵٪، واریانس مشترک ۴/۶۰٪ و بارهای عاملی از ۰/۸۵ تا ۰/۵۰ و با عنوان «خواستار بچه»؛ و عامل هشتم ۳/۰۳٪ واریانس، مقدار ویژه و واریانس مشترک این عامل به ترتیب ۱/۵۱٪ و ۲/۰۳٪ و بارهای عاملی از ۰/۶۰ تا ۰/۴۷ و با عنوان «هوش و خلاقیت» نام‌گذاری شدند. در کل، هشت عامل بر روی هم ۶۷/۳۲٪ واریانس پرسش‌ها را تبیین می‌کند. این یافته به نخستین پرسش پژوهش پاسخ می‌دهد.

^۱-Principle Components Analysis

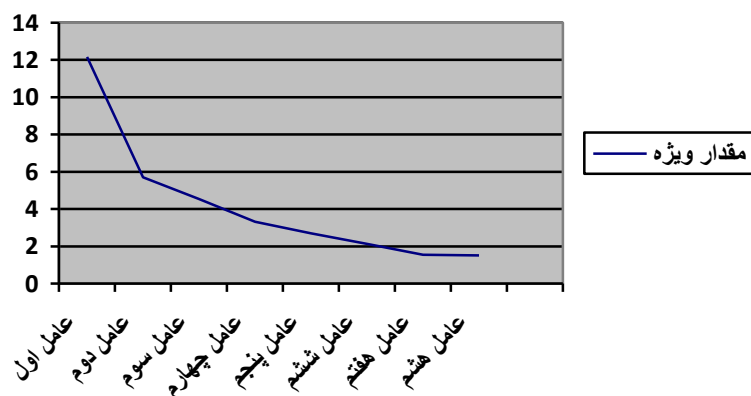
^۲-Varimax rotation

^۳-eigenvalue

جدول ۲. ماتریس عاملی چرخش یافته واریماکس پرسشنامه رجحان‌های شوهر‌گزینی

سؤال‌ها	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عامل ششم	عامل هفتم	عامل هشتم
۱	-	-	-	-	-	-	-	-
۲	-	-	-	-	-	-	-	-
۳	-	-	-	-	-	-	-	-
۴	-	-	-	-	-	-	-	-
۵	-	-	-	-	-	-	-	-
۶	-	-	-	-	-	-	-	-
۷	-	-	-	-	-	-	-	-
۸	-	-	-	-	-	-	-	-
۹	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۰	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۱	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۲	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۳	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۴	-	-	-	-	-	-	-	-

عامل هشتم	-	۱۵	سؤال‌ها	۱۵	مقادیر ویژه	درصد واریانس	ار
عامل هفتم	-	۱۶	سؤال‌ها	۱۶	۱/۵۱	۳/۰۳	۲/۰۳
عامل ششم	-	۱۷	سؤال‌ها	۱۷	۱/۵۵	۳/۱	۴/۶
عامل پنجم	-	۱۸	سؤال‌ها	۱۸	۲/۱۳	۴/۲۶	۶/۳۲
عامل چهارم	-	۱۹	سؤال‌ها	۱۹	۲/۷	۵/۴	۸/۰۲
عامل سوم	-	۲۰	سؤال‌ها	۲۰	۳/۳۲	۶/۶۶	۹/۸۹
عامل دوم	-	۲۱	سؤال‌ها	۲۱	۴/۵۶	۹/۱	۱۳/۵
عامل اول	-	۲۲	سؤال‌ها	۲۲	۵/۷	۱۱/۴۱	۱۶/۹۴
سؤال‌ها	۱۵	۱۶	سؤال‌ها	۱۷	۱۲/۱۷	۲۴/۳۳	۳۶/۱۴
عامل هشتم	۴۰	۴۱	عامل هشتم	۴۰	حذف	حذف	حذف
عامل هفتم	۰/۶۰	۰/۴۸	عامل هفتم	۰/۶۰	حذف	حذف	حذف
عامل ششم	-	-	عامل ششم	-	حذف	حذف	حذف
عامل پنجم	-	-	عامل پنجم	-	حذف	حذف	حذف
عامل چهارم	-	-	عامل چهارم	-	حذف	حذف	حذف
عامل سوم	-	-	عامل سوم	-	حذف	حذف	حذف
عامل دوم	-	-	عامل دوم	-	حذف	حذف	حذف
عامل اول	-	-	عامل اول	-	حذف	حذف	حذف
سؤال‌ها	۴۰	۴۱	سؤال‌ها	۴۰	حذف	حذف	حذف
عامل اول	-	-	عامل اول	-	حذف	حذف	حذف
عامل دوم	۰/۷۹	۰/۸۴	عامل دوم	۰/۷۹	حذف	حذف	حذف
عامل سوم	-	-	عامل سوم	-	حذف	حذف	حذف
عامل چهارم	-	-	عامل چهارم	-	حذف	حذف	حذف
عامل پنجم	-	-	عامل پنجم	-	حذف	حذف	حذف
عامل ششم	-	-	عامل ششم	-	حذف	حذف	حذف
عامل هفتم	-	-	عامل هفتم	-	حذف	حذف	حذف
عامل هشتم	-	-	عامل هشتم	-	حذف	حذف	حذف



نمودار ۱. آزمون اسکری

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار و ضرایب پایایی آلفای کرونباخ عامل‌های هشتگانه و نمره کل پرسشنامه را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ عامل‌های هشتگانه و نمره کل پرسشنامه

عوامل	تعداد ماده‌ها	آلفای کرونباخ
ویژگی‌های رفتاری	۱۵	۰/۹۵
مهارت‌های اجتماعی	۶	۰/۹۵
ویژگی‌های ظاهری	۸	۰/۸۴
سازگاری با شرایط	۵	۰/۸۱h
موقعیت اقتصادی اجتماعی	۵	۰/۸۵
مهارت‌های خانه‌داری	۳	۰/۸۴
خواستار بچه	۳	۰/۷۸
هوش و خلاقیت	۳	۰/۷۶
نمره کل پرسشنامه	۴۸	۰/۹۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ضرایب پایایی به‌دست‌آمده در کل پرسشنامه رجحان‌های شوهرگزینی ۰/۹۰ و در عامل‌های اول تا هشتم از ۰/۷۶ تا ۰/۹۵ با میانگین ۰/۸۴ متغیر است.

ضرایب پایایی به‌دست‌آمده برای هر هشت عامل و کل مقیاس رضایت‌بخش می‌باشد. این یافته‌ها به پرسش دوم پژوهش پاسخ می‌دهد. همبستگی بین عوامل و هر یک از عوامل با نمره کل پرسشنامه در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. همبستگی بین عوامل و هر یک از عوامل با نمره کل مقیاس

عامل‌ها	ویژگی‌های رفتاری	مهارت‌های اجتماعی	ویژگی‌های ظاهری	سازگاری با شرایط	موقعیت اقتصادی اجتماعی	مهارت‌های خانه‌داری	خواستار بچه	هوش و خلاقیت
ویژگی‌های رفتاری	-	*۰/۳۲	-۰/۱۱	*۰/۳۴	*۰/۳۵	۰/۱۵	*۰/۳۵	*۰/۶۴
مهارت‌های اجتماعی		-	۰/۱۲	*۰/۹۸	۰/۱۵	۰/۱۶	*۰/۳۵	۰/۰۵
ویژگی‌های ظاهری			-	۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۰۵	۰/۰۶۱
سازگاری با شرایط				-	۰/۱۳	۰/۱۷	*۰/۳۷	۰/۰۸
موقعیت اقتصادی - اجتماعی					-	-۰/۰۲	۰/۰۹	*۰/۳۴
مهارت‌های خانه‌داری						-	*۰/۲۳	-۰/۰۳
خواستار بچه							-	*۰/۳۰
هوش و خلاقیت								-
نمره کل	*۰/۹۰	*۰/۶۰	*۰/۳۰	*۰/۶۳	*۰/۴۵	*۰/۲۷	*۰/۵۲	*۰/۵۵

*p < ۰/۰۱

همان‌طور که از جدول ۴ برمی‌آید، بین عامل‌های هشتگانه و نمره کل پرسشنامه همبستگی معنادار دیده می‌شود که از ۰/۲۷ تا ۰/۹۰ متغیر است و بیش‌ترین رابطه را عامل اول (ویژگی‌های رفتاری) و کمترین آن را مهارت‌های خانه‌داری با نمره کل پرسشنامه دارد. این یافته روایی همگرا پرسشنامه را گوشزد می‌کند. از سوی دیگر، ضرایب همبستگی پایین بین هشت عامل با یکدیگر نشان از روایی واگرا ابزار است. این نتایج پاسخی در جهت تأیید سؤال اول تحقیق است.

بحث

همان‌گونه که قبلاً بیان شد، هدف عمده این تحقیق بررسی روایی و پایایی پرسشنامه رجحان‌های شوهر گزینی در جامعه دانشجویی دختران دانشگاه شهید چمران بود. در این پژوهش دو پرسش بررسی شد. بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، این یک ابزار چندبعدی است و بر اساس روش تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) دارای هشت عامل هست که بیش‌ترین سهم تبیین واریانس (۲۴/۳۳) را عامل اول (ویژگی‌های رفتاری) بر عهده دارد؛ و عوامل دیگر سهم کمتری در تبیین واریانس پرسشنامه بر عهده دارند (جدول ۲). این یافته با یافته‌های Buss & Barnes (۱۹۸۶) که نشان دادند عامل یکم (مهربان و باملاحظه بودن) بیش‌ترین سهم تبیین واریانس را بر عهده دارد، همخوان می‌باشد.

عامل‌های یافت شده در این تحقیق (ویژگی‌های رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، ویژگی‌های ظاهری، سازگاری با شرایط، موقعیت اقتصادی-اجتماعی، مهارت‌های خانه‌داری، خواستار بچه و هوش و خلاقیت) با عوامل یافت شده توسط باس و بارنز که به ۹ معیار همسرگزینی در بین زنان و مردان دست یافتند (مهربان و باملاحظه بودن، دوستدار بچه بودن، سازگاری با شرایط، مهارت‌های اجتماعی، هوش، مهارت‌های خانه‌داری، موقعیت اقتصادی-اجتماعی، ویژگی‌های مذهبی و محافظه‌کاری سیاسی) همخوان است. بدین ترتیب عامل اول (ویژگی‌های رفتاری) این تحقیق که بیش‌ترین سهم تبیین واریانس را بر عهده دارد با اولین عامل تحقیق باس و بارنز (مهربان و باملاحظه بودن) به‌جز برای ماده‌های ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲ هماهنگ است. عامل دوم تحقیق حاضر (مهارت‌های اجتماعی) با عامل چهارم تحقیق باس و بارنز به‌جز برای ماده‌های ۴۳ و ۴۴ همخوان است.

چهارمین عامل تحقیق با سومین عامل تحقیق باس و بارنز به‌جز برای ماده ۴۹ هماهنگ است. پنجمین عامل به‌دست آمده با هفتمین عامل تحقیق باس و بارنز همخوان است. ششمین عامل این تحقیق با ششمین عامل به‌دست آمده در تحقیق باس و بارنز به‌جز برای ماده‌های ۲۴ و ۲۵ هماهنگ است. هفتمین عامل به‌دست آمده در این تحقیق با دومین عامل تحقیق باس و بارنز یکی است. عامل هشتم تحقیق حاضر با پنجمین عامل به‌دست آمده در تحقیق باس و بارنز به‌جز برای ماده‌های ۱۵ و ۱۶ هماهنگ است. اگرچه از لحاظ سومین عامل یافت شده در پرسش‌نامه رجحان‌های شوهر گزینی (ویژگی‌های ظاهری) و نهمین عامل در پرسشنامه معیارهای همسرگزینی باس و بارنز دو تحقیق با یکدیگر همخوان نیستند، با این حال، باید توجه داشت که ساختار عاملی از یک نمونه به نمونه‌ی دیگر و با توجه به عوامل فرهنگی-تربیتی، مذهبی، اقتصادی و سیاسی حاکم بر جامعه متفاوت می‌باشد و کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست.

طبق جدول شماره ۱ یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اکثریت دختران (۷۰٪) برای «تعهد و وفاداری» اهمیت بسیار زیادی قائل بودند. این یافته با پژوهش Khallad (۲۰۰۵) که دانشجویان دختر به تعهد و وفاداری بیش‌ترین اهمیت را می‌دادند؛ همچنین، با پژوهش Todosijevic و همکاران (2003) که زنان برای وفاداری همسر آینده اهمیت زیادی قائل بودند؛ مطابقت دارد (Khallad, 2005). به علاوه، این یافته با پیشگویی‌های رویکرد تکاملی همخوان می‌باشد که بر اساس این رویکرد گفته می‌شود، زنان علاقه‌ی بیشتری به ایجاد روابط پایدار دارند و ترجیح می‌دهند با مردانی متعهد و وفادار ازدواج کنند (Stone et al, 2007).

باید توجه داشت در فرهنگ‌های مختلف و به خصوص فرهنگ ما ازدواج به معنای یک رابطه‌ی پایدار و دائمی است که طی مراسم قانونی بین دو نفر به وجود می‌آید. در واقع، ازدواج قراردادی است رسمی، برای پذیرش یک تعهد متقابل جهت زندگی خانوادگی و طلاق و جدایی امری ناپسند و منفور جامعه است. اکثریت افراد به این امید تن به ازدواج می‌دهند که تا پایان عمر در کنار یکدیگر زندگی نمایند. بنابراین، در اولین قدم برای بنیان نهادن یک زندگی سالم و پایدار افراد باید به دنبال فردی متعهد و وفادار باشند که نتایج این تحقیق نیز مؤید همین مطلب می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که اکثریت دختران (۶۵٪) به صداقت و راستگویی شوهر آینده اهمیت بسیار زیادی دادند. این یافته با مطالعه Todosijevic و همکاران (۲۰۰۳) که نشان دادند صداقت از امتیاز بالایی در معیارهای انتخاب شوهر در بین دانشجویان دختر برخوردار است، مطابقت دارد.

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که ۶۳٪ دختران به اخلاق نیکوی شوهر آینده اهمیت بسیار زیادی دادند که این یافته با نتایج پژوهش Mosalla Nejad & Kargar (۲۰۰۶) که نشان دادند، دانشجویان دختر برای معیارهای روان‌شناختی و اجتماعی از جمله طرز برخورد، همچنین با یافته‌های باس و بارنز که نشان دادند زنان بیش‌ترین اهمیت را برای خصوصیات مانده‌مهربانی و با ملاحظه بودن می‌دادند، همخوانی دارد. نتایج این تحقیق نشان داد که دختران به ویژگی‌هایی مثل (مهارت‌های خانه‌داری، ۲/۵۲)، (رضایت به زندگی با پدر و مادر من، ۲/۸۲) و (داشتن ذوق هنری، ۲/۸) کمترین اهمیت را داده‌اند. باید متذکر شد که در جامعه ما بر اساس تقسیم وظایفی که بین زن و مرد صورت گرفته، معیارهایی چون، مهارت‌های خانه‌داری و ذوق هنری از جمله ویژگی‌هایی است که معمولاً مختص زنان است و مردان به چنین ویژگی‌هایی اهمیت نمی‌دهند. همچنین برای دختر، ازدواج به عنوان مرحله‌ای انتقالی است، که از نقش دختر مجردی که در خانه پدر زندگی می‌کند به نقش همسری که در خانه‌ی شوهر زندگی می‌کند، برسد

بنابراین در فرهنگ ما زندگی با پدر و مادر دختر چندان عرف نیست و نتایج این تحقیق نیز مؤید همین مطلب می‌باشد.

ضرایب آلفای کرونباخ در کل پرسشنامه و در هشت عامل نام‌گذاری شده بسیار بالا است (جدول ۳). شاخص‌های پایایی این پرسشنامه با شاخص‌های پایایی گزارش شده توسط Buss & Barnes (۱۹۸۶) (ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۹ و دامنه‌ی ضرایب پایایی عامل‌های اول تا نهم ۰/۵۹ تا ۰/۹۵ با میانگین ۰/۷۳) همخوان است. این یافته نشان می‌دهد که پرسشنامه مذکور از هماهنگی درونی بالایی در تحقیقات مشاوره‌ای برخوردار است. هر یک از عامل‌های پرسشنامه با نمره کل از همبستگی نسبتاً بالایی برخوردار بودند (پایین‌ترین ضریب همبستگی مربوط به عامل ششم ۰/۲۷ بود).

این یافته نشان می‌دهد که پرسشنامه رجحان‌های شوهرگزینی از روایی سازه همگرا برخوردار است. در نهایت این پرسشنامه می‌تواند پاسخگوی نیاز پژوهشگران در زمینه‌های پژوهشی باشد و نتایج این تحقیق می‌تواند تا حدودی راهگشای مشاوران پیش از ازدواج و روان‌شناسان در زمینه کمک به افراد برای انتخاب شوهر مناسب باشد.

محدود بودن پژوهش به دانشجویان دختر یک دانشگاه (دانشگاه شهید چمران) تعمیم‌یافته‌ها را به جمعیت‌های دیگر محدود می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابهی در جمعیت‌های دیگر برحسب جنس، سن و تحصیلات با حجم نمونه بزرگ‌تر انجام شود. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده برای اعتباریابی این مقیاس از یک ابزار موازی برای روایی همزمان، برای بررسی پایایی آن از روش باز-آزمایی و نیز از تک‌تک آزمودنی‌ها یک مصاحبه اکتشافی برای معیارهای انتخاب همسر به‌عنوان یک تحقیق کیفی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

باید توجه داشت که در هر جامعه‌ای یک سری ارزش‌های خاص وجود دارد که بر فرآیند همسرگزینی انسان‌ها تأثیر می‌گذارد؛ ما نیز در جامعه‌ای قرار داریم که بر معیارهای رفتاری، اخلاقی و مذهبی همسر آینده تأکید بسیار زیادی شده است. بر اساس تعالیم دینی ما مسلمانان، این ویژگی‌ها در اولویت معیارهای شوهرگزینی قرار دارد. نتایج این تحقیق نیز مؤید همین مسئله می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی دانشجویانی که صمیمانه ما را در انجام این تحقیق یاری نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از همکاری مسئولین محترم خوابگاه دختران شهید چمران نیز قدردانی می‌نماییم.

منابع

- مصلی نژاد، لیلا؛ کارگر، محمد (۱۳۸۵). بررسی ملاک‌های انتخاب همسر در دانشجویان دختر و پسر دانشکده علوم پزشکی جهرم. مجله تهذیب و تزکیه، شماره ۱۴، صص. ۳۷-۳۲.
- Brumbaugh, C. Ch. (2007). Divergences in mate preferences and mate selection. Doctoral Dissertation, University of Illinois at Urbana-Champaign, Graduate College.
- Buss, D. M. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolution hypothesis tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*, 12, 1-49.
- Buss, D. M., Shackelford, T. K., Kirikpatrick, L. A., & Larsen, R. J. (2001). A half century of mate selections: The cultural Evolution of Values. *Journal of Marriage and Family*, 63, 491-503.
- Buss, D. M., & Barnes, M. (1986). Preferences in human mate selection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 559-57.
- Chen, C. Y. (2005). Picking and choosing: The simulation of sequential mate selection process. University of Wisconsin-Madison, Department of Sociology.
- Eagly, A. H., & Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved disposition versus social roles. *American Psychologist*, 54, 408-423.
- Geary, D. C. (2000). Evolution and proximate expression of human paternal investment. *Psychological Bulletin*, 126, 55-77.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Khallad, Y. (2005). Mate selection in Jordan: Effects of sex, socio-economic status, and culture, 22, 143-155.
- Mosalla Nejad, L., & Kargar, M. (2006). Examining the criteria for mate selection in male and female university students of Faculty of Medical Sciences of Jahrom. *Journal of Cleaning and Purification*, 14, 37-32. [Persian]
- Parmer, T. (1998). Characteristics of preferred partners: variations between African American men and women. *Journal of College Student Development*, 110, 24-32.
- Sharma, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Shoemaker, E. G. (2007). Human mate selection theory: An integrated evolutionary and social approach. *Journal of Scientific Psychology*, 50, 11-27.
- Stone, E. A., Shackelford, T. K., & Buss, D. M. (2007). Sex ratio and mate preference's: A cross – cultural investigation. *European Journal of Social Psychology*, 37, 288-296.
- Todosijevic, B., Ljubinkovic, S., & Arancic, A. (2003). Mate selection criteria: A trait desirability assessment study of sex differences in Serbia. *Human & Nature*, 1, 116-126.
- Unis, S. K. (2008). Effect of religiosity on the selection of life long mate in Pentecostal adult church attendees. A project for the degree of Master of social work. Smith college school for social work Northampton,



استناد به این مقاله: رنجبر، ادریس؛ رسولی، محسن؛ ثنائی، باقر (۱۳۹۳). تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس شبانه‌روزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۱)، ۵۴-۳۷

۵۴-۳۷

تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس شبانه‌روزی

ادریس رنجبر^۱، محسن رسولی^۲، باقر ثنائی^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱۱ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

مشکلات و مسائل روانی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد از این‌رو شناخت عوامل مؤثر بر آن از اهمیت فراوانی برخوردار است. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی صورت گرفت. در این پژوهش جامعه‌ی آماری، دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه که در مدارس شبانه‌روزی شهرستان دیواندره در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. تعداد اعضای نمونه ۲۰ نفر بودند که به صورت نمونه-گیری تصادفی و بر اساس نمرات آن‌ها در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ28)، انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند. این پرسش‌نامه دارای روایی و پایایی مناسب است. روش تحقیق به صورت نیمه آزمایشی بود. از آزمون تحلیل چند متغیره برای آزمون تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. این پژوهش دارای ۵ فرضیه در زمینه تأثیر معنادرمانی گروهی در کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و افزایش عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی بود. در فرضیه‌های کاهش علائم جسمانی و اضطراب و افزایش عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی فرض صفر رد شد، اما معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی تأثیر معناداری نداشت. در پایان می‌توان نتیجه گرفت معنادرمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، معنادرمانی گروهی، نوجوانان

^۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران، Edris.Ranjbar2010@gmail.Com

^۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران

^۳. استاد بازنشسته گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران

مقدمه

سلامت‌روان^۱ یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی است که هر ساله حجم زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص می‌دهد. در عصر حاضر به علت پیشرفت‌های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می‌شود. گینزبرگ^۲ سلامت روان را تسلط و ارتباط صحیح با محیط اطراف به‌خصوص در زمینه‌های عشق، کار و تفریح می‌داند و معتقد است که استعداد یافتن و ادامه‌ی کار، داشتن خانواده و ایجاد محیط خانوادگی خرسند، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد، لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت‌ها، ملاک تعادل و سلامت روان است (Milanifar, 1999) به نقل از (Ginzburg, 1990).

نوجوانی^۳ دوره‌ای بین کودکی^۴ و بزرگسالی^۵ است. با توجه به این که سال‌های نوجوانی دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی می‌تواند قابلیت‌ها و درنهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد. از این‌رو توجه به نیازهای نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است (Robert & els, 1998)؛ زیرا بسیاری از آسیب‌های روانی دوران بزرگسالی درواقع ادامه‌ی مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (Masuodzadeh & els, 2004) به نقل از (Kaplan & Sadock, 1998).

با توجه به این که دسته‌ای از نوجوانان در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، مطالعات حاکی از آن است که این نوجوانان، در شرایط نامطلوب زندگی کرده و با تنش‌ها و مشکلات عدیده‌ی محیطی، جسمانی و روانی مواجه هستند (Rsouli & els, 2010). عوامل خطر متعددی در زندگی این گروه از نوجوانان وجود دارند که در حقیقت پیامد ناشی از زندگی در چنین شرایطی تلقی می‌شوند و سلامت روان آن‌ها را تهدید می‌نماید؛ که می‌توان به فقدان حمایت خانواده و امیدواری (Simsek & els, 2007)، احساس غربت^۶ ناشی از زندگی در محیط‌های خوابگاهی (Fisher & Hood, 1998)، سازگاری^۷ در محیط‌های اجتماعی (Mansour, Molasharifi, Vakhshour, 2009) اشاره کرد. بر طبق گفته‌ی Wu- Dunn (2006) مشکلاتی که این افراد با آن مواجه هستند عبارت از اضطراب از سازگاری با محیط جدید،

¹ Mental Health

² Ginzburg

³ Adolescence

⁴ Infancy

⁵ Adulthood

⁶ Risk factors

⁷ Homesickness

⁸ Adjustment

دل‌تنگی برای محل زندگی، نداشتن عادات مطالعه‌ی درست، خجالت و کمرویی، ترس از برخورداری نشدن از حمایت دیگران است. برخی از افراد به سرعت خود را با شرایط جدید انطباق می‌دهند و با حفظ سلامت خود، موفقیت‌های اجتماعی و تحصیلی را کسب می‌کنند. ولی برخی قادر به سازگاری نبوده و این مسئله باعث افت تحصیلی شده و همچنین بر عملکرد آنان در زندگی فردی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (Mansour & els, 2009 به نقل از Wu- Dunn, 2006).

یکی از روش‌هایی که می‌تواند برای تمامی افراد مؤثر باشد، مشاوره گروهی^۱ است. علاوه بر صرفه‌جویی در وقت و هزینه، در این روش افراد بیشتری شرکت می‌کنند. در این گروه‌ها افراد می‌توانند مشکلات خود را در حضور اعضاء به طور مستقیم حس و تجربه کنند؛ بنابراین می‌توان گفت تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی افراد نزدیک‌تر است و از ارزش درمانی بیشتری برخوردار است. از جمله رویکردهای مشاوره و درمان گروهی در ارتقای سلامت روان، رویکرد معنا درمانی است. معنا درمانی^۲ که توسط فرانکل ابداع شده، بر آن است که با تحقق معنا، زندگی جلوه بدیعی یابد و همه چیز حتی درد و رنج در پرتو آن قابل پذیرش و تحمل بشود و این امر انسان‌های درون تهی و رنجور از خلأ وجودی را به اوج می‌کشاند (Sholtz, 1977 ترجمه‌ی Khoshdel, 2004). نقش معنا درمانگر وسعت بخشیدن به میدان دید بیمار است تا آن جا که معنا و ارزش‌ها در میدان دید و حیطه خودآگاه بیمار قرار گیرد. او به بیمار کمک می‌کند تا برای خود معنای وجودی خود را یافته و ترغیب شود آن را کاملاً محقق سازد. برای انجام این کار، معنا درمانگر آزادی و مسئولیت یعنی دو ویژگی بارز انسان را دوباره به بیمار برمی‌گرداند (Frankel, 1967 ترجمه‌ی Maarefi, 2006).

پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده تأثیر معنا درمانی در موقعیت‌های مختلف بوده است. اثربخشی معنادرمانی گروهی در مواردی از جمله: سلامت روان مردان مبتلا به ویروس HIV (Roudini, 2005)، سلامت روان زنان (Afkhamezaie, 2008)، سلامت روان زنان سالمند (Fakhar, 2006)، سلامت روان زنان آسیب‌دیده از زلزله (Ghanbarizarandi, 2008)، مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه (Gerefi, 2009)، افسردگی بیماران مبتلا به MS^۳ (Rezaie, 2008, Godrati & els, 2010)، سلامت روان افراد الکلی (Sunheechoo, ۲۰۰۸)، بیماران دارای اختلال شخصیتی چندگانه (Hutzell & Jerkins, 1990)، ناامیدی نوجوانان (Hedayati, 2006) نشان داده شده است. شایان ذکر است پژوهش‌های انجام شده

^۱ Group Counseling

^۲ Logo Therapy

^۳ Multiple Sclerosis

بیشتر در مورد جمعیت‌های بزرگ‌سال بوده و نوجوانان، مخصوصاً دانش‌آموزان خوابگاهی که با مشکلات خاص خود روبرو هستند و سلامت روان آن‌ها در معرض خطر است، مورد توجه قرار نگرفته است؛ بنابراین برای اولین بار در این پژوهش محقق به دنبال پاسخ این سؤال بود که آیا مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنا درمانی می‌تواند در افزایش سطح سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر باشد؟

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه‌ی اصلی تحقیق به این شرح است که معنادرمانی گروهی برافزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر هست که آن را می‌توان به فرضیه‌های فرعی زیر تقسیم نمود:

۱. معنادرمانی گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۲. معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۳. معنادرمانی گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۴. معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این تحقیق، آزمایشی و به صورت طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری دانش‌آموزان پسر خوابگاهی سال اول متوسطه‌ی شهرستان دیواندره بود که در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ مشغول به تحصیل بودند. نمونه مورد نظر به این ترتیب انتخاب شد از بین مدارس متوسطه‌ی شبانه‌روزی پسرانه‌ی شهرستان که ۵ مدرسه بود، به صورت تصادفی یکی از مدارس انتخاب گردید. سپس پرسش‌نامه‌ی سلامت روان در بین دانش‌آموزان خوابگاهی پایه‌ی اول این دبیرستان که ۸۳ نفر بودند اجرا گردید و از بین دانش‌آموزانی که بیش‌ترین نمره را کسب کرده بودند (بالتر از نمره‌ی برش ۲۳) تعداد ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از روش انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ 28): این پرسش‌نامه، برای اولین بار توسط (Goldberg, 1971)

تنظیم و به‌طور وسیعی به‌منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به‌کاربرده شده است. این آزمون دارای ۴ خرده مقیاس (علائم جسمانی، اضطراب وبی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی) است که هر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال هست (Fathiashtiani, 2009).

خرده مقیاس اول شامل مواردی درباره‌ی احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آن‌ها است و با نشانه‌های جسمانی همراه است. مواد این خرده مقیاس در پرسش‌نامه در سؤال‌های ۱ تا ۷ مشخص شده است.

پرسش‌های خرده مقیاس دوم شامل مواردی است که با اضطراب وبی خوابی مرتبط‌اند. هفت ماده‌ی مربوط به این خرده مقیاس در سؤال‌های ۸ تا ۱۴ مشخص شده‌اند.

خرده مقیاس سوم گستره‌ی توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره‌ی چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. هفت ماده‌ی مربوط به این خرده مقیاس در سؤال‌های ۱۵ تا ۲۱ آمده است.

چهارمین خرده مقیاس دربرگیرنده‌ی مواردی است که با افسردگی اساسی و گرایش به خودکشی مرتبط‌اند و هفت ماده‌ی متمایزکننده‌ی آن در پرسش‌نامه با سؤال‌های ۲۲ تا ۲۸ مشخص شده‌اند (Fathiashtiani, 2009).

در بررسی Goldberg & Wilyams (۱۹۹۸) اعتبار تصنیفی برای کل پرسش‌نامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. میزان اعتبار این پرسش‌نامه به شیوه‌ی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های علائم جسمانی ۰/۸۵، اضطراب وبی خوابی ۰/۷۸، عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۹۱ و کل پرسش‌نامه ۰/۸۵ به‌دست آمده است (Fathiashtiani, 2009). Taghavi (۲۰۰۱) به‌منظور تعیین اعتبار این پرسش‌نامه از روش باز آزمایی استفاده نمود. نتایج به‌دست آمده با روش باز آزمایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب وبی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود (Fathiashtiani, 2009).

در بررسی Chenchen (۱۹۸۳) جهت بررسی روایی همزمان از پرسش‌نامه‌ی چندوجهی مینه‌سوتا استفاده نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. Kamen, Wilson & Kalman (۱۹۸۳) دو پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را اجرا نمودند و ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ را گزارش دادند (Fathiashtiani, 2009).

شیوه‌ی اجرا

جلسات مشاوره‌ای بعد از انتخاب نمونه و جایگزینی آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل شروع شد. با توافق اعضاء، روزهای برگزاری جلسات گروه معین شد و درحالی‌که گروه آزمایشی در جلسات مشاوره شرکت می‌کردند، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات مشاوره طی ۱۰ جلسه-ی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید.

اهداف هر یک از جلسات به‌صورت زیر بود:

جلسه‌ی اول، سامان‌دهی جلسات، توجیه آزمودن‌ها، آشنایی اعضای گروه باهم و صحبت در مورد سلامت روان و عوامل مؤثر بر آن. جلسات دوم و سوم، مسائل و مشکلات دوران نوجوانی در گروه به بحث گذاشته شد. جلسه‌ی چهارم، آگاهی اعضا نسبت به آزادی و مسئولیت انتخاب در گروه بحث شد. جلسه‌ی پنجم، شناخت اعضا نسبت به قوانین حاکم بر زندگی‌شان و تقویت حس مسئولیت‌پذیری موردبررسی قرار گرفت. جلسه‌ی ششم، معنایابی در ابعاد گوناگون زندگی موردبحث قرار گرفت. جلسه‌ی هفتم، آشنایی با تعالی خویشتن، کشف معنا از طریق آرزوهای شخصی موردبررسی قرار گرفت. جلسات هشتم و نهم، تکنیک قصد متضاد به اعضا آموزش داده شد. جلسه‌ی دهم، آموخته‌های جلسات قبل موردبررسی قرار گرفت و مباحث خلاصه و جمع‌بندی شد. در پایان جلسات گروهی پس‌آزمون روی هر دو گروه انجام گرفت.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل آزمون t برای بررسی تفاوت میانگین دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون و بررسی دو پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون‌ها و در پایان از آزمون تحلیل چند متغیره برای آزمون تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

آمار توصیفی

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین سلامت‌روان گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با گروه کنترل تفاوت زیادی ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات سلامت‌روان گروه آزمایش کاهش یافته و از میانگین گروه کنترل کمتر شده است.

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت روان دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس-آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۳۰	۶/۷۵	۱۰	۲۸/۹۰	۵/۸۰
آزمایش	۱۰	۳۲/۲۰	۶/۱۱	۱۰	۱۹/۶۰	۳/۹۴

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین بعد علائم جسمانی در مرحله پس‌آزمون در گروه کنترل افزایش اندکی یافته است، درحالی که میانگین گروه آزمایش کاهش قابل توجهی نشان داده است.

جدول (۲): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد علائم جسمانی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۶/۵۰	۲/۲۲	۱۰	۶/۶۰	۱/۸۴
آزمایش	۱۰	۸/۰۰	۲/۸۷	۱۰	۵/۰۰	۱/۵۶

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که میانگین بعد اضطراب و بی خوابی در مرحله پس‌آزمون در هر دو گروه کنترل و آزمایش کاهش یافته است، با این تفاوت که میزان کاهش میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بیشتر است.

جدول (۳): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد اضطراب و بی خوابی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۸/۴۰	۲/۸۴	۱۰	۷/۸۰	۲/۹۷
آزمایش	۱۰	۸/۱۰	۲/۹۶	۱۰	۴/۵۰	۱/۵۸

همان‌طور که نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، میانگین عملکرد اجتماعی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش‌یافته است، هرچند کاهش گروه کنترل اندک است. با این حال میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است.

جدول (۴): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد عملکرد اجتماعی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۸/۶۰	۲/۴۱	۱۰	۸/۰۰	۲/۲۶
آزمایش	۱۰	۹/۳۰	۲/۹۱	۱۰	۴/۵۰	۱/۵۸

همان‌گونه که نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد، میانگین افسردگی گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون از گروه آزمایش کمتر است، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش کاهش‌یافته است و از گروه کنترل کمتر شده است.

جدول (۵): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۶/۵۰	۳/۲۴	۱۰	۶/۵۰	۱/۵۸
آزمایش	۱۰	۷/۸۰	۱/۸۱	۱۰	۵/۶۰	۲/۷۶

آمار استنباطی

در این بخش ابتدا با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون، پیش‌شرط ضروری بود. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس نمرات سلامت‌روان در مرحله پس‌آزمون برقرار است ($F_{1,18}=0/325, p>0/05$).

نتایج به دست آمده از آزمون لوین در بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌ها در چهار خرده مقیاس سلامت روان نشان داد پیش فرض تساوی واریانس نمرات علائم جسمانی ($F_{1,18}=0/165, p>0/05$)، اضطراب و بی‌خوابی ($F_{1,18}=0/160, p>0/05$)، عملکرد اجتماعی ($F_{1,18}=0/177, p>0/05$) و افسردگی ($F_{1,18}=0/415, p>0/05$) در مرحله پس آزمون برقرار است.

پس از محاسبه مفروضه یکسانی واریانس‌ها، جهت بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج حاصل، این فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت ($p>0/05$) و می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش آزمون در متغیر سلامت روان تعاملی وجود ندارد.

این مفروضه برای چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی ($p>0/05$) نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد در مورد تمامی این خرده مقیاس‌ها فرض یکسانی شیب رگرسیون برقرار است. همچنین یکسانی شیب رگرسیون چندگانه (ترکیب پیش آزمون‌ها با پس آزمون‌ها) نیز مورد بررسی قرار گرفت ($p>0/05$) که نتایج نشان داد فرض یکسانی شیب رگرسیون چندگانه برقرار است.

در ادامه از آزمون t گروه‌های مستقل به منظور مقایسه نمرات آزمودنی‌های دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون استفاده شد.

همان‌طور که نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد با توجه به مقدار t محاسبه شده، تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در نمرات پیش آزمون معنادار نیستند ($p>0/05$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در متغیر سلامت روان و ابعاد آن بین نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوتی وجود ندارد.

جدول (۶): خلاصه اطلاعات آزمون t برای مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت-

روان و ابعاد آن در پیش آزمون

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معنی داری
سلامت روان	کنترل	۱۰	۳۰	۶/۷۵	-۱/۱۱۲	۰/۲۸۱
	آزمایش	۱۰	۳۲/۲۰	۶/۱۱		
علائم جسمانی	کنترل	۱۰	۶/۵۰	۲/۲۲	-۱/۳۰۷	۰/۲۰۸
	آزمایش	۱۰	۸/۰۰	۲/۸۷		

۰/۸۲۰	۰/۲۳۱	۲/۸۴	۸/۴۰	۱۰	کنترل	اضطراب و بی‌خوابی
		۲/۹۶	۸/۱۰	۱۰	آزمایش	
۰/۵۶۵	-۰/۵۸۶	۲/۴۱	۸/۶۰	۱۰	کنترل	عملکرد اجتماعی
		۲/۹۱	۹/۳۰	۱۰	آزمایش	
۰/۲۸۳	-۱/۱۰۷	۳/۲۴	۶/۵۰	۱۰	کنترل	افسردگی
		۱/۸۱	۷/۸۰	۱۰	آزمایش	

در ادامه پس از اینکه مشخص شد بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل چند متغیره استفاده شد.

فرضیه اصلی تحقیق بیانگر آن بود که معنادرمانی گروهی برافزایش سلامت روان دانش-آموزان خوابگاهی مؤثر است.

همان‌طور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، فرضیه اصلی پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی گروهی برافزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار گرفت ($F_{1,18} = 76/466, p < 0/001$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود معنادرمانی گروهی با ۹۹ درصد اطمینان موجب افزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی گردیده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و متغیر وابسته وجود دارد ($p < 0/001$).

جدول (۷): تحلیل چند متغیره جهت بررسی سلامت روان در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
سلامت روان	پیش‌آزمون	۳۱۵/۲۲۴	۱	۳۱۵/۲۲۴	۵۳/۵۲۱	۰/۰۰۱
	گروه	۶۰۵/۹۸۷	۱	۶۰۵/۹۸۷	۷۶/۴۶۶	۰/۰۰۱
	خطا	۱۲۸/۰۷۶	۱۷	۷/۵۳۴		
	کل	۱۲۶۳۷/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی اول تحقیق بیانگر آن بود که معنادرمانی گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

همان‌طور که جدول (۸) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی اول پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار

گرفت ($F_{1,18} = 6/892, p < 0/05$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود معنادرمانی گروهی با ۹۵ درصد اطمینان موجب کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی گردیده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش بعد علائم جسمانی وجود دارد ($p < 0/51$).

جدول (۸): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد علائم جسمانی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰/۹۳۷	۱	۱۰/۹۳۷	۳/۶۵۴	۰/۰۵۱
	گروه	۱۹/۲۹۷	۱	۱۹/۲۹۷	۶/۸۹۲	۰/۰۱۴
	خطا	۴۱/۴۶۳	۱۷	۲/۴۳۹		
	کل	۷۳۸/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی دوم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی در مرحله پس‌آزمون بررسی شد. همان‌طور که جدول (۹) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی دوم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار گرفت ($F_{1,18} = 14/357, p < 0/001$)؛ یعنی بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش-آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و بعد سلامت جسمانی وجود دارد ($p < 0/001$).

جدول (۹): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد اضطراب و بی‌خوابی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اضطراب و بی‌خوابی	پیش‌آزمون	۴۳/۶۸۶	۱	۴۳/۶۸۶	۱۳/۱۵۶	۰/۰۰۱
	گروه	۴۹/۱۱۴	۱	۴۹/۱۱۴	۱۴/۳۵۷	۰/۰۰۱
	خطا	۵۸/۴۱۴	۱۷	۳/۴۳۶		
	کل	۹۱۳/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی سوم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی‌گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

برای بررسی این فرضیه، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی‌گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که جدول (۱۰) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی سوم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی-گروهی برافزایش عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان مورد تأیید قرار گرفت ($F_{1,18} = 20/444, p < 0/001$)؛ یعنی بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و بعد عملکرد اجتماعی وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول (۱۰): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد عملکرد اجتماعی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۴/۰۵۶	۱	۱۴/۰۵۶	۴/۵۴۳	۰/۰۴۹
	گروه	۶۸/۳۱۹	۱	۶۸/۳۱۹	۲۰/۴۴۴	۰/۰۰۱
	خطا	۵۴/۴۴۴	۱۷	۳/۲۰۳		
	کل	۹۱۱/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی چهارم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که جدول (۱۱) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی چهارم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی‌گروهی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان مورد تأیید قرار نگرفت ($F_{1,18} = 4/074, p > 0/05$).

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان بیان کرد که بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و معنادرمانی‌گروهی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان اثربخش نبوده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه معناداری بین همپراش و بعد افسردگی وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول (۱۱): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد افسردگی در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
افسردگی	پیش آزمون	۱/۹۸۶	۱	۱/۹۸۶	۰/۸۹۵	۰/۳۲۲
	گروه	۵/۳۰۴	۱	۵/۳۰۴	۴/۰۷۴	۰/۱۲۵
	خطا	۸۸/۹۱۴	۱۷	۵/۲۳۰		
	کل	۸۲۷/۰۰	۲۰			

بحث

یافته‌های برآمده از این تحقیق نشان داد که معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر بهبود وضعیت جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بود. این یافته با نتایج یافته‌های (Nagata, 2003)، (Roudini, 2005) و (Ghanbarizarandi, 2008) همخوانی دارد؛ اما با یافته‌های (Fakhar, 2006) و (Afkhamrezaie, 2008) همسو نمی‌باشد. فرانکل معتقد است که یافتن معنا در عوارض و آلام فرد، نوعی تغییر خوش‌بینانه را ایجاد می‌کند که می‌تواند ناامیدی را به پیروزی تبدیل کرده و به افراد کمک می‌کند به جای این که قربانی محض شرایط خود باشند، از طریق افزایش آگاهی و مسئولیت به شرکت‌کنندگانی فعال در حیات خود تبدیل شوند (Godrati & els, 2010، به نقل از Breitbart 2004).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Saunders, 1996)، (Dezurillas & Nezu, 1999)، (Roudini, 2005)، (Yousefi, 2006)، (Fakhar, 2006) و (Ghanbarizarandi, 2008) همسو می‌باشد. معنادرمانی اضطراب را ناشی از قصد قوی یا وافر می‌داند بنابراین در خلال درمان مراجعان درمی‌یابند که بر رهایی از مشکل تأکید نکنند بلکه با پذیرش آن با مشکل زندگی کنند. در این پژوهش نیز دانش‌آموزان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند سختی دوران تحصیل، هزینه‌ی تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد آینده به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. از دیگر دلایل اضطراب افراد این است که سرنوشت خود را محصول عوامل غیرارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور می‌کنند درحالی که معنادرمانی انسان را صاحب عقل و اختیار می‌داند و زندگی را بر پایه‌ی آزادی و اختیار تبیین می‌کند بنابراین بر مبنای اختیار، دانش‌آموزان این نوع زندگی را انتخاب کرده‌اند و به همین دلیل با به کارگیری معنادرمانی و تأکید بر قدرت انتخاب، اضطراب دانش‌آموزان کاهش یافت.

یافته‌های بعدی پژوهش نشان داد جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های (Roudini, 2005)، (Fakhar, 2006)، (Godrati & els, 2010) همخوانی دارد ولی با یافته‌های (Afkhamrezaie, 2008) و (Ghanbarizarandi, 2008) همسو نیست. معنادرمانی فرانکل می‌تواند به افرادی که دچار اختلال در کارکرد اجتماعی هستند کمک کند که ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت خود ایجاد کنند. به-خصوص از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی و تجربی می‌توان گام‌های مؤثری در این زمینه برداشت. در معنادرمانی تلاش می‌شود تا به افراد کمک شود از طریق منابع مهم یافتن معنا مانند کار کردن، کمک به دیگران و عشق ورزیدن به دیگران احساس مفید بودن کنند.

علاوه بر این، نتایج جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر نبوده است. نتایج این پژوهش با نتایج (Fakhar, 2006) و (Pourebahim, 2006) همسو بوده است؛ اما با نتایج (Schulenberg, 2002)، (Alfered & els, 2006)، (Pavel & Somov, 2007)، (Yousefi, 2006)، (Godrati & els, 2010)، (Afkhamrezaie, 2008)، (Rezaie, 2008) همخوانی ندارد. در رویکرد معنادرمانی برای کاهش افسردگی از فرایندهای درمانی مانند خود فاصله‌گیری استفاده می‌شود تا از طریق آن فرد از مشکل خود کنار کشیده و معقول‌تر عمل کند. در فرایند تغییر نگرش نیز تلاش می‌شود تا مراجع مشکلات منفی را به‌صورت احتمالات مثبت مجدداً قالب‌بندی کند. در فرایند کاهش مشکل، درمانگر تلاش می‌کند مراجع آزادی لازم را برای جستجوی پتانسیل‌های مثبت جدید در زندگی کسب کند و سرانجام موفق شود معنای مثبت و جدیدی را در زندگی کشف کند (Godrati & els, 2010). به نقل از (Miller & Min, 1999).

کاهش افسردگی در نوجوانان و کشف معنا با کمک گرفتن از عوامل زیر امکان‌پذیر است: ۱. ایجاد رابطه‌ی درمانی ۲. ایجاد بینش از طریق موردتوجه قرار دادن هویت، ارزش‌ها و اهداف ۳. قالب‌بندی مجدد افسردگی ۴. کشف معنا در افسردگی ۵. دنبال کردن آن معنا. البته هدف معنادرمانی لزوماً کاهش افسردگی نیست، بلکه معنادرمانی خواهان پیدا کردن معنا و دنبال کردن آن است. هنگامی نوجوانان از ارزش‌های خودآگاهی کامل نداشته باشند و یا این که در جهت مخالف با ارزش‌های خود قدم بردارند دچار افسردگی و دیگر اختلالات روانی می‌شوند (Blair, 2004).

در پایان می‌توان نتیجه گرفت درمان گروهی بر مبنای دیدگاه فرانکل برافزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های (Sunheechoo, 2008)،

(Godrati & els, 2010)، (Afkhamrezaie, 2008)، (Ghanbarizarandi, 2008)، (Fakhar, 2006) همخوانی دارد. در این باره می‌توان گفت برای افزایش سلامت روان باید به تمامی ابعاد وجود که طبق گفته‌ی فرانکل شامل بدن، فکر و روح است توجه کرد. یکی از علل کاهش سلامت روانی افراد، نداشتن معنا در زندگی و نپذیرفتن مسئولیت می‌باشد؛ بنابراین اگر شخص در موقعیتی قرار گیرد که نتواند شرایط را تغییر دهد، می‌تواند نگرش خود نسبت به وضعیت را تغییر دهد که این کار نوعی متعالی کردن خود از رهگذر معنایابی است به‌خصوص هنگامی که رنج کشیدن اجتناب‌ناپذیر باشد.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش دانش‌آموزان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند سختی دوران تحصیل و دوری از خانواده به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل معنادرمانی با ارائه روش‌های خاص باعث افزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی شد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان عنوان کرد که انسان واکنش خود را برابر رنج‌ها، سختی‌های ناخواسته و شرایط محیطی، خود انتخاب می‌کند و هیچ‌کس را جز خود او یارای آن نیست که این حق را از او بازستاند. آنچه انسان را از پای درمی‌آورد رنج‌ها و سرنوشت نامطلوب نیست بلکه بی‌معنا شدن زندگی است. معنا تنها در شادمانی و خوشی نیست بلکه در رنج و سختی هم می‌توان معنایی یافت. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دم زندگی معنا خواهد داشت.

پس می‌توان گفت معنای زندگی امری مشروط نیست؛ زیرا معنای زندگی می‌تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد. Frankel (۱۹۶۷) در نگرش خود به سلامت روان، بر اراده‌ی معطوف به معنا تأکید عمده دارد. در نظام فکری تنها یک انگیزش بنیادی وجود دارد: اراده‌ی معطوف به معنا، چنان نیرومند است که می‌تواند همه‌ی انگیزش‌های دیگر انسان را تحت‌الشعاع قرار دهد. اراده‌ی معطوف به معنا برای سلامت روان حیاتی است و در اوضاع و شرایط حاد حداقل برای بقا ضروری است (Frankel, 1967 ترجمه‌ی ۲۰۰۶، Maarefi). علی‌رغم نگرانی Frankel (۱۹۹۲)، از این که ممکن است انسان‌ها در زندگی توجهی به معانی معنوی نکنند و در محدوده‌ی ارزش‌های مادی بمانند، می‌توان با برگزاری جلسات تعریف‌شده‌ای با تغییر معنای زندگی، سطح سلامت آن‌ها را تغییر داد (Afkhamrezaie, 2008).

به نقل از (Frankel, 1992) چون بعد معنوی انسان از طریق تعالی نیز قابل حصول است مردم از این طریق از محدوده‌ی خویشتن زیست‌شناختی و روان‌شناختی فراتر می‌روند و صاحب ارزش‌های خاصی

می‌شوند و معنای زندگی خویش را درمی‌یابند و با تعالی نفس می‌توانند خویشتن حقیقی خود را دریابند. موضوعی که از نظر May & Yalom (۱۹۸۹)، در شکل‌های گروهی درمان بیشتر اتفاق می‌افتد. چون در طی درمان گروهی انسان‌ها به زندگی که سفر طولانی خودکاوی است متعهد می‌شوند (Afkhamrezaie, 2008 به نقل از Corey, 1990). در پایان این نتیجه‌ی کلی استنباط می‌شود که افراد نمونه با آموزش روش معنادرمانی توانستند معنا را در درون خود کشف کنند و امید، انگیزه و سلامت روان آنان افزایش یابد و در برخورد با چالش‌ها به‌طور مسئولانه عمل نمایند.

منابع

- افخم رضایی، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقا سلامت روان. اندیشه و رفتار. ۴، ۳، ۶۹-۷۸.
- پورابراهیم، تقی. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه مشاوره گروهی معنادرمانی با مشاوره فردی چندالگوی بر کاهش افسردگی سالمندان آسایشگاه‌های تهران. پایان‌نامه دکترای مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی.
- رسولی، مریم. یغمایی، فریده؛ و علوی مجد، حمید. (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی (مقیاس امیدواری نوجوانان) در نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی. فصلنامه پایش. ۲، ۹، ۱۹۷-۲۰۴.
- رضایی، هما. (۱۳۸۷). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی در افسردگی بیماران MS. پژوهش‌نامه تربیتی دانشگاه آزاد بروجرد. ۱۶، ۵۳-۷۱.
- رودینی، بالقیس. (۱۳۸۵). بررسی سودمندی معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان مبتلا به ویروس HIV. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه خاتم.
- شولتر، دوان. (۱۳۸۴). روان‌شناسی کمال. ترجمه گیتی خوشدل. چاپ سوم. تهران: پیکان.
- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمون‌های سلامت روان. چاپ هفتم. تهران: بعثت.
- فخار، فرشاد. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افزایش سطح سلامت روان زنان سالمند. مجله سالمندی ایران. ۷، ۳، ۵۸-۶۷.
- فرانکل، ویکتور. (۱۳۸۶). انسان در جستجوی معنا. ترجمه اکبر معارفی. چاپ هشتم. تهران: دانشگاه تهران.
- قدرتی، سیما. تبریزی، مصطفی و اسماعیلی، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل بر افزایش سلامت عمومی بیماران MS. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. تابستان ۸۹، ۳۴، ۹، ۲۵-۷.
- قنبری‌زرنندی، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقا سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. مجله علمی-پژوهشی تحقیقات زنان. زمستان ۱۳۸۷، ۴، ۳، ۵۷-۶۶.
- گرفمی، هاجر. (۱۳۸۸). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. اندیشه و رفتار. ۱۳، ۴، ۳۵-۴۲.

- مسعودزاده، عباس. خلیلیان، علیرضا. اشرفی، مهسا. کیمیایی، کامران. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی شهر ساری سال تحصیلی ۸۱-۸۲. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۴، ۴۵، ۸۲-۷۴.
- منصور، لادن. ملاشریفی، شیدا. وخشور، حسن. (۱۳۸۸). ساخت پرسش نامه سازگاری خوابگاهی و هنجاریابی آن در مورد دانشجویان دانشگاه های شهر تهران. *تازه ها و پژوهش های مشاوره*. ۸، ۲۹، ۷۵-۶۶.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۸). *بهداشت روانی*. چاپ سوم. تهران: قومس.
- هدایتی، ناجی. (۱۳۸۵). *اثربخشی مشاوره گروهی به روش معنا درمانی فرانکل بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۳-۱۸ سال هنرستان آزادگان سقز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- یوسفی، ناصر. اعتمادی، عذرا. بهرامی، فاطمه. فاتحی زاده، مریم السادات. احمدی، سیداحمد. ماورانی، عبدالعزیز. عیسی نژاد، امید. بطلانی، سعید. (۱۳۸۸). *اثربخشی معنادرمانگری و گشتالت درمانگری در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری*. فصلنامه روانشناسان ایرانی. ۵، ۱۹، ۲۵۹-۲۵۱.
- Afkhamrezai, Z. (2008). Group logotherapy on mental health promotion effectiveness. *Journal of Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 3(9), 69-78.
- Pouribrahim, T. (2006). Comparison of two methods of group counseling with individual counseling Logotherapy a model of depression in elderly nursing home in Tehran. Consultation PhD thesis. Allame Tabatabaei University.
- Rasouli, M. Yaghmaii, F. Allavimajd, H. (2010) Psychology Features (measuring youth hopefully) Adolescents who living in boarding houses. *Journal of Payesh*. 2, 197-204.
- Rezai, H. (2008). Effectiveness group logo therapy in depressed MS patient. *Educative bulletin of Brojerd Azad University*. 16, 53-71.
- Rodiny, B. (2006). Survey usefulness of group logotherapy in improving mental health in men who suffering to HIV virus. Master thesis. Tehran, Khatem University.
- Schultz D. (1997). *Perfection psychology*. Translated by Gity Khoshdel, (2005).3, Tehran: Peykan.
- Fathiashtiany, A. (2009). *Mental health Tests*. 7, Tehran: Be'sat.
- Fakhar, F. (2008). Checking the effect of group counseling with the approach of logo therapy on the increase level of mental health in older women. *Iranian Journal of Ageing*. 3(7), 58-67.
- Frankel, V. (1967). *Man's in searching of meaning*. Translated by Akbar Moarefy. 2007. 8, Tehran: Tehran University.
- Ghodrati. S. Tabrizi, M. Esmaili, M. (2010). Checking Effectiveness of group therapy based on Frankel's viewpoint on the rising public health of MS patient. *Journal of Counseling Research & Developments*. Summer 2010. 9(34), 7-25.
- Ghanbarizarandi, Z. (2008). Effectiveness of group counseling with the approach of logo therapy on upgrade the public health of women who affected of earthquake. *Scientific-research of women study magazine*. Winter 2008. 4, 57-66.
- Garfami, H. (2009). Effectiveness of group logotherapy on reduces symptoms of mental health problem in women with breast concern. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(13), 35-42.

- Masoudzadeh, A. Khalilian, A. Ashrafy, M. Kimiabeigi, K. (2004). Checking mental health education of high school student in Sari city academic year 2002-2003. *The Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 14(45). 74-82.
- Mansour. L. Molashardifi, S. Vekhshor, H. (2009). Create Questionnaire of dorm compatibility and Normalization that about the students of Tehran's Universities. *Journal of Counseling Research & Developments*. 8(29). 66-75.
- Milanifar, B. (1999). Mental health. 3. Tehran: Ghomes.
- Hedaiaty. N. (2006). Effectiveness of group counseling by the Frankel logotherapy method on decreasing disappointment in teenager on the ages between 13-18 in Saez Azadegan School. Master thesis, Allame Tabatabay University.
- Yusefi. N. Etemadi, O. Bahrani, F. Fatehizadeh, M. Ahmadi, A. Mavarani, A. Isanejad, O. Botlani, S. (2009). Effectiveness of logotherapy and gestalt therapy in treating anxiety, depression and aggression. *Journal of Iranian psychology*. 5(19). 251-259.
- Alfried, L. Britt, M. Syke. S. (2006) Victor frankl advocate for humanity: on his 100 birthday. *The Journal of humanistic Psychology*. 46, 36- 47.
- Blair, r. g. (2004) Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of mental health counseling*. 26(4), 333- 347.
- Dzurillas, T. Nezu, A. (1999) Problem Solving therapy: *A Social Competence approach to Clinical intervention*. New York. Springer. 153-167.
- Fisher, S. Hood, B. (1988) Vulnerability factors in the transition to university: self report mobility history and differences factors of Psychological disturbance. *British Journal of Psychology*. 79, 309- 320.
- Hutzell, R. R. Mary, E. J. (1990) The use of Logotherapy technique in the treatment of multiple personality disorder. *dissociation*. 3 (2), 88-93.
- Nagata, K. (2003) A Study of Logotherapy for clinic low back pain patient. *Psychiatry*. 105, 88-100.
- Pavel, G. Somov, R. (2007) Meaning of life group. Group application of Logotherapy for substance use treatment. *Journal for specialist in group work*. 32, 316- 331.
- Robert, Clifford, Adram, (1998) Prevalence of Psychopatology among children and adolescents. *AMJ Psychiatry*. 715- 725.
- Saunders, T. (1996) the effect of stress inoculation training on anxiety and reformance. *Journal of occupational health Psychology*. 1, 190- 207.
- Schulenberg, S. E. (2002) Logotherapy and conduct disorder. *The international Journal for Logotherapy*. 25, 52- 67.
- Simsek, Z. Erol, N. Oztop. Muner, K. (2007) prevalence and predictor of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community control. *Chidren and youth services Review*. article in press. 251-272.
- Sunhee, c. (2008) Effect of Logo autobiography program on meaning in life and mental health in the wives of alcoholics association researcher institute of Nursing science. Seoul National university, Seoul Korea. *Asian nursing research*. 2(2), 129-139.



استناد به این مقاله: لامعی، بی بی عفت؛ سپهری شاملو، زهره؛ آقا محمدیان شهرباف، حمیدرضا (۱۳۹۳). بررسی ارتباط ساختار انگیزشی و اهمال کاری تحصیلی در دانشجویان کارشناسی شاهد دانشگاه فردوسی مشهد. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۵۵-۷۰.

بررسی ارتباط ساختار انگیزشی و اهمال کاری تحصیلی در دانشجویان کارشناسی شاهد دانشگاه فردوسی مشهد

بی بی عفت لامعی^۱، زهره سپهری شاملو^۲، آقا محمدیان شهرباف^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۶/۸ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲

چکیده

اهمال کاری تحصیلی از پیشرفت دانشجویان جلوگیری می کند و ممکن است پیامدهای نامطلوب و جبران ناپذیری به دنبال داشته باشد. تحقیقات پیشین نشان دادند که ساختار انگیزشی غیر انطباقی، نقش اساسی در رفتارهای نامناسب مانند به تأخیر انداختن انجام تکالیف، ایفا می کند. پژوهش حاضر باهدف بررسی ساختار انگیزشی و اهمال کاری تحصیلی در دانشجویان کارشناسی شاهد دانشگاه فردوسی مشهد انجام شد. ۹۷ (۴۷٪ مرد، $M=21, SD=1/3$) نفر از دانشجویان کارشناسی شاهد دانشگاه فردوسی به صورت نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه در پژوهش شرکت و پرسشنامه های فرم دموگراتیک دانشجویان، پرسشنامه اهداف شخصی (PCI)، پرسشنامه احساس کنترل (SCI)، پرسشنامه اهمال کاری تحصیلی (PASS) را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که الف) افزایش میزان متغیرهای پیش بین سن و احساس کنترل منفی اهمال کاری تحصیلی را افزایش می دهد و افزایش میزان متغیرهای پیش بین احساس کنترل مثبت و انگیزش انطباقی اهمال کاری تحصیلی را کاهش می دهد. ب) بین ساختار انگیزشی انطباقی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد یعنی ساختار انگیزشی انطباقی بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد مؤثر است. ج) بین احساس کنترل مثبت و ساختار انگیزشی انطباقی دانشجویان رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد؛ یعنی هرچه احساس کنترل مثبت دانشجویان بیشتر باشد پیشرفت تحصیلی آنها نیز بیشتر است. د) بین احساس کنترل عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد یعنی احساس کنترل عمومی بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان مؤثر است؛ و ذ) بین ساختار انگیزشی انطباقی و اهمال کاری تحصیلی دانشجویان رابطه معنادار و معکوس (منفی) وجود دارد یعنی ساختار انگیزشی سازگار باعث کاهش اهمال کاری تحصیلی در دانشجویان می شود.

کلیدواژه ها: ساختار انگیزشی، اهمال کاری تحصیلی، پیشرفت تحصیلی، احساس کنترل

^۱ کارشناس ارشد دانشگاه فردوسی مشهد lamei.e25@gmail.com

^۲ عضو هیات علمی دانشگاه فردوسی مشهد

^۳ عضو هیات علمی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

دانشگاه‌ها هر ساله تعداد قابل‌توجهی از جمعیت جوان را جذب می‌کنند و طی زمان معینی موظف‌اند توانمندی‌های علمی و عملی این اشخاص را پرورش داده و در نهایت نیروهای آموزش‌دیده را در اختیار جامعه قرار دهند. دوره تحصیلی دانشگاهی به واسطه حضور عوامل متعدد، دوره‌ای فشارزا است. با توجه به اینکه دانشجویان با شیوه‌های جدید آموزشی و تقاضاهای غیرقابل‌پیش‌بینی در این مقطع مواجه می‌شوند و با توجه به اینکه اطلاعات و آمادگی‌های لازم برای این مواجهه را در خود نمی‌بینند، احتمالاً احساس کنترل‌شان تضعیف شده و نمی‌توانند خود را با محیط سازگار نمایند و گاه این شرایط باعث می‌شود تا در معرض اهمال‌کاری تحصیلی قرار گرفته و از دستیابی به اهدافشان که یکی از مهم‌ترین هدف‌ها، موفقیت تحصیلی است بازمانند (Niemi & Vainiomaki, 1999).

درواقع اهمال‌کاری به این معنا است که فرد تصمیم به انجام کاری دارد که در آینده می‌تواند برایش نتایجی در برداشته باشد اما بدون دلیل به بعد و زمانی دیگر موکول می‌کند (Elli & Jamesnal, 2009). اهمال‌کاری تحصیلی از پیشرفت دانشجو جلوگیری می‌کند و ممکن است پیامدهای نامطلوب و جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد. در یک فرا تحقیق که در زمینه اهمال‌کاری تحصیلی در کشور هلند انجام شده است، بر روی ۱۲۰ مقاله و پایان‌نامه (با تجزیه و تحلیل) متغیرهای اثرگذار در این زمینه را طبقه‌بندی نموده که مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز برای آن اضطراب، خصوصیات شخصیتی، ترس از شکست و نداشتن انگیزه کافی بود (Eerde, 2003).

بدیهی است دانشجویانی که برای تحصیل خود انگیزه و اهداف مناسبی را در نظر می‌گیرند موفقیت بیشتری را تجربه خواهند کرد، داشتن هدف مناسب موجب می‌شود که دانشجو برای رسیدن به آن برنامه‌ریزی کند و در جهت از قبل تعیین شده حرکت نماید (Beyabanghard, 1997). در حقیقت هدف یک انگیزه خاص است (چیزهایی که شخص برای تغییر خلقی پیش‌بینی می‌کند)، که فرد به پیگیری آن متعهد می‌شود. هر هدف، یک انگیزه است اما هر انگیزه‌ای یک هدف نیست. به عنوان مثال، فردی ممکن است پیش‌بینی کند که رهایی از یک ازدواج ناموفق، احساس منفی او را کاهش خواهد داد، ولی به دلایل مالی و اخلاقی به انجام این کار متعهد نشود.

طبق دیدگاه Cox & Klinger (۲۰۰۳) اهداف نقش کلیدی در زندگی بشر ایفا می‌کنند و انجام هر کاری در زندگی مستلزم انتخاب و تعقیب یک هدف است. افرادی که باور دارند که به اهدافشان خواهند رسید، نسبت به افرادی که چنین باوری ندارند، معمولاً شادی و رضایت بیشتری از زندگی خود

دارند. از آنجایی که تعیین و تعقیب اهداف اهمیت بسیاری در تنظیم عاطفی و بهزیستی افراد دارد، بسیار مهم است که عوامل مؤثر در دستیابی به اهداف تعیین و مشخص شود، در این میان دو عامل از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند که عبارت‌اند از: الف) کیفیت اهداف (اشتیاقی یا اجتنابی) که فرد برای رسیدن به آن تلاش می‌کند، ب) ماهیت حالات انگیزشی فرد که با تعقیب هدف همراه می‌شود و زمانی که هدف توسط فرد انتخاب می‌شود حالات انگیزشی فرد بر روی فرایند تلاش جهت دستیابی و رسیدن به هدف تأثیر می‌گذارد (Klinger, 1996).

بنابراین دستیابی به اهداف و رضایت از زندگی تحت تأثیر جهت‌گزینی انگیزشی^۱ قرار دارد، در مقایسه با آن‌هایی که انگیزه‌های درونی^۲ (دنبال کردن هدف به خاطر خود آن هدف) دارند، کسانی که به واسطه‌ی انگیزه‌های بیرونی^۳ (هدف از آن رسیدن به هدف دیگر است) انگیزه شده‌اند، تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌های هدف‌جویانه‌شان را بیشتر به دیگران نسبت می‌دهند تا به خود، از فعالیت‌های خود کمتر لذت برده (Simons, Dewitte & Lens, 2000)؛ در برابر ناامیدی مقاومت کمتری داشته (Bandura, 1982; Shields, 1997) و در معرض آسیب‌پذیری بیشتری برای ابتلا به مشکلات انگیزشی (Peterson, 1993) و هیجانی (Stipek, 1997) قرار دارند. در نتیجه کسانی که جهت‌گزینی بیرونی دارند، شانس کمتری برای رسیدن به اهدافشان دارند و احتمالاً در زمینه تحصیل نیز بیشتر گرفتار اهمال‌کاری تحصیلی می‌شوند. از دیدگاه انگیزشی اهمال‌کاری به دلیل تنبلی یا بی‌انگیزه بودن صورت نمی‌پذیرد، بلکه از آن جهت صورت می‌گیرد که افراد اهمال‌کار علاقه‌مند به فعالیت‌های دیگری غیر از تکلیفی که برای آن‌ها در نظر گرفته شده می‌باشند.

این فعالیت‌ها معمولاً مواردی چون اوقات فراغت، لذت بردن از ارتباطات اجتماعی، تماشای کردن تلویزیون و کار با اینترنت را در برمی‌گیرد. روانشناسان و مشاورینی که این دیدگاه را پذیرفته‌اند، معمولاً به ادراک زمینه کامل رفتار موردنظر گرایش دارند، آن‌ها به این زمینه به عنوان موقعیت انتخاب هر نوع فکر یا فشار انگیزشی معین توجه می‌نمایند. در حقیقت اهمال‌کاری در یک موقعیت تحصیلی به این معنا است که فشار انگیزشی مطالعه کمتر از فشار انگیزشی سایر افکار در آن موقعیت می‌باشد و نتیجه این فرایند، رفتار تأخیری در زمینه مطالعه است (Schouwenburg, Lay & Ferrari, 2004).

^۱.Motivational orientation

^۲.Intrinsic motivations

^۳.Extrinsic motivations

Walters (۲۰۰۳)، اهمال‌کاری تحصیلی را شکست در انجام فعالیت‌های درسی در چارچوب زمان خواسته‌شده یا به عقب انداختن فعالیت تا آخرین دقیق که فرد گرایش به کامل کردن آن پیدا می‌کند، تعریف کرده است. همچنین، Ferrari (۱۹۹۵)، نیز اهمال‌کاری تحصیلی را تمایل غالب و همیشگی فراگیران برای به تعویق انداختن فعالیت‌های تحصیلی که تقریباً همیشه با اضطراب همراه است، تعریف نموده است. مانند به تعویق انداختن مطالعه دروس تا شب امتحان که شتاب و اضطراب ناشی از آن گریبان گیر دانشجویان می‌شود و عملکرد تحصیلی آن‌ها را مختل می‌کند، به‌طوری‌که مشاهده می‌شود فرد از تلاش دست برداشته و تکالیف را رها می‌کند (Koosary, 2011). اهمال‌کاری تحصیلی معمولاً در فعالیت‌های تحصیلی و درسی، مانند آماده شدن برای امتحان، انجام دادن تکالیف منزل و نوشتن مقاله‌های درسی نمایان می‌شود (Migram, 2000 Beck, Koons). اهمال‌کاری در انجام تکالیف تحصیلی بر یادگیری و موفقیت تحصیلی تأثیر منفی می‌گذارد. تأخیر در شروع یادگیری و انجام دادن تکالیف باعث خواهد شد که فرصت‌های مناسب یادگیری ازدست‌رفته و مجبور شویم که تکالیف را در زمانی نامناسب و حتی محدود انجام دهیم که این امر در فرآیند یادگیری خلل زیادی ایجاد می‌کند به‌طوری‌که معمولاً تکالیف به‌درستی و با دقت انجام نمی‌گیرد. بنابراین باعث می‌شود که کارهایمان را همراه با ارتکاب اشتباهات فراوان انجام داده و این اشتباهات احتمال موفقیت ما را کاهش دهند. اهمال‌کاری باعث می‌شود که نتوانیم خود را برای امتحان آماده کنیم چنان‌که بسیاری از دانشجویان مطالعه درس‌های خود را، مکرر به تعویق می‌اندازند و در نتیجه مجبور می‌شوند، شب امتحان مطالب بسیار زیادی را در زمانی محدود مطالعه کنند و با آمادگی نه‌چندان مناسب در جلسه امتحان حاضر شوند (Jookar & Delavar, 2007).

اهمال‌کاری تحصیلی از نظر فراوانی و شدت، بین همه دانشجویان یکسان نیست. برخی از فراگیران، فقط در برخی تکالیف تحصیلی اهمال‌کاری می‌کنند اما برخی دیگر در بسیاری از تکالیف تحصیلی اهمال‌کاری می‌کنند (Day, Mensink, OSullivan, 2000). Steel (۲۰۰۲)، در پژوهشی ۵۳ درصد دانشجویان را اهمال‌کار اعلام کرد. همچنین در پژوهشی که بر روی دانش آموزان سال دوم دبیرستان شهر اهواز، در ایران انجام گرفت، میزان شیوع اهمال‌کاری تحصیلی در میان دانش آموزان این مقطع را ۱۵ درصد اعلام کردند (Shahenei, 2006). پژوهش Hoover (۲۰۰۵)، نشان داد که اهمال‌کاری تحصیلی با افسردگی و اضطراب بالا، عزت‌نفس پایین، خودکارآمدی پایین، اعتمادبه‌نفس پایین، کاهش سلامت و پیشرفت تحصیلی و شغلی پایین مرتبط است. همچنین در پژوهش دیگری Schouwenburg (۱۹۹۲)، نشان داد که دانشجویان با اهمال‌کاری تحصیلی بالا نسبت به دانشجویان با اهمال‌کاری تحصیلی پایین، در

افسردگی و اضطراب به طور معناداری نمرات بالاتر و در عزت نفس به طور معناداری نمرات پایین تر دارند (Koosary, 2011).

ساختار انگیزشی: اهداف فرد و شیوه های وابستگی به آن ها ساختار انگیزشی نامیده می شود که این ساختار می تواند انطباقی یا غیر انطباقی باشد. انگیزش انطباقی در دو بعد از انگیزش غیر انطباقی متمایز می شود (الف) نوع مشوق های انتخاب شده برای تعقیب هدف (ب) شیوه تعقیب هدف. شیوه تعقیب هدف به عواملی مانند دستیابی بودن یا اجتنابی بودن هدف، میزان کنترل، میزان اطلاعات، انتظار موفقیت در صورت تلاش، میزان خشنودی از دستیابی به هدف، تعهد و مدت زمان رسیدن به هدف بستگی دارد که در مجموع نوع ساختار انگیزشی فرد را تشکیل می دهد.

اهمال کاری تحصیلی: این نوع اهمال کاری شامل تمایل غالب و همیشگی دانشجویان برای به تعویق انداختن فعالیت های تحصیلی می شود که تقریباً همیشه با اضطراب همراه است. دانشجوی شاهد: دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد که پدر خود را در عرصه دفاع مقدس از دست داده یا آسیب دیده است و با استفاده از سهمیه شاهد در دانشگاه پذیرش شده است.

فرضیه اصلی

ساختار انگیزشی انطباقی و احساس کنترل می توانند به طور معنی داری اهمال کاری تحصیلی دانشجویان را پیش بینی کنند.

فرضیه های فرعی

- ۱- بین ساختار انگیزشی انطباقی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد رابطه معناداری وجود دارد.
- ۲- بین ساختار انگیزشی انطباقی و احساس کنترل مثبت دانشجویان شاهد رابطه معناداری وجود دارد.
- ۳- بین احساس کنترل عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد رابطه معناداری وجود دارد.
- ۴- بین ساختار انگیزشی انطباقی و اهمال کاری تحصیلی دانشجویان شاهد رابطه معناداری وجود دارد.

روش و ابزار پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیق توصیفی-مقایسه ای است. آزمودنی ها شرکت کنندگان همایش سالانه دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه فردوسی مشهد بودند که در مقطع کارشناسی تحصیل می کردند. تعداد صد عدد پرسشنامه در اختیار صد نفر از دانشجویان داوطلب شرکت در این مطالعه، قرار گرفت که پس از

حذف سه پرسشنامه‌ی مخدوش، تعداد آزمودنی‌ها به ۹۷ نفر (۴۷٪ مرد) تقلیل یافت، دامنه سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۲۴ سال متغیر بود.

توان تحلیل برای تعیین حجم نمونه موردنیاز در مطالعه اول انجام شد که میزان اندازه اثر (ES) در حد بزرگ محاسبه شده ($F^2=0/35$) با توجه به اینکه بررسی پیشرفت تحصیلی با ساختار انگیزشی در یک نمونه ایرانی موردبررسی قرار گرفته، ES در حد متوسط ($F^2=0/14$) در نظر گرفته شد؛ با استفاده از برنامه G*power سطح معناداری $0/05/95$ ، Power= تعداد متغیرها $K=3$ ، تعداد ۷۵ نفر به عنوان حجم نمونه برای مطالعه اول محاسبه شد.

شایان ذکر است که جی پاور یک برنامه نرم‌افزاری است. این برنامه با فراهم آوردن مسیر مشخص برای برآورد حجم نمونه از فرمول‌های ارائه شده توسط Cohen (۱۹۹۲) برای تحلیل توان استفاده می‌کند. سهولت و دقت برنامه با انتخاب نوع پژوهش (همبستگی در برابر مقایسه) محاسبه اندازه اثر، تعیین تعداد گروه‌ها، متغیرها، سطح معنی‌داری و حتی محاسبه پیش یا پس‌آزمون تحلیل توان، این برنامه را موردپذیرش و استفاده گسترده محققان علوم انسانی و روان‌شناسی کرده است.

ابزار گردآوری داده‌ها

۱. فرم دموگراتیک دانشجویان: این فرم شامل وضعیت تحصیلی، وضعیت تأهل و محل سکونت دانشجو، می‌باشد.

۲. پرسشنامه اهداف شخصی^۱ (PCI): این پرسشنامه فرم خلاصه شده پرسشنامه ساختار انگیزشی (MSQ)^۱ است. PCI در ساختار و مفهوم بسیار شبیه MSQ است. هدف MSQ مشخص کردن اهداف جاری آزمودنی‌ها و شیوه‌ای که آن‌ها تلاش می‌کنند به اهدافشان دست یابند یا دغدغه‌هایشان را حل کنند، می‌باشد. در PCI برخلاف MSQ از آزمودنی‌ها خواسته نمی‌شود که محتوای اهدافشان را توصیف کنند بلکه تنها از افراد خواسته می‌شود تا درباره مهم‌ترین اهدافشان در هریک از حیطه‌های زندگی فکر کنند و مهم‌ترین اهداف زندگی خود را فهرست کنند. ده حیطه مختلف پرسشنامه عبارت‌اند از: ۱) خانه و خانه‌داری؛ ۲) مسائل مالی، اقتصادی و شغلی؛ ۳) روابط با خانواده، همسر و بستگان؛ ۴) اوقات فراغت و سرگرمی؛ ۵) عشق، صمیمیت و مسائل جنسی؛ ۶) سلامت و مسائل بهداشتی و پزشکی؛ ۷) تغییرات شخصی؛ ۸) مسائل آموزشی و تحصیلی؛ ۹) مسائل مذهبی و معنوی؛ ۱۰) مصرف سیگار و سایر موارد؛

^۱Motivational Structure Questionnaire

سپس از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا در مورد هر هدف، عوامل مختلفی را که در دستیابی به اهداف نقش دارد، درجه‌بندی کنند. این عوامل عبارت‌اند از: تعهد به هدف، احساس کنترل، اطلاعات لازم برای دستیابی به هدف، میزان خشنودی از دستیابی به هدف و میزان غمگینی از نرسیدن به هدف، مدت‌زمان لازم برای دستیابی به هدف و مشخص کردن این که هدف آن‌ها از نوع دستیابی است یا اجتنابی (Cox & Klinger, 2003). پس از تکمیل پرسشنامه، نیم‌رخ انگیزشی مراجع برای هر حیطه از زندگی یا برای کل حیطه‌های زندگی تهیه می‌شود. نسخه‌ی فارسی پرسشنامه دغدغه‌های شخصی بر روی گروهی از دانش‌آموزان دبیرستانی و والدین آن‌ها اجرا و برای آن پایایی^۱ مناسبی گزارش شده است (Sharbaf & Salehi, 2004).

Cox و Fadradi (۲۰۰۲) ثبات درونی مقیاس‌های PCI را با روش آلفای کرونباخ بر روی دو نمونه از دانشجویان عادی و دانشجویان الکلی محاسبه کردند نتایج نشان‌دهنده آلفای ۰/۷۷ برای دانشجویان عادی و ۷۵٪ برای دانشجویان الکلی بود. Soleymanian (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ مقیاس PCI در مورد یک نمونه ۱۵۸ نفری از دانشجویان را ۰/۷۳ گزارش کرده است که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است. در پژوهش مزبور ثبات درونی مقیاس‌های PCI بر روی نمونه ۱۲ نفری محاسبه شد که آلفای ۰/۷۸ را نشان داد. روایی^۲ هم روایی سازه است که طبق تحقیقاتی که انجام شده رضایت‌بخش می‌باشد (Cox & Klinger, 2003). در بررسی روان‌سنجی این پژوهش برای انجام تحلیل عاملی، مقدار شاخص KMO برابر با ۰/۵۵ و همچنین مقدار عددی شاخص x^2 در آزمون کرویت بارلت برابر با ۲۸۶/۵۷ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است که نشانگر کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی کلی در پرسشنامه اهداف شخصی است.

۳. پرسشنامه احساس کنترل: پرسشنامه احساس کنترل شاپیرو (Shapiro, 1994) احساس کنترل ادراک شده را اندازه‌گیری می‌کند. شامل ۱۶ آیتم است که در ۳ مقیاس کنترل نمره‌گذاری می‌شود (کلی، مثبت، منفی) که عبارت‌اند از الف) احساس کنترل عمومی (مقیاس ۱): عقاید فرد را راجع به توانایی برای به دست آوردن کنترل اندازه می‌گیرد. در این حوزه، حس کلی کنترل یک دیدگاه وسیع از احساس کنترل فرد ارائه می‌دهد، که از بخش‌های فرعی تشکیل شده است. ب) احساس مثبت کنترل (مقیاس ۲)، اعتقادی که فرد توان کنترل آینده را دارد و ج) احساس منفی کنترل (مقیاس ۳)، احساس فقدان کنترل در

^۱.Reliability

^۲.Validity

بخش‌هایی که قبلاً فرد تجربه کرده است. نمره‌گذاری به این صورت است که: مقیاس احساس کلی کنترل، توسط میانگین نمره پاسخ‌ها در احساس کنترل مثبت و نمره پاسخ‌ها در احساس کنترل منفی، محاسبه می‌شود. شاپیرو (1994)، ضریب پایایی بالایی را برای SCI گزارش کرده است.

تحقیق (Shapiro, Lester, 1990) نشان داد که آسیب‌شناسی روانی با فقدان کنترل همراه می‌شود، به‌عنوان مثال بیمارانی که مدت بستری آن‌ها در بیمارستان به طول می‌انجامد، به‌طور متوالی فقدان یا پایین بودن کنترل‌شان را بیش از حس کنترل مثبت منعکس می‌کردند. به‌علاوه، پژوهش Shapiro (1993) نشان داد که SCI می‌تواند گروه‌های بالینی و مردم نرمال را تمایز دهد (حساسیت) و می‌تواند گروه‌های بالینی متنوعی را تمیز دهد. اعتبار تشخیصی SCI آن را برای استفاده‌ی بالینی مناسب ساخته است.

شواهد روان‌سنجی قبلی از روایی و اعتبار SCI حمایت می‌کند (Shapiro, 1994). پایایی این پرسشنامه بر روی ۶۷ دانشجو نشان داده است که مقیاس‌های آن همسانی درونی دارند. مقیاس یک (احساس کنترل کلی) دارای همسانی درونی ۸۹٪ و پایایی باز آزمایی آن پس از ۵ هفته ۸۳٪ است، مقیاس دوم، همسانی درونی ۸۹٪ و پایایی باز آزمایی آن ۸۱٪ و این مقادیر برای مقیاس سوم به ترتیب ۷۰٪ و ۷۰٪ می‌باشد. این پرسشنامه روایی تشخیصی دارد، به‌طوری‌که در مطالعه‌ای توسط شاپیرو (۱۹۹۴) این نتیجه به دست آمد که مقیاس احساس کنترل کلی (مقیاس ۱) می‌تواند گروه نرمال را از گروه بیماران مرزی، افسرده و اختلال هراس و اضطراب منتشر تمایز دهد که روایی تشخیصی به ترتیب عبارت است از: ۸۳٪، ۹۸٪، ۹۲٪. این مقادیر در مقیاس ۲ (احساس کنترل مثبت) برابر با ۸۱٪، ۱۷٪، ۹۶٪ و ۰۳٪ / ۱٪ و در مقیاس ۳ (احساس کنترل منفی) ۵۷٪، ۰۲٪ / ۱٪، ۸۸٪، ۹۴٪ و ۱۰۹٪ می‌باشد. احساس کنترل کلی یا عمومی توسط میانگین احساس کنترل مثبت و احساس کنترل منفی محاسبه می‌شود.

۴. پرسشنامه اهمال‌کاری تحصیلی^۱ این پرسشنامه توسط Solomon و Rothblum (1984) برای بررسی اهمال‌کاری تحصیلی در سه حوزه‌ی آماده کردن تکالیف، آمادگی برای امتحان و تهیه گزارش نیم سالی، ساخته شده و شامل ۲۱ پرسش است. در مقابل هر پرسش، طیف ۴ گزینه‌ای از "به‌ندرت" تا "تقریباً همیشه" قرار داشت. افزون بر ۲۱ سؤال مذکور، ۶ سؤال (سؤال‌های ۱۹، ۲۶، ۲۷، ۷، ۱۸، ۸) برای سنجش دو ویژگی "احساس ناراحتی نسبت به اهمال‌کار بودن" و "تمایل به تغییر عادت اهمال‌کاری" در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است که بنا به پیشنهاد سازنده مقیاس، در محاسبه روایی و پایایی، این شش سؤال منظور نشدند.

^۱. Procrastination Assessment Scale-student

به منظور تعیین پایایی مقیاس ۲۱ سؤالی از ضریب آلفای کرونباخ و برای احراز روایی از روش تحلیل عاملی و همبستگی پرسش با نمره کلی استفاده شده است. در بررسی مقدماتی برای انجام تحلیل عاملی، مقدار شاخص KMO برابر با ۰/۸۸ و همچنین مقدار عددی شاخص X^2 در آزمون کرویت بارتلت برابر با ۲۱۵/۳۸ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است که نشانگر کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی کلی در پرسشنامه اهمال کاری است. ضریب پایایی آلفا کرونباخ مقیاس برابر ۰/۹۱ است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش را در سطح توصیفی و با استفاده از همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار دادیم. ابتدا به توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها می‌پردازیم. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۲۴ سال بود.

نتایج حاصل از بررسی توصیفی نمرات مربوط به احساس کنترل، ساختار انگیزشی و اهمال کاری تحصیلی در جدول شماره ۱-۳ آورده شده است.

جدول ۱-۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	۲۱/۰۴	۱/۳۱
معدل	۱۵/۳۴	۲/۰۲
احساس کنترل	۶۲/۶۸	۷/۷۹
احساس کنترل مثبت	۳۳/۷۴	۳۴/۵۲
احساس کنترل منفی	۲۸/۹۳	۲۹/۰۱
اهمال کاری	۸۶/۵۱	۹/۰۰۶
اهمال کاری مثبت	۴۸/۳۹	۴۷/۲۲۲
اهمال کاری منفی	۳۸/۱۲	۳۲/۷۵
ساختار انگیزشی کلی	۴۹۶/۱۵	۱۶/۱۱
ساختار انگیزشی انطباقی	۳۶۴/۱۱	۳۰/۹۳
ساختار انگیزشی غیر انطباقی	۱۳۲/۰۴	۱۷/۹۲

همان گونه که مشاهده می‌گردد میانگین انحراف استاندارد متغیرها در جدول ۱-۳ آمده‌اند.

جدول ۲-۳. همبستگی پیرسون بین متغیرها

۱- ساختار انگیزشی انطباقی					
۲- ساختار انگیزشی غیر انطباقی	۰/۴۶**				
۳- احساس کنترل مثبت	۰/۵۰**	۰/۱۹-			
۴- احساس کنترل منفی	۰/۰۲-	۰/۳۸	۰/۳۶*		
۵- احساس کنترل عمومی	۰/۰۴	۰/۳۵-	۰/۴۹**	۰/۶۳-	
۶- اهمال کاری تحصیلی	۰/۰۴-	۰/۴۹	۰/۱-	۰/۶۵	۰/۲۱-

با توجه به یافته‌های جدول ۲-۳ همبستگی متغیرهای مطالعه اول نشان داده شده است.

فرضیه اصلی: ساختار انگیزشی انطباقی و احساس کنترل می‌توانند به طور معنی داری اهمال کاری تحصیلی دانشجویان را پیش‌بینی کنند. به منظور پاسخگویی به فرضیه اصلی مطالعه اول، جهت بررسی رابطه بین ساختار انگیزشی انطباقی و احساس کنترل با اهمال کاری تحصیلی دانشجویان از رگرسیون استفاده شد. نتایج در جدول ۳-۳ آورده شده است. به منظور پیش‌بینی اهمال کاری تحصیلی دانشجویان بر اساس متغیرهای پیش‌بین ساختار انگیزشی انطباقی و احساس کنترل از رگرسیون با روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳-۳ آمده است.

جدول ۳-۳. نتایج تحلیل رگرسیونی برای اهمال کاری

خلاصه مدل		تحلیل واریانس	
روش	R	R ²	F
گام به گام	۰/۷۴	۰/۵۴	۲۵/۴۱
			Sig
			۰/۰۰

در الگوی رگرسیونی حاضر نشان داده شده است که متغیرهای پیش‌بین با ورود به معادله پیش‌بینی، ۵۴ درصد از اهمال کاری را تبیین می‌کند که این مقدار با ۹۹ درصد اطمینان معنی دار می‌باشد (۰/۰۰)، $F=25/41$ ، $p<0/001$. به منظور بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی اهمال کاری نقش معناداری دارند و با چه ضریبی اهمال کاری را پیش‌بینی می‌کنند از رگرسیون با روش گام به گام استفاده گردیده است که نتایج آن در جدول ۴-۳ ارائه شده است.

جدول ۴-۳. پیش‌بینی گام به گام اهمال کاری از روی مؤلفه‌های پیش‌بین

گام	متغیر	R	R ²	F	خطای انحراف معیار	B	دلتا R ²
۱	سن جنس	۰/۴۱	۰/۱۶	۴۱۴/۱	۰/۵۳۹	۰/۳۱۲* ۰/۰۱۵	-
۲	احساس کنترل مثبت احساس کنترل منفی	۰/۴۶	۰/۲۱	۲۸۱/۲۲	۰/۵۱۱	۰/۲۳* ۰/۲۲*	۰/۰۴

۰/۲۸	*-۰/۱۶	۰/۶۱۸	۱۴۴/۱۶	۰/۵۵	۰/۷۴	انگیزش انطباقی	۳
------	--------	-------	--------	------	------	----------------	---

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

به منظور پیش‌بینی اهمال‌کاری بر اساس متغیرهای پیش‌بین سن، جنسیت، احساس کنترل مثبت و منفی و انگیزش انطباقی از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. در گام اول متغیر سن و جنسیت با وارد شدن به معادله پیش‌بینی، به تنهایی ۰/۱۶ درصد از اهمال‌کاری را تبیین می‌کند که این مقدار در سطح $p<۰/۰۱$ معنی‌دار می‌باشد. در گام دوم متغیر احساس کنترل مثبت و منفی وارد معادله شده است که با وارد شدن این متغیر میزان ضریب تعیین از ۰/۱۶ به ۰/۲ افزایش یافت. در گام سوم با ورود متغیر انگیزش انطباقی به معادله پیش‌بینی، ضریب تعیین از ۰/۲ به ۰/۵۵ افزایش یافت. ضرایب استاندارد چهار متغیر از پنج متغیر پیش‌بین نشانگر یک رابطه معنادار بین سن، احساس کنترل مثبت و منفی و انگیزش انطباقی با اهمال‌کاری تحصیلی است؛ یعنی با افزایش میزان متغیر پیش‌بین سن و احساس کنترل منفی اهمال‌کاری افزایش می‌یابد و با افزایش میزان متغیرهای پیش‌بین احساس کنترل مثبت و انگیزش انطباقی اهمال‌کاری کاهش می‌یابد. در کل چهار متغیر پیش‌بین توانستند ۵۴ درصد از اهمال‌کاری تحصیلی را تبیین کنند.

فرضیه‌های فرعی

فرضیه‌های فرعی ۱: به منظور بررسی فرضیه‌های فرعی مطالعه اول، ابتدا جهت بررسی رابطه بین ساختار انگیزشی انطباقی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان از همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۳-۵ آورده شده است.

جدول ۳-۵ همبستگی بین ساختار انگیزشی انطباقی با پیشرفت تحصیلی و اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان

معدل اهمال‌کاری	R پیرسون	ساختار انگیزش انطباقی
-۰/۴	۰/۳۹	

$p<۰/۰۵$

همان‌طور که جدول ۳-۵ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر ساختار انگیزشی انطباقی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان ۰/۳۹ می‌باشد و سطح معنی‌داری آزمون (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ می‌توان نتیجه گرفت بین ساختار انگیزشی انطباقی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد. به بیان دیگر هرچه انگیزش فرد سازگارتر باشد و میزان ساختار انگیزشی بیشتر انطباقی باشد پیشرفت تحصیلی بیشتر است. ($r=۰/۳۹, p<۰/۰۵$)

فرضیه‌های فرعی ۲: بین ساختار انگیزشی انطباقی و احساس کنترل مثبت دانشجویان شاهد رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۳-۶. ضریب همبستگی پیرسون بین ساختار انگیزشی انطباقی، احساس کنترل عمومی، احساس کنترل مثبت و پیشرفت تحصیلی دانشجویان

همبستگی	احساس کنترل مثبت	پیشرفت تحصیلی
ساختار انگیزشی انطباقی	۰/۳۴۵	-
احساس کنترل عمومی	-	۰/۷۸۹

$p < 0/05$

همان‌طور که در جدول ۳-۶، مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر احساس کنترل مثبت و ساختار انگیزشی انطباقی دانشجویان شاهد، ۰/۳۴۵ می‌باشد که با توجه به این که سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۲۳ و کمتر از ۰/۰۵ است ($p < 0/05$)، با احتمال ۰/۹۵ نتیجه می‌گیریم که بین احساس کنترل مثبت و ساختار انگیزشی انطباقی دانشجویان رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد. به بیان دیگر هرچه احساس کنترل مثبت دانشجویان بیشتر باشد ساختار انگیزشی انطباقی آن‌ها نیز بیشتر است.

فرضیه‌های فرعی ۳: همچنین برای بررسی رابطه بین احساس کنترل عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد نیز از همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۳-۶ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۳-۶، مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر احساس کنترل و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد، ۰/۷۸۹ می‌باشد که با توجه به این که سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ و کمتر از ۰/۰۵ است ($p < 0/05$)، با احتمال ۰/۹۵ نتیجه می‌گیریم که بین احساس کنترل عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد. به بیان دیگر هرچه احساس کنترل عمومی دانشجویان بیشتر باشد پیشرفت تحصیلی آن‌ها نیز بیشتر است.

فرضیه‌های فرعی ۴: به منظور بررسی رابطه بین ساختار انگیزشی انطباقی و اهمال کاری تحصیلی دانشجویان نیز از همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۳-۵ آورده شده است.

همان‌طور که در جدول ۳-۵ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر ساختار انگیزشی انطباقی و اهمال کاری تحصیلی دانشجویان ۰/۴- می‌باشد و سطح معنی‌داری آزمون (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ می‌توان نتیجه گرفت بین ساختار انگیزشی انطباقی و اهمال کاری تحصیلی

دانشجویان رابطه معنادار و معکوس (منفی) وجود دارد. به عبارت دیگر هرچه انگیزش فرد سازگارتر باشد و میزان ساختار انگیزشی بیشتر انطباقی باشد اهمال کاری تحصیلی کمتر است ($I = -0.4$, $P < 0.05$).

بحث

هدف این مطالعه بررسی رابطه بین ساختار انگیزشی و احساس کنترل با اهمال کاری تحصیلی دانشجویان بود. نتایج به دست آمده نشان داد که الف) افزایش میزان متغیرهای پیش‌بین سن و احساس کنترل منفی اهمال کاری تحصیلی را افزایش می‌دهد و افزایش میزان متغیرهای پیش‌بین احساس کنترل مثبت و انگیزش انطباقی اهمال کاری تحصیلی را کاهش می‌دهد. این یافته با پژوهش‌های قبلی در همین زمینه همسو است (Jookar & Delavar, 2007; Eslamie, 2011).

به نظر محقق حاضر افزایش اهمال کاری با افزایش سن، دلیل فرهنگی دارد به این صورت که فرد با مشاهده افراد اهمال کاری که با ترفندهای مخصوص مثلاً تقلب نتیجه دلخواه می‌گیرند و حتی در کمال تأسف مورد تأیید اجتماع یا قسمتی از جامعه هم واقع می‌شوند، به اهمال کاری تشویق و ترغیب می‌شود. احساس کنترل مثبت و انگیزش انطباقی همان‌طور که انتظار می‌رفت، اهمال کاری تحصیلی را کاهش می‌دهد؛ ب) بین ساختار انگیزشی انطباقی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد یعنی ساختار انگیزشی انطباقی بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد مؤثر است. این یافته با پژوهش‌های قبلی در زمینه پیشرفت تحصیلی همسو است (Ames, 1992). به نظر می‌رسد یکی از عوامل فردی بسیار مهم در پیشرفت و یا افت تحصیلی انتخاب و داشتن هدف است، بدیهی است دانشجویانی که برای تحصیل خود اهداف مناسبی را در نظر می‌گیرند از آن‌هایی که هدف خاص و مناسبی را دنبال نمی‌کنند موفقیت بیشتری را تجربه خواهند کرد، داشتن هدف مناسب موجب می‌شود که دانشجو برای رسیدن به آن برنامه‌ریزی کند و با جهت از قبل تعیین شده حرکت نماید؛ ج) بین احساس کنترل مثبت و پیشرفت تحصیلی دانشجویان رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد؛ یعنی هرچه احساس کنترل مثبت دانشجویان بیشتر باشد پیشرفت تحصیلی آن‌ها نیز بیشتر است. این یافته با پژوهش‌های قبلی در همین زمینه همسو است (Ames, 1992; Watson, 2001؛ د) بین احساس کنترل عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد رابطه معنادار و مستقیم (مثبت) وجود دارد یعنی احساس کنترل عمومی بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان مؤثر است. این یافته نیز با پژوهش‌های قبلی در همین زمینه همسو است (Namiyan &

(Hoseencharry, 2011; Festher, 2002)؛ و ذ) بین ساختار انگیزشی انطباقی و اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان رابطه معنادار و معکوس (منفی) وجود دارد یعنی ساختار انگیزشی سازگار باعث کاهش اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان می‌شود. این یافته با پژوهش‌های قبلی در همین زمینه همسو می‌باشد (Jookar & Delavar, 2007; Hoope, 2011).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، نیاز به اجرای پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی درمان انگیزش-محور، در کاهش یا جلوگیری از اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان مطرح می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از هر دو گروه دانشجویان شاهد و دانشجویان عادی دعوت به همکاری شود که در این صورت امکان مقایسه میان این دو گروه نیز وجود خواهد داشت. انجام پژوهش‌هایی در مورد نقش سیستم آموزشی ایران در شکل‌گیری افراد اهمال‌کار نیز پیشنهاد می‌شود. پژوهش‌های بین فرهنگی در مورد شیوع اهمال‌کاری تحصیلی میان ایرانیان در مقایسه با دیگر کشورها (بررسی نقش متغیرهای فرهنگی) و دلایل آن نیز مطلوب به نظر می‌رسد. شایان‌ذکر است آزمودنی‌های این مطالعه همگی دانشجویان شاهد بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس و از میان دانشجویان شاهد مقطع کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد انتخاب شدند که بهتر است از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا معرف بهتری از جمعیت موردنظر باشد.

منابع

- الیس، البرت. ویلیام جیمز نال. (۱۳۸۸). روانشناسی اهمالکاری، غلبه بر تعلل ورزیدن. ترجمه محمدعلی فرجاد. تهران: نشر رشد.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۸). علل افت تحصیلی، تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان کشور.
- جوکار، بهرام. دلاورپور، محمد (۱۳۸۶). رابطه تعلل ورزی آموزشی با اهداف پیشرفت. مجله اندیشه‌های نوین تربیتی. پاییز و زمستان ۱۳۸۶.
- سلیمانیان، علی اکبر. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی و کارآمدی مشاوره انگیزشی نظام مند بر تعارض زناشویی، پایان‌نامه دکترا، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- شهنی ییلاق، منیژه. (۱۳۸۵). بررسی شیوع تعلل و تاثیر روشهای درمانی شناختی-رفتاری و مدیریت رفتار بر کاهش آن در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر اهواز، مجله علوم تربیتی و روانشناختی دانشگاه شهید چمران اهواز،

دوره ۳، ش ۳، سال ۱۳، صص ۱-۳۰.

عبدخدایی، محمد سعید؛ فاتحی، یونس و اسلامیان، حسن (۱۳۹۰). پیش بینی میزان اهمالکاری تحصیلی با توجه به باورهای فراشناختی در دانشجویان. اولین همایش یافته‌های علوم شناختی در تعلیم و تربیت، دانشگاه فردوسی مشهد، صص: ۶۱۸-۶۰۷.

کوثری، رجبعلی (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین اهمالکاری تحصیلی، نیاز پیشرفت و اضطراب امتحان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

نامیان، سارا؛ حسینچاری، مسعود (۱۳۹۰). تبیین اهمالکاری تحصیلی بر اساس باورهای مذهبی و هسته کنترل. دانشگاه شیراز. زیر چاپ

- Ames, C. (1992a). Classrooms. Goals, structures, and student motivation. *Journal of educational psychology*, 84(3), 261-271.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122-147.
- Beck, B. L. & Koons, S. R. Migram, D. L. (2000). Correlates and consequence behavioral procrastination: The effect of academic procrastination, self-consciousness, self-esteem, and self-handicapping. *Journal of social behavior and personality* 15, 3-13.
- Beyabangard, E. (1999). Causes of dropout, Tehran: Publications of parents and educators
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2003). *Handbook of motivational counseling: motivating people for change*, London, Wiley.
- Day, V., Mensink, D., & O'Sullivan, M. (2000). Patterns of academic procrastination. *Journal of College Reading and Learning*, 30, 120-134.
- Eerde. Van. Wendelien. Metaanalytically derived nomological Differences 35 (2003) 1401-1418 effects of active procrastination behavior on attitudes and performance curve analysis of academic Personality and Individual Differences, 38, 297-309.
- Ellis, Albert. William James null. (2009). *Ahmalkary psychology, overcoming procrastination fell*. Translated by Mohammad Ali Erudite. Tehran: Publication of Rooshd.
- Fadardi, S. J., Cox, W. M., & Klinger, E. (2006). Life enrichment and Advancement program (LEAP): A Self-Help manual for reducing your need to drink, unpublished manual, Bangor university.
- Ferrari, J. R. (1995). Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 143-156.
- Hoover, E. (2005). Tomorrow I Love Ya! *Chronicle of Higher Education*, 52(16), Retrieved December 9, 2008, from Academic Search Complete database.
- Hoppe, Christina S. (2011). Academic Procrastination as a Predictor of Explanatory Style in College Students. Thesis, mr. Educational Psychology. Carroll College.
- Jowkar, B. Delavarpour, M. (2007). Respect of procrastination with achievement goals. *Journal of Modern Education*. Autumn and winter 2007
- Klinger, E. (1996). The contents of thoughts: Interference and the downside of adaptive normal mechanisms in thought flow. In I. G. Sarason, B. R. (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings* (pp. 3-23). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Kothari, Rajab Ali (2011). brrsy Ahmalkary relationship between education and the need to develop and test anxiety. MA thesis, Ferdowsi University of Mashhad.
- Name, Sarah; Hsynchary, M. (2011). Explained on the basis of religious beliefs and core academic Ahmalkary control. Shiraz University. Not yet published.
- Niemi, P. M. & Vainiomaki, P. T. (1999). Medical students, academic distress, coping, and achievement strategies during the preclinical years. *Teaching in medicine*, 11(3), 123-135.
- Peterson, C. (1993). *Learned helplessness*. Oxford university press: New York.
- Pfister, T. (2002). The effect of self-monitoring on academic procrastination, self efficacy and achievement. The Florida state university college of Education. Florida
- Schouwenburg, H. C. (2004). Academic procrastination: Theoretical no-tions, measurement, and research. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the procrastinator in academic settings* (pp. 3-17). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, D. H. (1994). *Manual of the Shapiro control inventory (SCI)*. Palo Alto, CA: Behavior data, Inc.
- Shehni,y, M. (2006). Prevalence and delayed effects of cognitive-behavioral therapy and behavior management on reducing high school students in the city of Ahvaz, *Journal of Educational and Psychological Sciences*, Shahid Chamran University, Vol. 3, No. 3, Vol. 13, Ss1-30.
- Shields, K. (1997). The conflicts of learned helplessness in motivation. Retrieved form <http://ematusov.soe.udel.edu/final.paper/pub/-pwfsfp/00000062.htm>.
- Simons, J., Dewitte, S., & Lens, W. (2000). Wanting to have vs. wanting to be: the effect of perceived instrumentality on goal orientation. *British journal of psychology*, 91(3), 335-351.
- Soleymanian, AA. (2005). Evaluate the effectiveness and efficiency of systematic motivational counseling on marital conflict, PhD thesis, Tarbiat Moallem University, Tehran.
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 503-509.
- Steel, P. (2002). [Correlations of procrastination with the big five per-sonality traits]. Unpublished raw data.
- Stipek, D. (1997). *Motivation to learn: from theory to practice*. Englewood cliffs, New Jersey: prentice hall.
- Walters, C. A. (2003). Understanding procrastination from a self-regulated learning perspective. *Journal of Educational Psychology*, 95 (1), 179-185.
- Watson, D. C. (2001). Procrastination and the five factor model: A fact level analysis. *Personality and Individual Differences*. 30(1), 149-158.



استناد به این مقاله: یavند حسنی، اصغر؛ فرحبخش، کیومرث؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۷۱-۹۴

بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان

اصغر یavند حسنی، کیومرث فرحبخش، عبدالله شفیع آبادی^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۶/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۰

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان بود. برای دستیابی به این منظور از روش تحقیق نیمه تجربی با شمای طرح سه گروهی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده شد. جامعه تحقیق دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه منطقه سرود همدان بودند. با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R تعداد ۳۰ دانش‌آموز دارای اختلالات رفتاری مختلط انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در ۳ گروه ۱۰ نفری قرار گرفتند. با انتخاب تصادفی یک گروه به‌عنوان گروه کنترل و دو گروه دیگر به‌عنوان گروه آزمایشی، مداخله‌های قصه درمانی و درمان شناختی-رفتاری را دریافت نمودند. دو طرح درمانی برای مداخلات پی‌ریزی شده بود. برای درمان شناختی-رفتاری طرحی مبتنی بر طرح شناخت درمانی گروهی مایکل فری که با انجام تغییراتی طرح‌ریزی شده بود. طرح قصه درمانی، طرحی ترکیبی بر اساس روش گیل مورتون و روش دکتر برنز بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که در حالت کل هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری افسردگی، اضطراب، خصومت، فوییا، افکار پارانوئیدی، حساسیت در روابط متقابل، وسواس- اجبار و روان‌پریشی در سطح $P < 0/01$ مؤثر هستند. مقایسه جداگانه ابعاد مختلف نشان داد که قصه درمانی بر کاهش افسردگی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اختلال اضطراب و افسردگی در سطح $P < 0/05$ تأثیر مثبتی دارند.

کلیدواژه‌ها: قصه درمانی، درمان شناختی-رفتاری، اختلالات رفتاری

^۱. کارشناسی ارشد از دانشگاه علامه طباطبائی، asyavand@gmail.com

^۲. استاد دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

^۳. استاد دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

مقدمه

فرایند اختلالات رفتاری امروزه توجه متخصصان روان‌شناسی، مشاوران و صاحب‌نظران تعلیم و تربیت را بیش از پیش به خود اختصاص داده است. آنان معتقدند که در بین دانش‌آموزان عده‌ای وجود دارند که علی‌رغم برخورداری از هوش طبیعی و حتی بالاتر قادر به یادگیری مطالب آموزشی نیستند.

با مشخص شدن تأثیر مثبت کاربرد روانشناسی در برطرف کردن مشکلات یادگیری، علاقه روزافزون و فزاینده‌ای نسبت به کاربرد مشاوره و روان‌درمانی در کمک به کودکان و نوجوانان ایجاد شده است. Boor and Robert (۲۰۰۲) عقیده دارند که نقش‌های سنتی مشاوره که قبلاً توسط افراد غیرمتخصص به کار گرفته می‌شد، دیگر جایگاهی ندارند. اولیاء نیز واقف هستند که اگر حل مشکلات روانی فرزندان‌شان توسط افراد متخصص انجام گیرد، بهتر خواهد بود و از همه مهم‌تر این‌که نوجوانان نیز به حقوق خود مبنی بر استفاده از خدمات مشاوره‌ای آگاهی یافته‌اند.

اگر نگاهی به سال‌های گذشته بیندازیم، متوجه می‌شویم همانند روش‌های تدریس، مدل‌ها و نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی دچار دگرگونی و تغییر می‌شوند. رویکردهای سنتی مشاوره‌ای جای خود را به رویکردهایی جدی‌تر و کاراتر می‌دهند و تحقیقات در زمینه کشف مناسب‌ترین روش‌ها همچنان ادامه دارد. در زمینه رویکردهای مشاوره‌ای هدف از تحقیقات انتخاب رویکردها و روش‌هایی است که با کارایی بهتر، هزینه‌ها را کاهش دهد و با پایین آوردن تعداد جلسات، امر مشاوره را تسهیل بخشند.

مدل درمان شناختی-رفتاری (CBT)^۱ در مورد کودکان و نوجوانان در کنار توجه به اهمیت فرایندهای یادگیری و تأثیرگذاری الگوهای اجتماعی محیط زندگی به مرکزیت فرایند پردازش اطلاعات و تجربه احساسات در افراد اهمیت زیادی می‌دهد (Kendal, 2007).

با این توضیحات، اصطلاح ترکیب شناختی-رفتاری نشان‌دهنده ارتباط شناخت و رفتار متمرکز بر احساس و مراحل اجتماعی برای تغییر خواهد بود تحقیقات بر روی اضطراب کودکان و نوجوانان به عامل خود گوئی، علامت‌های تهدیدی در محیط و موازنه بین آن‌ها در کنار نتایج شناختی اشاره دارند. کاملاً مشخص شده است که کودکان مضطرب بر روی پردازش جنبه‌های تهدیدآمیز موقعیت‌ها متمرکز می‌شوند (Kendal, 2007). در این راستا آموزش روش آرام‌سازی و آموزش شناختی در کاهش علائم اضطراب نوجوانان نتیجه مثبتی دارد (Winterdyk, 2008). تمرکز برنامه درمانی Satrk & etal (۱۹۸۷) در مورد کودکان افسرده قبل از پرداختن به شناخت‌ها و فرآیندهای مهم، بر تقویت مثبت قرار دارد. کودکان

1. Cognitive-behavioral therapy.

وسواسی ارزیابی‌های کاذبی نسبت به احساس مسئولیت دارند. انتظارات فزاینده‌ای مبنی بر وقوع رویدادهای بد در کنار همجوشی فکر و عمل در آن‌ها دیده می‌شود (Stalard, 2005).

تحقیقات Whittal., Robichaud, Thordarson, & McLean (۲۰۰۸) و Alcázar & etal (۲۰۰۸) نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری در اختلال وسواس-اجبار کودکان تأثیر مثبتی دارد.

Sukolsky, & Kassinoe (۲۰۰۴) اعلام می‌کنند که کودکان دارای اختلال خصومت، واقعه را تهدیدآمیز، ترسناک و تحریک‌آمیز تفسیر می‌کنند. به این طریق هیجان خشم در آن‌ها به وجود می‌آید، اما باوجود استفاده از فنون آموزش مهارت‌های حل مسئله، مداخلات ترکیبی و دیگر فنون شناختی به کار گرفته‌شده، تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر درمان خصومت و پرخاشگری در حد متوسطی هست. Mosayebi Chenarbon (۲۰۰۷) در تحقیق خود به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان پسر متوسطه اشاره کرده است.

Beck (۱۹۷۶) بیان می‌کند که بیماران مبتلا به هیستری (جسمانی کردن)، بیماری خاصی را در ذهن خود تصور می‌کنند و از این تجربه حسی برای اثبات وجود آن بیماری کمک می‌گیرند. در کمک به این افراد Khodayari & Abedini (۲۰۰۴) فنون آموزش حل مسئله، برقراری ارتباط مؤثر، مقابله کارآمد و جرئت ورزی را مناسب اعلام کرده‌اند. Koronk & soyendel (۲۰۰۰) و Lesley & etal (۲۰۰۶) از تحقیقات خود نتیجه‌گیری می‌کنند که درمان شناختی-رفتاری علی‌رغم ناتوانی در رفع علائم فیزیکی در اختلال جسمانی کردن، می‌تواند فواید زیادی داشته باشد.

Beck (۱۹۷۶) بیان می‌کند که بیمار پارانویایی گمان می‌کند که دیگران به عمد از او سوءاستفاده می‌کنند و در حق او بی‌عدالتی می‌شود. مضمون اصلی اندیشه آن‌ها این است که حق با من است، دیگران اشتباه می‌کنند. Prochaska (۲۰۰۷) گزارش می‌دهند که ۲۰٪ از بیماران پارانویایی خیلی خوب به درمان شناختی-رفتاری جواب می‌دهند و ۴۰٪ رشد خوبی دارند. امیرپور (2009)، به اثربخشی تلفیق فنون شناختی-رفتاری کاهش اضطراب و دارودرمانی در درمان عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب بیماران مبتلا به روان‌پریشی، اشاره دارند.

تأکید درمان شناختی مستقیماً بر روی محتویات افکار و طرز فکر کردن بیماران روان ریش متمرکز است. نتیجه‌گیری اشتباه از امور و روش غلط در تصمیم‌گیری در کنار باورهای غیرمعمول (وهم و پندار) و پایه اسنادی نامناسب در کنار جلب توجه همراه با تخیلات در بیماران وجود دارد. در مورد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال روان‌پریشی تمام فرا تحلیل‌ها با احتیاط نتیجه‌گیری می‌کنند که

شواهد مثبت خوبی وجود دارند ولی قطعاً به تحقیقات درمانی دقیق‌تر و مقایسه‌ای بیشتر نیازمندیم (Turkington, 2008).

در روان‌شناسی از سه جنبه مختلف به "قصه" نگاه شده است: (۱) ابزار تشخیصی، (۲) ابزار آموزشی و (۳) به مثابه یک فن درمانی. کاربرد رویکرد قصه درمانی در مدارس با توجه بر هدف فوق می‌تواند نتایج خوبی به بار آورد. در این مورد به مسائل زیر اشاره می‌شود.

(۱) طرح آسان و غیرمستقیم مسائل به کودک و نوجوان و درگیر کردن نا هوشیار مراجع در امر یادگیری.

داستان به هر شکلی که بیان شود (مثل، فیلم، نمایشنامه، نظم)، در شنونده و خواننده اثری می‌گذارد که استدلال‌ات عقلی نمی‌توانند دارای چنان اثری باشند. از طرف دیگر انتخاب زبان قابل فهم متناسب با سطح شنونده از طریق داستان‌گویی راحت‌تر خواهد بود (Mahdavi, 2007).

در قصه درمانی عنصر مهمی که به قصه‌ها و تمثیل‌ها نیروی نفوذ و تأثیر می‌بخشد، عنصر "تطابق یابی" است. تطابق یابی یک فرآیند ناخودآگاه ذهنی است. وقتی بچه‌ها به داستانی گوش می‌دهند، آنچه را که می‌شنوند با خاطرات خود پیوند می‌دهند. آن‌ها می‌کوشند تا تجربیات فعلی از داستان را با وقایعی از گذشته خود در ذهن مرتبط کنند (Roshan, 1997).

(۲) یک وسیله ارزیابی در جهت کشف و تخلیه هیجانات در جریان مشاوره.

دانش‌آموزان آمیزه‌های بسیار پیچیده‌ای از احساسات و نظرات را در مورد روابط و تجربیات خود دارند. این پیچیدگی ممکن است طوری عمل کند که آن‌ها حتی در صورت تمایل به همکاری نیز موفق به بیان تجربیات خود نشوند. تحقیقات نشان می‌دهد که قصه‌گویی و قصه سازی، بازی با اسباب‌بازی، نمونه‌های کوچک اشیاء، وسایل و ابزار هنری در جلسه مشاوره باعث می‌شود که آمیزه‌های تلنبار شده رها شده و ذره‌ذره در اندازه‌های قابل مهار مورد بررسی قرار گیرند (Barvik, 2000).

آنچه در روان‌درمانی‌ها مهم است، تخلیه هیجانی است. بعد از فروید همه‌ی رویکردهای روان‌درمانی معتقد هستند که حداقل نصف درمان این است که مراجع تجربه‌های احساسی‌اش را در جلسه درمان برون‌ریزی کند؛ اما در قصه درمانی تخلیه هیجانی به چه صورتی اتفاق می‌افتد؟

Barvik (۲۰۰۰) در مورد چگونگی تخلیه هیجانی و کارکرد قصه‌ها این‌طور می‌نویسد:

"روان‌درمانی‌های قصه محور فضای خلاقانه‌ای را در چهارچوبی ساختمند ایجاد می‌کنند که در آن از طریق کاربرد استعاره عواطف و احساسات مورد کندوکاو قرار می‌گیرند. بچه‌هایی که در اوایل زندگی

خود تجربیات دشوار و تکان‌دهنده‌ای داشته‌اند اغلب سعی می‌کنند تا آنچه را که برایشان در اوایل زندگی افتاده بیان کنند. آن‌ها از این طریق روش‌های دیگری را برای برآمدن از عهده درد و رنج پیدا می‌کنند. این روش بیان تجربیات باعث تخلیه هیجانی در کودک می‌شود.

(Rousseau., Bagilishya., & Nicole (2003) به تأثیر قصه‌گویی در جهت ایجاد ارتباط بین خانه و مدرسه، ارتباط بین زمان حال و گذشته و در کل به امکان تلفیق دنیای کودکان اشاره می‌کنند. آن‌ها قصه‌ها را عامل افزایش آگاهی در انسان می‌دانند.

Giuseppe, Robert, Malgady and Lloyd (۱۹۸۵) اعلان می‌کنند که "کنتودرمانی" اضطراب تهدید را کاهش می‌دهد. مهارت‌های شناختی مربوط به قضاوت اجتماعی را بالا برده و بر روی رفتارهای پرخاشگری مشاهده‌شده در موقعیت نقش بازی کردن تا حدودی مؤثر است.

Painter, Lora (۱۹۹۹) از تحقیقات خود نتیجه گرفته‌اند که قصه درمانی و آموزش رفتاری به والدین در مورد "نافرمانی نوجوانان"، تکرار و فراوانی نافرمانی را پایین می‌آورد و آموزش مهارت‌های اجتماعی برای دامنه گسترده‌ای از مشکلات رفتاری، از جمله رفتارهای برون‌ی کردن پرخاشگری و درونی کردن اختلال‌ها مؤثر می‌باشد. Prochaska & Noor crass (۲۰۰۷) و Parker & Ampler (۲۰۰۶) به تأثیر داستان‌های استعاره‌ای در کاهش دادن نکات منفی و احساسات منفی مراجعان اشاره می‌کنند

Kurtz and Kim (۲۰۰۸) به تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی در درمان اسکیزوفرنی و کاهش نکات منفی و احساسات منفی درباره ارتباطات اشاره دارند. Atkinson and Horne, B. (۲۰۰۲)، اعلان می‌کنند که کسب یک بینش درست، برای بهبود صحیح در اسکیزوفرنی، یک نقطه عطف محسوب می‌شود. در درمان اختلال جسمانی کردن استفاده از تلقین مفید به نظر می‌رسد. بیماران تبدیلی به‌ویژه تلقین‌پذیرند. از نظر برخی از درمانگران، زمانی که به شیوه مقتدرانه و آمرانه به بیمار گفته شود که نشانه‌ها از بین خواهند رفت، به بهبودی دست می‌یابند (Atkinson & Horne, B., 2002)

جامعه، نمونه و روش نمونه

جامعه آماری این تحقیق شامل ۷۲۳ دانش‌آموز پسر مقطع متوسطه منطقه سرد رود همدان بود که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در این منطقه مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش انتخاب خوشه‌ای از

یک لغت اسپانیایی به معنی قصه درمانی می‌باشد. Cuento Therapy^۱

میان ۵ دبیرستان و ۲ هنرستان موجود در منطقه، هنرستان کشاورزی امام موسی کاظم (ع) انتخاب گردید که ۱۵۲ دانش‌آموز در آن مشغول به تحصیل بودند.

ابزار تحقیق

از تست SCL-90-R به عنوان وسیله غربالگری اختلالات کل دانش‌آموزان استفاده شد و به این طریق ۵۰ دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری، انتخاب شدند. در مرحله دوم مصاحبه‌ای با این ۵۰ دانش‌آموز به عمل آمد و به این طریق ۳۰ دانش‌آموز علاقه‌مند به شرکت در جلسات که اختلال رفتاری مختلطی داشتند، انتخاب شدند.

افراد منتخب به صورت جایگزینی تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. یک گروه به عنوان گروه کنترل و دو گروه برای انجام مداخلات درمانی.

چک‌لیست نشانه‌های بیماری SCL-90-R شامل ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علائم بیماری است که مراجع برحسب شدت آن‌ها را در دامنه‌ای از صفر تا چهار درجه‌بندی می‌کند. نشانه‌ها دربرگیرنده ۹ بعد متفاوت اختلال جسمانی کردن، فوبی، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی می‌باشند (Khodayari Fard & Parand, 2009).

تحقیقات انجام‌شده درباره ساختار تک عاملی SCL-90-R، مشخص می‌کند که آزمون، سطح کلی درماندگی جاری را به طور مؤثری تشخیص می‌دهد. نتایج همچنین بر این دلالت دارند که SCL-90-R نسبت به تغییرات محسوس از نظر بالینی حساسیت نشان می‌دهد (Marnat, 2003).

روش شناختی-رفتاری و قصه درمانی دو سطح متغیر مستقل بودند که در طی ۱۲ جلسه مشاوره‌ای به صورت دو جلسه در هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه بر گروهی هدف ارائه شدند. بعد از اجرای درمان از شرکت‌کنندگان پس تستی به عمل آمد. نتایج به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه مورد مقایسه قرار گرفتند. هر جا که بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد با استفاده از آزمون تعقیبی، مداخله درمانی/مداخلات درمانی مؤثر در کاهش اختلالات رفتاری مشخص شدند.

روش اجرا

تکنیک‌های به کاررفته در درمان شناختی-رفتاری

روال کلی جلسات درمانی شامل ارائه دو یا سه سخنرانی در مورد موضوعات مختلف در کنار ارائه مثال‌ها و انجام عملی تکنیک‌ها و مصاحبه با اعضای گروه بود. در پایان هر جلسه تکالیفی متناسب با

موضوعات هر جلسه داده می‌شد تا در خانه کار شود و تمرینات در جلسه بعدی بررسی می‌شد. در کنار این کارها برای هر جلسه اقدامات خاصی به اجرا درمی‌آمد که در جدول شماره ۱ به آن‌ها اشاره می‌شود.

جدول شماره ۱: محتوای اختصاصی جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	موضوعات و تکنیک‌های آموزش داده‌شده
۱	خوش‌آمدگویی و معرفی اعضای به یکدیگر/ بیان ساختار و قوانین جلسات/ اخذ تعهد درمانی، سخنرانی الف: رفتارها ریشه در افکار دارند/ جدول سه ستونی ثبت رویدادها، باورهای مرتبط با آن‌ها، پیامد احساسی، سخنرانی ب: آموزش ریلکسیشن و تمرین عملی (این تمرین در تمام جلسات بعدی انجام می‌شد).
۲	سخنرانی الف: افکار خود آیند و طرزشناسایی آن‌ها/ تمرینات عملی، سخنرانی ب: خطاهای شناختی/ ارائه مثال‌های فرضی و مشخص کردن خطاها، سخنرانی ج: مقاومت در درمان.
۳	سخنرانی الف: محتوای شناختی افسردگی و اضطراب، محتوای شناختی شیفتگی، سخنرانی ب: طرح‌واره‌ها و باورهای اصلی و آموزش پیکان عمودی/تمرینات و مثال‌ها، سخنرانی ج: آموزش فن مصون‌سازی در مقابل استرس و انجام عملی آن.
۴	سخنرانی الف: محتوا شناختی و سواس فکری-عملی، اختلال جسمانی کردن و اسکیزوفرنی، سخنرانی ب: چگونگی تشخیص مشکل از طریق استفاده از جدول "گزارش روحیه روزانه" با ارائه چند مثال.
۵	سخنرانی الف: محتوای شناختی در اختلالات خصومت، بدگمانی، فوبیا و روان‌پریشی، سخنرانی ب: آموزش فن مصون‌سازی در مقابل استرس.
۶	سخنرانی الف آموزش فن پیکان عمودی پیشرفته، سخنرانی ب: روش دسته‌بندی کردن باورهای اصلی بر اساس محتوا، عمومیت و شدت.
۷	سخنرانی الف: معرفی مقیاس رتبه‌بندی ذهنی SUD و رتبه‌بندی باورها بر اساس آن، سخنرانی ب: آموزش فن وکیل مدافع.
۸	سخنرانی الف: آیا به بابائوئل معتقدید: باورها را می‌توان تغییر داد، سخنرانی ب: تحلیل سودمندی باورها.
۹	سخنرانی الف: تحلیل همسانی، خلاصه ب: روش استاندارد تحلیل باور و آزمایش باورها.
۱۰	سخنرانی الف: «بازداری قشری اختیاری» ^۱ (VCI)، سخنرانی ب: ایجاد باور مخالف.
۱۱	سخنرانی الف: تغییر ادراکی، سخنرانی ب: مفهوم‌سازی مشکل مراجع.
۱۲	سخنرانی الف: آموزش روش توقف فکر ولپی، سخنرانی ب: تداوم تغییر، انجام مراسم اختتامیه.

^۱. Voluntary cortical inhibition

قصه درمانی در قالب دو بخش ارائه می‌شد. در بخش اول متناسب با اختلالات افراد، داستان منتخبی از کتاب 101 داستان شفابخش برای نوجوانان نوشته Burns (۲۰۰۵) که توسط محقق ترجمه شده بودند، استفاده می‌شد.

بخش دوم شامل داستان سازی به روش Gilmorton (۲۰۰۰) بود. با پیشنهاد درمانگر قرار شد که افراد داستانی تخیلی با هدایت درمانگر در طی جلسات درمانی بنویسند. موضوع داستان، شروع یک سفر دریایی و بازگشت به خانه بود که در جلسات مختلف فصول مختلفی از داستان نوشته می‌شد. مضمون هر داستان طوری بود که همانند یک سفر واقعی امکان همکاری میان افراد یا جدایی از یکدیگر را فراهم می‌نمود. هر هفته فصل جدیدی از داستان گشوده می‌شد.

Gilmorton (۲۰۰۰) از این روش داستان سازی در جهت کشف مشکلات کودکان استفاده کرده است. او با در پیش گرفتن رویکرد روانکاوی استعاره‌های مطرح شده را تفسیر می‌کند، ولی درمانگر در قصه درمانی این استعاره‌ها را تفسیر نمی‌کند. او با پی بردن به یک سری از مشکلات با استفاده از فنون مختلف، سعی می‌کند آگاهی افراد را بالا ببرد و با ایجاد فرصتی، بچه‌ها در مورد تخلیه هیجانی کمک کند. او فن‌های متنوعی برای انجام این کار در اختیار دارد:

داستان‌های ساخته شده از طریق همکاری

درمانگر از نوجوان می‌خواهد داستانی را که دارای نقطه شروع، میانه و پایانی که هرگز تاکنون نشنیده است، بسازد. درمانگر سؤالات خلاقانه‌ای را به صورت پیام‌های کلی برانگیزنده (مثل، بعداً چه اتفاقی افتاد؟) توضیحات دقیق (اسم او چی بود؟)، انعکاس‌ها (ظاهراً ترسیده) یا خلاصه‌ها (بله، او تصمیم گرفته است که از کوه بالا رود، غار را پیدا کند و از سه تا اژدها رد شود را می‌پرسد (Stallard, 2005).

داستان سازی متقابل

کودک داستانی درباره موضوعی می‌گوید. درمانگر شخصیت‌های داستان و تعارضات داستان را تعیین می‌کند. وی همان داستان را در قالبی که بیان‌کننده شیوه‌های بهتر کنار آمدن با مشکل است را ارائه دهد، به کودک بیان می‌کند (Kaduson & Heidi, 1988). تعویض چارچوب یا شکل‌دهی مجدد در این روش درمانگر بایان داستان مراجع در قالبی جدید که معنای وسیع‌تری به برداشت مراجع اضافه می‌کند، محدوده فکر شخص را وسعت می‌بخشد و معنای گسترده‌تری از عادات‌ها و روش‌ها را بیان می‌کند (Roshan, 1997).

جدول ۲: محتوای اختصاصی جلسات قصه درمانی

ردیف	محتوی
۱	(۱) خوش آمد گویی، معرفی ساختار جلسات و قوانین اصلی، معرفی شرکت کنندگان به یکدیگر؛ (۲) نقل داستان "قلب رازگو": انباشته شدن و عدم درک و پردازش اطلاعات و مبتلا شدن به اختلال روانی در انسان؛ (۳) تکلیف: شما نیز داستانی را پیدا کنید که در آن شخصی دچار بیماری روانی، به صورت غیر عادی عمل می کند.
۲	(۱) ارائه داستان منتخب: "چیزی را که می خواهید رشد کند، پرورش دهید"؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: مقدمه؛ درمانگر به بچه ها می گوید، ما می خواهیم به یک سفر دریایی برویم و درباره اتفاقات این سفر داستانی بنویسیم. عنوانی برای این داستان انتخاب کنید. (۱) نام سه وسیله ای را که می خواهید با خود به سفر ببرید (۲) پاراگرافی در مورد مراسم خداحافظی و افراد حاضر در مراسم بدرقه بنویسید (۳) سه توصیه محرمانه را در داخل پاکتی قرار دهید و به یک شخص مورد اعتماد بسپارید. (۳) ارائه تکلیف: شما اگر جای پیرمرد قصه گو بودید این داستان را چگونه و از زبان چه حیوانی مطرح می کردید؟ داستان خود را بنویسد.
۳	(۱) ارائه داستان منتخب: "در جستجوی خوشبختی"؛ (۲) قصه سازی و کاربر روی استعاره ها: فصل اول: در این سفر با چه چیزهایی ممکن است روبرو شویم؟ با چه افرادی روبرو خواهیم شد؟ شرایط آب و هوایی جدید چگونه خواهد بود؟ پاراگرافی در مورد هر کدام بنویسید. (۳) تکلیف: داستانی با توجه به مفهوم و قالب داستان "در جستجوی خوشبختی" بنویسید.
۴	(۱) ارائه داستان منتخب: "پرواز به افق های جدید"؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل دوم: چیزی در درون آب کشتی در حال حرکت است و مسافران در عرشه به تماشای دریا و اطراف مشغول هستند. ناگهان شخصی فریاد می زند که در زیر آب چیزی دیده می شود. شرکت کنندگان باید پاراگرافی در مورد چیزی که در زیر آب می بینند، بنویسند. (۳) تکالیف جلسه بعد: تجربه ای از زندگی گذشته خود را در قالب داستان "پرواز به افق های جدید" بنویسد.
۵	(۱) ارائه داستان منتخب: "خوب است اما کامل نیست"؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل سوم: صندوق اسرارآمیزی پیدا می شود از بچه خواسته می شود که درباره ماهیت صندوق و محتوای آن، مالک آن، طرز باز کردن قفل ها و این که آیا آن را باز کنیم یا نه، صحبت کنند و مطالب خود را در دفتر خود یادداشت نمایند. (۳) تکالیف: تجربه ای از زندگی خود را در قالب داستان "خوب است اما کامل نیست" بازنویسی کنید.
۶	(۱) ارائه داستان منتخب: "تغییر دادن الگوهای رفتاری"؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل چهارم: "ضرورت تغییر"، شب است و کشتی در حال حرکت که به ناخدا خبر می دهند که کشتی دیگری در مسیر حرکت آن ها قرار گرفته است و هر چه به آن کشتی علامت می دهند توجهی به آن نمی شود. آن ها هر چه سریع تر باید اقدام کنند، و گرنه کشتی ها به هم تصادف خواهند کرد. افراد پاراگرافی درباره اقدامات مناسب برای جلوگیری از خطر بنویسند. بعد از انجام بحث گروهی خواهند نوشت. (۳) تکالیف: (۱) داستان منتخب را درباره حیوان دیگری به غیر از زاغ، بازنویسی کنید. (۲) سعی کنید با حیوانی مثل گربه، کبوتر و ... که از شما فرار می کند، دوستی برقرار کنید و نتیجه را گزارش دهید.
۷	(۱) ارائه داستان منتخب: گاهی اوقات چیزهای وحشتناکی اتفاق می افتد؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل پنجم: تعدادی ایمیل از خانواده ها بچه ها رسیده است. افراد باعجله برای

	دریافت و خواندن نامه خود به اتاق کامپیوتر می‌روند. بچه‌ها باید چک کنند که نامه‌ای به آن‌ها رسیده است یا نه، در صورت دریافت نامه، پاراگرافی درباره محتوای نامه بنویسند. بر روی این نامه‌ها بحث گروهی انجام خواهد شد. (۳) تکالیف جلسه بعد: (۱) داستان استیو را برای کسی را در زندگی از کسی را ازدست‌داده است و یا پدر و مادرش از هم جداشده‌اند، تعریف کنید. (۲) به کسی که روزی با او دوست بودید ولی دیگر او را نمی‌بینید، نامه‌ای بنویسید. احساسات خود را در یک پاراگراف شرح دهید.	
۸	(۱) ارائه داستان منتخب: دوست شدن و نگه‌داشتن دوستی؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره‌ها: فصل ششم: یک رویا: دریا آرام است و کشتی در حال حرکت و مسافران در خواب هستند. یکی از این افراد در حال دیدن خوابی است. رویای او را حدس بزنید و درباره آن پاراگرافی بنویسید. (۳) تکالیف: (۱) درباره چگونگی ارتباط اولیه با نزدیک‌ترین دوست خود، پاراگرافی بنویسید. (۲) با او مصاحبه‌ای کنید و نظرات او در مورد خودتان را در بنویسید.	
۹	(۱) ارائه داستان منتخب: دستگیره را رها نکن؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره‌ها: فصل هفتم: رسیدن به یک جزیره اسرارآمیز: به مسافران خبر داده می‌شود که به خاطر اتفاقات گذشته، زمان زیادی ازدست‌رفته است و مواد غذایی و آب شیرین برای ادامه سفر تمام شده است. آن‌ها به‌ناچار باید در جزیره اسرارآمیزی که در نزدیکی آن‌ها قرار دارد پیاده شوند افراد باید پاراگرافی را درباره این جزیره اسرارآمیز بنویسند. (۳) تکالیف: مورچه‌ای را پیدا کرده و آن را تا رسیدن به لانه‌اش تعقیب نمایید. جملاتی را که مورچه هنگام کار کردن با خود تکرار می‌کند را در پاراگرافی خلاصه نمایید.	
۱۰	(۱) ارائه داستان منتخب: هیجانات ریشه در افکار دارند؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره‌ها: فصل هشتم: یک راز: ناخدا رو به مسافران می‌کند و با صدای بلندی می‌گوید: توجه کنید، این جزیره باوجود داشتن امکانات عالی از جهت مواد غذایی و شرایط خوب آب و هوایی، یک جزیره طلسم شده است. هرکس باید در سریع‌ترین زمان ممکن امکانات موردنیاز خود را جمع‌آوری کند و به کشتی برگردد. مسافران در جزیره پیاده می‌شوند. افراد باید درباره اتفاقات جزیره پاراگرافی بنویسند. (۳) تکالیف: شما نیز داستانی را بنویسید که نشان دهد که هیجانات ما ریشه در افکار ما دارند.	
۱۱	(۱) ارائه داستان منتخب: بگذارید جو آن را انجام دهد؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره‌ها: فصل آخر: رسیدن به مقصد: سرانجام کشتی به مقصد می‌رسد و در اسکله‌ای لنگر می‌اندازد. مسافران کارهای زیادی دارند که باید انجام دهند. هرکسی به دنبال کار خود می‌رود تا سریع‌تر خود را برای برگشت به خانه آماده کند. افراد باید در مورد احساسات و کارهای مدنظرشان پاراگرافی بنویسند. (۳) تکالیف: در مورد مهارتی که فکر می‌کنید نسبت دیگران آن را بهتر انجام می‌دهید، پاراگرافی بنویسید. (۲) در ابتدا چگونه بودید و از چه طریقی به این مهارت رسیده‌اید؟ پاراگراف دیگری بنویسید.	
۱۲	(۱) مرور برنامه: کمک به شرکت‌کنندگان تا به بازبینی و بازنویسی داستان خود پردازند. (۲) پیگیری و ارزیابی درمان: کسب پس‌خوراند از شرکت‌کنندگان درباره برنامه و انجام ارزیابی.	

یافته‌ها

۳۰ آزمودنی با دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال که مبتلا به اختلالات رفتاری مختلط (میانگین ۴ اختلال رفتاری برای هر مراجع) بودند در این تحقیق شرکت داشتند. میانگین و واریانس نمرات گروه‌ها در حالت کل و به صورت ابعاد نه گانه جهت مقایسه تفاوت میانگین‌ها و واریانس قبل و بعد از اجرای مداخلات درمانی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل برای اختلالات نه گانه

نوع اختلال	گروه	نوع مداخله	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
			تعداد	میانگین	واریانس استاندارد	تعداد	میانگین	واریانس استاندارد
حالت کل	آزمایش	قصه درمانی	۳۰	۱۴/۵۲	۳۵/۱۲	۳۰	۱۱/۶۸	۲۶/۴۹
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۳۰	۱۴/۶	۵۲/۴۷	۳۰	۱۱/۶۷	۳۷/۰۵
	کنترل	-	۳۰	۱۱/۶۷	۳۷/۰۵	۳۰	۱۳/۸۳	۳۴/۰۵
جسمانی کردن	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۱۶/۴	۱۷/۸	۱۰	۱۳/۳	۳۸/۴۵
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۱۰	۱۶/۲	۴۹/۲۸	۱۰	۱۳	۳۴/۱۷
	کنترل	-	۱۰	۱۳	۲۷/۵۵	۱۰	۱۳/۲	۳۴/۰۱
وسواس- اجبار (ob)	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۱۹/۸	۱۲/۱۸	۱۰	۱۴/۷	۱۶/۶۸
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۱۰	۲۰/۱	۴۴/۵۴	۱۰	۱۸/۱	۳۱/۵۵
	کنترل	-	۱۰	۱۸/۸	۳۱/۰۶	۱۰	۱۵/۲	۲۸/۶۲
حساسیت در روابط	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۱۲/۹	۲۲/۱	۱۰	۱۱/۳	۱۶/۶۸
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۱۰	۱۶/۱	۲۷/۸۷	۱۰	۱۵/۱	۲۱/۸۷
	کنترل	-	۱۰	۱۴/۱	۱۴/۵۴	۱۰	۱۵	۱۴
افسردگی	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۲۱/۳	۲۲/۱	۱۰	۱۵/۱	۳۰/۵۴
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۱۰	۲۱/۶۰	۴۶/۴۹	۱۰	۱۴/۱	۳۱/۴۳
	کنترل	-	۱۰	۲۰/۱	۲۷/۴۳	۱۰	۲۱/۷	۳۳/۵۶
اضطراب	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۱۴/۹	۱۶/۳۲	۱۰	۱۰/۱	۲۱/۴۳

۱۷/۳۴	۸/۸	۱۰	۴۹/۲۹	۱۶/۲	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۳۹/۷۹	۱۶/۳	۱۰	۱۸/۷	۱۵/۲	۱۰	-	کنترل	
۲۱/۴۳	۱۰/۱	۱۰	۱۶/۳۲	۱۰/۴	۱۰	قصه درمانی	آزمایش	خصوصیت
۱۸/۵۴	۶/۸	۱۰	۲۴/۷	۸/۴	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۱۶/۰۱	۱۱/۷	۱۰	۲۵/۲۹	۱۱/۲	۱۰	-	کنترل	
۱۰/۲۳	۷/۳	۱۰	۱۶/۲۲	۸	۱۰	قصه درمانی	آزمایش	فویا
۱۴/۷	۶/۴	۱۰	۱۳/۶	۶/۵	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۲۱/۶۵	۷/۱	۱۰	۱۷/۰۶	۷/۲	۱۰	-	کنترل	
۶/۷۷	۹/۱	۱۰	۱۸/۶۷	۱۰/۳	۱۰	قصه درمانی	آزمایش	افکار پارانوئیدی
۱۴/۵	۸/۵۴	۱۰	۱۷/۶	۱۱/۳	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۳۱/۸۷	۱۰/۹	۱۰	۱۴/۵۴	۱۰/۱	۱۰	-	کنترل	
۱۶/۵۴	۱۵/۹	۱۰	۳۱/۵۵	۱۷	۱۰	قصه درمانی	آزمایش	روان‌پریشی
۱۵/۱۵	۱۴/۴	۱۰	۲۱/۳	۱۵	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۱۰/۲۳	۱۴/۳	۱۰	۱۳/۹	۱۴/۸	۱۰	-	کنترل	

از آنجاکه در این تحقیق از داده‌های آزمون پیش تست و پس تست، استفاده می‌شد، در جهت از بین بردن تأثیرات متغیر پیش تست از آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد. چهار مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون در بین گروه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 به شرح زیر انجام گرفت.

۱- بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات

۲- بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها

برای بررسی دو مفروضه فوق از آزمون‌های کالموگروف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات و برای مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد و نتایج زیر به دست آمد.

جدول شماره ۴: خلاصه نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرف و آزمون لون

آزمون لون					آزمون کالموگروف-اسمیرف		
P	df2	df1	آماره	متغیرها	مقدار p	متغیرها	نوع اختلال
۰/۹۹۰	۲۷	۲	۱/۳۸۷	پس تست	۰/۵۷۶	پس	جسمانی کردن
۰/۲۶۷	۲۷	۲	۰/۰۰۹	پیش تست	۰/۹۶۸	پیش	
۰/۷۷۶	۲۷	۲	۰/۲۵۶	پس تست	۰/۴۸۳	پس	وسواس - اجبار
۰/۱۷۴	۲۷	۲	۱/۸۶۴	پیش تست	۰/۹۲۷	پیش	
۰/۶۹۶	۲۷	۲	۰/۳۶۷	پس تست	۰/۶۵۰	پس	حساس بودن
۰/۴۸۴	۲۷	۲	۰/۷۴۲	پیش تست	۰/۹۸۸	پیش	
۰/۹۸۲	۲۷	۲	۰/۰۱۸	پس تست	۰/۷۸۰	پس	افسردگی
۰/۳۲۸	۲۷	۲	۱۰/۱۶۳	پیش تست	۰/۹۷۸	پیش	
۰/۸۱۷	۲۷	۲	۰/۲۰۴	پس تست	۰/۹۰۰	پس	اضطراب
۰/۱۴۴	۲۷	۲	۲/۰۸۵	پیش تست	۰/۹۷۸	پیش	
۰/۸۱۹	۲۷	۲	۰/۸۱۹	پس تست	۰/۹۲۶	پس	خصوصیت
۰/۷۱۸	۲۷	۲	۰/۷۸۱	پیش تست	۰/۸۲۶	پیش	
۰/۴۲۱	۲۷	۲	۰/۸۹۳	پس تست	۰/۴۲۵	پس	فوبیا
۰/۹۵۸	۲۷	۲	۰/۰۴۳	پیش تست	۰/۹۹۲	پیش	
۰/۴۳۷	۲۷	۲	۰/۸۵۵	پس تست	۰/۲۲۵	پس	افکار پارانوئیدی
۰/۸۵۹	۲۷	۲	۰/۱۵۳	پیش تست	۰/۹۶۷	پیش	
۰/۸۶۵	۲۷	۲	۰/۱۴۶	پس تست	۰/۷۹۰	پس	روان پریشی
۰/۵۸۶	۲۷	۲	۰/۵۴۴	پیش تست	۰/۹۷۲	پیش	
۰/۶۹۱	۲۷	۲	۰/۳۷۱	پس تست	۰/۱۳۸	پس	کل
۰/۳۵۷	۲۷	۲	۱/۰۴۳	پیش تست	۰/۹۱۵	پیش	

با بررسی نتایج جدول ۴ مشخص می شود که سطوح معنی داری p همگی از ۰/۰۵ بیشتر هستند و مفروضه های نرمال بودن و همگنی واریانس ها برقرار است. برای بررسی مفروضه همگنی رگرسیون، تحلیل واریانس یک طرفه انجام گرفت و نتایج زیر به دست آمد.

جدول شماره ۵: خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون

اختلال	منابع تغییرات	ss	df	م. مجذورات	f	p
جسمانی کردن	تعامل گروه و پیش آزمون	۷۰/۰۹۷	۳	۲۳/۳۶۶	۰/۶۸۲	۰/۵۷۱
وسواس	تعامل گروه و پیش آزمون	۱۶۷/۹۴۹	۳	۵۵/۹۸۳	۲/۴۸۰	۰/۰۸۳
حساسیت	تعامل گروه و پیش آزمون	۱۷۹/۰۹۰	۳	۵۹/۶۹۷	۳/۹۰۴	۰/۰۲۰ *
افسردگی	تعامل گروه و پیش آزمون	۲۵۷/۴۵۱	۳	۸۵/۸۱۷	۲/۳۶۵	۰/۰۹۴

اضطراب	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۲۴۷/۷۱۳	۳	۸۲/۵۷۱	۲/۳۰۳	۰/۱۰۰
خصوصیت	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۶۱/۴۸۵	۳	۲۰/۴۹۵	۱/۰۳۰	۱/۳۹۶
فوبیا	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۲۱/۰۰۲	۳	۷/۰۰۱	۰/۴۵۲	۰/۷۱۸
افکار پارانوئید	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۲۵/۸۲۳	۳	۸/۶۰۸	۸/۶۹۶	۰/۵۶۳
روان‌پریشی	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۱۶۱/۹۹۱	۳	۵۳/۹۹۷	۶/۰۶۵	۰/۰۰۳ *
کل اختلالات	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۸۰۷/۶۶۱	۳	۲۶۹/۲۲۰	۷/۶۰۶	۰/۰۰ *

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که برای اختلالات حساسیت در روابط، اختلال روان‌پریشی و مجموع کل اختلالات، مقدار p به‌دست‌آمده کوچک‌تر از مقدار ۰/۰۵ می‌باشد. در مورد این سه گروه به‌ناچار از آزمون t مستقل برای نمونه‌های زوجی پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده می‌کنیم و در مورد بقیه گروه‌ها تحلیل کواریانس را انجام می‌دهیم.

جدول شماره ۶: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر روش شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر اختلالات نه‌گانه رفتاری

ردیف	نوع اختلال	منابع تغییرات	م. مجذورات	درجه	م. مجذورات	f	p
۱	جسمانی کردن	اثر پیش‌آزمون	۶۹/۹۹۳	۱	۶۹/۹۹۳	۲/۰۴۵	۰/۸۶۷
		اثر گروه	۹/۷۹۰	۲	۴/۸۹۵	۰/۱۴۳	۰/۸۶۷
		خطا	۸۸۹/۸۰۷	۲۶	۳۴/۲۲۳		
۲	وسواس-اجبار	اثر پیش‌آزمون	۶۲/۸۲۷	۱	۸۲۷/۸۲۷	۲/۵۹۵	۰/۱۱۹
		اثر گروه	۵۶/۰۸۴	۲	۲۸/۰۴۲	۱/۱۵۹	۰/۳۲۹
		خطا	۶۲۸/۸۷۳	۲۶	۲۴/۱۸۷		
۳	افسردگی	اثر پیش‌آزمون	۵۱/۱۱۴	۱	۵۱/۱۱۴	۱/۶۴۳	۰/۲۱۱
		اثر گروه	۹۶/۵۷۰	۲	۱۸۴/۵۰۶	۵/۹۳۱	۰/۰۰۶
		خطا	۸۰۸/۷۸۶	۲۶	۳۱/۱۰۷		
۴	اضطراب	اثر پیش‌آزمون	۱۰۰/۲۱۲	۱	۱۰۰/۲۱۲	۳/۴۳۶	۰/۰۰۸
		اثر مداخله درمانی	۳۳۹/۲۹۹	۲	۱۶۹/۶۴۹	۵/۸۱۶	۰/۰۰۸
		خطا	۷۵۸/۳۸۸	۲۶	۲۹/۱۶۹		
۵	خصوصیت	اثر پیش‌آزمون	۱۶/۷۶۱	۱	۱۶/۷۶۱	۰/۹۹۰	۰/۳۲۹
		اثر گروه	۹۶/۵۷۰	۲	۴۸/۲۸۵	۲۸/۸۵۱	۰/۰۷۶
		خطا	۴۴۰/۳۳۹	۲۶	۱۶/۹۳۶		

۰/۳۱۶	۱/۰۴۷	۱۶/۲۴۲	۱	۱۶/۲۴۲	اثر پیش‌آزمون	فوییا	۶
۰/۹۳۱	۰/۰۷۲	۱/۱۱۹	۲	۲/۲۳۹	اثر مداخله درمانی		
		۱۵/۵۰۶	۲۶	۴۰۳/۱۵۸	خطا		
۰/۲۳۴	۱/۴۸۲	۱۷/۰۵۷	۱	۱۷/۰۵۷	اثر پیش‌آزمون	افکار پارانوییدی	۷
۰/۲۲۸	۱/۵۶۴	۱۸/۰۰۴	۲	۳۶/۰۰۸	اثر گروه		
		۱۱/۵۰۹	۲۶	۲۹۹/۲۴۳	خطا		
			۳۰	۳۰۵۵/۰۰۰	کل		

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که مقدار p برای اختلالات افسردگی و اضطراب کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. برای تشخیص این‌که تفاوت بین چه گروه‌هایی قرار دارد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده می‌کنیم.

جدول شماره ۷: خلاصه نتایج آزمون‌های تعقیبی مقایسه‌های زوجی بونفرونی

ردیف	نوع اختلال	تعامل‌ها	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
۱	اضطراب	قصه درمانی با درمان شناختی-رفتاری	۱/۳۰۰	۱/۰۰
		قصه درمانی با گروه کنترل	-۶/۲۰۰	۰/۰۶۲
		شناختی-رفتاری با گروه کنترل	* ۷/۵۰۰	۰/۰۱۸
۱	افسردگی	قصه درمانی با درمان شناختی-رفتاری	۱/۰۰۰	۱/۰۰
		قصه درمانی با گروه کنترل	* -۶/۶۰۰	۰/۰۴۳
		شناختی-رفتاری با گروه کنترل	* -۷/۶۰۰	۰/۰۱۷

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۷ مشخص می‌شود که تأثیر مثبت قصه درمانی بر روی اختلال افسردگی و تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر دو اختلال افسردگی و اضطراب می‌باشد.

جدول شماره ۸: خلاصه نتایج آزمون تی (t) برای مقایسه تأثیر درمان‌ها

ردیف	نوع اختلال	تعامل‌های پیش‌تست و پس‌تست	تفاوت میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
۱	مجموع اختلالات نه‌گانه	قصه درمانی	۲/۸۷۵	۴/۸۵۵	۸۹	۵/۶۲۳	* ۰/۰۰۰۱
		شناختی-رفتاری	۲/۹۳۳	۴/۴۱۹	۸۹	۶/۲۹۸	* ۰/۰۰۰۱
		کنترل	-۰/۱۱۱	۷/۵۵۹	-۰/۱۳۹	۸۹	۰/۸۸۹

۰/۳۳۳	۱/۰۲۲	۹	۴/۹۴۹	۱/۶۰۰	قصه درمانی	حساسیت بین فردی	۱
۰/۲۸۶	۱/۱۳۴	۹	۲/۷۸۹	۱/۰۰۰	شناختی- رفتاری		
۰/۶۳۸	-۰/۴۸۹	۹	۵/۸۲۰	-۰/۹۰۰	کنترل		
۰/۱۹۳	۱/۴۰۸	۹	۲/۴۷۰	۱/۱۰۰	قصه درمانی	روان‌پریشی	۱
۰/۵۵۵	۰/۶۱۲	۹	۳/۰۹۸	۰/۶۰۰	شناختی- رفتاری		
۰/۷۷۶	۰/۲۹۴	۹	۵/۳۸۰	۰/۵۰۰	کنترل		

نتایج جدول شماره ۸ می‌رساند که در حالت کلی درمان شناختی- رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نه‌گانه در سطح ($P < .01$) مؤثر هستند اما درمان‌ها بر کاهش معنی‌دار دو اختلال خصومت بین فردی و روان‌پریشی در سطح ($P < .05$) مؤثر نیستند.

بحث و نتیجه‌گیری

در حالت کل درمان شناختی- رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری جسمانی کردن، وسواس، حساسیت بین فردی، خصومت، افسردگی، اضطراب، افکار پارانوئیدی، فوبیا و روان‌پریشی مؤثر بودند. با توجه به جدول شماره ۸ و معنی‌دار بودن درمان‌ها در سطح $0/001$ و نزدیکی تفاوت میانگین‌های پیش تست و پس تست برای درمان‌های شناختی- رفتاری و قصه درمانی (شناختی- رفتاری با تفاوت میانگین $2/933$ و قصه درمانی با تفاوت میانگین $2/875$)، هیچ‌کدام از درمان‌ها بر دیگری برتری خاصی ندارند. درمانگر با توجه به تشخیصی که از مراجع به عمل می‌آورد می‌تواند درمان موردنظر را انتخاب کند. مثلاً اگر مراجع دارای مقاومت زیادی است، قصه درمانی را به کار برد و اگر مراجع داوطلب درمان است و مقاومتی ندارد از روش شناختی- رفتاری استفاده کند.

در حالت خاص هرچند درمان شناختی- رفتاری بر روی تک اختلالات مؤثر نبوده‌اند ولی باز تفاوت میانگین‌ها در پیش تست و پس تست نسبت به گروه کنترل قابل توجه است. احتمالاً با تغییراتی در طرح درمانی و افزایش تعداد جلسات درمانی بتوان به نتایج درمانی مثبتی رسید.

نتیجه به‌دست‌آمده از مقایسه جداگانه ابعاد نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر روی اختلالات افسردگی و اضطراب تأثیر مثبتی دارد درحالی‌که تأثیر مثبت قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری افسردگی است.

نتیجه مثبت درمان شناختی- رفتاری در مورد اختلال افسردگی با نتیجه تحقیق Akund makkeei (۱۹۹۷) و Georgi (۲۰۰۲) که شناخت درمانی گروهی را به روش بک برای درمان افسردگی نوجوانان

کار برده‌اند هم‌خوانی دارد. شناسایی شناخت‌های منفی و تصحیح آن‌ها با استفاده از فنونی مثل، استفاده از جدول گزارش روحیه روزانه و آموزش خطاهای شناختی و آموزش روش حل مسئله در این تحقیق مدنظر بود. Stallard (۲۰۰۵) اشاره‌ای به تحقیقات Shobrige (۱۹۸۸) و Stark & etal (۱۹۸۷) دارند. آن‌ها موفق شده‌اند با شناسایی شناخت‌های منفی و تصحیح آن‌ها با استفاده از فنونی مثل، استفاده از جدول گزارش روحیه روزانه و آموزش خطاهای شناختی و آموزش روش حل مسئله افسردگی کودکان و نوجوانان را درمان کنند.

نتیجه مثبت درمان شناختی-رفتاری در مورد اختلال اضطراب کودکان و نوجوانان با نتایج تحقیقات Winterdyk & etal (۲۰۰۸) و Stallard (۲۰۰۵) هم‌خوانی دارد. محتوای درمان همانند محتوای درمان این محققان یعنی انجام آموزش روانی طی چندین جلسه و سپس تغییر جهت به‌سوی بعد هیجانی انجام می‌گیرد.

تأثیر درمان در کاهش اختلال حساسیت در روابط متقابل معنی‌دار نبود. هرچند نتایج فرا تحلیلی که توسط Sukolsky, Kassinoe, & Gorman (۲۰۰۴) انجام گرفته است، نشان می‌دهند که تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال خصومت باوجود معنی‌دار بودن، در حد متوسطی است.

نتیجه درمان در مورد اختلال فوبیا مثبت نبود. به نظر Feliu, Bornas, Xavier & Llabresi (۲۰۰۸) در درمان فوبیاهای خاص، روش حساسیت‌زدایی زنده باید انجام پذیرد درحالی‌که مداخله درمانی بر اساس طرح درمان فری، به‌صورت آموزش گروهی ارائه می‌شود، انجام مواجهه سازی به‌صورت زنده مدنظر نیست.

درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار پارانویید مثبت نبود. به نظر Freeman & Garety (۲۰۰۶) مسئله مهمی که در تطبیق درمان شناختی-رفتاری برای درمان سوءظن و افکار پارانوییدی باید در نظر قرار گیرد، این است که درمان کوتاه‌مدت مناسب نمی‌باشد. حداقل مدت درمان ۶ ماه باشد و به‌صورت هفتگی ادامه یابد. تعداد ۱۲ جلسه و کارکرد گروهی در مقایسه بازمان ۶ ماهه عامل مهمی در کسب نتیجه ضعیف می‌باشد.

در این تحقیق تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر روی اختلال وسواس-اجبار مثبت نبود. این نتیجه با نتیجه فرا تحلیل Meca, Conesa, & martinez (۲۰۰۸) که دلالت بر عدم قطعیت درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اختلال وسواس-اجبار دارد، هم‌خوانی دارد و همسو با نتیجه آن‌هاست. هرچند نتایج تحقیقات Barrett, Farrell, & Boulter (۲۰۰۲) کارایی انفرادی درمان شناختی-رفتاری در مورد اختلال وسواس-

اجبار، کودکان را مثبت گزارش می‌کنند، اما تنها یک آزمایش کنترل‌شده با استفاده از پروتکل جلسه‌ای به نام "رهایی از وسواس فکری-عملی با استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری گزارش شده است. در این تحقیق تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال جسمانی کردن، مثبت نبود. Lesly & etal (۲۰۰۶) نیز اعلام می‌کنند که تحقیقات گوناگون نشان‌دهنده عدم تأثیر قاطع درمان‌ها بر اختلال جسمانی کردن هستند هرچند که در بعضی از تحقیقات از جمله تحقیقات Kroenke & Swindle (۲۰۰۰) و Khodayari & Abedini (۲۰۰۰) نتیجه درمان تا حدودی مثبت اعلام شده است. همچنین کاربرد مداخله شناختی-رفتاری در این تحقیق نتیجه مثبتی بر کاهش اختلال روان‌پریشی نداشت. هرچند نتایج تحقیقات Atkinso & Hornbe (۲۰۰۲) و نتایج تحقیقات Bechdolf (۲۰۰۴) در کنار تحقیقات Turkington (۲۰۰۸) تا حدودی مبین تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال روان‌پریشی می‌باشد؛ اما در مورد تأثیر مثبت درمان تمام فرا تحلیل‌ها با احتیاط نتیجه‌گیری می‌کنند ما قطعاً به تحقیقات دقیق‌تر و مقایسه‌ای نیازمند هستیم.

بحث و نتیجه‌گیری قصه درمانی

قصه درمانی در کل بر کاهش اختلالات نه‌گانه رفتاری تأثیر مثبتی داشت. مقایسه جداگانه ابعاد نشان داد که قصه درمانی بر کاهش اختلال افسردگی نیز مؤثر است. این نتیجه با نتایج تحقیقات Giuseppe, Alizahe Fard, (۱۹۸۵) Malgady, & Lloyd (۲۰۰۶) و Karimi Nasa (۲۰۱۰) در مورد کاهش اختلال افسردگی همخوانی دارد. جیوسپی و همکاران از "کونتو درمانی" به عنوان روشی برای کاهش اضطراب تهدید و قالب دهی جدید به افسانه‌هایی نقل‌شده از طرف والدین به کودکان استفاده کرده‌اند. Alizahe Fard (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که کاربرد استعاره درمانی برای افراد دوزبانه دارای روان رنجوری افسردگی نتیجه‌بخش است.

قصه درمانی در این تحقیق تأثیر معنی‌داری بر کاهش اختلال، اضطراب، فوبیا، اختلال جسمانی کردن، اختلال وسواس-اجبار، اختلال حساسیت در روابط متقابل، اختلال افکار پارانوییدی، اختلال خصومت و روان‌پریشی نشان نداد. برای تبیین این نتایج به موارد زیر اشاره می‌شود. (۱) تأثیرات مثبت قصه درمانی در برخی از تحقیقات به خاطر تلفیق قصه درمانی با انواع دیگری از درمان‌ها بوده است.

تحقیق Painter, Cook, & Silverman (۱۹۹۹) در مورد تأثیرات قصه درمانی و آموزش رفتاری به والدین در مورد "نافرمانی نوجوانان"، به دو صورت انجام گرفته است. در حالت اول یک دوره قصه

درمانی با یک دوره آموزش رفتاری دنبال می‌شود و در حالت دوم درمان عکس حالت اول انجام می‌گیرد. Bucholz, Brady, & Michael (۲۰۰۸) در مورد تأثیر "تدریس مهارت‌های مثبت کاری با مداخله شناختی مبتنی بر ادبیات"، بر روی افرادی که در یادگیری انجام فعالیت‌های کاری بدون کمک دیگران مشکل دارند، پرداخته‌اند.

۲) تفاوت‌های افراد از لحاظ جنسیت، سن و فرهنگی ممکن است که منجر به نتایج مختلف شده باشند.

تحقیق Sabbaghyan (۲۰۰۴) در مورد بررسی تأثیر قصه‌گویی بر میزان پرخاشگری کودکان دختر و پسر سال اول و دوم ابتدایی بوده است. تحقیق Parker & Vample (۲۰۰۶) نیز بر روی زنان مبتلا به مشکلات در رفتار با دیگران، انجام گرفته است.

۳) در برخی از قصه درمانی‌ها از قصه به عنوان یک روش مستقیم آموزش استفاده شده است؛ یعنی قصه‌ها بعد از بیان تفسیر شده‌اند. در این تحقیق قصه‌های نقل شده تفسیر نمی‌شدند و احتمالاً در کوتاه مدت نتیجه مثبتی کسب نشده است. تحقیق Beidel, Turner & Yong (۲۰۰۶) نیز نشان‌دهنده تأثیر درمانی بعد از گذشت ۳، ۴ و ۵ سال است.

۴) در بیشتر تحقیقات قصه درمانی گروه مورد مداخله اختلال رفتاری مختلط نداشته‌اند در صورتی که گروه مورد مداخله درمانی در این تحقیق از اختلالات مختلط رفتاری رنج می‌بردند. با جمع‌بندی نتایج به دست آمده از تحقیقات خارجی و داخلی به این نتیجه می‌رسیم که قصه درمانی بر درمان انواع اختلالات تأثیر غیرمستقیم دارد. تأثیری که در نتیجه بالا رفتن آگاهی، یادگیری بیشتر مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی به وجود می‌آید و معمولاً گذشت زمان موجب ایجاد ارتباط و شکسته شدن حالت انزوای شخصی و بهبودی در شخص می‌شود. اختلالات بسیار مهم می‌باشد. تأثیری که با گذشت زمان باشد احتمالاً باثبات‌تر نیز خواهد بود.

بهتر است که قصه درمانی و درمان شناختی-رفتاری به صورت التقاطی توسط مشاوران و درمانگران مورد استفاده قرار گیرند تا هم از تأثیرات فوری درمان شناختی رفتاری بهره‌مند شوند و هم از تأثیرات بلندمدت قصه درمانی.

محدودیت‌ها

- ۱) پژوهش حاضر از نظر هم‌تا کردن آزمودنی‌ها از نظر هوش، وضعیت اقتصادی و از نظر طول مدت‌زمان مورد تعقیب با محدودیت همراه بوده است.
- ۲) محدودیت مربوط به جامعه تحقیق: جامعه مورد تحقیق با توجه به این که یک منطقه را شامل می‌شد، گسترده نبود لذا در تعمیم نتایج حاصل از تحقیق باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

پیشنهادهای

یافته‌های این تحقیق در سطح کاربردی می‌تواند حائز اهمیت باشد. با اتکا به نتایج مطالعه می‌توان به مشاوران مدارس توصیه کرد که از این دو روش با توجه به متناسب بودن با سیستم آموزش در مدارس استفاده کرد و به دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری کمک نمود.

منابع

- اتکینسون، ماری و هورن بی، گری (۲۰۰۲). بهداشت روانی در مدارس. ترجمه: اکبر رهنما، محمد فریدی (۱۳۸۸). تهران: انتشارات آییژ.
- استالارد، پل (۲۰۰۵). کاربرد CBT برای کودکان و نوجوانان. ترجمه احمد برجعلی، صمیمه کتابی، فاطمه اکبری فرخودی (۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
- امیر پور، لیل (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی تلفیق فنون شناختی - رفتاری در کاهش اضطراب و دارو درمانی در درمان عقاید پارانوئید، هذیان های گزند و آسیب بیماران مبتلا به روان پریش. پایان نامه کارشناسی دانشکده علوم تربیتی و روان پزشکی مشهد.
- آخوند مکه‌ای، زهره (۱۳۷۶). تاثیر شناخت درمانی گروهی به روش بک برای درمان افسردگی نوجوانان دختر ۱۵-۱۷ ساله شاهین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی دانشکده علوم تربیتی.
- بارویک، نیک (۲۰۰۰). مشاوره بالینی در مدرسه. ترجمه: محمد رضا اسم خانی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات دانژه.
- بک، آرون تی (۲۰۰۰). شناخت درمانی و مشکلات روانی. ترجمه: مهدی قراچه داغی (۱۳۶۹). تهران: انتشارات ویس.
- پروچسکا، جیمز و نور کراس، جان (۲۰۰۷). نظام‌های روان درمانی. ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات روان.
- خالقی دلاور، فائزه (۱۳۸۷). بررسی اثر بخشی گروه درمانی بر مبنای روش شناختی فری بر کاهش افکار خود آیند منفی دانش آموزان دختر افسرده منطقه ۱۲ آموزش و پرورش شهر تهران. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خدایاری فرد، محمد و پرند، اکرم (۱۳۸۸). ارزیابی و آزمونگری روانشناختی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- روشن، آرتور (۱۹۹۷). قصه گویی، چگونه از داستان برای کمک به کودکان استفاده کنیم. ترجمه: بهزاد یزدانی و مژگان عمادی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات آراین.
- شجاعی، ستاره (۱۳۸۶). شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی استان فارس. فصلنامه کودکان استثنایی. ۲ (۳)، (۲۲۶-۲۲۷).
- علیزاده فرد، سوسن (۱۳۸۸). مقایسه کاربرد و اثربخشی استعاره‌های زبان اول و زبان دوم در فرایند استعاره درمانی افراد دو زبانه دارای روان رنجوری افسردگی. پایان نامه دکتری تخصصی دانشگاه علامه طباطبایی.
- فری، مایکل (۱۹۵۴). راهنمای عملی شناخت درمانی. ترجمه: مسعود محمدی و رابرت فرنام (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.

- کریمی نسب، افسانه (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی قصه درمانی بر کاهش افسردگی کودکان سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی مشهد.
- گراث مارنات، گری (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان. ترجمه: حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.
- گرچی، صادق (۱۳۸۱). میزان شیوع افسردگی و تاثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش آن در بین دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌ها و هنرستان‌های منطقه قرچک. پایان نامه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران.
- مسیبی چناربن، حسین (۱۳۸۶). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر فن خود‌گویی در کاهش هراس اجتماعی. پایان نامه کارشناسی دانشگاه علامه طباطبائی.
- یوسفی لویه، معصومه (۱۳۸۶). تاثیر قصه درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی دانش‌آموزان پایه چهارم ابتدایی. فصلنامه کودکان استثنایی، سال ۸(۱)، (۲۹۵-۲۸۱).
- Atkinson, M., and Horne, B., (2002). Mental health for schools. Translation: Akbar Rahnema, Mohammad Farid (1388). Tehran: Ayzh.
- Stallard, Paul (2005). The use of CBT for children and adolescents. Translation: Ahmad Borjali, Smyeh Ketabi, Fatima Akbari Frkhvdy (1388). Tehran: Rshdeh Farhang.
- Amir Poor, Laila (1388). The effect of combining cognitive - behavioral techniques for reducing anxiety and medication in the treatment of paranoid ideations, persecutory delusions and psychosis in vulnerable patients. Thesis, School of Medical Sciences, Mashhad mental training.
- Akhund Makkeei, Zohreh. (1376). Effect of cognitive therapy for depression using the Beck method in adolescents of 15-17 years of Shahin Shahr. Thesis, Faculty of Education.
- Barvik, Nick (2000). Clinical counseling in schools. Translation: Mohammad Reza Esm Khani (1387). Tehran: Danzh.
- Beck, Aaron T. (2000). Cognitive therapy and mental health problems. Translation: Mehdi karacheh Daghi (1369). Tehran.
- Prochaska, James and Noor Cross, John (2007). Systems of psychotherapy. Translation: Seyyed Yahya Mohammad (1387). Tehran: Ravan Press.
- Kallegghi Delaware, Faezeh. (1387). The effect of group therapy on the basis of methodological Ferry to reduce negative thoughts of depressed female students in Tehran Region 12 Education. Thesis, University of Allameh Tabatabai.
- Khodayarifard, Mohammad. Parand, Akram. (1388). Psychological evaluation and polygraph examiner. Tehran: Tehran University Press.
- Roshan, Arthur (1997). Storytelling, how to help children use the story. Translation: Behzad. Yazdani and Mozghan. Emadi (1385). Tehran: Arian.
- Shojaei, Setareh (1386). The prevalence of behavioral disorders in primary school students in the province. Journal of Pediatric Astsnay. 2 (3), (226-227).
- Alizadeh Fard, Sosan. (1388). Comparison of the effectiveness of the tropes in the first language and second language Metaphor Therapy in Bilingual with depressive neurosis. PhD thesis, University of Allameh Tabatabai.

- Free, Michal (1954). Practical Guide to Cognitive Therapy. Translation: Masaoood. Mohammadi and Robert Farnam (1384). Tehran: Roshed.
- Karimi Nasab, Afsaneh (1389). Effectiveness of narrative therapy on depression in children with cancer. MS Thesis, School of Education, Mashhad.
- Marnat Gras, Gary (2003). Psychological Evaluation Guidelines for clinical psychologists know, counselors and psychiatrists. Translation: Hasan Pasha Sharifi and Mohammad Reza Nykkho (1387). Tehran: Roshed.
- Georgi, Sadegh. (1381). Prevalence and impact of cognitive therapy on reducing depression among students and schools Psrdbyrstanha Qarchak area. Thesis, Tarbiat Moallem University of Tehran.
- Mosayebi Chenarbon, Hossein. (1386). Cognitive therapy seems to reduce the social phobia by self talking. Thesis of Allameh Tabatabai University.
- Loyeh Yousefi, Masoomah. (1386). Narrative therapy impact in reducing symptoms of anxiety disorders in students of fourth grade. Journal of Exceptional Children, Vol 8 (1), (281-295).
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M. & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1005-1014.
- Bechdolf, A, Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., & Pukrop, R. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 110, 21-28.
- Beidel, D.C., Turne, S.M., & Yong, B.J (2006). Social effectiveness therapy for children: Five years later. *Behavior Therapy*. 37, 416, 425.
- Bucholz, Jessica L., Brady, Michael P (2008). Teaching Positive Work Behavior with Literacy-Based Behavioral Interventions: An Intervention for Students and Employees with Developmental Disabilities. *Teaching Exceptional Children*, 41, 50-55.
- Burns. George W. (2005). 101 Healing Stories for Kids and Teens: *Using Metaphors in Therapy New Jersey*: by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken
- Choy, Y, Fyer, A, J., & lipsitz, J. D. (2007). Treatmeant of specific phobia in adults. *Cinical Psychology Review*, 27, 266-286.
- Denis G.Sukolsky, D.G, Kassinoe, H. & Gorman B.S (2004). Cognitive-behavioral therapy for children and adollessent: *A meta-analysis Aggression & violent Behavioral*. 9, 247-269.
- Freeman, D., Freeman, J. and Garety, P. (2006). Overcoming paranoid and suspicious thoughts. *Advances in Psychiatric Treatment* 12, 404-415
- Giuseppe, C., Robert, G. Malgady, M., and Lloyd H. (1986). Cuento therapy: A culturally sensitive modality for Puerto Rican children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 639-645.
- Kendall, Philip C. (2007). The role of self-Statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(3), 380-389.
- Kurt Kroenke, Ralph Swindle. (2000). Cognitive-Behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: *A Critical Review of Controlled Clinical Trils*, 69, 205-215.

- Lesley A. Allen, Robert L. Woolfolk, Javier I. Escobar, Michael A. Gara, Robert M. Hamer. (2006). Cognitive-Behavioral therapy for somatization disorder. *A Randomized Controlled Trial*, 166, 1512-1518.
- Matthew M. Kurtz, and Kim T. Mues (2008). Social skills training for schizophrenia. A meta-analysis of controlled research. *Consulting and Clinical Psychology*. 76, (3), 491-504
- Rosa-Alcazar, A. I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., & Marin-Martinez, F. (2008) Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1310-1325.
- Tortella-Feliu, Miquel, Bornas, Xavier & Llabres, Jordi (2008). Computer-Assisted Exposure Treatment for Flight Phobia.International. *Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 4(2)
- Turkington, D., Senskey, T., Scott, J., Barenes, t.r.e, Nuru, U., Siddle, R., Hammond, K., Samarase, kara, N., & Kingdom, D. (2008). A randomized controlled trail of cognitive- behavioral therapy for persistent syptoms in schizophrenia: *A five year follow up. Schizophrenia Research*, 97. 1-7.
- Whittal, M. L., Robichaud, M., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2008). Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 1003-1014.
- Winterdyk, J., Ray, H., Lafave, L., Flessati, Sonya, Huston, Michael, Danelesko, Elaine AND Murray, Christina. (2008). The Evaluation of Four Mind/Body Intervention Strategies to Reduce Perceived Stress among College Students. *College Quarterly*.1, 11.



استناد به این مقاله: اعتمادی، احمد؛ احمد برآبادی، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار گروهی بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۲ مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۹۵-۱۱۴

اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار گروهی بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۲ مشهد

احمد اعتمادی^۱، حسین احمد برآبادی^۲
دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۸ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی است. این تحقیق از نوع نیمه تجربی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه گواه است. ۱۴ زوج که تعارضات زناشویی داشتند با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایشی جایگزین شدند. یک هفته پس از تکمیل پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH جلسات درمانی بر روی گروه آزمایشی اجرا شد. زوجین گروه آزمایشی در ۲۰ جلسه درمان ۲ ساعته زوج‌درمانی هیجان‌مدار شرکت کردند. یک هفته پس از خاتمه‌ی جلسات درمانی، زوجین هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. نتایج تحقیق با استفاده از تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد، بین دو گروه (آزمایش و گواه) اختلاف معناداری وجود دارد؛ بنابراین نتایج آماری حاکی از این است که زوج‌درمانی هیجان‌مدار تأثیر معناداری بر رضایت زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه داشته است.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، رضایت زناشویی

^۱. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، ahmad_etemadi@yahoo.com

^۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه بجنورد، brabadihossiena@yahoo.com

مقدمه

رضایت زناشویی^۱ به‌عنوان میزان ادراک زوج از اینکه شریکشان نیازها و تمایلات آن‌ها را برآورده می‌کند تعریف می‌شود (Burpee & Langer, 2005; Peleg, 2008). این گونه به نظر می‌رسد که رضایت زناشویی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی رابطه داشته باشد درحالی‌که مشخص شده است نارضایتی از ازدواج به استرس، اضطراب و حتی انحلال واحد خانواده منجر می‌گردد (Shackelford, Besser, & Goetz, 2008). تحقیقات زیادی از این گزاره حمایت کرده‌اند که روابط رضایت‌بخش زوج، سلامت روانی و جسمانی آن‌ها را بهبود می‌بخشد (Feeny, 2002). از بین تمام حوزه‌های زندگی شاید ازدواج و روابط خانوادگی پایدارترین چالش‌های هیجانی هستند (Mirgain & Cordova, 2007) در نتیجه تعجب‌آور نیست که مطالعات نظری و تجربی گوناگون عواملی که منجر به رضایت از رابطه‌های صمیمانه و نزدیک می‌گردد را مورد بررسی قرار داده‌اند.

به اعتقاد Markman و Floyd (۲۰۰۲) اغلب افرادی که ازدواج می‌کنند، در آغاز زندگی دارای سطح بالایی از رضایت زناشویی هستند، اما علاوه برافت تدریجی که باگذشت زمان در رضایتمندی زناشویی رخ می‌دهد، در همان هفته‌ها و ماه‌های اول ازدواج مشکل جدی رخ می‌دهد که اگر حل نشود می‌تواند رضایت و ثبات رابطه‌ی زناشویی را تهدید کند. Goldenberg (۲۰۰۴) نابسامانی زناشویی و طلاق را بعد از مرگ ناگهانی در خانواده از مهم‌ترین عوامل تنیدگی زا می‌داند.

پژوهش‌های برون در بررسی‌های رضایتمندی زناشویی در سال ۲۰۰۰ نشان داد که چهارپنجم از متأهلین می‌شیگان^۲ از ازدواجشان رضایت دارند و ۷۹٪ از پاسخ‌دهندگان رضایت بسیار بالایی از ازدواجشان را نشان دادند و تقریباً تمام زوجین رضایت زناشویی بالایی را در اوایل زندگی‌شان گزارش می‌دادند، اما در بسیاری از ازدواج‌ها، علائم نارضایتی در چند سال اول زندگی ریشه دوانده بود (Halford, 2003). کاهش رضایتمندی زناشویی با خطر بالای جدایی همراه است مخصوصاً اگر خطر پرخاشگری فیزیکی بین زوجین وجود داشته باشد. خلاصه این که بالغ بر ۴۰٪ مراجعان بهداشت روانی، درگیر مشکل زناشویی هستند (Donovan, 2003).

اکثر زوجین رضایتمند معتقدند احتمال اینکه روزی طلاق بگیرند صفر است اما در بین افرادی که رضایت زناشویی بالایی را گزارش کرده‌اند، ۴۰٪ گزارش داده‌اند که گاهی به ترک همسرشان فکر کرده‌اند (Halford, 2003). بنابراین به نظر می‌رسد حتی در بین زوجین رضایتمند هم مشکل به وجود

^۱ Marital satisfaction

^۲ Michigan

می‌آید و همه‌ی این‌ها به خاطر این است که آشفتگی رابطه یک مشکل عمومی در اکثر جوامع غربی و ایران است. بر این اساس لازم است تحقیقات کاربردی زوج‌درمانی و راهکارهایی برای افزایش رضایت زناشویی و کاهش تعارضات و ناسازگاری صورت گیرد تا در آینده از پیامدهای نامطلوب روانی اجتماعی طلاق و ناسازگاری زناشویی بر روی خانواده‌های ایرانی و فرزندان آن‌ها پیشگیری گردد.

طرفداران زوج‌درمانی هیجان مدار (EFT) به دل‌بستگی به عنوان یک نظریه که به خوبی با روابط عاشقانه‌ی بزرگ‌سالی انطباق داده شده می‌نگرند. Hazan و Shaver (۱۹۸۷) استدلال کرده‌اند که روابط عاشقانه را می‌توان به عنوان یک فرایند دل‌بستگی مفهوم‌سازی کرد. دل‌بستگی به عنوان یکی از سازه‌های تحولی- شخصیتی سهم بسزایی در شکل‌گیری الگوهای ارتباطی بزرگ‌سالی دارد. مطابق نظریه بالبی، انسان با یک سیستم روانی- زیستی به نام سیستم رفتار دل‌بستگی متولد می‌شود. این سیستم، ارزش انطباقی داشته و فرد را به حفظ نزدیکی و هم‌جواری با افراد مهم زندگی یا تصاویر دل‌بستگی- کسانی که کودک می‌تواند در موقعیت‌های تهدیدآمیز نزدیک آن‌ها بماند تا شانس او برای سازش یافتگی و بقا افزایش یابد- سوق می‌دهد. هدف این سیستم در کودک، دستیابی به یک احساس ایمنی و حمایت واقعی یا ادراک شده از تعامل نزدیک و صمیمی با تصویر دل‌بستگی است (Ainsworth, 1989; Hazan, & Shaver, 1994).

نظریه دل‌بستگی چهارچوب مناسبی را فراهم می‌کند که به فهم بهتر روابط زناشویی و شیوه‌های مقابله با تعارض زوج‌ها کمک می‌کند (Crowleyh, 2006). پژوهش‌ها نشان داده است که دل‌بستگی مفهوم مهمی در مطالعه و درک شیوه‌های ارتباط زوج‌هاست (Hazan & Shaver, 1987; Crowleyh, 2006; Berman, Marc, & Berman, 1994). دل‌بستگی بزرگ‌سالان به عنوان رابطه‌ای دوجه‌دو و متقابل تعریف می‌شود که در آن هم‌جواری با یک شخص خاص ترجیح داده شده و به دستیابی به احساس ایمنی منجر می‌گردد (Berman, Marc, & Berman, 1994).

در روابطی که یکی از حالت‌های دل‌بستگی وجود دارد این تحریک می‌تواند موقعیتی به وجود آورد که به عدم اعتماد در روابط زناشویی منجر شود یا شرایطی به وجود آورد که در یک رابطه حمایتی متقابل موجب همکاری و تعامل بیشتر شود و یا به تغییر و اصلاح باورها و احساسات فعلی فرد در مورد رابطه کنونی‌اش بینجامد (Crowleyh, 2006). زوج‌ها بیشتر در روابط زناشویی خود از زنجیره‌ای از تعاملات و الگوهای ارتباطی پیروی می‌کنند که این الگوها در موقعیت‌های تنش‌زا هم می‌توانند به صورت مثبت و فعال و کارکردی عمل نمایند و رابطه زناشویی را ارتقاء داده و غنی‌تر کنند و هم می‌توانند به

تنش‌های ارتباطی و تعارضات زناشویی منجر شوند. اینکه در مواجهه با مسائل، کدام حالت رخ می‌دهد بستگی به نحوه پاسخگویی و واکنش زوج به موقعیت دارد و متأثر از الگوهای و سبک‌های دل‌بستگی است (Creasey, 2002; Dewitte & Houwer, 2008).

EFT یک رویکرد ساختاریافته‌ی کوتاه‌مدت (تقریباً بین ۲۰-۸ جلسه) در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی است که بر پایه‌ی مفاهیم واضح و روشن از ناراحتی‌های زناشویی و عشق بزرگ‌سالی بنانهاده شده است (Johnson, & Greenberg, 1985a).

مفروضه‌های اساسی این رویکرد عبارت‌اند از:

۱. مشکلات در روابط، توسط شیوه‌ای که تعاملات سازمان‌دهی می‌شوند و توسط تجربیات هیجانی افرادی که در یک رابطه هستند به وجود می‌آید واداده پیدا می‌کند.
۲. امنیت پیوندهای یک ازدواج توسط در دسترس بودن، پاسخگو بودن و آمیزش عاطفی ایجاد می‌شود. این عوامل باعث توجه کردن زوجین به نیازهای درونی برای ارتباط داشتن، حمایت کردن و امنیت (نیاز به دل‌بستگی) می‌شود. اغلب جوهره‌ی تعارضات زناشویی مرتبط با این پرسش است که «این پیوندها دقیقاً چگونه ایمن می‌شود؟».
۳. هیجان در سازمان‌دهی رفتارهای دل‌بستگی و سازمان‌دهی روشی که در آن خود و دیگران تجربه می‌شوند بسیار مهم است. هیجان وسیله‌ای در معنا دادن به ادراکات است؛ همچنین یک عامل تعیین‌کننده در زناشویی درمانی است. ایجاد تجربیات هیجانی جدید می‌تواند مهم‌ترین عامل در تغییر بین فردی و درون روانی باشد، که به ایجاد یک پیوند جدید بین زوجین منجر می‌شود.
۴. داشتن نیازها و تمایلات دل‌بستگی به‌خودی‌خود یک تمایل سالم و انطباقی است. مشکلات در روابط زمانی به وجود می‌آید که چنین نیازها و تمایلاتی خود را در یک زمینه‌ی ناامن ادراک‌شده نشان دهند. تأیید و شناخت این نیاز یک جنبه ضروری از EFT است.
۵. تغییر در EFT با دستیابی و پردازش دوباره‌ی تجربیات هیجانی مرتبط است. برای اینکه تعاملات جدید اتفاق افتد و زوج‌ها موقعیت خود را اصلاح کنند، ایجاد تجربیات هیجانی جدید ضرورت دارد. تغییر EFT در طی هیچ‌یک از فرایندهای پالایش، بینش^۲ و مذاکره^۳ اتفاق نمی‌افتد بلکه در طی تجارب هیجانی جدید و وقایع تعاملی تازه به وجود می‌آید.

^۱ emotional engagement

^۲ catharsis

^۳ insight

۶. مدل EFT آشفته‌گی‌های زناشویی را به عنوان چیزی می‌بیند که عاطفه منفی را جذب می‌کند. این عاطفه‌ی همزمان الگوهای تعاملی را انعکاس می‌دهد و تقویت می‌کند. این تعاملات هم خشک و هم محدود شده هستند. این الگوها درگیری هیجانی سالم را غیرممکن می‌سازند، چیزی که برای ایجاد پیوندهای ایمن بسیار ضروری است.

به دنبال این مفاهیم و مفروضه‌ها، می‌توان اهداف EFT را چنین بیان کرد:

الف) سازمان‌دهی مجدد و افزودن بر پاسخ‌های هیجانی کلیدی،

ب) ایجاد تغییر در موقعیت‌های تعاملی زوجین،

ج) پرورش پیوند ایمن بین زن و شوهر (Johnson, 2004).

از دیدگاه EFT، استرس‌های زناشویی توسط حالت‌های فراگیر عاطفه منفی و ناامنی‌های دل‌بستگی ایجاد می‌شوند و ادامه پیدا می‌کنند. این عواطف الگوهای خشک و محدود شده‌ای از تعاملات را برمی‌انگیزند، چیزی مانند: تو انتقاد می‌کنی، من کنار می‌کشم. یک آسیب دل‌بستگی زمانی اتفاق می‌افتد که یکی از دو طرف انتظاراتی را که دیگری برای آرامش و مراقبت دارد نقض می‌کند. آسیب دل‌بستگی با کنار کشیدن یا حضور نداشتن در لحظات نیاز مبرم مشخص می‌شود. این واقعه‌ی آسیب‌زا رابطه را ناامن می‌کند و این ناامنی به یک سری چرخه‌های تعامل منفی بین زوجین منجر می‌شود که اگر به آن توجه نشود، می‌تواند باعث افزایش تنش‌های زناشویی بسیار شدید شود (Johnson, 2004).

مطابق با دیدگاه EFT روابط ایجاد شده بین عشاق و همسران یک رابطه‌ی دل‌بستگی است، با همان خصوصیتی که بالبی تشریح کرده است. یعنی این روابط پیوندهای عاطفی مداومی هستند که با «پویایی‌های هیجانی پیچیده» مشخص می‌شوند. بالبی معتقد بود «نظریه‌ی دل‌بستگی» فقط نظریه تحول کودک نیست بلکه نظریه تحول در «گستره‌ی حیات» نیز هست (Mazaheri, 2000). دل‌بستگی بزرگ‌سالان در جنبه‌های اساسی و مهم، مشابه دل‌بستگی است که کودکان نسبت به مراقب اصلی خود دارند. این پیوند- درست مثل آنچه در کودکان وجود دارد- تنها در روابطی ظاهر می‌شود که اهمیت

۱ negotiation

۲ negative affect

۳ rigid

۴ constricted

۵ comfort

۶ caring

هیجانی بسیار زیاد و محوری دارند. این دل‌بستگی در بزرگ‌سالان نتیجه‌ی عملکرد نظام هیجانی مشابه با دل‌بستگی در کودکان است، اگرچه در جریان تحول جرح و تعدیل شده است. دل‌بستگی ایمن در روابط همسران با روابطی که دوسویه و پرمحبت است و جایی که هر دو نفر احساس صمیمیت و امنیت دارند، مشخص می‌شود (Johnson, Makinen, & Millikin, 2001). نظریه‌ی EFT مدعی است که پیوند دل‌بستگی ایمن در زوج‌ها با در دسترس بودن و پاسخگو بودن ایجاد می‌شود. (Johnson, 2004). دسترسی به این معناست که زن یا شوهر زمانی که عضو دیگر این مجموعه‌ی دوتایی، علائمی از آشفتگی را بروز می‌دهد، از نظر هیجانی و جسمی در دسترس باشد. زمانی که یکی از دو طرف غیر پاسخگو و غیرقابل دسترس به نیازهای روانی و فیزیکی دیگری است، دل‌بستگی نایمن به وجود می‌آید. آسیب‌های دل‌بستگی به‌خصوص در لحظه‌های بحرانی احتیاج داشتن و زمانی که یک فرد آسیب‌پذیر است، اتفاق می‌افتد. فرد مضطرب بارها تلاش می‌کند نیازهای روانی‌اش را از طریق نزدیک شدن به همسرش برآورده سازد ولی همسرش از این تلاش و درخواست‌های مکرر او آزرده می‌شود (Johnson & Whifen, 1999). در فرایند EFT، هیجانات پردازش و تنظیم می‌شوند تا در نتیجه به پاسخ‌های سازگارتری تبدیل شوند، پاسخ‌های هیجانی محدود شده یا طاقت‌فرسا می‌توانند در یک محیط امن درمانی به شکلی واضح بروز پیدا کنند. همچنین هیجان وسیله‌ای است که توسط درمانگر برای ایجاد تغییر در زوج‌ها به کار برده می‌شود. هیجانات به فرد این فرصت را می‌دهند که درونی‌ترین جنبه‌های خود را برای هر چیز خارج از خود بیان کند (Greenberg & Pavio, 1997). برای مثال، زمانی که یک فرد بتواند برای خود و دیگری وحشتی را که در طی یک تماس فیزیکی احساس می‌کند بروز دهد، این حالت رفتار دلسوزانه و آرامش‌دهنده همسرش را برمی‌انگیزد و به تجارب هیجانی شفاف‌بخش اجازه وقوع در رابطه‌ی حاضر را می‌دهد که موجب کاهش و تغییر ماهیت پاسخ وحشت‌زدگی می‌شود.

تجربه و بیان هیجانات اولیه، زیربنای تعامل است. هیجان‌های متفاوتی ممکن است توسط هیجان ثانویه‌ی مشابهی ابراز شده و موجب تعارض یا سردرگمی فرد یا همسرش شود. برای مثال، خشم اصولاً یک هیجان ثانویه است (Johnson, 2004)، با این حال هیجانات اولیه‌ی زیادی مانند ترس، آسیب، بی‌اعتمادی و شرم ممکن است توسط خشم ابراز شوند. بروز هیجان ثانویه می‌تواند منجر به الگوهای تعاملی منفی و قابل‌شناسایی توسط چرخه‌هایی مانند فاصله-تعقیب یا سرزنشگری-کناره‌گیری شود (Johnson & Greenberg, 1994). اگرچه در درمان اغلب با انعکاس پاسخ‌های ثانویه که زوجین برحسب

عادت آن‌ها را به عنوان بخشی از چرخه‌ی آشفته نشان می‌دهند، آغاز می‌شود، اما این پاسخ‌های هیجانی اولیه است که مورد غفلت قرار گرفته و درمانگر EFT روی آن‌ها تمرکز می‌کند.

EFT؛ رویکرد تجربی^۱ و سیستمی و عوامل درون روانی و بین فردی را با یکدیگر ترکیب کرده است. EFT را با توجه به این موارد می‌توان یک رویکرد دستگاهی دانست: EFT روی قدرت بافت^۲ تأکید می‌کند. رفتار هر یک از زوجین در این بافت به عنوان پاسخی به رفتار دیگری دیده می‌شود. هر یک از زوجین، با توجه به احساسی که دارند به طرف مقابل پاسخ می‌دهند، بدون اینکه واقعاً نسبت به علت پاسخ خود، آگاهی داشته باشند. در یک رابطه‌ی آشفته کناره‌گیری و عدم پاسخ‌دهی به طور معکوس موجب انتقاد و تقاضاهای مفرط می‌شود. EFT همچنین روی علیت حلقوی تمرکز می‌کند. این عامل موجب می‌شود، بفهمیم عناصر یک رابطه چگونه متقابلاً یکدیگر را تعیین می‌کنند. ساختار و فرایند یک تعامل است که الگوی تعاملات را تعیین می‌کند. میزان نزدیکی - فاصله و سلطه‌گری نیز به همین واسطه تعیین می‌شود. چرخه‌ی تعاملی منفی خشک، عامل اولیه در بدتر شدن رابطه است و باعث به وجود آمدن روابط زوجی آشفته می‌شود (Johnson, 2004).

از یک نگاه دیگر، EFT یک رویکرد تجربیاتی است. افزایش حساسیت، بیان احساسات، خودانگیختگی و خلاقیت (یا تجربه غیرعقلانی) و صداقت از جمله اهداف رایج در این رویکرد است. تمامی درمانگرهایی که با رویکرد تجربی به درمان می‌پردازند، بر تقدم تجربه نسبت به تفکر عقلانی و به ویژه توجیه عقلی صحنه می‌گذارند. در نتیجه، آن‌ها اشخاصی فعال و غالباً خود فاش کننده‌اند که احتمالاً برای کمک به درمان‌جو جهت نیل هر چه بیشتر به احساسات، حس‌ها، تخیلات و تجارب درونی شخصی‌شان از فنون و روش‌های تحریک کننده مختلفی استفاده می‌کنند. درمان‌جو در طول درمان تشویق می‌شود تا نسبت به اینجا و اکنون و تجارب فعلی زندگی‌اش حساس باشد؛ انکار تکانه‌ها و فرونشانی عواطف، اموری ناکارآمد و مانع رشد تلقی می‌شوند. فرض اساسی رویکرد مزبور آن است که خانواده در نتیجه‌ی تجارب عاطفی یا هیجانی خود تغییر می‌کند نه از راه آموزش. فرآیند یعنی، آنچه در خلال جلسات خانواده درمانی رخ می‌دهد و نحوه‌ی تجربه احساسات، بیان آسیب‌پذیری‌ها و در میان گذاشتن افکار سانسور نشده توسط هر کدام از شرکت کنندگان (از جمله خود درمانگر) نقطه‌ی ثقل درمان به شمار می‌آید (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

^۱ experiential

^۲ context

Johnson (۲۰۰۴) فرآیند تغییر در رویکرد EFT را در سه مرحله طبقه‌بندی کرده است، که در مجموع شامل ۹ گام است. در این بخش اهداف هر گام به اختصار توضیح داده می‌شود. این گام‌های درمانی در یک مجموعه به شیوه‌ای خطی اتفاق نمی‌افتد، بلکه هر گام با گام یا گام‌های بعدی ترکیب می‌شود. برای مثال، درمانگر EFT دسترسی به هیجان را در طی فرایند مراحل ۴ تا ۹ بر پایه‌ی چهارچوبی که در گام ۳ (زمانی که هیجانات بنیادی برای بار اول در دسترس قرار می‌گیرند) ساخته است، ادامه خواهد داد. بعداً این گام با گام ۵، جایی که چنین هیجاناتی کامل‌تر بیان می‌شوند و به شیوه‌ای که هر فرد خود و دیگری را در رابطه می‌بیند، مرتبط می‌شود. در گام ۷، این تجربیات هیجانی پایه بیان نیازها و خواسته‌ها را شکل می‌دهد.

مرحله اول: تشنج‌زدایی از چرخه^۱

گام ۱: شرح موضوعات تعارض. در این گام ابتدایی، EFT روی درگیری‌های اصلی که زوجین را به جلسه‌ی درمانی آورده است، متمرکز می‌شود. این تعارض می‌تواند شامل مشاجرات دائمی، تغییر یکی از زوجین که دیگری را ناراحت می‌کند و غیبت دائمی یک نفر باشد. برای مثال، زمانی که تغییر در یک نفر اتفاق می‌افتد، مانند افسردگی پس از زایمان، شوهر می‌تواند با نوزاد ارتباط برقرار کند اما ممکن است برای مدیریت تغییراتی که در همسرش اتفاق افتاده است آماده نباشد.

گام ۲: شناسایی چرخه‌ی تعاملی منفی که زوجین را در آشفتگی نگه می‌دارد و مانع پیوند ایمن می‌شود. ادراک زن از مشکل حاضر ممکن است برای مثال این باشد که، شوهر ساعت‌های طولانی کار می‌کند، درحالی‌که شوهر می‌گوید او ساعت‌های طولانی کار می‌کند تا شکایت‌های همسرش را نشنود. این پدیده چرخه نامیده می‌شود. زیرا، زمانی که چرخه در حرکت است، مشکل است که عمل یک نفر را از دیگری تشخیص داد و جدا کرد.

گام ۳: دستیابی به هیجانات شناسایی نشده که پایه و اساس موقعیت‌های تعاملی است. EFT هیجانات را به دو طبقه‌ی اولیه و ثانویه تقسیم می‌کند. در طی زمان، هیجانات ثانویه که شامل خشم، ناامیدی و دیگر هیجاناتی که واکنشی به هیجانات اولیه هستند، تخلیه می‌شوند. هیجانات اولیه در حیطه‌ی عمیق‌تری قرار دارند. درمانگر EFT، مراجع را تشویق به ابراز هیجانات می‌کند و حسی از پذیرش نسبت به احساسات و هیجانات موجود در تعارض ایجاد می‌کند.

^۱ cycle dc-escalation

گام ۴: دوباره شکل دهی مشکل برحسب احساسات بنیادی او نیازهای دل بستگی. همچنان که مراجعین چرخه‌ی تعاملی و عمق هیجانات را توصیف می کنند، درمانگر EFT مشکل را برحسب هیجانات اولیه و اینکه چگونه هیجانات بر احساسات و میزان دل بستگی آن‌ها اثر می گذارد، تعریف می کند. نیازهای دل بستگی در قلب EFT هستند و هدف هر یک از همسران این است که این نیازها توسط همسرش دیده و تصدیق شود. برای مثال، درمانگر EFT ممکن است خشم را تنهایی شدیدی که فرد احساس می کند، ترجمه کند.

مرحله دوم: تغییر موقعیت‌های تعاملی^۱

گام ۵: افزایش شناسایی نیازها و جنبه‌هایی از خود که انکار شده. در این گام، مراجع باید به هیجانات اولیه که ممکن است ترس، تنهایی و یا ناراحتی باشد دست یافته و با این جنبه‌های وجود خود ارتباط برقرار کند.

گام ۶: افزایش پذیرش تجربه‌های همسر و راه‌های جدید تعامل. در این گام تأکید بر روی اینجا و اکنون است. در این لحظه مراجع خودش و دیگری را آن گونه که هستند تجربه می کند. این وضعیت درمانی می تواند الگویی برای وی باشد که احساسی از تصدیق خود منحصر به فردش داشته باشد، بدون اینکه راجع به عقیده و ارزش خود قضاوت کند.

گام ۷: تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی. ایجاد و درگیری هیجانی چالش برانگیزترین جنبه از درمان EFT است. تجربه‌ی کامل این درگیری صداقت بسیار از طرف زن و شوهر و صبر بسیار از طرف درمانگر را می خواهد.

مرحله سوم: ادغام و یکپارچه سازی^۲

گام ۸: تسهیل بروز راه حل های جدید برای موضوعات و مشکلات قدیمی. زن و شوهر مجدداً جنبه‌هایی از رابطه‌ی خود را به شیوه‌ای که درجات بالاتری از کارایی را دارد، تجربه می کنند. چون رابطه توسط هر دو نفر دوباره تعریف شده، احتمال حل مسائل روزانه آسان تر از گذشته می شود.

گام ۹: یکپارچه سازی موقعیت‌های جدیدی که زوجین نسبت به یکدیگر به دست آوردند. این گام می تواند شامل توضیح تعاملات معمول روزانه باشد که ممکن است لازم باشد مجدداً با درمانگر مرور شود.

¹ underlying feeling

^۲ changing interactional positions

³ consolidation and integration

Gurman و Frankle (۲۰۰۲) EFT را به‌عنوان یکی از سه مدل غالب در زمینه‌ی زوج‌درمانی از اوایل ۱۹۸۰ معرفی کرده‌اند. آن‌ها EFT را دارای پایه‌ی تجربی قوی و تلاش‌های مستمر بنیان‌گذار آن برای پالایش مفاهیم و تکنیک‌ها، دانسته‌اند.

در اولین مطالعه‌ی اثربخشی (Johnson, & Greenberg, 1985) گروه‌هایی که روی آن‌ها EFT و مداخلات شناختی رفتاری اجرا شده بود با گروه کنترل مقایسه شدند. یافته‌ها نشان داد که نتایج هر دو گروه درمانی برتر از گروه کنترل بود و EFT در افزایش سازگاری زناشویی در پس‌آزمون، از درمان شناختی رفتاری برتر بود.

Goldman و Greenberg (۱۹۹۲) سه گروه EFT، یک درمان دستگاهی یکپارچه نگر (IST) و یک گروه کنترل را با یکدیگر مقایسه کردند. نتایج نشان داد که EFT و IST به‌طور مساوی در اصطلاح سازگاری زناشویی مؤثر و برتر از گروه کنترل بودند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مداخلات EFT علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (Dessaulles, 1991; Macphee, Johnson, & van Der Veer, 1995). Cloutier و Manion, Johnson, Walker (۱۹۹۶) EFT را بر روی زوجینی که به علت داشتن فرزندی با بیماری‌های مزمن تحت فشار بودند، به کار بردند. مقایسه‌ی دو گروه EFT و کنترل، اثربخشی این رویکرد و افزایش سازگاری زناشویی در پس‌آزمون را نشان داد. این اثر در یک پی‌گیری پنج‌ماهه باقی ماند. شواهد اولیه نشان می‌دهد که مداخلات EFT نه تنها باعث بهبود در روابط زن و شوهر می‌شود، بلکه یک محیط شفاف‌بخش ایجاد می‌کند که به بازماندگان تروما اجازه می‌دهد که به‌طور مؤثرتری به علائمی نظیر صحنه‌های بازگشت به گذشته بی‌حسی هیجانی^۱ مقابل کنند (Johnson, & Williams-keeler, 1998). Priest (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان «درمان هیجان‌مدار به‌عنوان درمان برای زوج‌های دارای اختلال اضطراب فراگیر و پریشانی ارتباطی» به این نتیجه دست یافت که درمان هیجان‌مدار، اختلال‌های اضطرابی و پریشانی ارتباطی زوج‌ها را به‌طور معنی‌داری کاهش داد و ارتباط عاطفی مثبت در بین آن‌ها رشد کرد.

ضیاءالحق، حسن‌آبادی، قنبری هاشم‌آبادی و مدرس غروی (۲۰۱۲) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی» به این نتیجه درست یافتند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار سازگاری زناشویی زوجین را در پایان درمان افزایش داد، اما تداوم اثر آن در طول درمان تأیید نشد.

1 Integrated Systemic Therapy

2 emotional numbing

نتایج تحقیق حسن‌آبادی، مجرد و سلطانی فر (۲۰۱۱) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج» نشان داد که رویکرد درمان هیجان مدار تأثیر مهمی در بهبود سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در افراد دارای روابط خارج از ازدواج داشته است. نتایج فرضیه‌های فرعی پژوهش نشان داد که این رویکرد بر روی زنان بیشتر از مردان مؤثر بوده است.

رضایی، یونسی، عسگری و میرزایی (۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ و همسرانشان» به نتایج زیر دست یافتند: زوج‌درمانی هیجان مدار موجب بالا رفتن میزان استفاده زوج‌ها از الگوی ارتباطی سازنده متقابل و کاهش میزان استفاده آن‌ها از الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل و توقع / کناره‌گیری شده است. همچنین نتایج نشان داد زوج‌درمانی هیجان مدار باعث کاهش تنش در روابط زناشویی و استفاده بیشتر از الگوی ارتباطی سازنده متقابل شده است.

هنرپروان، تبریزی، نوایی نژاد و شفیعی‌آبادی (۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی آموزش رویکرد زوج‌درمانی هیجان مدار بر نارضایتی جنسی زوج‌ها» به این نتیجه دست یافتند که رویکرد زوج‌درمانی هیجان مدار به‌طور معناداری رضایت جنسی زوج‌ها را به‌ویژه در بین زنان افزایش داد.

کشاوری، اعتمادی، احمدی و سعدی پور (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان سازه‌های شخصی بر رضایت زناشویی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان سازه‌های شخصی بر رضایت زناشویی زوجین شهر تهران مؤثرتر از درمان هیجان مدار است، ولی پس از گذشت ۳ ماه نتایج پیگیری نشان داد که تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد.

گروه متشکل از زوجین به این خاطر برای همسران بافت مطلوبی است که متوجه می‌شوند مشکلات آن‌ها منحصر به فرد نیست. برخی تعارض‌ها بخش لاینفکی از روابط زناشویی هستند و تمامی زوجین باید در برخی حوزه‌ها دست به سازش بزنند (مثلاً پول، فرزندان، روابط جنسی و...). زوجین می‌توانند نحوه‌ی حل اختلاف و چگونگی اجتناب از گسترش تعارض را به یکدیگر بیاموزند. از یک لحاظ گروه‌درمانی زوجین فضای آزادی برای هر کس فراهم می‌آورد تا بتواند انتظارات و توقعات خود را از زندگی زناشویی و همسرش مطرح سازد و از اعضای دیگر پس‌خوراند دریافت کند. نظام حمایتی مثبت سایر زوجین از جمله مزایای درمانی مهم گروه زوجین است (Goldenberg & Goldenberg, 2000). احساسات بیان‌نشده دلیل عمده‌ای است بر این که زوجین مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند. تخلیه

احساسات و خود افشایی بخش مهمی از کار گروهی است که بر میزان کمک دیگران و رفع مشکل فرد تأثیر می‌گذارد.

باوجود رویکردهای متنوع درزمینه‌ی مشکلات زناشویی در دنیای امروز، لازم است که محققین کشورمان ضمن اطلاع از نظریه‌های تدوین شده در کشورهای دیگر، آن‌ها را آزمایش و برای کاربرد به مشاورانی که با این مسائل در تماس‌اند، ارائه دهند. رویکرد EFT نیز از آن دسته رویکردهای جدیدی است که مبدع آن Johnson (۲۰۰۲)، در مقاله‌ای آن را انقلابی درزمینه زوج‌درمانی می‌داند. هدف کلی این تحقیق بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار، بر رضایت زناشویی و بهره‌گیری از آن به‌منظور کمک به زوجین برای غلبه بر مشکلات و تعارضات زناشویی و در نتیجه استحکام خانواده و تأمین سلامت روانی افراد آن است. لذا با توجه به هدف کلی فوق فرضیه زیر صورت‌بندی می‌شود:

زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار رضایت‌مندی زناشویی زوجین را افزایش می‌دهد.

روش و ابزار پژوهش

نوع پژوهش حاضر کاربردی بوده و روش آن شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه‌ی زوجین دارای اختلافات زناشویی بود که به مرکز مشاوره‌ی آموزش و پرورش ناحیه‌ی دو مشهد مراجعه کرده بودند. ۱۴ زوج از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۷ زوج) و گروه گواه (۷ زوج) قرار گرفتند. ابتدا پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی به‌صورت پیش‌آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۲۰ هفته، هفته‌ای یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در معرض متغیر مستقل (زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار) قرار گرفت. درنهایت از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد، بعد از اتمام دوره، نتایج پیش‌آزمون با پس‌آزمون مقایسه شد.

ابزار پژوهش: برای بررسی میزان رضایت زناشویی از پرسشنامه‌ی سنجش رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت

زناشویی مورد استفاده قرار گرفت. تهیه‌کنندگان این پرسشنامه اولسون و فرینر^۱ هستند. اولسون این پرسشنامه را برای سنجش رضایت زناشویی طراحی نموده و معتقد است که این مقیاس مربوط به تغییراتی است که در طول دوره‌ی حیات آدمی رخ می‌دهد (به نقل از سلیمانان، ۱۹۹۴). سلیمانان (۱۹۹۴) همچنین روایی همزمان پرسشنامه‌ی انریچ بافرم اصلی آن را ۰/۹۵ محاسبه کرد و روایی آن را با پرسشنامه‌ی سازگاری زوجین^۲ FAD، ۰/۹۲ به دست آورد. Olson (۱۹۸۹) پایایی پرسشنامه‌ی انریچ را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش و سلیمانان نیز با روش آلفای کرونباخ پایایی را ۰/۹۳ محاسبه کرد. این مقیاس شامل ۱۲ خرده مقیاس پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه‌ی جنسی، ازدواج و بچه‌ها، بستگان و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهت‌گیری عقیدتی است. فرم اصلی پرسشنامه‌ی انریچ ۱۱۵ سؤالی است. از طرفی، سلیمانان (۱۳۷۳) در یک کار پژوهشی فرم کوتاه ۴۷ سؤالی را در ایران هنجاریابی نموده که ۱۲ خرده مقیاس مذکور را ارزیابی می‌کند. هر گویه‌ی آزمون شامل پنج گزینه است که عبارت‌اند از: کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نه موافق و نه مخالف (۳)، مخالفم (۲)، کاملاً مخالفم (۱). حداکثر نمره‌ی آزمودنی در این پرسشنامه برابر با ۲۳۵ است. ضمناً سؤالات ۴، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۲، ۴۱، ۴۳، ۴۵، ۴۶ و ۴۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار طی ۲۰ جلسه بر روی گروه آزمایشی اجرا شد. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد و فقط بر روی آزمودنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد.

ساختار جلسات زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار

جلسه اول: خوش‌آمدگویی، مروری بر بیان قوانین و مقررات جلسات مشاوره‌ی گروهی، آشنایی اعضا با همدیگر، مطرح کردن سؤالات، ابهامات و نگرانی‌های احتمالی اعضا نسبت به جلسات گروهی و راهنمایی‌های مشاور. ارزیابی اهداف و انتظارات اعضا از جلسات مشاوره.

^۱ Olson & Fournier

^۲ Family Adjustment Dyadic

جلسه دوم: تلاش برای ایجاد فضایی امن و تسلی‌بخش باهدف تسریع فرایند تغییر. فراهم کردن فضایی که زوجین بتوانند مشکلات زوجی را چیزی معمولی در روابط زناشویی در نظر بگیرند و بتوانند آن را در گروه مطرح کنند.

جلسه سوم: تلاش برای حفظ و تداوم فضایی امن که به زوجین در دستیابی و برملا کردن پاسخ‌های هیجانی کمک کند. ارزیابی ماهیت مشکل و نوع رابطه. ورود به دنیای تجربی هر همسر و اینکه چگونه هر یک بودن در رابطه را تجربه می‌کنند.

جلسه چهارم: پذیرش و انعکاس تجربیات تعاملی و هیجانی که از نظر زوجین بی‌اهمیت است و کمتر به آن‌ها اشاره شده است. پیگیری و مشخص کردن چرخه‌ی تعاملی منفی‌ای که آشفتگی را نگه می‌دارد. گمانه‌زنی پیرامون آسیب‌پذیری‌ها و نیازهای دل‌بستگی مدار.

جلسات پنجم، ششم و هفتم: مشخص کردن الگوهای تعاملی و پاسخ‌های هیجانی که الگوها را شکل می‌دهند. مشخص کردن اینکه چطور پاسخ‌های هیجانی هر دو زوج، تحت تأثیر ضربه‌ی روانی و نایمنی‌های دل‌بستگی است. فرضیه‌سازی در مورد موانع دل‌بستگی و درگیری هیجانی. پیگیری و خلاصه کردن تعاملات. انعکاس و وسعت بخشیدن به هیجانات.

جلسات هشتم، نهم و دهم: کشف ترس‌ها و نایمنی‌های اساسی که ارتباط زوجی را محدود می‌کند (هراس از خود انتقادگری، هراس با مواجهه‌شدن با بخش‌های سابقاً انکار شده، هراس از مواجهه‌شدن با پاسخ‌های منفی همسر، هراس از تغییرات پیش‌بینی نشده در رابطه). کمک به زوجین تا عواطفشان را در جلسه‌ی درمان تجربه کنند. تشویق هر یک از زوجین به درگیری هیجانی و عاطفی با طرف مقابل در جلسه‌ی درمان. تشویق زوجین برای بیان تجارب عاطفی گذشته.

جلسات یازدهم، دوازدهم و سیزدهم: ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه. برون‌ریزی هیجانات ثانویه. پرداختن به هیجانات اولیه و قاب‌گیری مجدد به مشکل. تجربه‌ی هیجانات اولیه. افزایش شناخت پیرامون نیازهای دل‌بسته مدار جذب نشده و جنبه‌هایی از خود که به مالکیت درنیامده‌اند و سپس یکپارچه‌سازی این نیازها و جنبه‌ها با رابطه. کاوش در مسائل درون روانی هر همسر.

جلسات چهاردهم، پانزدهم و شانزدهم: بازسازی تعاملات به سمت اینکه هر یک از زوجین پاسخگوتر باشند. افزایش پذیرش نسبت به تجربه‌ی همسر و راه‌های نوین تعامل‌گری. کمک به زوجین که به طرف

مقابلشان اعتماد کنند. تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی. باز درگیر شدن زوج اجتناب کننده. نرم شدن و منعطف شدن زوج انتقادگر.

جلسات هفدهم و هجدهم: حمایت درمانگر از هر زوج به منظور تلفیق تجربه‌های هیجانی جدید با خود جدید. کمک به تلفیق انواع جدید تعاملات در بستر دل‌بستگی ایمنی که به تازگی شکل گرفته است. تشویق زوجین به تازه نگه داشتن پیوند ایمنشان از طریق توجه به خواسته‌ها و تمایلات یکدیگر.

جلسات نوزدهم و بیستم: تسهیل پدید آیی راه‌حل‌های تازه برای مشکلات قدیمی. تقویت و تثبیت مواضع تازه‌ای که همسران نسبت به هم نشان می‌دهند. استفاده‌ی زوجین از مهارت‌هایشان در زمینه‌ی حل مسئله به شیوه‌ای سودمند. یکپارچه‌سازی تغییرات پدید آمده در اتاق درمان بازنگری حقیقی و بااحساس هر شخص از خویشتن. شناسایی و سپس حمایت از الگوهای سالم و سازنده‌ی تعاملی. کمک به زوجین تا فرایندها را مرور نمایند و تغییرات ایجاد شده را ارج نهند. درمانگر همسران را تشویق می‌کند یک داستان تازه پیرامون رابطه بسازند. این داستان شاد دربرگیرنده‌ی تجربه‌ی زوج از فرایند درمان و نیز ادراک جدیدشان از رابطه هست. ابراز احساسات در مورد پایان بخشیدن به جلسات مشاوره‌ی گروهی.

یافته‌های پژوهش

نتایج تحلیل‌های توصیفی گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در رضایت زناشویی برای گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه‌ها	میانگین		انحراف استاندارد		تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
آزمایش	۱۱۹	۱۲۸/۱۴	۴/۶۲	۷/۵	۹/۱۴
گواه	۱۱۹/۳۵۵	۱۱۹/۸۶	۶/۴۵	۶/۱۲	۰/۵۰۵

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig.
پیش‌آزمون	۴۳۳۰/۴۸۱	۱	۴۳۳۰/۴۸۱	۵۱/۵۵۱	۰/۰۰۰
گروه‌ها	۲۸۳/۵۳	۱	۲۳۸۱۷/۲۸۵	۲۸۳/۵۳	۰/۰۰۰
خطا	۲۱۰۰/۰۱۸	۲۵	۸۴/۰۰۲۷		
کل	۷۶۷۲۸۴/۸	۲۷			

با توجه به جدول ۲ نتایج به دست آمده ($F=283/53$ و $\text{sig} = 0/000$) نشان می‌دهد بعد از کنترل پیش‌آزمون، بین دو گروه (آزمایش و گواه) اختلاف معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین نتایج آماری حاکی از این است که زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار، تأثیر معنی‌داری بر رضایت زناشویی داشته است.

بحث

بررسی و تحلیل فرضیه‌ی پژوهش بیانگر این مطلب است که برنامه‌ی زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار موجب بالا رفتن رضایت زناشویی می‌گردد. نتایج این تحقیق با پژوهش‌های زیادی همخوانی دارد. Johnson و Greenberg (۱۹۸۵a) با مقایسه سه گروه درمان هیجان‌مدار، حل مسئله و گروه کنترل نشان دادند که درمان هیجان‌مدار از دو گروه دیگر در افزایش سازگاری و رضایت زناشویی مؤثرتر بوده است. Johnson و Greenberg (۱۹۸۵b) گروه کنترل را نیز تحت درمان قرار دادند و همان نتایج تکرار شد. Goldman و Greenberg (۱۹۹۲) سه گروه درمان هیجان‌مدار، درمان دستگاهی التقاطی و یک گروه کنترل را با یکدیگر مقایسه کردند. نتایج حاکی از برتری هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل بود اما هر دو درمان اثر مساوی در افزایش سازگاری زناشویی داشتند.

Walker و همکاران (۱۹۹۶) اثربخشی EFT را روی زوجینی که به علت داشتن فرزند با بیماری مزمن تحت فشار بودند نشان دادند. EFT حداقل با ۵ تحقیق تجربی ارزیابی شده است و مشخص شده است که در مقایسه با درمان به‌وسیله‌ی شبه دارو و یا به‌طور کلی عدم درمان، به‌طور قابل ملاحظه‌ای باعث بهبود و افزایش رضامندی از رابطه می‌شود (Johnson & Greenberg, 1988).

در یک فرا تحلیل روی درمان‌های EFT، درمان هیجان‌مدار بسیار اطمینان‌بخش توصیف شده است. این فرا تحلیل نشان می‌دهد ۷۰ تا ۷۵ درصد از زوج‌های آشفته پس از گذراندن ۱۰ تا ۱۲ جلسه درمان هیجان‌مدار، بهبود بسیاری را در روابط زوجی‌شان نشان می‌دهند و عود مشکلات پس از خاتمه‌ی درمان گزارش نشده است. همچنین EFT برای زوج‌های سنتی‌ای که در آن مردان کناره‌گیر هستند و بسیار سخت هیجان‌هایشان را بروز می‌دهند تأثیرگذار است (Johnson, 2004).

Johnson (۲۰۰۲) متذکر شده است اطلاعات فراوانی درباره‌ی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روی زوجینی که یکی یا هر دو با ضربه‌ی روانی مثل تجاوز، جرائم شدید، بلایای طبیعی و جنگ مواجه شده‌اند وجود دارند. هنرپروان، تبریزی، نوایی نژاد و شفیع‌آبادی (۲۰۱۰)، اثربخشی زوج‌درمانی با

رویکرد EFT را بر روی کاهش نارضایتی جنسی زوجین بررسی کرده‌اند و نتیجه گرفته‌اند که این رویکرد باعث افزایش رضایت جنسی زوجین می‌گردد.

نتیجه‌گیری

بنابراین نتایج این پژوهش که به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار بر رضایت زناشویی زوجین پرداخته بود با تحقیقات فوق‌همخوانی دارد؛ اما تحقیقاتی وجود دارد که اثربخشی EFT را تأیید نمی‌کنند. باوجود تحقیقات زیاد پیرامون EFT که برخی از آن‌ها در بالا ذکر شد هیچ‌کدام از تحقیقات ذکرشده رویکرد EFT را به‌صورت گروه‌درمانی بر روی زوجین اجرا نکرده بودند. با توجه به حضور روزافزون زوجین به مراکز مشاوره نیاز است تا اثربخشی این رویکرد در موقعیت گروه مورد ارزیابی قرار گیرد. اصل بنیادین کار در گروه‌درمانی آن است که گروه کوچکی می‌تواند در حکم عامل تغییر عمل کند و بر کسانی که عضو گروه هستند تأثیر قوی داشته باشند.

به نظر می‌رسد که گردآوری زوجین برای کاربر سر مشکلات زناشویی اولین گام منطقی و مؤثر باشد. فریمو گروه‌درمانی زوجین را شکل نیرومندی از درمان به‌خصوص در مشکلات ارتباطی می‌داند (Goldenberg & Goldenberg, 2000). گروه به فرد اجازه می‌دهد تا نقش‌های گوناگونی را بیازماید و بتواند مشخص کند که کدام‌یک از این نقش‌ها با توانایی‌ها و هدف‌های وی همخوانی دارد، به همین ترتیب زوجین نیز قطعاً می‌توانند مسائل ارزشمندی را در موقعیت گروهی بیازمایند.

به نظر نگارنده آنچه باعث اثرگذاری زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار بر رضایت زناشویی می‌گردد این است که در طی جلسات درمانی روابط ناایمن زوجین به یک رابطه ایمن تبدیل می‌شود. این موضوع با قلب نظریه EFT هماهنگی دارد. در زوج‌درمانی هیجان مدار فرض بر این است که میزان امنیت یا ناستواری رشته‌های دل‌بستگی میان همسران شالوده‌ی رضایت یا نارضایتی زناشویی را تشکیل می‌دهد. درست مانند دوران کودکی، در بزرگسالی نیز پاسخگو نبودن و در دسترس نبودن پیکره‌ی دل‌بستگی، تولید آشفتگی زناشویی می‌کند و باعث عدم رضایت زناشویی می‌شود. زوجین در جلسات اولیه به علت احساس ناامنی، هیچ‌گونه درگیری هیجانی پیدا نمی‌کردند، آن‌ها به‌جای درگیری، کناره‌گیری را انتخاب می‌کردند زیرا طرف مقابلشان را پاسخ‌گو و در دسترس نمی‌یافتند. همچنان که جلسات پیش می‌رفت زوجین با تأیید و شناخت هیجان‌های خود و همسرشان و ابراز هیجان‌های ثانویه به هیجان‌های اولیه دسترسی پیدا می‌کردند و نسبت به هم احساس امنیت بیشتری می‌کردند. به عبارت دیگر همدیگر را

پاسخ‌گو و در دسترس می‌یافتند. آن‌ها در جلسات پایانی می‌توانستند نیازها و خواسته‌هایشان را بیان کنند و به لحاظ هیجانی باهم درگیر شوند.

بنابراین بر اساس یافته‌های این پژوهش و اثربخشی آن در موقعیت گروهی به درمانگران کمک می‌کند تا از مزایای گروه‌درمانی در درمان زوجین استفاده نمایند و مراجعین بیشتری را با هزینه‌ی کمتر و اثرگذاری بیشتر ویزیت نمایند و درنهایت به حل مشکلات زوجین و ارتقاء سلامت بنیان خانواده اقدام نمایند.

پیشنهادهات:

پیشنهاد می‌شود در یک بررسی و با تحلیل‌های آماری دقیق‌تر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سبک‌دل‌بستگی زوجین به تفکیک جنسیت بررسی شود. استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و در نظر نگرفتن سن، تحصیلات، سابقه‌ی ازدواج و تعداد فرزندان از محدودیت‌های این پژوهش است که امید است در آینده پژوهشگران از نمونه‌های همتایی برای ارزیابی دقیق‌تر اثربخشی این شیوه‌ی درمانی استفاده نمایند.

منابع

- بشارت، م. ع.، گلی نژاد، م.، احمدی، ع. ا. (۱۳۸۲)، بررسی سبک‌های دل‌بستگی و مشکلات بین شخصی. اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۷۴، ۴-۸۱.
- حسن آبادی، ح.، مجرد، س.، سلطانی فر، ع. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۲۵-۳۸.
- رضایی، مهدیه: یونسی، جلال: عسگری، علی: میرزایی، جعفر. (۱۳۸۹). تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ و همسرانشان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۶ (۱)، ۴۳-۵۱.
- سلیمانیان، ع. ر. (۱۳۷۳). بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با رضایت زناشویی دانشجویان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم.
- ضیاءالحق، م.، حسن آبادی، ح.، قنبری هاشم‌آبادی، ب. و مدرس غروی، م. (۱۳۹۱). تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال هشتم، ۲۹ (۱)، ۴۶-۶۶.
- کشاوری افشار، ح.، اعتمادی، ا.، احمدی، خ.، سعدی پور، ا. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی الگوی مبتنی بر تحلیل سازه‌های شخصی با درمان هیجان مدار بر رضایت زناشویی. فصلنامه خانواده‌درمانی کردستان، ۳ (۴)، ۶۳۹-۶۱۳.
- مظاهری، م. ع. (۱۳۷۹)، نقش دل‌بستگی بزرگ‌سالان در کنش وری ازدواج. مجله روانشناسی، ۳ (۴، ۵)، ۲۸۶-۳۱۸.
- ملازاده، ج.، منصور، م.، اژه‌ای، ج.، کیامش، ع. ر. (۱۳۸۱). سبک‌های رویاروگری و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. مجله روانشناسی، ۳، ۲۷۵-۲۵۵.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Babcock, J. c. ; Jacobson, N. S. ; Gottman, J. M. & Yrington, T. P. (2005). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and nonviolent husbands. *Journal of Family Violence*, 15 (4).
- Banase, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. *Journal of social and personal Relationships*, 21, 273-282.
- Berman, W. H. ; Marcus, L. & Berman, E. R. (1994). Attachment in marital relations. In M. B. Sperling & W. H. Berman, *Attachment in adults: clinical and Developmental Perspectives*. New York: Guilford.
- Besharat, M. A., Golinejad, M., & Ahmaddi, A. (2004). Attachment styles and interpersonal problems. *Quarterly journal of psychiatry and clinical psychology (thoughts and behavior)*, Vol.(4); 74-81.
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), 43-51.
- Creasey, G. (2002). Associations between working models of attachment and conflict management behavior in romantic couples. *Journal of counseling Psychology*, 49, 365-375.

- Crowleyh, A. k. (2006). The relationship of adult attachment style and interactive conflict styles to marital satisfaction. Doctoral Thesis. Texas A & M University.
- Dessaullles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353.
- Dessaullles, A. (1991). The treatment of clinical depression in the context of marital distress. Unpublished doctoral dissertation. University of Ottawa, Canada.
- Dewitte, M. & Houwer, J. D. (2008). Adult attachment and attention to Positive and negative emotional face expressions. *Journal of Research in Personality*, 42, 498-505.
- Donovan, J. M. (2003). Short-term object relations couples therapy: The five-step model. Psychology Press.
- Feeny, J. A. (2002). Attachment, marital interaction, and relationship fowers, B. J. (1993). ENRICH marital satisfaction scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*, 7, 176-185.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2004). (5th Ed). "Family Therapy", Peacock Publishers.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2000). Family Exploration: Personal Viewpoints from Multiple Perspectives: a Workbook for Family Therapy an Overview, Workbook. Thomson Brooks/Cole.
- Goldman, A. & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 962-969.
- Greenberg, L. & Pavio, S. (1997). Working emotion psychotherapy. New York: Guidford.
- Gurman, A. S. & Frankle, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family process*, 41, 199-260.
- Halford, W. Kim. Brief therapy for couples: Helping partners help themselves. Guilford Press, 2003.
- Hasan Abadi, H.; Mojarrad, S.; Soltanifar, A. (2011). Efficacy of emotion focused therapy (EFT) on marital adjustment and positive emotions couples having extramarital relations. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 1 (2), 25-38.
- Hazan, C & Shaver, P. R (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationship. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and Social psychology*, 52, 511-525.
- Honarparvaran, N. , Tabrizy, M. , Navabinejad, Sh. & Shafiabady, A. (2010). The Efficacy of Emotionally Focused Couple Therapy (EFT-C) Training with Reducing Sexual Dissatisfaction among Couples. *European. Journal of Scientific Research*, pp. 538-545.
- Johnson, S. (2004). Emotionally focused couple therapy: creating connection. New York: Brunner-Rutledge.
- Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(2), 145-155.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of marital and Family Therapy*, 14, 175-183.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1994). The heart of the matter: perspectives on emotion in marital therapy New York: Brunner/Mazel.

- Johnson, S. M. & Greenberg, I. S. (1985a). Differential effects of problem solving interventions in resolving and marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184.
- Johnson, S. M. & Greenberg, I. S. (1985b). Emotionally focused study. *Journal of Marital and Family Therapy: An Outcome Therapy*, 11, 313-317.
- Johnson, S. M. & Whifen, V. E. (1999). Made to measure: adapting emotionally focused therapy to partnership attachment style. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 366-381.
- Johnson, S. M. & Williams-Keeler, L. (1998). Creating heading couples dealing with trauma: The use of relationships for emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 25-40.
- Keshavarz Afshar, H.; Etemadi, A.; Ahmadi, K.; Sadipoor, A. (2013). Comparison of model-based analysis of the personal constructs of coping with marital satisfaction. *Journal of Counseling and Family Therapy, University of Kurdistan*, 3 (4). 613-639.
- Macphee, D. C., Johnson, S. M., & van Der Veer, M. M. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21(3), 159-182.
- Markman, H.J., Floyd, F (2002). Prevention of marital distress: A longitudinal investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 210-217.
- Mazaheri, M. A. (2000). The role of adult attachment in marital functioning. *Journal of Psychology*, (3,4,5, s), 286-318.
- Mirgain, S. A., & Cordova, J. V. (2007). Emotion skills and marital health: The association between observed and self-reported emotion skills, intimacy, and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(9), 983-1009.
- Mollahzadeh, J.; Mansour, M.; Ejei, J.; Kyamnesh; A. R. (1381). Styles of confront and marital adjustment in children of Martyrs. *Journal of Psychology*; 3275-255.
- Peleg, O. (2008). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: what can be learned from married people over the course of life?. *The American Journal of Family Therapy*, 36(5), 388-401.
- Priest, J. B. (2013). Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(1), 22-37.
- Rezaee, M., Yunesi, J., Ahmadi, K., Asgari, A., & Mirzaee, J. (2010). The Impact of Emotionally Focused Couple Therapy on Improving Communication Patterns in Combat-Related PTSD Veterans & their Wives. *Journal of Family Research* 6(1), 15.
- Shackelford, T. K., Besser, A., & Goetz, A. T. (2008). Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Individual Differences Research*, 6(1), 13-25.
- Soleymanian, A.R. (1994). Examines the relationship between irrational beliefs and marital satisfaction in couples. MA thesis. University of Teacher Education.
- Walker, J. G., Johnson, S., Manion, I., & Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1029.
- Ziaolhagh, M.S.; Hasan Abadi, H.; Ghanbari Hashemabadi, B.A and Modarres Gharavi M. (2012). The Effect of Emotionally Focused Couple Therapy in Marital Adjustment. *Journal of Family Research*, 8(1); 49-66.



استناد به این مقاله: جدیدی فیقان، مهناز؛ عابدی، احمد؛ جمالی پاقله، سمیه؛ صفری، سهیلا؛ جدیدی فیقان، مریم (۱۳۹۳). اثربخشی مداخلات عصب روان شناختی بر مؤلفه های خواندن (سرعت، دقت و درک خواندن) دانش آموزان نارسا خوان. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۱۱۵-۱۳۴

اثربخشی مداخلات عصب روان شناختی بر مؤلفه های خواندن (سرعت، دقت و درک خواندن) دانش آموزان نارسا خوان

مهناز جدیدی فیقان^۱، احمد عابدی^۲، سمیه جمالی پاقله^۳، سهیلا صفری^۴، مریم جدیدی فیقان^۵
دریافت: ۱۳۹۱/۷/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲

چکیده

نارساخوانی اختلالی است که در آن پیشرفت خواندن پایین تر از حد مورد انتظار، برحسب سن، آموزش و هوش می باشد. این گروه از کودکان در زمینه های عصب روان شناختی آسیب دیده اند. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی مداخلات عصب روان شناختی به عنوان یکی از جنبه های مؤثر بر مؤلفه های خواندن (سرعت، صحت و درک) که در این کودکان دچار نقص شده است، اجرا شد. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و جامعه آماری شامل دانش آموزان دختر نارساخوان پایه سوم ابتدایی بود که از میان آن ها ۴۰ نفر به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و با روش تصادفی در گروه آزمایش (مداخلات عصب روان شناختی) و گواه قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل مقیاس هوش کودکان و کسلر و آزمون خواندن و نارساخوانی نما بود. داده ها از طریق تحلیل کوواریانس بررسی شد. یافته ها نشان داد مداخلات عصب روان شناختی بر مؤلفه های خواندن دانش آموزان نارساخوان مؤثر است ($p < 0/001$) بر مبنای نتایج این پژوهش می توان به متخصصان اختلال های یادگیری و روانشناسان پیشنهاد نمود که با استفاده از این روش در جهت بهبود عملکرد خواندن دانش آموزان نارساخوان بکوشند.

کلیدواژه ها: نارسا خوان، مداخلات عصب روان شناختی، مؤلفه های خواندن

^۱. کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، jadidi.mah16@yahoo.com

^۲. استادیار گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، a.abedi44@gmail.com

^۳. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، jamali_somaye88@yahoo.com

^۴ دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان با نیازهای خاص

^۵ کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، jadidi.mehr04@yahoo.com

مقدمه

نارساخوانی تحولی^۱ یک ناتوانی ارثی است که علیرغم هوش عادی و آموزش مدرسه‌ای کافی روی می‌دهد (Heim et al, 2010). تحقیقات نشان داده است که نارساخوانی در همه گروه‌های کودکان، بدون توجه به جنس آن‌ها و در همه گروه‌های اجتماعی، سطوح ذهنی و نواحی جغرافیایی اتفاق خواهد افتاد و در بین رایج‌ترین اختلالات رشد عصبی با شیوع ۵ تا ۱۲ درصد قرار دارد (Schumacher, 2007). این اختلال ترکیبی از توانایی‌ها و مشکلاتی است که فرآیند یادگیری را در یک یا چند زمینه از جمله خواندن، نوشتن و هجی کردن تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است با مشکلاتی در زمینه‌های سرعت پردازش، حافظه کوتاه‌مدت، توالی، ادراک دیداری/ شنیداری، زبان گفتاری و مهارت‌های حرکتی نیز همراه باشد (British Dyslexia Association, Reid, 2003).

یکی از مشکلات این کودکان که توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران را جلب کرده، مشکلات زبانی آن‌هاست که تحقیقات بسیاری آن را نشان داده‌اند (Semrud- Seki et al, 2008; Hu et al, 2007; clikeman et al, 2005). مشکلات زبانی با مشکلات یادگیری خواندن همراه است. زبان یک فرآیند طبیعی مغز است و ساختارهای مغز به پیشرفت آن بستگی دارد. تقریباً ۷۰ تا ۸۰ درصد کودکان قوانین واج‌شناسی و صدا شناسی را بدون مشکل یاد می‌گیرند. ۲۰ تا ۳۰ درصد باقی‌مانده درجات مختلفی از موفقیت را نشان می‌دهند (Semrud – clikeman et al, 2000). توانایی رمزگشایی کلمات یک مشکل شناخته‌شده در کودکان ناتوان در یادگیری است. اکثر تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که مشکل اصلی صرفاً رمزگشایی کلمه نیست بلکه سرعت رمزگشایی نیز می‌باشد (Semrud-clikeman et al, 2005). همچنین کودکان ناتوان در خواندن، نامیدن کلمات، حروف و اعداد کند هستند (Fltecher & et al, 2007). جنبه مهم دیگر در خواندن، ادراک است چراکه موجب می‌شود کودک آنچه را دیده است به همان ترتیب بازشناسی و یادآوری کند (Semrud-clikeman et al, 2005).

یک ویژگی عصب روان‌شناختی دیگر که در رشد مهارت‌های خواندن بسیار مهم است، حافظه کاری^۲ می‌باشد. حافظه کاری، توانایی نگهداری اطلاعات در حافظه در هنگام حل مسئله، یادآوری یک مطلب یا رمزگشایی یک کلمه است. حافظه کاری یک توانایی حیاتی برای بازشناسی اولیه خواندن و

1. Developmental Dyslexia

2. Dcode

3. Working memory

سپس درک خواندن است (Semrud-clikeman et al, 2000). در مطالعات متعددی نشان داده شده است کودکان خردسال با ناتوانی‌های یادگیری عصب روان‌شناختی در آزمون‌های عصب روان‌شناختی از جمله حافظه فوری برای کلمات، حافظه اسامی، حافظه چهره‌ها، حافظه کاری و فهرست یادگیری نسبت به کودکان خردسال عادی به‌طور معناداری عملکرد ضعیف‌تری داشته‌اند

(Steel, 2004; Dowker, 2005; Gersten, Jordan & Flojo, 2005; Semrud-clikeman et al, 2005; Swanson & Jerman, 2007; Seidman, 2006; valera & Seidman, 2006; Gartland & Strosnider, 2007).

سوانسون و همکاران (۲۰۰۳) چنین نتیجه گرفتند که مقیاس‌های حافظه^۱ می‌تواند دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری را از کند آموزان^۲ و دانش‌آموزان متوسط تفکیک کنند (Swanson et al, 2003). این پژوهشگران متذکر می‌شوند که دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری نارسایی‌های بارزی در حافظه فعال (کوتاه مدت)^۳ نشان می‌دهند. حافظه دانش‌آموزان نارسا خوان از جمله مواردی است که می‌تواند برخی از خطاهای خواندن را تبیین کند. حافظه در تبیین انواع نارسایی‌های خواندن (سرعت و صحت خواندن) نقش مؤثری دارد و در دانش‌آموزان نارسا خوان، کمبود ظرفیت یا بد کارکردی آن برای نگهداری اطلاعات مربوط به ساختار واج‌شناختی زبان موجب می‌شود که اطلاعات واجی ضروری برای رمزگشایی واژه به‌خوبی عمل نکنند و کلمه به‌درستی تلفظ نشود (Mikaeili, 2005). کودکان نارسا خوان در سازمان‌دهی افکار خود دارای مشکل و در نتیجه نیازمند کمک هستند. همچنین ممکن است مشکلات زیادی در یادآوری اطلاعات داشته باشند که دلیل آن وجود نارسایی در کارکرد حافظه کوتاه مدت است (Reid, 2009).

کارکردهای اجرایی، یکی دیگر از جنبه‌های مهم در ارزیابی عصب روان‌شناسی کودکان ناتوان در یادگیری است. کارکردهای اجرایی عصبی - شناختی^۴ ساختارهای مهمی هستند که با فرآیندهای روان‌شناختی مسئول کنترل هوشیاری، تفکر و عمل مرتبط می‌باشند. اگرچه کارکردهای اجرایی در درجه اول از چشم‌انداز عصبی - شناختی مطالعه شده‌اند ولی در سال‌های اخیر تحول و آسیب‌شناسی آن‌ها موضوع موردعلاقه صاحب‌نظران بسیاری بوده است (Zelazo & Muller, 2002). به‌طور کلی اکثر پژوهشگران پذیرفته‌اند کارکردهای اجرایی، کارکردهای خودتنظیمی‌اند، که

¹. Memory Scales

². Slow Learners

³. Active (Short – term) Memory

⁴. Neurocognitive executive functions

توانایی کودک برای بازداری، خود تغییری، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، استفاده از حافظه کاری، حل مسئله و هدف‌گذاری برای انجام تکالیف و فعالیت‌های درسی را نشان می‌دهند (Sergeant et al, 2006, 1996; Pennington & Ozonoff). آسیب کارکردهای اجرایی در دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های خواندن و نوشتن نیز گزارش شده است. درواقع، کارکردهایی همچون سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری، حافظه کاری، حفظ و تبدیل، کنترل حرکتی، احساس و ادراک زمان،^۲ پیش‌بینی آینده، بازسازی، زبان درونی و حل مسئله را می‌توان از جمله مهم‌ترین کارکردهای اجرایی عصب‌شناختی دانست که در زندگی و انجام تکالیف یادگیری و کنش‌های هوشی به انسان کمک می‌کنند (Barkely, 1998; Welsh & Pennington, 1988). یافته‌های تحقیقات (Brosnan et al, 2002; Meltzer, 2007; Snow, 2002) نشان داده‌اند که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن در بازداری مشکل دارند همچنین این آسیب موجب حواس‌پرتی آن‌ها می‌شود.

توجه نیز به پردازش انتخابی درون دادها از میان‌دامنه‌ای از محرک‌ها که بر حواس ما تأثیر می‌گذارند، اطلاق می‌شود. تشخیص اجزاء توجه از چند جنبه مشکل‌ساز است. یکی اینکه، توجه معمولاً در ارتباط با برخی از فعالیت‌های دیگر ارزیابی می‌شود و اندازه‌گیری آن مشکل می‌باشد. مشکل دیگر اینکه اجزاء توجه در مسیرهای مختلف توصیف شده‌اند (Douglas, 1983; Mirsky, 1996; Sergeant et al, 2006; Barkley, 1998). با این حال، بسیاری از مبانی نظری، اجزاء توجه را شامل مواردی همچون: تنظیم برانگیختگی و مراقبت، توجه انتخابی، توجه پایدار، فراخنای توجه یا توجه تقسیم‌شده و بازداری و کنترل رفتار می‌دانند (Barkley, 1998; Douglas, 1983 & Mirsky, 1996). همچنین، مشخص گردیده است که ویژگی‌های فردی مانند سن، جنس، هوش و تجربه ممکن است روی عملکرد آزمون‌های توجه اثرگذار باشند (Barkley, 1998) و بخش‌های متعدد مغز نیز در پردازش توجه اثر دارند (Barkley, 1998; Mirsky, 1996). در خواندن، توجه کودک باید از یک تصویر به تصویر دیگر و از یک کلمه به کلمه دیگر، از یک پاراگراف به پاراگراف بعدی و از یک صفحه به صفحه دیگر جابه‌جا شود. تکالیف کلامی نیاز به جابه‌جایی مفاهیم دارند. کودکانی که ناتوانی یادگیری دارند اغلب در

¹. Working memory

². Maintenance and shift

³. Time Sensation and Perception

⁴. Reconstruction

جابه‌جایی از یک محرک به محرک دیگر دچار مشکل هستند. این نوع کودکان، به دلیل نارسایی در توجه انتخابی و تمرکز حواس، دارای دامنه توجه کمی هستند و از این رو مرتب دچار خیال‌پردازی و رویا می‌شوند (Heim et al, 2010).

پردازش بینایی - فضایی یکی دیگر از ویژگی‌های عصب روان‌شناختی دانش‌آموزان نارسا خوان است. پردازش بینایی - فضایی یک فرایند پیچیده و شامل قسمت‌های متعددی است که در ارتباط با یکدیگر هستند و شامل توانایی تجسم به صورت ذهنی، توانایی تشخیص تفاوت میان اشیاء، جهت‌یابی، تشخیص چپ و راست، تشخیص روابط میان اشیاء در فضا، توانایی کپی کردن مدل و تولید و ساخت آن‌ها و توانایی حل مسائل غیرکلامی است (Cronin- Golomb & Braun, 1997). رشد و تحول این خرده مهارت‌ها در دوران آغازین کودکی شکل می‌گیرد و در دوران کودکی با رشد توجه، حافظه، تجربه و آموزش توسعه می‌یابد.

محققان زیادی در تحقیقات خود نشان داده‌اند عملکرد کودکان خردسال با ناتوانی‌های یادگیری عصب روان‌شناختی/ تحولی نسبت به کودکان عادی در آزمون‌های عصب روان‌شناختی پردازش بینایی - فضایی (کپی کردن طرح‌ها، ساخت بلوک‌ها و مسیر یابی) به طور چشمگیری پایین می‌باشد (winogron, knights & Bawden, 1984; Korkman & Peltomaa, 2005; Gersten, Jordan & Flojo, 2005; Gartland & Strosnider, 2007). ادراک بینایی^۱ یکی از مراحل دریافتی رشد و تکامل زبان است. ادراک دیداری عبارت است از فرآیند دریافت پدیده‌ها با بهره‌گیری از چشم. مریان معمولاً با مفاهیم ادراک بینایی سروکار دارند. این مفاهیم عبارت‌اند از: ردیابی بینایی^۲، تعقیب چشمی^۳، حرکات جنبشی^۴، همگرایی^۵، واگرایی^۶، ادراک تصویر و زمینه^۷ و حافظه توالی بینایی^۸ (Heim et al, 2010). به محض این‌که کودک خواندن را می‌آموزد، باید بتواند چشم‌های خود را به طریق جهشی از راست به چپ حرکت دهد. یادگیری خواندن نیز نیازمند مهارت در توانایی برای فهم و استفاده از زبان، مهارت ادراک شنیداری، تشخیص اصوات در کلمات، آگاهی واج‌شناختی و توانایی ادراک دیداری برای تشخیص حروف و کلمات است. حافظه توالی بینایی نیز جنبه مهم دیگری از ادراک است چراکه موجب می‌شود

^۱. Visual Perception

^۲. Visual Tracking

^۳. Visual Pursuit

^۴. Saccadic Movement

^۵. Convergence

^۶. Reconvergence

^۷. Figure - Ground Perception

^۸. Sequential Memory

کودک آنچه را دیده است به همان ترتیب بازشناسی و یادآوری کند. توانایی تشخیص دیداری حروف و لغات در یادگیری خواندن نقش مهمی دارد. کودکانی که در دوران قبل از دبستان قادرند حروف را تشخیص دهند، بهتر خواندن را فرامی‌گیرند (Lerner, 2003).

بر این اساس، می‌توان به اهمیت مهارت‌های عصب روان‌شناختی در یادگیری پی برد. پژوهش‌های مختلفی در رابطه اثربخشی این مهارت‌ها در بهبود نارساخوانی صورت گرفته است که در ادامه گزارش می‌شود.

سوانسون و جرمن در پژوهشی به بررسی تأثیر حافظه کاری در رشد و تحول خواندن کودکان مبتلا به ناتوانی‌های خواندن پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد حافظه کاری بیشتر از آگاهی واج‌شناسی با رشد و تحول فهم خواندن و سرعت خواندن مرتبط است (Swanson & Jerman, 2007).

اسپارک و فیسک نشان داده‌اند که ممکن است بر اثر آسیب در کارکردهای اجرایی و حافظه کاری نقص در سیستم توجه کنترل‌شده در نارساخوان‌ها افزایش یافته باشد. روشن است که مشکلات حافظه کاری، در بزرگسالی ادامه داشته و بزرگسالانی که مشکلات جدی یادگیری دارند، نقص آشکارتری در کارکردهای اجرایی نشان می‌دهند (Spark & Fisk, 2007).

سوانسون و همکاران در پژوهش خود به بررسی تحول سواد و شناخت کودکان ۵-۱۰ سال که در معرض خطر ناتوانی‌های خواندن بودند و مقایسه آن‌ها با کودکان عادی پرداختند. یافته‌های مربوط به نیم‌رخ تحول کودکان در معرض خطر ابتدا به اختلال خواندن نشان داد این کودکان در حافظه کاری پایین‌تر از کودکان عادی بودند و همچنین خزانه لغات و حافظه کاری ۱۲٪ پیش‌بینی کننده رشد و تحول خواندن است (Swanson et al, 2006).

ریتر، تاچا و لانچ نشان داده‌اند که دانش‌آموزان نارسا خوان در انواع مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی، اشکالات پیچیده‌ای دارند؛ بنابراین توسعه کارکردهای اجرایی در راهکارهای درمانی نارساخوانی باید مورد توجه قرار گیرد (Reiter, Tucha & Langee, 2004).

در مطالعه‌ای دیگر خسرو جاوید، وفایی، کیهانی دوست، ونیلی پور به بررسی پایه‌های عصب‌شناختی توانایی پردازش واج‌شناسی در کودکان نارسا خوان و غیر نارسا خوان با استفاده از روش تصویربرداری FMRI، پرداختند. نتایج نشان داد که کودکان نارسا خوان در مقایسه با کودکان عادی در طول انجام تکالیف واج‌شناختی (تشخیص حروف هم‌قافیه و بدون قافیه و نا کلمه‌های هم‌قافیه و بدون

قافیه) در نواحی کرتکس گیجگاهی - آهیانه‌ای چپ، کرتکس پس‌سری - گیجگاهی چپ و شکنج پیشانی پیشین چپ کاهش فعالیت داشتند (khosro javid, Vafaei, Keihani dust & nili poor; 2007).

باعزت در مطالعه‌ای اثرات درمان نوروپسیکولوژی در کارآمدی خواندن دانش‌آموزان با نارساخوانی تحولی نوع زبان‌شناختی را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن بود که اولاً مداخله‌های نوروپسیکولوژی بر مبنای مدل تعادل خواندن با کراسبب افزایش میزان دقت و درک خواندن دانش‌آموزان مبتلا به نارساخوانی تحولی نوع زبان‌شناختی گردید. ثانیاً، کاربرد این شیوه درمانی موجب پایداری اثرات درمان (پس از گذشت ۴ ماه) در این گروه از کودکان شد (Baezat, 2007).

ملک محمدی در پژوهشی به بررسی مهارت‌های پیش‌نیاز یادگیری خواندن و نوشتن در کودکان ۵ ساله فارسی‌زبان پرداخت. یافته‌های پژوهش نشان داد تمیز بینایی، فراخوانی حافظه کوتاه‌مدت، مهارت‌های شنیداری - کلامی مثل آگاهی واج‌شناختی و سرعت نامیدن تصاویر بیش‌ترین ارتباط را با رشد گفتار و زبان دارند و زمینه‌ساز توانایی یادگیری خواندن و نوشتن می‌باشند (Malekmahmudi, 2007).

نتایج پژوهش رضایی و سیف نراقی در مقایسه‌ی ویژگی‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان نارسا نویس و عادی پایه سوم ابتدایی نشان داد که تفاوت بین گروه‌های نارسا نویس و عادی در متغیرهای روان‌شناختی مربوط به حافظه دیداری، شنیداری و حساسیت شنیداری معنی‌دار است که هر سه مورد از انواع ناتوانی‌های یادگیری تحولی می‌باشد (Rezari & Seife narahi, 2005).

بنابراین، آنچه از مجموعه تحقیقات فوق استنباط می‌شود، این است که مداخلات عصب روان‌شناختی از زمره روش‌های مؤثر برای بهبود و ارتقای عملکرد تحصیلی و یادگیری در عرصه‌های مختلف، به‌ویژه یادگیری در عرصه خواندن است. نگاهی به نمونه پژوهش‌های انجام‌شده، نشان می‌دهد که تأثیر نوع آموزش‌ها در قالبی علمی و در حد شایسته در کودکان نارساخوانی مورد توجه قرار نگرفته است. مستند گشتن تأثیر این روش‌ها در آموزش دانش‌آموزان نارسا خوان ممکن است راهی را برای این دانش‌آموزان فراهم سازد تا از آن طریق سطح یادگیری و عملکرد خود را ارتقا بخشند. لذا، هدف و مسئله اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخلات عصب روان‌شناختی بر مؤلفه‌های خواندن (سرعت، صحت و درک خواندن) دانش‌آموزان نارسا خوان است.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همراه با گروه گواه^۱ است. اعضا در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. سپس با اجرای متغیر مستقل، آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌وسیله ابزار انتخاب‌شده مورداندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر را، کلیه دانش‌آموزان دختر پایه سوم ابتدایی نارساخوان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ تشکیل دادند. در این پژوهش برای انتخاب آزمودنی‌ها، از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای، استفاده شد. بدین ترتیب که از بین نواحی شهر اصفهان، ۱۰ دبستان به‌صورت تصادفی انتخاب شد (شهر اصفهان شامل ۵ ناحیه آموزشی است). سپس از بین مدارس ابتدایی دخترانه هر ناحیه آموزشی، ۲ کلاس، به‌صورت تصادفی انتخاب شد و از آموزگاران پایه سوم خواسته شد، دانش‌آموزانی که مطابق با چک‌لیست نشانه‌های DSM-IV-TR در خواندن، ضعیف می‌باشند را معرفی نمایند. برای قطعیت ابتدا به نارساخوانی، آزمون خواندن و نارساخوانی بر روی دانش‌آموزان معرفی‌شده اجرا شد. سپس ۴۰ نفر از دانش‌آموزانی که با آزمون خواندن نما، نارساخوان تشخیص داده شدند، به‌صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری گمارده شدند (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) و روی گروه آزمایش مداخلات (متغیر مستقل) اعمال گردید.

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه شامل رضایت والدین، عادی بودن وضعیت هوشی، دریافت تشخیص نارساخوانی، نداشتن نقایص حسی (بینایی و شنوایی) و حرکتی قابل توجه و سابقه مردودی بود. برای این منظور چندین ارزیابی انجام گرفت. این ارزیابی‌ها شامل اجرای مقیاس تجدیدنظر شده هوشی و کسلر کودکان، آزمون خواندن و نارساخوانی و بررسی پرونده بهداشتی دانش‌آموزان در مدرسه بود. به‌منظور اندازه‌گیری مؤلفه‌های خواندن (سرعت، صحت و درک خواندن) از متن‌های داده‌شده در خرده آزمون درک متن آزمون خواندن نما استفاده شد. این خرده آزمون از سه متن متناسب با پایه سوم دبستان تشکیل شده است. از کودک خواسته می‌شد که متن داده‌شده را بخواند. همزمان صدای کودک ضبط می‌گردید و برای اندازه‌گیری سرعت خواندن مدت‌زمانی که طول می‌کشید تا کودک تعداد ۱۰ کلمه از متن را بخواند، محاسبه می‌گردید هر چه عدد به‌دست‌آمده برای سرعت خواندن کوچک‌تر بود، نشان‌دهنده سرعت‌بالای او در خواندن بود. برای محاسبه صحت خواندن، نسبت تعداد کلماتی که فرد به‌طور صحیح خوانده است، به کل کلمات متن خوانده‌شده، تعیین می‌گردید. در پایان هر یک از سه متن

^۱Non-equivalent pretest-posttest control group design

تعدادی سؤال درک مطلب ارائه می‌شد. نسبت تعداد سؤالات صحیح پاسخ داده شده، مهارت درک خواندن را نشان می‌داد.

ابزار

هوش آزمای تجدیدنظر شده و کسسر کودکان^۱ (WISC-R): برای سنجش هوش شرکت کنندگان در پژوهش از هوش آزمای تجدیدنظر شده و کسسر کودکان (WISC-R) استفاده شد. شهیم که این آزمون را در ایران ترجمه، آماده اجرا و هنجاریابی کرده است، به منظور بررسی روایی آن از همبستگی آزمون‌ها با یکدیگر، همبستگی آزمون‌ها با هوش‌بهرها و همبستگی هوش‌بهرها با یکدیگر استفاده نموده است. همچنین در پژوهش شهیم به منظور تعیین روایی سازه^۲ این آزمون از رابطه هوش‌بهر باسن، گروه شغلی پدر و میزان تحصیلات پدر به عنوان ملاک اقتصادی- اجتماعی استفاده شده است. پایایی باز آزمایی^۳ این آزمون در دامنه ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ و پایایی مبتنی بر تصنیف^۴ خرده آزمون‌ها در دامنه ۰/۴۳ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (Shahim, 1985). بنا بر توصیه‌های موجود در مطالعات حوزه ناتوانی‌های یادگیری، سنجش هوش به علت کسب اطمینان از اینکه ناتوانی کودک ناشی از کم‌هوشی نیست، امری ضروری است (Abedi, 2010). همچنین سنجش هوش باعث می‌شود تا دانش‌آموزانی که از نظر هوش‌بهر^۵ در حد پایینی هستند در بین دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری قرار نگیرند.

آزمون خواندن و نارساخوانی (نما): این آزمون شامل ۱۰ خرده آزمون است که هدف آن بررسی میزان توانایی خواندن دانش‌آموزان پسر و دختر در دوره دبستان و تشخیص کودکان با مشکلات خواندن و نارساخوانی است. این آزمون شامل مجموعه‌ای از آزمون‌های فرعی خواندن است که در سه حوزه صحت خواندن، درک و فهم و آگاهی‌های واج‌شناختی، توانایی‌های آزمودنی را ارزیابی می‌کند. آزمون حاضر روی ۱۶۴ دانش‌آموز در پنج پایه تحصیلی ابتدایی توسط کرمی نور و مرادی هنجاریابی شده است. پایایی آزمون خواندن و نارساخوانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده که مقادیر آن برای خرده آزمون‌های مختلف بین ۰/۴۳ تا ۰/۹۸ به دست آمده است (Karami noori & moradi, 2008). در

^۱. Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R)

^۲. Validity

^۳. Construct Validity

^۴. Test-retest Reliability

^۵. Split Half

^۶. Intelligence Quotient (IQ)

پژوهش حاضر دانش‌آموزانی که ۱/۵ انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین آزمون عمل کردند به‌عنوان دانش‌آموزان با مشکلات خواندن انتخاب شدند.

شیوه‌ی اجرا

پس از انتخاب نمونه (۴۰ نفر)، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای تقویت و آموزش جنبه‌های عصب روان‌شناختی (توجه، کارکردهای اجرایی، زبان، پردازش بینایی- فضایی و حافظه کاری) مداخلات عصب روان‌شناختی برپایه ترکیبی از برنامه‌های آموزش (Korkman et al, 1998; Bley & Thornton, 2001; Geary, 2010) طراحی و اجرا شد. مداخلات عصب روان‌شناختی در ۲۴ جلسه طی دو ماه اجرا گردید. زیربنای مداخلات عصب روان‌شناختی فعالیت‌هایی است که موجب تحریک و تقویت پیوندهای عصب روان‌شناختی کودک می‌شود. این فعالیت‌ها در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه مداخلات عصب روان‌شناختی

زبان	تقویت توجه شنیداری، تمیز شنیداری، حساسیت شنوایی، آگاهی واج‌شناختی، درک جملات و مسائل، درک مطلب شنیداری، درک لغات و مفاهیم ریاضی
حافظه کاری	تقویت حافظه شنوایی، حافظه بینایی، تمرینات حافظه شنوایی و بینایی، بازی با تصاویر، اجرای دستورات، نمایش فیلم، حافظه بازشناسی، حافظه یادآوری، فهرست یادگیری، دنبال کردن دستورالعمل‌ها
کارکردهای اجرایی	برنامه‌ریزی برای یک هدف کوتاه‌مدت، طراحی با مکعب‌ها، ساختن برج، نگهداری و یادآوری جزییات مربوط به انجام دادن یک تکلیف ریاضی، دسته‌بندی کارت‌ها بر اساس رنگ، شکل و اندازه
تقویت توجه	توجه شنیداری، توجه بینایی، حرکات موزون، نگهداری و تغییر توجه، بازی با عروسک و کارت‌های شلوغ
پردازش بینایی- فضایی	تقویت هماهنگی حرکت چشم، شناسایی اشکال هندسی، وضعیت در فضا، مسیریابی در مازها، جهت‌یابی، ادراک شکل، ادراک شکل و زمینه، آگاهی فضایی، کپی کردن یک تصویر از بین تصاویر مختلف

در پایان هر جلسه آموزشی، تکالیفی نیز برای انجام دادن بعضی تمرین‌ها به والدین داده می‌شد. پس از اتمام برنامه آموزشی، از هر دو گروه آزمایش و کنترل آزمون خواندن و نارساخوانی (نما) گرفته شد. داده‌های به‌دست‌آمده از مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق آمار توصیفی (فراوانی، شاخص‌های مرکزی) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ تحلیل گردید.

نتایج

میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های خواندن در جدول ۲ مشاهده می‌شود. بر اساس این اطلاعات میانگین‌های گروه آزمایش، پس از مداخلات افزایش داشته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های خواندن

شاخص آماري	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
	آزمایش		کنترل		آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرعت خواندن	۴۵/۲۴	۴/۶۹	۳۹/۸۹	۲/۶۳	۱۹/۹۹	۱/۵۲	۴۱/۹۴	۲/۳۴
صحت خواندن	۴۷/۰۱	۲/۵۵	۴۵/۳۶	۳/۵۶	۹۴/۵۲	۲/۷۳	۴۸/۵۸	۲/۰۱
درک خواندن	۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۱۴	۰/۷۷	۰/۰۵	۰/۲۱	۰/۰۴

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر مداخله عصب روان‌شناختی در بهبود سرعت خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان

شاخص آماری منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات اتا	توان
پیش‌آزمون	۰/۸۰	۱	۰/۷۸	۴۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
گروه	۰/۷۶	۱	۰/۶۹	۲۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
خطا	۰/۶۳	۲۷	۰/۰۱	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم پراش (کمکی)، مداخله عصب روان‌شناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل شده است ($P < 0/001$). میزان تأثیر ۰/۵۷ بوده است. یعنی ۵۷ درصد واریانس پس‌آزمون مربوط به مداخله عصب روان‌شناختی بوده است. همچنین توان آماری ۹۹ درصد می‌باشد. بنابراین از نتایج جدول فوق نتیجه گرفته می‌شود مداخله عصب روان‌شناختی بر بهبود سرعت خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان مؤثر بوده است. ضمناً بر اساس اطلاعات جدول فوق حجم نمونه کافی بوده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر مداخله عصب روان‌شناختی در بهبود صحت خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان

شاخص آماری منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان
پیش‌آزمون	۰/۵۵	۱	۰/۵۵	۱۹/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۸۵
گروه	۷/۰۸	۱	۷/۰۸	۴۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱۰۰
خطا	۰/۱۲	۲۷	۰/۱۲	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم پراش (کمکی)، مداخله عصب روان‌شناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل شده است ($P = 0/001$). میزان تأثیر بهبود صحت خواندن ۰/۶۳ بوده است. یعنی ۶۳ درصد واریانس پس‌آزمون مربوط به مداخله عصب روان‌شناختی زودهنگام بوده است. همچنین توان آماری ۱۰۰ درصد هست (نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه). بنابراین از نتایج جدول فوق نتیجه گرفته می‌شود مداخله عصب روان‌شناختی بر بهبود صحت خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان مؤثر بوده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر مداخله عصب روان‌شناختی در بهبود درک خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان

شاخص آماری منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان
پیش‌آزمون	۱/۰۶	۱	۱/۰۶	۵۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱۰۰
گروه	۰/۸۰	۲	۰/۸۰	۴۱/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱۰۰
خطا	۰/۶۶	۴۱	۰/۶۶	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مداخله عصب روان‌شناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل شده است ($P < 0/001$). میزان تأثیر بهبود درک خواندن $0/68$ بوده است. یعنی 68 درصد واریانس پس‌آزمون مربوط به مداخله عصب روان‌شناختی بوده است. همچنین توان آماری 100 درصد هست (نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه). بنابراین از نتایج جدول فوق نتیجه گرفته می‌شود مداخله عصب روان‌شناختی بهبود درک خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخلات عصب روان‌شناختی بر مؤلفه‌های خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون، به‌عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی)، مداخلات عصب روان‌شناختی (مهارت‌های زبان، حافظه کاری، تقویت توجه کارکردهای اجرایی و پردازش بینایی - فضایی) بر بهبود مؤلفه‌های خواندن (سرعت، صحت و درک خواندن) دانش‌آموزان نارسا خوان تأثیر داشته است. لذا می‌توان نتیجه گرفت مداخلات عصب روان‌شناختی می‌تواند عملکرد خواندن دانش‌آموزان نارساخوان را بهبود بخشد، زیرا سبب کاهش سرعت پردازش متن و افزایش دقت در افراد نارساخوان می‌شود و این دو عامل نیز می‌تواند باعث افزایش ادراکی آن‌ها شود. یافته‌های پژوهش، زمینه چنین استنباطی را فراهم می‌کند که خواندن، تکلیفی دوسویه و نیازمند فعالیت هر دو نیمکره (راست و چپ) است و این باور را قوت می‌بخشد که ناتوانی‌های دانش‌آموزان در خواندن مبنای چندگانه عصب روان‌شناختی دارد و ازاین‌رو مستلزم بررسی همه‌جانبه جنبه‌های عصب روان‌شناختی و مداخلات چندبعدی عصب روان‌شناختی است.

پژوهش یا فرضیه‌ای مشابه که مداخلات عصب روان‌شناختی (به‌طور جامع) را بر مؤلفه‌های خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان مورد هدف قرار بدهد یافت نشد؛ زیرا پیشینه درمان‌های مداخلات عصب روان‌شناختی در سال‌های آتی موردتوجه قرار گرفته‌اند و از طرف دیگر پژوهش‌های مبتنی بر این مداخلات بر درمان اختلالات یادگیری به‌وفور دیده می‌شود. این نتیجه با پژوهش‌های (Troppa et al, 2010; Ziegler et al, 2010; Ried, 2009; Meltzer, 2007; Swanson & Jerman, 2007; Robertson, 2000; Baezat, 2007) همسو بود. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به‌نوعی نشان داده‌اند که دانش‌آموزان نارسا خوان در دبستان نسبت به دانش‌آموزان عادی در مهارت‌های عصب روان‌شناختی به‌طور چشمگیری مشکلات بیشتری دارند و با استفاده از مداخلات عصب روان‌شناختی می‌توان عملکرد

خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان را بهبود بخشید.

یافته‌های (Mirmehdi, Alizadeh & Seifenaraghi, 2009; lotfi; 2007 & Mirmehdi, 2007)

نشان داده‌اند که آموزش کارکردهای اجرایی برای درمان و بازپروری دانش‌آموزان دارای انواع اختلالات یادگیری نظیر اختلال خواندن، ریاضیات، درک مطلب و زبان نوشتاری مفید است. همچنین پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند بین حافظه کاری و ناتوانی خواندن رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد و افزایش عملکرد در حافظه کاری برافزایش توانایی خواندن دانش‌آموزان نارسا خوان، مؤثر است (Jenks & Lieshout, 2009; Bental & Tirosh, 2007; Spark & Fisk, 2007).

خواندن اساسی‌ترین ابزار یادگیری دانش‌آموزان است. مهارت خواندن در زندگی انسان اهمیت فراوانی دارد و روزه‌روز نیز با پیشرفت علوم و گسترش فن‌آوری بر اهمیت آن افزوده می‌شود. به دست آوردن این مهارت، مانند هر مهارت مهم دیگری، زمان‌بر است و باید یکی از مهم‌ترین هدف‌های آموزش و پرورش در نظر گرفته شود، زیرا مهارت در خواندن برای آموختن همه موضوع‌های درسی و غیردرسی ضروری است. کودکان نارسا خوان با وجود اینکه در اکثر مواقع از هوش طبیعی برخوردارند، نمی‌توانند پیشرفت تحصیلی مطلوبی داشته باشند و با سختی به تحصیل ادامه می‌دهند و یا اغلب ترک تحصیل می‌کنند که این به نوبه خود صدمات اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و عاطفی - روانی بسیاری برای خود فرد و جامعه به دنبال دارد (Fletcher et al, 2007).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان چنین گفت که کودکان برای تسلط بر خواندن باید بر یکسری مهارت‌ها تسلط داشته باشند. این مهارت‌ها، جنبه‌های عصب - روان‌شناختی دارند و از طریق تجربه، آموزش و یادگیری به دست می‌آیند. اکثر کودکان این مهارت‌ها را به صورت خودکار انجام می‌دهند، ولی کودکان نارسا خوان در این مهارت‌ها در هنگام یادگیری با مشکل مواجه هستند و باید به آن‌ها آموزش داد. به عبارت دیگر شناسایی این که دانش‌آموزان نارسا خوان در مهارت‌های عصب روان‌شناختی، چه مشکلاتی دارند می‌تواند به مجموعه آموزش در فهم چگونگی مشکل یا در طراحی و تهیه برنامه‌های آموزشی مناسب کمک نماید.

همچنین بر اساس این نوع پژوهش‌ها می‌توان متغیرهای عصب روان‌شناختی را حداقل پیش‌بینی کننده پیشرفت خواندن دانست، چون حتی اگر نتوانند به تنهایی نمره هوشی را تصریح کنند وقتی به نمره‌های بهره هوشی اضافه شوند، پیش‌بینی صحیحی خواهند داشت. به عبارت دیگر، شناسایی اینکه

دانش آموزان نارساخوانی در جنبه‌های عصب روان‌شناختی چه مشکلاتی دارند، می‌تواند در فهم نوع مشکل یا طراحی و تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب به مجموعه آموزش و پرورش کمک کند.

نکته بسیار مهم در تدوین مداخلات عصب روان‌شناختی این است که ناتوانی یک کودک در خواندن می‌تواند به چند جنبه از مهارت‌های عصب روان‌شناختی او، همچون توجه، کارکردهای اجرایی، پردازش بینایی-فضایی، زبان و حافظه مربوط باشد. مثلاً ممکن است مشکلات حافظه اساساً یک مسئله ثانوی باشد. در این پژوهش تلاش شد مداخلات عصب روان‌شناختی تمام جنبه‌های عصب روان‌شناختی را در بر گیرد.

بنابراین بر مبنای یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت مداخلات عصب روان‌شناختی در درمان ناتوانی‌های یادگیری به‌ویژه نارساخوانی امری ضروری است. در این خصوص پیشنهاد می‌گردد مدیران و معلمان دبستان با همکاری متخصصان، محیط‌های آموزشی غنی همراه با بازی‌های آموزشی طراحی نمایند تا کودکان حداکثر استفاده را در جهت تقویت و بهبود پیش‌نیازهای یادگیری خواندن همچون کارکردهای اجرایی، توجه، پردازش بینایی-فضایی، زبان و حافظه ببرند. با توجه به ویژگی‌های پژوهش گروهی که اساس آن مقایسه گروه‌ها است، تفاوت‌های فردی میان افراد نادیده گرفته می‌شود. در این پژوهش نیز پژوهشگر شاهد پیشرفت چشمگیر برخی دانش‌آموزان بود که به علت ارائه میانگین گروه، بهبود کارکرد این دانش‌آموزان به‌طور فردی مشهود نیست. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی برای بررسی دقیق‌تر کارکرد تمام دانش‌آموزان، علاوه بر مقایسه گروه‌های آزمایشی و گواه، با یک طرح تک آزمودنی، کارکرد تک‌تک دانش‌آموزان مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- باعزت، ف (۱۳۸۸). اثر مداخله‌های نوروپسیکو لوژی در کارآمدی خواندن و نوشتن دانش‌آموزان ابتدایی دچار نارساخوانی تحولی نوع زبان‌شناختی: مطالعه تک آزمودنی. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۳، شماره ۱۱.
- خسرو جاوید، م؛ وفایی، م؛ کیهانی دوست، ز؛ نیلی پور، ر (۱۳۸۶). بررسی پایه‌های عصب شناختی توانایی پردازش واج‌شناسی در کودکان نارسا خوان و غیره نارساخوان با استفاده از روش تصویربرداری FMRI. تهران: سومین کنگره نوروپسیکو لوژی ایران.
- رضایی، ا؛ سیف نراقی، م (۱۳۸۵). مقایسه ویژگی‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان نارسانویس و عادی پایه سوم ابتدایی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ۶، شماره ۱.
- رضویه، ا؛ شهیم، س (۱۳۷۱). هنجاریابی مقیاس هوش و کسلر برای دوره پیش‌دبستان در شیراز. مجله علوم اجتماعی و انسانی. دانشگاه شیراز. دوره ۵، شماره ۱۰.
- کرمی نوری، رضا؛ مرادی، علی‌رضا؛ اکبری زرد خانه، سعید؛ غلامی، رضا (۱۳۸۷). بررسی تحول سیالی واژگان کلامی و مقوله‌ای در کودکان دوزبانه ترک - فارس و کرد - فارس. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، شماره ۳۸.
- لطفی، الهه (۱۳۸۶). تأثیر روش آموزش حافظه کاری بر درک دانش‌آموزان دارای ناتوانی در خواندن پایه چهارم و پنجم شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- ملک محمدی، مریم (۱۳۸۶). بررسی مهارت‌های پیش‌نیاز یادگیری خواندن و نوشتن در کودکان ۵ ساله فارسی‌زبان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- میر مهدی، سید رضا (۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش کارکردهای اجرایی (سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی، بازداری پاسخ، حافظه فعال)، روش آموزش بیان نوشتاری بر بهبود عملکرد خواندن، ریاضیات و بیان نوشتاری دانش‌آموزان با نارسایی ویژه یادگیری. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

میر مهدی، سید رضا؛ علیزاده، حمید؛ سیف نراقی، مریم (۱۳۸۸). تأثیر آموزش کارکردهای اجرایی بر عملکرد ریاضیات و خواندن دانش آموزان دبستانی با ناتوانی‌های یادگیری ویژه. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ۹، شماره ۱.

میکائیلی، فرزانه؛ فراهانی، محمد توفی (۱۳۸۴). بررسی مدل پردازش واج شناختی خواندن در دانش آموزان ۸ تا ۱۰ ساله یک زبان و دو زبان عادی و نارساخوان تهرانی و تبریزی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ۵، شماره ۱۸.

Baezat, F. (2009). The effects of neuropsychological intervention (HAS) on reading and writing efficiency of linguistically dyslexic students: Single case study. *Journal of Applied Psychology*, 3(11), 7-19.

Khosrojauid, M., Vafaei, M., Keihanidust, z., & Nilipoor, R. (2007). Evaluation of neurological foundations of phonemic processing abilities in children with dyslexia dyslexic and other imaging procedures using FMRI. Tehran: Third Congress of the neuropsychological.

Rezaei, A., & Seifenaraghi, M. (2006). Comparative psychological characteristics of students with dyslexia and normal third grade elementary. *Research on Exceptional Children*, 6(1), 1-12.

Razavie, A., Shahim, S. (1992). Standardization of the Wechsler Intelligence Scale for pre-school in the city. *Journal of humanities and social sciences*, 5(10).

Karami noori, R., Moradi, A., Akbari zardkhaneh, S., & Gholami, R. (2008). Developmental Study of fluent verbal and category words in bilingual children Turkish - Persian and the kord - Persian. *New Cognitive Science*, 38, 49-42.

Lotfi, E. (2007). Effect of working memory training on reading comprehension for students with disabilities fourth and fifth grade in Tehran. MA thesis. Allameh Tabatabai University. Education Faculty.

Malek Mohammadi, M. (2007). Study prerequisite skills for learning to read and write the Persian language in children 5 years of age in Tehran. MA thesis. Isfahan University. Education Faculty.

Mir Mehdi, R. (2007). The effect of executive functions (organization, planning, response inhibition, working memory) Methods of teaching written expression to improve performance in reading, mathematics and written expression of students with specific learning disorders, PhD thesis. Allameh Tabatabai University. Education Faculty.

Mir Mehdi, R., Alizadeh, H., Seife Naraghi, M. (2009). Effect of executive functions on math and reading performance of elementary students with specific learning disabilities. *Research on Exceptional Children*, 9(1), 1-12

Mikaeili, F., & Farahani, M. (2005). Phonological processing model of reading in children 8 to 10 years and two monolingual Multilingual normal and dyslexic Tehran and Tabriz. *Research on Exceptional Children*, 5(18), 4-13.

Barkley, T.A. (1998). Attention-Deficit Hyperactive Disorder: A Handbook for diagnosis and treatment (2thed.), New York: Guilford Press.

Bental, B. & Tirosh, E. (2007). The Relationship Between Attention, Executive functions and Reading Domain Abilities in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Reading Disorder: a comartive study, 48, 455-461.

- Bley, N. S., & Thornton, C. A. (2001). Anchoring adolescents understanding of math concepts in rich problem-solving environments. *Remedial and Special Education*, 22(5), 299-314.
- Brosnan, M., Demetre, J., Hamill, S., Robson, K., Shepherd, H., Cody, G. (2002). Executive functioning in adults and children with developmental dyslexia. *Neuropsychologia* 40, 2144-2155.
- Cronin-Golomb, A., & Braun, A. E. (1997). Visuospatial dysfunction and problem - solving in Parkinson's disease. *Neuropsychology* 11 (1), 44-52.
- Douglas, V. 1. (1983). Attentional and cognitive problems. In M. Rutter (Ed.), *Developmental Neuropsychiatry*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone, 280-329.
- Dowker, A., (2005). Early Identification and Intervention for Students With Mathematics Difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 328-331.
- Gartland, D., & Strosnider, R (2007). Learning Disabilities and young children: Identification and Intervention. *Learning Disability Quarterly*, 30(1), 63-72.
- Fletcher JM, Reid Lyon G, Fuchs LS, Barnes MA. (2007). *Learning disabilities: from identification to intervention*. 1st ed. New York: Guilford Press.
- Geary, D. C. (2010). Mathematical disabilities: Reflections on cognitive, neuropsychological, and genetic components. *Learning and Individual Differences*, 20(2), 130-133.
- Gersten, R., Jordan, N., & Flojo, J.R. (2005). Early Identification and Interventions for students with mathematics Difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 293-304.
- Goldstein B. H. & Obrzut, J. E. (2001). Neuropsychological treatment of dyslexia in the classroom setting. *Journal of learning Disabilities*, 34 (3), 276-285.
- Heim S, Marion G, Elisabeth M, Simon B, Eickhoff C, Helen S. (2010) Al Cognitive levels of performance account for hemispheric lateralisation effects in dyslexic and normally reading children. *Journal Homepage*, 6, 1346-1358.
- Hu W, Lee HL, Zhang Q, et al. (2010) Developmental dyslexia in Chinese and English populations: dissociating the effect of dyslexia from language differences. *Brain*, 133, 1694-706.
- Jenks, K. & Lieshout, E. (2009). Arithmetic Difficulties in children with Cerebral Palsy are Related to Executive Function and Working memory, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (50), 824-835
- Hynd, G. W., & Willis, W. G. (1988). *Pediatric Neuropsychology*. New York: Grune & Stratton.
- Korkman, M. (1988). *NEPSY. A proposed neuropsychological test battery for young developmentally disabled children: Theory and evaluation*. Academic dissertation. University of Helsinki. 114p.
- Korkman, M., & Peltomaa, A. K. (2005). Preventive treatment of dyslexia by a preschool training program for children with language impairments. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(2), 277-287.
- Lerner, J. W. (2003). *Children with learning disabilities: theories, diagnosis and teaching strategies*. Boston: Houghton Mifflin.
- Meltzer L. (2007). *Executive Function in Education (from theory to practice)*. New York: Guilford Press.
- Mirsky, A. E (1996). Disorders of attention: A neuropsychological perspective. In

- G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory, and executive function*. Baltimore: Brookes. 71-95
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Reid, G. (2003). *Dyslexia: A practitioner's Handbook*. Third Edition. John Wiley & Sons Ltd.
- Reid G (2009). *Dyslexia: a practitioner's handbook*. 4th ed. West Sussex: John Wiley and Sons.
- Reiter, A., Tucha, D. & Lange, K. (2004). Executive Function in Children With Dyslexia. *Journal of Experimental Psychology*, 11, 116-131.
- Robertson, J. (2000). Neuropsychological intervention in dyslexia: two studies on British pupils. *Journal of Learning Disabilities*, 3 (2), 137-148.
- Schumacher J. (2007). *Genetics of dyslexia: the evolving landscape*. 2nd ed. Oxford, Blackwell, 257-269.
- Seidman, L. J. (2006). *Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan*. *Clinical Psychology Review*, 26, 466-485.
- Seki A, Kassai K, Uchiyama H, Koeda T. (2008). Reading ability and phonological awareness in Japanese children with dyslexia. *Brain Dev*, 30, 179-88.
- Semrud-Clikeman, M., Guy, K. A., & Griffin, J. D. (2000). Rapid automatized naming in children with reading disabilities and attention deficit hyperactivity disorder. *Brain and Language*, 74, 70-83.
- Semrud - clikeman, M. (2005). Neuropsychological Aspects for Evaluating Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 563, 568.
- Sergeant, J. A., Geurts, H., Huijbregts, S., Scheres, A., & Oosterlaan, J. (2003). *The top and bottom of ADHD: A neuropsychological perspective*. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 27, 583-592.
- Snow, C. E. (2002). *Reading for understanding: Toward an R&D program in reading Comprehension*. Santa Monica, CA: Rand.
- Steele, M. (2004). Making The Case for Early Identification and Intervention for Young Children at Risk for Learning Disabilities. *Children Education Journal*, 32(2), 75-79.
- Spark, S. & Fisk, J. (2007). Working memory Functioning in Developmental Dyslexia. *Journal of Cognitive Psychology*, 15, 34-56.
- Swanson, L. H., Saez, L., & Gerber, M. (2003). Growth in Literacy and cognition in Bilingual children at Risk or Not at Risk for Reading Disabilities. *Journal of Educational Psychology*, 98(2), 247-250.
- Swanson, H., L & Jerman, O. (2006). Math Disabilities: A selective meta- Analysis of the literature. *Review of educational Research*, 76, 249-251.
- Swanson, L. H., & Jerman, O. (2007). The influence of working memory on reading growth in subgroups of children with reading disabilities. *Journal of Exceptional Child Psychology*, 96(4), 249.
- Torppa M, Lyytinen P, Erskine J, Eklund K, Lyytinen H. (2010). Language development, literacy skills, and predictive connections to reading in Finnish children with and without familial risk for dyslexia. *J Learn Disabil*; 43, 308-21.
- Valera, E., & Seidman, L. J. (2006). Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers. *Infants and Young Children*, 19(2), 94-108.
- Welsh, M. C., & Pennington, B F. (1988). Assessing frontal lobe functioning in

children: Views from developmental psychology. *Developmental Neuropsychology*, 4, 199-230.

Winogron, H. W., Knights, R. M., & Bawden, H. N. (1984). Neuropsychological deficits following head injury in children. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 6(3), 269-286.

Zelazo, P. D., & Muller, U. (2002) *Executive functions in typical and atypical development*. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development* (pp. 445-469). Oxford: Blackwell.

Ziegler JC, Pech-Georgel C, Dufau S, Grainger J. (2010). *Rapid processing of letters, digits and symbols: what purely visual-attentional deficit in developmental dyslexia?* *Dev Sci*; 13: F8-F14.

nal Leadership. 57, 7, 52-63.



استناد به این مقاله: مسگری، منیژه؛ حسن آبادی، حسین؛ نجات، حمید (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر سبک‌های هویت دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه شهرستان مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۱۳۵-۱۵۴

اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر سبک‌های هویت دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه شهرستان مشهد

منیژه مسگری^۱، حسین حسن آبادی^۲، حمید نجات^۳

دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱۴

چکیده

پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر سبک‌های هویت (اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم، تعهد) دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی ناحیه تبادکان مشهد انجام شده است. ۱۴ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه ناحیه تبادکان مشهد به همراه مادرانشان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بعد از اجرای پیش‌آزمون بر روی همه دانش‌آموزان، گروه مداخله با رویکرد واقعیت درمانی تحت مشاوره قرار گرفت و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. در پایان بر روی هر دو گروه پس‌آزمون اجرا گردید. داده‌های حاصل که با استفاده از کوواریانس چند متغیری تحلیل گردید نشان داد که در مقایسه دو گروه واقعیت درمانی و کنترل در سبک‌های اطلاعاتی ($p = 0/03$) و مقیاس تعهد ($p = 0/009$) تفاوت معناداری باشد؛ اما در سبک هنجاری ($p = 0/25$) و سبک اجتنابی ($p = 0/15$) تفاوت معنادار نیست. یافته‌ها حاکی از آن است که روش مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی در افزایش سبک‌های هویت نوجوانان دختر مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های هویت اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم و تعهد، واقعیت درمانی گروهی

^۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده

^۲. استادیار دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول) Hassan-a@um.ac.ir

^۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان

مقدمه

کلمه "هویت" در فرهنگ فارسی معین به‌عنوان، ذات باری‌تعالی؛ هستی و وجود و آنچه موجب شناسایی شخص باشد تعریف شده است؛ اما در فرهنگ فارسی امروز کلمه هویت ویژگی یا کیفیتی که موجب تمایز و شناسایی کسی یا چیزی از دیگران شود تعریف شده است (Sharafi, 2000)

Jenkins (2002) بیان می‌کند که واژه هویت ریشه در زبان لاتین دارد و به دو معنای تشابه و تمایز به کار می‌رود. تشابهات، یعنی این که مردم مانند ما هستند و تفاوت‌ها به این معنی که دیگران مانند ما نیستند. به نظر Erikson (1968) موجود انسانی از نخستین روز پیدایش در عرصه زندگی تا واپسین روزهای زندگی تلاش بر این دارد که پایگاه و نقش خویش را در عرصه‌های پریچ‌وتاب اجتماعی ترسیم کند و بدین واسطه وجود و هستی خویش را معنا ببخشد (Berk, 2005)؛ بنابراین پاسخ به پرسش «من کیستم؟» در حقیقت، همان «هویت» یا «خود» ماست. اگر توانستیم جایگاه خویش را در جهان هستی مشخص کنیم و به این پرسش‌ها که «از کجا آمده‌ایم و چه کاری باید بکنیم و سرانجاممان چیست؟» پاسخ صحیح دهیم، هویت ما شکل می‌گیرد و هر چه پاسخ ناقص باشد، هویت ما نیز به همان میزان، دچار نقص است. شکل‌گیری هویت فرآیندی خود مختارانه و به تشخیص خود فرد از استحکام بخشیدن و یکپارچه کردن مجموعه‌ای از ایده‌آل‌ها و اهداف منحصربه‌فرد و ترکیب نقش‌های بی‌شمار فرد در زندگی است. دستیابی به هویت پایدار و ثابت، نه تنها باعث ایجاد احساس شخصی و یکپارچه می‌گردد بلکه امکان پیشرفت در آینده و تعادل و سازگاری در زندگی را نیز فراهم می‌آورد (Schwartz, 2001).

Berzonsky (1993, 2003) در چارچوب روی آورد «شناختی-اجتماعی» مفهوم هویت را به‌عنوان یک «نظریه خود» مطرح کرده است. از نظر او نظریه‌های خود، چارچوب ارجاعی برای پردازش و تفسیر اطلاعات مربوط به خود است که فرد در طول زندگی با آن‌ها روبرو می‌شود. Luyckx و همکاران (2006) طی مطالعه خود مدلی چهاربعدی را برای شکل‌گیری هویت ارائه کردند. ابعاد این مدل عبارت‌اند از «ساخت تعهد»، «هماندسازی با تعهد»، «جستجو در عمق» و «جستجو در گستره». ساخت تعهد، انتخاب از بین گزینه‌ها، همانندسازی با تعهد، میزان همانندسازی با آن انتخاب‌ها، جستجو در عمق، گردآوری اطلاعات درباره انتخاب‌های انجام‌شده و جستجو در گستره، گردآوری اطلاعات درباره گزینه‌های مختلف برای شکل‌گیری تعهد است. در تحقیقات بعدی Luyckx و همکاران (2008) این مدل را گسترش داده و بعد پنجمی را با عنوان «جستجوگری با تأمل» (یا ناسازگارانه) به آن افزودند. این امر برای تبیین یافته‌هایی

صورت گرفت که حاکی از ارتباط جستجوگری با «گشودگی» و کنجکاوی و همچنین اضطراب و افسردگی بود. Berzonsky و Niemeyer (1994) معتقدند که «تعهد هویت» می تواند نقش میانجی را در میان سبک های هویت و بسیاری از پیامدهای رفتاری ایفاء کند. در همین ارتباط Farsinejad (2004) در بررسی رابطه سبک هویت و تعهد هویت، با سلامت اجتماعی و خود کارآمدی تحصیلی، نشان داد که سبک هویت اطلاعاتی و تعهد هویت به طور مستقیم و سبک هویت مغشوش - اجتنابی به طور غیرمستقیم (به واسطه تعهد هویت) قادر به پیش بینی خود کارآمدی تحصیلی و سلامت اجتماعی است.

در یک طبقه بندی چهار نوع هویت برای نوجوانان مشخص شده تا وضعیت رشد هویت آنان را در زمینه های بینش سیاسی، جهت گیری های جنسیتی و یک مجموعه از ارزش های سیاسی مشخص کند. این چهار نوع هویت عبارت اند از: پراکندگی هویت، تسلیم طلبی، تأخیر و پیشرفت هویت (Lotfabadi, 2002). Waterman (1982) الگوی تحول در منزلت های مختلف مارسیا را بررسی کرد و نتیجه گرفت الگوهای متوالی تحول منطبق با الگوی منزلت های هویت، تنها مدل توصیفی را ارائه می دهد و نمی تواند به عنوان نظریه تحول فردی پذیرفته شود. روزگار نوجوانی و جوانی دوران شکل گیری هویت آدمی است که نیازها و پرسش های اساسی در زندگی رخ می نماید و امروزه با رشد و گسترش علم و صنعت و فناوری و توسعه ارتباطات بین المللی و بروز اندیشه و تفکر اومانیستی و انسان محور و تبلیغ آن میان جوامع بشری، خطر بحران هویت جوانان به مشکلی جهانی تبدیل شده است (Yoosefian, 2005). در نوشته های اولیه و ابتدایی اریکسون، رشد هویت در طول دوران نوجوانی به عنوان فرآیندی از تعاملات و واکنش های فرد با محیط توصیف شده است (Farzanehkho et al, 2009). مطابق با دیدگاه Erikson (1968) موضوع هویت یابی مهم ترین دغدغه دوران نوجوانی بوده و این پدیده کلیت زندگی آدمی را در همه عرصه ها تحت تأثیر قرار می دهد.

به نظر اریکسون شکل گیری هویت ترکیب مهارت ها، جهان بینی و همانندسازی های دوران کودکی است که به صورت کل یکپارچه و منحصربه فرد درمی آید (Kroger, 2000). نوجوانی مرحله انتقال از کودکی به بزرگسالی است که با تغییرات سریع فیزیکی و رشد تفکر انتزاعی شروع می شود و از اوایل دهه دوم زندگی انسان آغاز می شود و مدتی طول می کشد. این مرحله از زندگی مستلزم جدایی و استقلال بیشتر نوجوان از والدین است (Harris, 2006). به نظر Ferud (1890) نوجوانی مرحله ای جنسی است که سائق های غریزی بیدار شده و نواحی جنسی تغییر می کنند. تکانه های جنسی موجب بر هم خوردن تعادل بین نهاد، من و فرامن می شوند و احتمال بروز رفتارهای غیرقابل پیش بینی را افزایش می دهند

(Berger, 1993 به نقل از Ghandehari, 2012). نوجوان در جریان همانندسازی با شخصیت‌های مختلف به تدریج می‌تواند بین هویت کودکی و هویت جدید خود پیوند برقرار کند؛ بنابراین بر اساس جاذبه‌ای که دیگران برای نوجوان دارند شبیه به آنان می‌شود، گرچه شاید از این امر خود نیز آگاهی نداشته باشد. پس هویت هر فرد تا حدودی ترکیبی از همانندسازی‌های نسبی و گوناگون است. علاوه بر این فرد از طریق دستاوردها و فضائل خود نیز به نوعی حس هویت دست می‌یابد (Crim, 1967). اگر نوجوان نتواند به درستی این بحران را پشت سر بگذارد از داشتن یک پایگاه هویتی نیرومند و مؤثر برای زندگی در بزرگسالی محروم خواهد شد. چنین شخصی دچار سردرگمی هویت یا آشفتگی نقش می‌شود که این حالت خود را به صورت اختلالات رفتاری، بزه کاری، افسردگی و غیره نشان می‌دهد. Glasser (2011) معتقد است که بروز رفتارهای مخرب و شکل‌گیری اختلالات روانی وابسته به چگونگی شکل‌گیری هویت است. از نظر او نوجوانانی که جریان رشد آن‌ها به هویت شکست منجر شود دچار مشکلات روان‌شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی و رفتارهای ضداجتماعی خواهند شد. درحالی‌که نوجوانان دارای هویت توفیق می‌توانند به عنوان افرادی مفید برای خود و اجتماع نقش ایفا کنند. Armsden & Greenberg (1987) از بررسی‌های متعدد خود نتیجه گرفتند که کیفیت دل‌بستگی نوجوان به والدین و همسالان با سلامت روانی نوجوان، شکل‌گیری هویت، کنار آمدن با بحران‌های مختلف و رضایت از زندگی او ارتباط معنی‌دار دارد. Kennwdy (1999) و Reich & Siegel (2002) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که رشد هویت در سطح بالا با امنیت دل‌بستگی ارتباط دارد. اشخاص دارای سبک دل‌بستگی ایمن نسبت به اشخاص دارای سبک‌های دل‌بستگی نایمن (اجتنابی، مضطرب، دوسوگرا و بی‌سازمان، بی‌هدف) به احتمال کمتر سبک اسنادی افسرده ساز دارند و به احتمال بیشتر پایگاه هویت موفق دارند و خانواده‌هایشان را در بیان گرمی، به هم پیوستگی، جهت‌گیری تفریحی-فعال و جهت‌گیری هوشی-فرهنگی در سطح بالاتری درجه‌بندی می‌کنند. محققان دیگر (Frank et al, 1990) مشاهده کرده‌اند که «دل‌بستگی ایمن» به والدین رشد هویت را پیش‌بینی می‌کند و «دل‌بستگی نایمن» به والدین و عدم اعتماد به آن‌ها پیش‌بینی کننده هویت سردرگم و آشفته هست.

در میان اعضای خانواده، مادر نخستین شخصیتی است که با کودک نه تنها در دوران جنینی، بلکه در این جهان رابطه مستقیم و تنگاتنگ دارد. از میان عوامل متعدد روابط انسانی مؤثر در رشد و تکامل کودک، شخصیت مادر و نحوه تعامل او با کودک اهمیت اساسی دارد (Taghizadeh, 2006). گرچه رابطه نامطلوب میان والدین و فرزندان، به گونه کلی تأثیرات منفی در پی دارد، اما تأثیرات منفی رابطه

نامطلوب با مادر بیش از تأثیرات منفی ناشی از وجود این گونه روابط با پدر است؛ زیرا کودکان زمان بیشتری را با مادر می‌گذرانند و در نتیجه تأثیر بیشتری از وی می‌پذیرند. همچنین می‌توان گفت رفتار اجتماعی کودکان بیشتر متأثر از رفتاری است که از مادر خود مشاهده کرده‌اند (Ahadi,banijamali, 2006). وجود درک متقابل بین مادر و دختر برای مثال می‌تواند هویت‌یابی جنسیتی نوجوان را تسهیل نماید (Moradi & sanai, 2006).

بنابراین استحکام خانواده؛ که آن را می‌توان گروهی کوچکی دانست متشکل از افرادی که از طریق پیوند خونی با یکدیگر در ارتباط متقابل هستند و مهر و علاقه آن‌ها را به هم پیوند داده (Navabinejad,2004) در رشد فرزندان تأثیرگذار است. بر اساس نظریه سبک‌های دل‌بستگی، ناتوانی کودک در برقراری پیوند دل‌بستگی استوار با یک یا چند تن از اعضای مهم خانواده در سال‌های اولیه زندگی با ناتوانی او در برقرار کردن روابط فردی نزدیک در بزرگسالی ارتباط دارد (Aboohamzeh & Khooshabi, 2005).

واقعیت درمانی یکی از جدیدترین تلاش‌های درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. Corey (1990) رویکرد واقعیت درمانی را این‌طور خلاصه می‌کند: یک درمان فعال، کاربردی، آموزشی، شناختی و رفتار -محورانه. اغلب از روش عقد قرارداد استفاده می‌شود و هنگامی که قرارداد انجام شد، درمان خاتمه می‌یابد. این رویکرد می‌تواند هم حمایتی و هم مواجهه‌ای باشد. از سؤالات چه و چطور ولی نه از سؤالات چرا استفاده می‌کند. واقعیت درمانی بر رفتارهای فعلی و زمان حال فرد تأکید دارد و وقایع گذشته تا آنجا برای درمانگر یا مشاور مهم است که بر رفتارهای فعلی فرد تأثیر گذاشته باشد. نظریه واقعیت درمانی بر چگونگی شکل‌گیری و تغییر هویت مبتنی است. منظور از هویت، شیوه نگرستن به خود به‌عنوان یک انسان و در رابطه با دیگران است (Saatchi, 2000).

در واقعیت درمانی هویت را که از لحظه تولد تا مرگ ادامه می‌یابد به دو نوع "هویت توفیق" و "هویت شکست" تقسیم می‌کنند. (Shafiabadi, 2001 Naseri). Glasser (2008) معتقد است که رفتار کلی از چهار مؤلفه‌ی جدانشدنی فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی تشکیل شده است و با تغییر فکر و عمل ما، احساس و فیزیولوژی نیز تغییر خواهد کرد. Glasser (1998) عقیده دارد که همه‌ی انسان‌ها با پنج نیاز

^۱-success Identity

^۲-failure Identity

ژنتیکی متولد می‌شوند و تمامی رفتارهای ما در جهت تأمین این نیازهاست که عبارت‌اند از: نیاز به عشق و تعلق، آزادی، قدرت، تفریح و نیاز به بقا. هدف اساسی واقعیت درمانی این است ضمن آگاهی از نیازهای اساسی خود و اطرافیان‌شان و با توجه به مفهوم رفتار کلی تلاش کنند تا انتخاب‌های مناسب‌تری داشته باشند. (Brown, Stuart, 2005 به نقل از Hosseini Ghaffari, 2007). اهداف اصلی واقعیت درمانی رشد مسئولیت‌پذیری و ایجاد هویتی موفق در فرد است. از ویژگی‌های شخص مسئول آن است که خودمختار یا خود پیرو می‌باشد (Saatchi, 2000). معنی مسئولانه عمل کردن آن است که شخص نیازهای خود را ارضا کند و این اقدام را به شیوه‌ای انجام دهد که دیگران را از توانایی برای ارضای نیازهایشان محروم نسازد. (Glasser, 1965 به نقل از Shafiabadi, Naseri, 2001). افراد با این دیدگاه، باور دارند که بر هر یک از چهار جزء رفتار خود، کنترل دارند. (Farahbakhsh et al, 2008). یکی از مفاهیم بنیادی واقعیت درمانی، کنترل بیرونی است. منظور از روانشناسی کنترل بیرونی این است که همسران در روابطشان سعی در کنترل طرف مقابل دارند.

در این شیوه درمان، مواجهه‌شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار و در نتیجه نیل به هویت توفیق‌مورد تأکید است. در فرایند درمان به مراجع کمک می‌شود تا میزان نزدیک بودن خواسته‌های خود را با واقعیت ارزشیابی کند، رفتارهایی را که به بهبود زندگی منجر نمی‌شوند شناسایی و با کمک گروه شیوه‌های مناسبی برای ایجاد تغییر در آن‌ها اتخاذ کند (Glasser, 1996). این نوع درمان را فقط در مورد اکثر رفتارهای غیرعادی به کار نمی‌برند، بلکه در مورد تمام افراد عادی و مسائل موردعلاقه آن‌ها و تدوین شیوه صحیح تعلیم و تربیت نیز از آن استفاده می‌کنند. واقعیت درمانی امروزی سریعاً روی روابط ناخوشایند یا فقدان رابطه تمرکز می‌کند که معمولاً علت مشکلات درمان‌جویان است. هدف اصلی واقعیت درمانی امروزی این است که به درمان‌جویان کمک کند علاوه بر ارضا کردن نیاز به محبت و تعلق‌پذیری، راه‌های بهتر ارضا کردن تمام نیازهای خود از جمله نیاز به قدرت یا پیشرفت، آزادی یا استقلال و تفریح را یاد بگیرند (Glasser, 2011). هدف‌های واقعیت درمانی در فرآیندی مبتنی بر درگیری عاطفی، توجه و تأکید بر زمان حال و رفتار کنونی، توسل به قضاوت ارزشی مراجع، طرح‌ریزی معقول و تعهد نسبت به آن، نپذیرفتن عذر و بهانه و امتناع از تنبیه حاصل می‌شود. بر همین اساس در پژوهش حاضر به منظور آزمودن فرضیه‌های زیر، کاربرد درمان گروهی واقعیت درمانی بر هویت‌یابی نوجوانان دبیرستانی موردبررسی قرار گرفته است:

- واقعیت درمانی گروهی باعث بهبود معنادار سبک هویت اطلاعاتی دختران دبیرستانی می‌شود.

- واقعیت درمانی گروهی باعث بهبود معنادار سبک هویت هنجاری دختران دبیرستانی می‌شود.
- واقعیت درمانی گروهی باعث بهبود معنادار سبک هویت اجتنابی دختران دبیرستانی می‌شود.
- واقعیت درمانی گروهی باعث بهبود معنادار مقیاس هویت تعهد دختران دبیرستانی می‌شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر جزء دسته پژوهش‌های کاربردی از نوع نیمه آزمایشی است. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا از بین دبیرستان‌های دخترانه تبادکان، یک دبیرستان به شیوه تصادفی انتخاب شد و در مرحله بعد از بین دانش‌آموزان دو نوبت، نوبت صبح انتخاب گردید و سپس از بین تمام پایه‌ها، از پایه سوم تعداد ۱۴ دانش‌آموز انتخاب شدند تا به همراه مادرانشان در این پژوهش شرکت کنند. بعد از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمایشی به مدت ۹ جلسه با رویکرد واقعیت درمانی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. در پایان بر روی هر دو گروه پس‌آزمون اجرا گردید.

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه دخترانه‌ی ناحیه تبادکان شهر مشهد است که سن آن‌ها بین ۱۶ تا ۱۸ سال در نظر گرفته شده است و در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ به تحصیل مشغول بودند. با توجه به تحقیقات قبلی و تأثیرگذاری متغیرهای جنسیت، سن و میزان تحصیلات بر هویت، کوشش شد تا کل نمونه، دختران دبیرستانی و در یک پایه‌ی تحصیلی باشند. حجم نمونه در این تحقیق ۲۸ نفر است که به صورت داوطلبانه از یکی از دبیرستان‌های ناحیه‌ی تبادکان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند به طوری که در هر گروه ۱۴ نفر قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

سیاهه سبک‌های هویت برزونسکی^۱ (ISI-G₆): این پرسش‌نامه اولین بار توسط Berzonsky (1989) در آمریکا برای اندازه‌گیری فرایندهای شناختی - اجتماعی که نوجوانان و جوانان در برخورد با مسائل مربوط به هویت از آن استفاده می‌کنند، طراحی شد. این پرسشنامه سه سبک هویتی شامل اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم - اجتنابی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (Gharaee et al, 2003). این ابزار خود گزارشی شامل ۴۰ عبارت است که ۱۱ سؤال آن مربوط به مقیاس اطلاعاتی، ۹ سؤال مربوط به مقیاس

^۱ Berzonsky Identity Styles Inventory

هنجاری، ۱۰ سؤال آن مربوط به مقیاس سردرگمی - اجتنابی و ۱۰ سؤال دیگر مربوط به مقیاس تعهد است که برای تحلیل ثانویه استفاده می‌شود و یک سبک هویتی محسوب نمی‌شود (Shokri et al, 2007). پاسخ هر سؤال بر روی یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای مشخص می‌شود که شامل (کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، مطمئن نیستم=۳ تا حدودی موافق=۴ و کاملاً موافق=۵) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره در سبک اطلاعاتی به ترتیب ۱۱ و ۵۵، سبک هنجاری ۹ و ۴۵ و در سبک سردرگم - اجتنابی ۱۰ و ۵۰ می‌باشد. این پرسشنامه از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. Ghazanfari (2004) پژوهشی باهدف اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه سبک هویت انجام داده است و ضرایب پایایی را برای سبک هویت اطلاعاتی=۰/۶۷، سبک هویت هنجاری=۰/۵۲ و سبک هویت سردرگم - اجتنابی=۰/۶۲ و مقیاس تعهد ۵۷/۵ گزارش کرده است. Berzonsky (2000) پایایی درونی مقیاس اطلاعاتی را ۰/۷۱، مقیاس هنجاری را ۰/۶۵، مقیاس سردرگم - اجتنابی را ۰/۷۵ گزارش کرده است. Aghajani (2002) نیز ضریب آلفا را برای سبک داده‌ای ۰/۷۳، برای سبک هنجاری ۰/۷۰ و برای سبک سردرگم ۰/۶۹ گزارش کرده است. Hejazi (2009) ضریب پایایی را برای سبک اطلاعاتی ۰/۶۵، سبک هنجاری ۰/۶۰، سبک اجتنابی ۰/۶۳ و تعهد هویت ۰/۷۰ گزارش کردند. این نتایج نشان می‌دهد که این پرسشنامه از ضرایب پایایی و همسانی درونی مناسبی برخوردار است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی جداول مربوط به یافته‌ها تنظیم و گزارش شده‌اند. در جهت کنترل و حذف اثر تفاوت‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین‌های دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها

از حیث وضعیت جمعیت شناختی، نمونه‌ی پژوهش با توجه به انتخاب آزمودنی‌ها از یک جنس و همتا می‌باشند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن دختران و مادران دو گروه

مادران					دختران				
گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل

واقعیت درمانی	۷	۱۶,۰۵	۰,۷۷	۱۶,۰۱	۱۸,۰۱	۷	۴۱,۰۱	۶,۰۴	۳۳	۵۰
					۱۸,۰۲					
کنترل	۷	۱۶,۰۸	۰,۷۳	۱۶,۰۵		۷	۴۲,۰۲	۷,۶۰	۳۵	۵۵

همچنین وضعیت سن دختران و مادران بررسی گردید و مشخص شد در هر دو گروه مداخله و کنترل میانگین سنی دختران (۱۶/۰۵ و ۱۶/۰۸) و مادران (۴۱/۰۱ و ۴۲/۰۹) تفاوت معناداری ندارند (جدول ۱).

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان دو گروه واقعیت درمانی و کنترل در سبک‌های هویت

گروه	گروه واقعیت درمانی		گروه کنترل		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سبک اطلاعاتی	۴۱.۰۰	۵.۴۵	۳۸.۵۷	۵.۸۸	۳۹.۷۹	۵.۵۹
سبک هنجاری	۳۱.۱۴	۸.۴۹	۳۲.۸۶	۳.۸۵	۳۲.۰۰	۶.۴۰
سبک اجتنابی	۲۹.۴۳	۵.۴۷	۲۴.۸۶	۶.۵۷	۲۷.۱۴	۶.۲۷
مقیاس تعهد	۳۹.۴۳	۸.۷۷	۳۵.۷۵	۷.۴۱	۳۷.۵۰	۸.۰۶

میانگین و انحراف استاندارد هویت و سبک‌های آن در دو گروه بررسی و ملاحظه شد که تفاوت‌هایی در نمرات آزمودنی‌های دو گروه وجود دارد. میانگین گروه واقعیت درمانی در سبک‌های اطلاعاتی، اجتنابی و مقیاس تعهد بالاتر از گروه کنترل، و در سبک هنجاری پایین‌تر از گروه کنترل هست. با این حال معناداری یا عدم معناداری این تفاوت‌ها در این جدول مشخص نیست (جدول ۲).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه‌ی عملکرد گروه‌های هیجان مدار و کنترل در هویت و سبک آن در آزمون هویت برزونسکی

نام آزمون	مقدار	معناداری	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	اندازه اثر
اثر پیلائی	۱,۰۸	۰,۰۰۸	۸	۲۴	۳,۵۲	۰,۵۴
لامبدای ویلکز	۰,۱۸	۰,۰۰۶	۸	۲۲	۳,۷۶	۰,۵۸
اثر هتلینگ	۳,۳۶	۰,۰۰۶	۸	۲۰	۳,۹۵	۰,۶۱
ملاک بزرگ‌تری ریشه ری	۲,۶۰	۰,۰۰۲	۴	۱۲	۳,۸۱	۰,۷۲

داده‌های حاصل از اجرای آزمون هویت کوپر اسمیت بر روی دو گروه آزمون و کنترل بررسی و تجزیه و تحلیل بر روی یافته‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفت. قبل از تحلیل نتایج پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت بررسی فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف و برای بررسی فرضیه همگنی واریانس‌ها آزمون لوین بکار گرفته شد که با توجه به $p > 0.05$ در هر دو آزمون فرض‌های مربوطه رعایت شده است. فرض همگنی شیب رگرسیون نیز در همین سطح بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. فرض مستقل بودن گروه‌ها نیز با توجه به جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه رعایت شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری میان گروه‌های واقعیت درمانی و کنترل نشان می‌دهد که در سبک‌های هویت برزونسکی اختلاف معناداری وجود دارد ($\lambda = 0.18$ ، ویلکز، $P < 0.006$ ، $F(8/22) = 3.76$) (جدول ۳)

جدول ۴. نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های هیجان مدار و واقعیت درمانی و کنترل در نمره سبک‌های هویت آزمون هویت برزونسکی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	معناداری
سبک اطلاعاتی	۷۵/۹۳	۲	۳۷/۹۶	۵/۳۰	۰/۴۳	۰/۰۲
سبک هنجاری	۱۰۲/۸۷	۲	۵۱/۴۴	۶/۶۷	۰/۴۹	۰/۰۰۹
سبک اجتنابی	۱۲۰/۷۵	۲	۶۰/۳۸	۳/۲۳	۰/۳۲	۰/۰۷
مقیاس تعهد	۲۲۱/۶۳	۲	۱۱۰/۸۱	۷/۸۳	۰/۵۳	۰/۰۰۵
سبک اطلاعاتی	۱۰۰/۳۸	۱۴	۷/۱۷			
سبک هنجاری	۱۰۷/۹۶	۱۴	۱۷/۷۱			
سبک اجتنابی	۲۶۱/۵۵	۱۴	۱۸/۶۸			
مقیاس تعهد	۱۹۸/۰۰	۱۴	۱۴/۱۴			
سبک اطلاعاتی	۳۴۹۸۰/۰۰	۲۱				
سبک هنجاری	۲۲۵۹۸/۰۰	۲۱				
سبک اجتنابی	۱۶۳۹۶/۰۰	۲۱				
مقیاس تعهد	۲۸۳۰۱/۰۰	۲۱				

نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌ها نشان داد در میان سبک‌های هویت در این پژوهش، در آزمون برزونسکی، در سبک اطلاعاتی ($\eta^2 = 0.43$ ، $p < 0.02$ ، $F(2, 14) = 5.02$)، سبک هنجاری ($\eta^2 = 0.49$ ، $p < 0.009$ ، $F(2, 14) = 6.67$) و مقیاس تعهد ($\eta^2 = 0.53$ ، $p < 0.005$ ، $F(2, 14) = 7.83$)

$F(2,14)$ میان سه گروه تفاوت معناداری وجود داشت، اما در سبک اجتنابی ($\eta^2 = 0.32$)، $p < 0.007$ ($F(2,14) = 3.23$) تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۴).

جدول ۵. نتایج سطح معناداری بین سبک‌های هویت و مقیاس تعهد گروه‌های واقعیت درمانی و کنترل

سبک‌های گروه‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	حداقل	حداکثر
سبک اطلاعاتی	۰/۰۳	۳/۶۳	۱/۵۳	۰/۳۴	۶/۹۲
سبک هنجاری	۰/۲۵	۱/۹۰	۱/۵۹	-۱/۵۱	۵/۳۱
سبک اجتنابی	۰/۱۵	۳/۷۸	۲/۴۸	-۱/۵۲	۹/۰۹
مقیاس تعهد	۰/۰۰۹	۶/۵۸	۲/۱۵	۱/۹۷	۱۱/۲۰

با بررسی مقایسه‌ای گروه‌های درمان، با استفاده از مقایسه‌های چندگانه Bonferroni، مشخص گردید که در مقایسه دو گروه واقعیت درمانی و کنترل در سبک‌های اطلاعاتی ($p = 0.03 < 0.05$) و مقیاس تعهد ($p = 0.009 < 0.05$) تفاوت معناداری باشد؛ اما در سبک هنجاری ($p = 0.25 > 0.05$) و سبک اجتنابی ($p = 0.15 > 0.05$) بین دو گروه واقعیت درمانی و کنترل تفاوت معنادار نیست (جدول ۵).

بحث

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد گروه واقعیت درمانی با سبک هویت اطلاعاتی رابطه‌ی مستقیم و معنادار دارد. نتایج این پژوهش با یافته Lotfabadi, Noor (2002)، Nouroozi (2001)، Mason, Gibbs (2003)، به نقل از Tabatabai (2009)، Adan و Felner (2001) هم سو می‌باشد. آنان در پژوهش خود رابطه‌ی مثبت و معناداری بین هویت اطلاعاتی و مسئولیت‌پذیری گزارش کردند. همچنین می‌توان به تحقیقات Dollinger (1995) و Duriez و همکاران (2004) مبنی بر اینکه افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی در مقایسه با افراد دارای سبک هویت سردرگم/اجتنابی به‌طور معناداری از ویژگی‌های شخصیتی گشودگی به تجربه بیشتری برخوردارند اشاره نمود. نتایج پژوهش‌های Shafiabadi (2006)، Shaabani (2004)، Jarareh (2001)، Sadripoosh، Delavar (2004)، نیز به علت

اشتراک در کاربست روش مشاوره‌ای واقعیت درمانی گروهی هم سو با پژوهش حاضر، کاهش مسائل و مشکلات مربوط به بحران هویت در نوجوانان و جوانان را گزارش می‌کنند.

در واقعیت درمانی، واژه‌های شخصیت و هویت تقریباً مترادف به حساب می‌آیند. واقعیت درمانی، هویت را جزء لازم و اساسی تمام انسان‌ها در همه فرهنگ‌ها می‌داند که از لحظه تولد تا مرگ ادامه می‌یابد و به دو نوع هویت توفیق و هویت شکست تقسیم می‌شود (Shafiabadi, 2006). هویت توفیق، در کسانی به وجود می‌آید که بتوانند نیاز به دوست داشته شدن را در محیط امن خانواده تجربه کنند. آنگاه قادر خواهند بود مسئولیت رفتارهای خود را به عهده بگیرند و با انتخاب مسئولانه اعمال و رفتار خود، هویتی موفق کسب کنند. مسئولیت‌پذیری یک تعهد و الزام درونی از سوی فرد برای انجام مطلوب کلیه فعالیت‌ها می‌باشد که بر عهده فرد گذاشته می‌شود. افراد با هویت موفق آنچه را که سبک اطلاعاتی نامیده می‌شود مورد استفاده قرار می‌دهند (Berzonsky & Niemeyer, 1994). تعهد در افراد با سبک هویت اطلاعاتی به صورت تعهد شناختی و مبتنی بر جستجوگری است که بر اساس عقاید و باورهای منطقی شکل می‌گیرد. افراد با این سبک علاقه‌مند به یادگیری مطالب جدید درباره خود بوده و خواستار اصلاح ساختار هویتی در صورت مواجهه با اطلاعات و بازخوردهای ناهماهنگ می‌باشند (Berzonsky, 2003). به نظر می‌رسد که در گروه آزمایشی حاضر آموزه‌های واقعیت درمانی با تأکید بر مسئولیت‌پذیری به دانش‌آموزان کمک کرده است تا برای مشکلات زندگی برنامه‌ریزی‌های روشن‌تری داشته باشند و با کنار گذاشتن عذر و بهانه سبک هویت اطلاعاتی خود را ارتقاء دهند.

با توجه به نتایج آماری این پژوهش و مقایسه‌ی سبک‌های هویت، بین گروه‌های واقعیت درمانی و کنترل در سبک هویت هنجاری تفاوت معناداری مشاهده نشد. همسو با نتایج این پژوهش در خصوص سبک هویت هنجاری می‌توان به پژوهش Shokri و همکاران (2007) مبنی بر تفاوت بین افرادی که به جستجوی سؤالات هویتی می‌پردازند و کسانی که تنها به پذیرش هنجارها تن می‌دهند اشاره کرد. پژوهش حاضر با یافته Grotevant & Cooper (1985) هم سو می‌باشد. آنان به این نتیجه رسیدند که والدینی که مهار زیادی بر فرزندان خود اعمال می‌کنند باعث ظهور هویت زودرس در نوجوان می‌شوند و باعث می‌گردند تا نوجوان بیشتر از سبک پردازش هنجاری استفاده کند. آنان که سبک هویت هنجاری دارند، عمدتاً مفروضات ذهنی و ارزش‌های افراد مهم را پذیرفته و با انتظارات آن‌ها هم‌نوایی می‌کنند (2008, Berzonsky, 2003, 2004). تعهد در سبک هویت هنجاری بدون ارزیابی اطلاعات صورت می‌گیرد (Berzonsky, 2003). افراد با این سبک به جستجوی اطلاعات نمی‌پردازند و از طریق تقلید از مراجع

قدرت مهم، به تعهد می‌رسند (Dolinger, 2002) افراد دارای سبک هنجاری در مقایسه با سبک اطلاعاتی درون‌مایه هیجانی دارند که باعث تعهدات شناختی زودرس که مبتنی بر هیجان است، می‌شود. این افراد اهداف مشخصی در زندگی دارند، از بیرون کنترل می‌شوند و انعطاف‌پذیر نمی‌باشند (Kuk, 2005; Berzonsky). احتمالاً با توجه به ویژگی‌های سنی و جنسیتی گروه نمونه این پژوهش تأثیرپذیری از نرم‌ها و هنجارهای اجتماعی به‌قدری بوده است که آن‌ها نتوانسته‌اند به شیوه‌ای مستقل و اطلاعات محور هویت خود را تعریف کنند. می‌دانیم که در سنین دبیرستان به‌خصوص در بین دختران تقلید و تبعیت از جمع بسیار رایج است و این فرایند یکی از مهم‌ترین راه‌های کسب هویت برای دختران هست و از آنجا که در پژوهش حاضر ارتباط‌های معمولی آزمودنی‌ها با همکلاسیان و سایر افراد مهم زندگی آن‌ها کنترل نشده است احتمالاً باعث خنثی شدن اثر گروه‌درمانی مبتنی بر روش گلاسرها شده است.

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر گویای آن است که واقعیت درمانی گروهی تأثیری بر بهبود سبک هویت مغشوش - اجتنابی ندارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های Lotfabadi, noori (2001)، Nouroozi (2001)، Adan, Felner (2001) هم‌سو هست. آنان در پژوهش خود رابطه‌ی منفی بین هویت اجتنابی و بهزیستی گزارش کردند. همچنین با یافته‌های Noori و همکاران (1997) به نقل از Shokri و همکاران (2007) و Berzonsky (2003) هم‌خوانی دارد. آنان در پژوهش خود دریافتند که جهت‌گیری اجتنابی با راهبرد تصمیم‌گیری غیر انطباقی و جهت‌دهی توسط دیگران و سوء‌مصرف مواد و الکل رابطه‌ی مثبتی دارد. افراد دارای سبک هویت سردرگم - اجتنابی فاقد مهارت‌های مناسب تفکر و تجزیه و تحلیل امور می‌باشند. آنان می‌کوشند تا حد امکان از مواجهه با موضوعات مرتبط با هویت اجتناب کنند توجه اندکی به آینده‌ی خود و پیامدهای طولانی‌مدت اعمالشان دارند و تصمیمات مبتنی بر هیجان می‌گیرند و هنگام تصمیم‌گیری، رفتار آنان توسط کنترل‌گرهای بیرونی هدایت می‌شود (Berzonsky, 2003, 2004, 2008). در نظریه انتخاب اعتقاد بر این است که ایجاد روابط درست با افراد و پذیرش حس مسئولیت مبتنی بر تصمیم‌گیری‌های موردنظر افراد، می‌تواند از کنترل‌های بیرونی کاسته و به فرد کمک کند بر خود مسلط بوده و مسئولیت اعمال خود را بپذیرند (Glasser, 1998). این یافته کاملاً در راستای دیدگاه برزونسکی می‌باشد و نشان می‌دهد که افراد با سبک مغشوش - اجتنابی از مهارت‌های مناسب تفکر و تجزیه و تحلیل امور برخوردار نمی‌باشند. اساساً چون دستیابی به چنین سطحی از مهارت بسیار دشوار بوده و نیازمند آموزش و درمانی عمیق و تحلیل گراست، واقعیت درمانی نتوانسته است باعث تغییر در این نوع هویت گردد. رویکرد گلاسرها اگرچه با وام‌گیری از نظریه‌هایی همچون وجودگرایی به

مفاهیم نظری خود تا حدودی عمق بخشیده است ولی در سطح عملی با توجه به غلبه رویکردهای رفتاری که بر سطح عینی و بیرونی وجود فرد متمرکز بوده و بر روی ریشه‌های اغتشاش در هویت کار نمی‌کنند نتوانسته است باعث تغییر معنادار و پایدار آن شوند.

یکی دیگر از نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر آن است که بین واقعیت درمانی گروهی و تعهد هویت رابطه‌ی مستقیم و معناداری وجود دارد که حاکی از اثربخشی مداخله‌ی گروه واقعیت درمانی می‌باشد. نتایج این پژوهش با یافته Berzonsky (1990) به نقل از Shokri (2007) مبنی بر اینکه تعهد هویت با سبک‌های هویت رابطه دارد، هم‌خوان است. این پژوهش هم‌سو با یافته‌ی Goossens & Beyers (2008) می‌باشد مبنی بر این که شکل‌گیری هویت فرآیندی از تعاملات و ارتباطات بین شخصی و محیط بر اساس تأثیرات دوجانبه والدین-نوجوان می‌باشد. نتایج این پژوهش با یافته‌های Kakia (2010) هم‌سو هست. وی در پژوهش خود به تأثیر واقعیت درمانی گروهی بر بحران هویت دانش‌آموزان پرداخت و نتیجه گرفت واقعیت درمانی به حل بحران هویت کمک می‌کند. پژوهش حاضر با یافته Ghashghaee (2011) مبنی بر "اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر هویت زنان سرپرست خانوار" هم‌سوست. Randall (2004) نیز در پژوهشی توانمندی روش واقعیت درمانی گروهی را به‌ویژه در درمان اختلالات رفتاری گروه سنی نوجوانان و جوانان در محیط‌ها آموزشی نشان دادند. هم‌سو با نتایج این پژوهش در خصوص مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی به‌منظور افزایش حس کنترل و عزت‌نفس و هویت موفق، می‌توان به پژوهش ترنر Turner (2009) اشاره کرد.

تعهد هویت با سبک پردازش هویت رابطه دارد، افراد با جهت‌گیری پردازش اطلاعاتی در مقایسه با سردرگم-اجتنابی تعهدات قوی‌تری نشان می‌دهد (Berzonsky, 1990). مطالعات نشان داده‌اند که قدرت تعهد با تصمیم‌گیری سنجیده و حساب‌شده و مقابله‌ی مسئله مدار رابطه‌ی مثبت و با اهمال‌کاری، دلیل‌تراشی، جهت‌گیری مبتنی بر دیگری، تمایل به تجربه وحشت قبل از تصمیم و کم‌رویی کلی رابطه‌ی منفی دارد (Berzonsky & Ferrari, 1996).

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی پژوهش حاضر حاکی از تأثیر کاربرد گروه‌درمانی مبتنی بر واقعیت درمانی بر بهبود وضعیت هویتی دختران نوجوان است. این اثربخشی البته عمدتاً متوجه جنبه‌های عقلی و واقع‌بینانه هویت

است؛ یعنی هویت اطلاعاتی و تعهد ولی جنبه‌های غیرمنطقی و هیجانی یا حسی هویت یعنی هویت هنجاری و مغشوش تأثیر معناداری از رویکرد واقعیت درمانی نمی‌پذیرند.

واقعیت درمانی گروهی به افراد کمک می‌کند تا از مشکلات قبلی خود آگاه شده و به بررسی رفتار خود بپردازند، نیازهای پنهان در پس رفتار خود را پیدا کنند و بتوانند دو نیاز اساسی و ذاتی خود یعنی نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن و نیاز به احساس ارزشمندی را ارضا کنند، نیاز به احساس دوست داشتن و دوست داشته شدن شامل تمام اشکال محبت، از دوستی تا عشق والدینی است. هرکسی نیازمند آن است که محبت را در طول زندگی احساس کند. دختران حاضر در پژوهش در کنار مادران خود و درمانگر (کسی آن‌ها را صادقانه دوست دارد) احساس دریافت محبت کرده‌اند که این عوامل همراه با سایر عوامل شفابخش گروه همچون ایجاد امید، عمومیت، انتقال اطلاعات، نوع دوستی، تخلیه روانی، همبستگی گروهی، رفتار تقلیدی، یادگیری همنشینیانه و رشد مهارت‌های اجتماعی باعث بهبود هویت شده است.

منابع

- احمدی، حسن؛ نبی جمال، شکوه السادات (۱۳۸۵). روانشناسی رشد، چاپ شانزدهم، انتشارات پردیس ۵۷.
- ابوحمزه، الهام؛ خوشابی، کنایون (۱۳۸۴). نظریه دل‌بستگی. تهران، انتشارات: دانژه.
- امانلو، ف. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی با رویکرد شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر مبتلایان دیابت. رساله برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- آقاجانی حسین آبادی، محمدحسن (۱۳۸۱). هنجاریابی مقدماتی پرسشنامه سبک هویت برای دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه خوارزمی.
- تقی زاده طبسی، افسانه (۱۳۸۵). بررسی رابطه ویژگی سخت‌رویی با شیوه‌های فرزندپروری دانشجویان سال اول دانشگاه الزهرا (س). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س).
- جراره، جمشید (۱۳۸۰). تأکید شیوه واقعیت درمانی گروهی بر کاهش بحران هویت نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حسینی غفاری، ف، قنبری هاشم‌آبادی، ب، آقا محمدیان شهرباف، ح. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان انگیزشی نظام‌مند در افزایش رضایت زناشویی، مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی، ۹ (۲) ۶۵-۷۸.
- دل‌آور، علی، سورپوشان، نجمه (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس دانشجویان دختر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت‌معلم حضرت فاطمه زهرا اهواز.
- ساعتچی، محمود (۱۳۷۹). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. انتشارات تهران، ص ۱۵۹ و ۱۵۸.
- شرفی، محمدرضا (۱۳۷۹). جوان و بحران هویت. انتشارات سروش.
- شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلام‌رضا (۱۳۸۰). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شکری، امید؛ تاجیک، اسماعیل؛ دانش‌ورپور، زهره؛ غنایی، زیبا؛ دستجردی، رضا (۱۳۸۶). تفاوت‌های فردی در سبک‌های هویت و بهزیستی روان‌شناختی: نقش تعهد، تازه‌های علوم شناختی، ۹، ۴۶-۳۳.
- طباطبائی، نفیسه؛ طباطبائی، سید شهاب‌الدین؛ کاکایی، یزدان؛ محمدی آریا، علیرضا (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های هویت و مسئولیت‌پذیری با پیشرفت تحصیلی نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی- ۱۲ (۴۴).
- غرای، ب، عاطف وحید، م؛ دژکام، م؛ محمدیان، م (۱۳۸۲). وضعیت هویت نوجوانان تهران. جمله روان‌پزشکان ایرانی، ۱۱، ۱۶۴.
- غضنفری، احمد (۱۳۸۳). اعتباریابی و هنجاریابی پرسشنامه سبک هویت (ISI-6G)، مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، ۹۴-۸۱.

- فرحبخش، ک، شفیع آبادی، ع، احمدی، س، دلاور، ع. (۱۳۸۷) مقایسه میزان اثربخشی مشاوره‌ی زناشویی به شیوه شناختی الیس، واقعیت درمانی گلاسر و اختلاطی از آن دو در کاهش تعارض زناشویی. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۵ (۱۸)، ۳۳-۵۸.
- فرزانه خو، مرجان؛ یارمحمدیان، احمد؛ مولوی، حسین (۱۳۸۸). تأثیر عملکرد کلی خانواده بر وضعیت هویت دانش آموزان. مجله علوم رفتاری، تابستان ۳ (۲)، ۱۴۲-۱۳۵.
- فارسی نژاد، معصومه (۱۳۸۳). بررسی رابطه سبک‌های هویت و تعهد هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دختران و پسران سال دوم دبیرستان شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه تهران.
- قندهاری، ژیللا، قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ عبدخدایی، محمد سعید (۱۳۹۱). بررسی تأثیر گروه‌درمانی معنوی-مذهبی بر نوع هویت‌یابی نوجوان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد. واحد بین‌الملل.
- کاکیا، ال. (۱۳۸۹). تأثیر مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر بحران هویت در دانش آموزان دوره‌ی راهنمایی تحصیلی. اصول بهداشت روانی، بهار، ۱۲ (۴۵)، ۴۳۷-۴۳۰.
- قشقای، غلامحسین، شفیع‌آبادی، عبدا... (۱۳۹۰). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی و فمینیستی بر هویت زنان سرپرست خانوار. مجله زن در توسعه و سیاست ۹ (۴). زمستان ۱۳۹۰.
- جنکینز، ریچارد (۱۳۸۱). هویت اجتماعی، ترجمه تورج یاراحمدی، چاپ اول، تهران.
- لطف‌آبادی، حسین، نوری، ابوالقاسم (۱۳۸۱). بررسی ویژگی‌های هویت و مهارت‌های شغلی و پیشرفت تحصیلی نوجوانان و جوانان ۱۴ تا ۲۵ ساله مشهد و آمادگی آنان برای ورود به زندگی شغلی و بزرگسالی-موسسه کار و تأمین اجتماعی.
- مرادی، ا. و ثنایی، ب. (۱۳۸۵)، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر تعارضات والد - فرزند، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، جلد ۵، شماره ۲۰.
- نوروزی، رضا (۱۳۸۰). رابطه‌ی باورهای فرا شناختی با پیشرفت تحصیلی و سلامت روان و مسئولیت‌پذیری در دانش آموزان. مجله‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، ویژه فلسفه تعلیم و تربیت سال ۳۱. شماره‌ی ۴.
- یوسفیان، نعمت ا... (۱۳۸۴). عوامل و راه‌های هویت بخشی به جوانان نثریه مربیان. (۱۸). زمستان ۸۴.
- Yoosefian, N.(2005). Factors & Ways of identity giving to young people, journal of trainers, 84(18).
- Adan;A.M;Felner;R.D.(2001). The school translational environment project:an ecological intervention and evaluation. 14 ounces of prevention: a case- book for practitioner: pp :111-122 : Washington DC: American psychological Association
- Armsden, G. C. & Green berg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relation ship to psychological well-being in adolescence. Journal of Youth and Adolescence , 16, 427-454.
- Berzonsky, M. D. (2003). Identity Style and well- being: Does commitment matter? Identity: An Intemational Journal of theory and Research, 3(2), 131-142.

- Berzonsky, M. D. (2004). "Identity processing style, self-construction, and personal epistemic assumptions: A social cognitive perspective". *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 303-315.
- Berzonsky, M. D. (2008). " Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes". *Personality and Individual Differences*, 44, 643-653.
- Berzonsky, M.D., & Kuk, L. (2005). Identity style, psychological maturity and academic performance, personality and individual difference. *European Journal of Personality*, 39(1), 235-247
- Berzonsky , M.D.& Ferrari,J.R.(1996) Identity Orientation and decisional strategies *Personality and Individual Differences*, 20 , 597-606
- Berzonsky, M. D. (1993). A Constructivist View of identity development: People as Post-Positivist self theorists In J. Kroger (Ed). *Biscussion on ego identity*, Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates
- Berzonsky, M; & Niemeyer, G. (1994). Ego identity Status and identity Processing Orientation: the moderating role of Commitment, *Journal of Research in Personality*, 28, 4, 425-435.
- Beyers W, Goossens L. Dynamics of perceived parenting and identity formation in late adolescence. *Journal of Adolescence*. 2008; 31: 165-186.
- Bruke, M. U. (2005). Familial influence on self-efficacy: Exploring the relation ship between Perceived Parenting Style, Current Social Support, and self-efficacy beliefs in a sample of non-traditional college Students
- Corey, G(1990) *Theory and practice of group counseling*. Pacific Grove, ca: Brooks
- Dolinger , S. M. & Dolinger , r. j. (2002). Developmental View to ward identity for mation. *Journal of Personality* , 143, 421-424
- Dollinger, S. M. C. (1995). Identity styles and the five-factor model of personality. *Journal of Research in Personality*, 29, 475-479.
- Duriez, B., Soenens, B., & Beyers, W. (2004). Personality, Identity Styles, and Religiosity: An Integrative Study Among Late Adolescents in Flanders (Belgium). *Journal of ersonality* 72:5, Pages: 877-908
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Frank, S. J; Pirsch, L. A; & wright, V. C. (1990). Late adolescents, Perceptions of their telation ships with their Parents: Relationsh among deidealization, autonomy, relatedness, and insecurity and implication for adoles cent adjustment and ego identity Status. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 571-588
- Glasser, W. (2011). *Counseling with Choice Theory: The New Reality Therapy*, New York: HarperCollins
- Glasser, W. (1998). *Choice theory: A New Psychology of Personal Freedom*. New Tork; Harpercollins.
- Glasser, W. (1996). *choice theory: a new psychology of personal freedom*. New York. HarperCollins
- Grotevant , H.D ; & Cooper, C.R.(1985). Patterns of interaction in family relation ships and the development of identity exploration. *Child Development*, 59, 415-420.
- Harris, Ph. G. (2006). Patterns of absolute, differential and structural continuity in perceptions of nurturance in mother – daughter, mother-son, father – daughter and father-son dyads. Doctoral dissertation, Iowa state university.

- Kennwdy JH. Romantic attachment style and family of origin in first year college student. [cited 1999]. From: URL; <http://www.findarticle.com>
- Kroger, J. (2000). Identity development: Adolescent through adulthood. *Journal of Person*, 31
- Lybomirsky, S. (2007). Happiness may Lead to Success via Positive emotions.
- Luyckx, K; Schwart2, S. J; Berzonsky, M. D; Soenen, B; Vansteenkiste, M; & Goossens, L. (2008) Capturing ruminative exploration: Extending the Four-Dimensional Model of Identity Formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, 42, (1), 58-82.
- Randall K. The theories of William Glasser [cited 2004]. Available From: <http://www.Kevinrandell.Com/docs/sci-port/EDU4112-Glasser-essay.Doc>
- Schwartz SJ. The evolution of Ericsonianand neo Ericsonian identity theory and research; Areview and int ergration. *International Journal of theory & Research* 2001;1:7-58.
- Turner, D, (2009) Rehabilitation reach Study Findings From Yonsei university Provide new indigthd in to rehabilitation reacerch, *Drugweek*, Atlanta. P 1082.
- Waterman, A. S (1982) Identity development from addescence to adulthood: An extension of identity formation. *Psych Rep* 90(3pt 1): 85-771.
- Ahadi, H. Banijamali, SH. (2006). *Developmental Psychology*, 16th edition, Paradise Press.
- Aboohamzeh, E. Khooshabi, K. (2005). *Attachment Theory*, Danzheh Press.
- Amanloo, F.(2008). Effectiveness comparison between reality therapy& Cognitive behavioral group therapy for diabetic patients, M.A Dissertation, Ferdowsi university of mashhad.
- Aghajani Hosseinabadi, M.(2002). Primary Normalization for identity style questionnaire on Tehran universities students, M.A Dissertation,
- Taghizadeh Tabasi, A.(2006). Relation Comparison between Hardness & Child training styles of Azzahra University Students, M.A Dissertation.Azzahra University.
- Jarareh, J.(2001). The Emphasis of group reality therapy on decreasing of adolescents identity crisis, M.A Dissertation, Allameh Tabatabai University.
- Hosseini Ghaffari, F. Ghanbari Hashemabadi, B. Aghamahamadian Shaarbaf, H.(2007). Effectiveness Comparison between Choice Theory & Systematic Motivational group therapy on Marital Satisfaction, *Journal of Eductional & Psychology Studies*, 9(2) 65-78.
- Delavar, A. Soorpooshan, N. (2004). Effectiveness of group Reality Therapy training on girl students responsibility & self-esteem, M.A Dissetration, Ahwaz university.
- Saatchi, M.(2000). *Counseling & Psychotherapy Theoties*, Tehran Press,p:158-159.
- Sharafi, M.(2000). *Young & Identity crisis*, Soroush Press.
- Shafiabadi, A. Naseri, GH.(2001)*Counseling & Psychotherapy Theories*, Tehran, University Press Center.
- Shokri, O. Tajik, I. Daneshpoor, Z. Ghanaee, Z. Dastgherdi,R.(2007).Individual Defferences on identity styles & Psychological Welfare: Commitment Role, *Modern cognitive Sciences*, 9,33-46.
- Tabatabai, N. Tabatabai, SH. Kakai, Y. Mohammadi aria, A.(2009).Relation between identity styles & responsibility with academic performance, *Journal of social welfare*,12(44).
- Gharaee, B. Atefvahid, M. Dezhkam, M. Mohammadian,M.(2003).Identity status of Tehran adeloscents.

- Ghazanfari, A.(2004). Validation & Normalization of identity style questionnaire(ESI-6G), Journal of educational & Psychology Studies,8, 81-94.
- Farahbakhsh, K. Shafiabadi, A. Ahmadi, S. Delavar, A.(2008). Effectiveness comparison of Ellis cognitive marital counseling, glasser reality therapy in marital conflict decreasing, Journal of counseling research & developments. 5(18) 33-58.
- Farzanehkho, M. Yarmohammadian, A. Moulavi, H.(2009).The effect of general function of family on identity status of students, journal of behavioural sciences, 3(2) 135-142.
- Farsinejad, M.(2004). Relation between identity styles & identity commitment with social health & academic self-efficacy, M.A Dissertation, Tehran university.
- Ghandehari, ZH. Ghanbari hashemabadi, B. Abdekhodai, M.(2012). Effectiveness of spiritual-religious group therapy on adolescents identity seeking, M.A Dissertation, Ferdowsi university.
- Kakia, L.(2010). Effect of group reality therapy on students identity crisis, Journal of fundamentals of Mental Health ,12 (45) 430-437.
- Ghashghaee, GH. Shafiabadi, A. (2011). Effectiveness of group reality therapy & feminist therapy on women identity, Journal of women in development & politics, 9(4).
- Jenkins, R.(2002). Social identity, translate by yarahmadi, first edition, Tehran.
- Lotfabadi, H. Noori, A.(2002).Identity characteristics & job skills & academic performance.
- Moradi, A. Sanai, B.(2006).Effectiveness of problem solving skills training on parent-child conflicts, counseling research & developments,5(20).
- Nouroozi, R.(2001).Relation between meta-cognitive beliefs & mental health & responsibility among students, Journal of Psychology & Educational Sciences,31(4).



استناد به این مقاله: حسن، بلند (۱۳۹۳). معنویت‌گرایی، مدیریت زمان و پیشرفت تحصیلی: زمان‌ورزی معنوی.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۱)، ۱۵۵-۱۷۴

معنویت‌گرایی، مدیریت زمان و پیشرفت تحصیلی: زمان‌ورزی معنوی

حسن بلند^۱

دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۲۱ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲

چکیده

این پژوهش بر آن است تا از طریق واریسی رابطه‌ی میان معنویت‌گرایی، مدیریت زمان و پیشرفت تحصیلی، زمینه‌ای را برای معرفی سازه‌ی «زمان‌ورزی معنوی» (مجموعه‌ی به‌هم‌پیوسته‌ای از شناخت‌ها، رفتارها و هیجان‌های مرتبط با زمان در زندگی دین‌ورزانه) فراهم کند. ۲۱۴ تن از دانشجویان دانشگاه گیلان از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی برگزیده شدند و ضمن در اختیار قرار دادن میانگین نمرات نیمسال گذشته به‌عنوان شاخص پیشرفت تحصیلی، به دو پرسشنامه‌ی گرایش‌های معنوی دانشجویان (شریفی و همکاران، ۱۳۸۷) و مهارت‌های فردی در مدیریت زمان (حافظی و همکاران، ۱۳۸۷) پاسخ دادند. داده‌ها با فرض رابطه‌ی علی و نیز بر اساس رابطه‌ی مبتنی بر همبستگی میان متغیرها با روش‌های مقایسه‌ی میانگین گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون همزمان مورد پردازش قرار گرفتند. نتایج نشان داد دانشجویانی که به لحاظ معنویت‌گرایی نمره‌های نیمه‌ی بالا را به خود اختصاص داده بودند از دانشجویان با معنویت‌گرایی پایین به‌طور معناداری ($p < 0.001$) در مدیریت زمان کارآمدتر بودند. همچنین توان تبیین‌کنندگی معنویت‌گرایی ($0.07/0.05$) و مدیریت زمان ($0.06/0.03$) در ارتباط با تغییرات پیشرفت تحصیلی تقریباً هم‌اندازه بود. چنانکه با فرض رابطه‌ی علی، از لحاظ اثرگذاری بر پیشرفت تحصیلی، نتایج نشان داد که ناکارآمدی در مدیریت زمان از طریق برخورددار بودن از سطوح بالاتر جهت‌گیری معنوی جبران می‌شود و برعکس ($p < 0.001$) این یافته‌ها، اگر با نتایج پژوهش‌های آتی تأیید شوند، نشان می‌دهند که ممارست در دین‌ورزی و معنویت‌گرایی به نحوی متضمن درجاتی از کارآمدی در مدیریت زمان است و می‌توان این کارآمدی را از طریق سازه‌ی «زمان‌ورزی معنوی» تبیین کرد.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌گرایی، مدیریت زمان، زمان‌ورزی معنوی، دین‌ورزی، پیشرفت تحصیلی

مقدمه

^۱. عضو هیئت علمی دانشگاه گیلان، hassanboland@guilan.ac.ir

به‌رغم آن‌که بیش از شصت سال از معرفی مفهوم «مدیریت زمان»^۱ می‌گذرد- اگر کتاب اثرگذار مدیریت زمان (Mc Cay, 1959) را مبنا قرار دهیم (نگاه کنید به Claessens et al, 2007) و باوجود مقبولیت و رواج در میان عموم (Richards, 1987) و حتی در زمینه‌هایی مانند توسعه‌ی کلان ملی (Laosebikan, Oginni, & Ogunlusi, 2013) این مفهوم هنوز چنان‌که شاید، با اقبال اهل علم مواجه نشده است. اگرچه اخیراً افزایش توجه روزافزون به اهمیت زمان (Wright, 2002) سبب شده است که این تصویر تغییر کند.

علاوه بر تعاریف «همانگویانه»^۲ از مدیریت زمان (مانند «فوننی برای مدیریت کردن زمان» مثلاً Jex & Elacqua, 1999) یا (Davis, 2000)، تعریف لاکین (Lakein, 1973) بیشتر محل رجوع پژوهشگران است: مدیریت زمان فرآیندی است که در طی آن نخست خواسته‌ها تعیین می‌شود، سپس اهدافی برای نیل به این خواسته‌ها مشخص می‌گردد و آنگاه تلاش می‌شود تا از طریق برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی به این اهداف دست‌یافت. Claessens و همکاران (2007) مدیریت زمان را «مجموعه رفتارهایی به‌قصد استفاده کارآمد و مؤثر از زمان از طریق اجرای برخی فعالیت‌های هدفمند» می‌دانند. آن‌ها این مجموعه رفتارها را شامل سه دسته رفتار می‌دانند: رفتارهای مبتنی بر سنجش زمان، رفتارهای مبتنی بر برنامه‌ریزی و رفتارهای مبتنی بر نظارت و پایش. Hellsten (2012) بر مبنای انبوهی از پژوهش‌ها، مدیریت زمان کارآمد را برآمده از هفت نوع رفتار می‌داند: تحلیل زمان، برنامه‌ریزی، هدف‌گذاری، اولویت‌بندی، زمان‌بندی، سازمان‌دهی و ایجاد عادت‌های جدید و مناسب مربوط به زمان.

نشانه‌ای دیگر از کم‌اقبالی پژوهشگران دانشگاهی نسبت به مدیریت زمان آن است که باوجود سابقه‌ی طولانی، تلاش برای نظریه‌پردازی و تبیین تجربی فرآیند مدیریت زمان بسیار اندک بوده است. در حقیقت در بازه‌ی زمانی بیش از نیم‌قرن، مدل فرآیندی ماکان (Macan, 1994)، تنها تلاش نظریه‌پردازی است که در این زمینه صورت گرفته است (Claessens et al, 2007). بر اساس مدل پیشنهادی ماکان (Macan, 1994)، برنامه‌های آموزش مدیریت زمان به ایجاد سه دسته رفتار مدیریت زمان می‌انجامد که عبارت‌اند از رفتارهای ناظر به (۱) هدف‌گذاری و اولویت‌بندی، (۲) کارشیوه‌ها^۳ (مانند تهیه جدول‌های زمان‌بندی‌شده) و (۳) گرایش به سازمان‌دهی. این سه دسته رفتار این ادراک را در فرد ایجاد می‌کند که زمان را تحت کنترل دارد و درنهایت این ادراک کنترل زمان

1. Time management

2. Autological

3. Mechanics

است که مسئول نتایجی است که عموماً به مدیریت زمان نسبت می‌دهند؛ مانند کاهش استرس شغلی (Jex, 1999)؛ افزایش رضایت شغلی^۱ (Lambert et al, 2012) و ارتقاء عملکرد شغلی^۲ (Barling et al, 1996). از نکته‌های اصلی این مدل آن است که متغیر اثرگذار مدیریت زمان نیست بلکه «...ادراکی است که از این طریق برای فرد حاصل می‌شود یعنی ادراک کنترل بر زمان» (Macan, 1994) به عبارت دیگر، چه‌بسا فردی واقعاً بر زمان کنترلی نداشته باشد اما همین که ادراک کند دارای چنین کنترلی است، کفایت می‌کند. از یافته‌های دیگر این پژوهش آن بود که برخلاف دیدگاه رایج و نتایج پاره‌ای از پژوهش‌ها، برنامه‌های آموزش مدیریت زمان، درواقع تغییر معناداری را در خزانه‌ی رفتاری مخاطبان ایجاد نمی‌کنند؛ برای نتایجی مغایر با این نظر، نگاه کنید به (Hafner et al, 2014). دیگر اینکه مدیریت زمان اگرچه استرس را کاهش و رضایت شغلی را افزایش می‌دهد ولی بر عملکرد شغلی تأثیری ندارند. البته نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزش مدیریت زمان واقعاً اثربخش هستند (Dipipi-Hoy, et al, 2009) و اعمال مدیریت زمان بر عملکرد شغلی (Barling et al, 1996) و به‌ویژه بر عملکرد تحصیلی (Lamers, & Zoulaf, 2000 ; Britton & Tesser, 1991; Cemaloglu & Filiz, 2010; Swart et al, 2010) تأثیر مثبت و ماندگاری داشته است. شواهدی نیز در دست است که نشان می‌دهد مدیریت زمان و یا دست‌کم برخی از مؤلفه‌های آن با خلاقیت (Zemetakis et al, 2010) و با برخی از رفتارهای خودتنظیم‌گرانه (Hafner et al, 2014) به‌گونه‌ای مثبت ارتباط دارد.

درنهایت می‌توان گفت کسانی که یا به‌واسطه‌ی آموزش مستقیم و یا به‌واسطه‌ی تجربه‌اندوزی‌های غیرمستقیم، دارای رویکرد مدیریت زمان هستند و از راهبردها و کارشیوه‌های تدبیر زمان بهره می‌برند، رضایت شغلی بالاتری دارند، در محیط کار یا موقعیت مرتبط با کار، استرس کمتری را تجربه می‌کنند و از سلامت جسمانی بالاتری برخوردارند و در موقعیت‌های تحصیلی و احتمالاً در موقعیت‌های شغلی موفق‌ترند.

اگرچه وجوه گوناگون زندگی مادی، از تحصیل و اشتغال گرفته تا روابط اجتماعی و زندگی خانوادگی از زمان و نحوه‌ی اداره‌ی آن اثر می‌پذیرند، حیات معنوی نیز از دایره‌ی این تأثیر بیرون نیست. الیاده «زمان قدسی» را بخشی حذف‌ناپذیر و بلکه یکی از ستون‌های زندگی مؤمنانه می‌داند (Eliade, 1959). در نگاه او جهان مؤمنان دارای دو نوع زمان اساساً متفاوت است: زمان قدسی و زمان

¹Job satisfaction
²Job performance

عادی. زمان عادی همان زمان خطی‌ای است که همگان آن را تجربه می‌کنند و زمان قدسی زمان‌هایی است که بر مبنای گاه‌شماری دینی با رخداد‌های ویژه‌ای انطباق دارند و انسان مؤمن از طریق مشارکت در آیین‌ها و سوگ/جشنواره‌ها، آن رخداد‌های خاص را باز تجربه می‌کند و از این طریق به هشیاری متفاوتی نائل می‌شود. به این ترتیب زمان قدسی، زمانی چرخشی و «بازگشت جاودانی»^۱ است که از طریق آیین‌های دینی فراخوانده می‌شود درحالی‌که زمان عادی، زمانی خطی و همگن است که سراسر زندگی انسان غیر مؤمن را در برمی‌گیرد (ص، ۶۸). از نظر الیاده جهان مدرن از زمان قدسی تهی است و انسان غیرمذهبی مدرن اساساً از ادراک و تجربه زمان قدسی ناتوان است (ص ۷۱).

جدای از معنای وجودی زمان در بودش مؤمنانه، زمان آن‌چنان با مفاهیم دینی آمیخته است که گاه تنها در علوم جدید می‌توان مشابهی برای آن یافت. به عنوان مثال، در وداها، متون مقدس هندو، زمان فراخنایی از پارامانو^۲ (واحدی تقریباً به اندازه‌ی ۱۷ میلیونیم ثانیه) تا ماها مانوانتارا^۳ (۳۱۱ هزار میلیارد سال) را در برمی‌گیرد (Williams, 2008). همچنین زندگی روزمره‌ی اهل ایمان از ارجاعات زمانی آکنده است. در حقیقت در همه‌ی ادیان بزرگ، آن بخش از زندگی مؤمنانه که به توزیع دقیق کنش‌های مقرر در بازه‌های زمانی تعریف شده می‌پردازد تا آن اندازه مهم است که گاه بی‌توجهی به آن فرد را از دایره‌ی مؤمنان خارج می‌کند. در باب دعائم الاسلام (ستون‌های اسلام) کتاب اصول کافی (Koleini, 1985) پانزده حدیث از معصومان (ع) در بیان ارکان دین آورده شده است که درواقع بیان این حدیث است: اسلام بر پنج پایه بنانهاده شده است: نماز و زکات و روزه و حج و ولایت. چهارستون از این پنج (نماز، روزه، حج و زکات)، مستقیماً اموری زمانمند هستند، چنان‌که اقامه‌ی آن‌ها بدون رعایت زمان‌بندی مقرر امکان‌پذیر نیست. ستون پنجم (ولایت) نیز در حقیقت سرچشمه‌ی اصلی حیات مؤمنانه‌ی شیعی از طریق تجربه‌ی منظومه‌ای غنی از جشن/سوگواری‌های قدسی است که انسان شیعی را قادر می‌سازد تقریباً در هرماه سال فرصتی تازه و نو برای بازسازی و تعالی هشیاری دینی بیابد.

اهل ایمان، بنا بر ساختار و فرآیند حیات دینی و سنت مذهبی خود، تجربه‌ای طولانی و عمیق در مواجهه با زمان دارند که احتمالاً شیوه‌ی تعامل روزمره‌ی آن‌ها را بازمان متأثر می‌کند. مثلاً یک مسلمان در طول زندگی خود با انبوهی از گزاره‌های قدسی روبرو می‌شود که ارزش و اهمیت زمان را به او یادآوری می‌کند (Pahlevan, & Shariati, 2011; Sami et al, 2011). همچنین در هرروز (نماز)، هر هفته (دعاهای

روزانه)، هرماه (اعمال هرماه قمری) و هر سال (رمضان، محرم) به اجرای آیین‌هایی می‌پردازد که مستقیم یا غیرمستقیم مستلزم درجاتی از کار و ارتباط تماس با زمان است.

پرسشی که در اینجا طرح می‌شود این است که این ممارست نظری و عملی معنوی با زمان، یا **زمان ورزی معنوی**؛ آیا آن‌گونه و آن اندازه هست که بر مدیریت زمان متعارف به صورتی ملموس و معنادار اثر بگذارد؟ به سخن دیگر، آیا دین‌ورزی هم از آن روی که متضمن زمان ورزی معنوی است، به کارآمدی بیشتر در مدیریت زمان منجر می‌شود؟ استفاده از پیشرفت تحصیلی به عنوان متغیری اثرپذیر از مدیریت زمان (Lahmers & Zulauf, 2000) و احتمالاً معنویت‌گرایی (MacKune & Hoffmann, 2009) امکانات پژوهنده را برای یافتن پاسخ خواهد افزود.

منظور از زمان ورزی معنوی در اینجا، مجموعه‌ای از شناخت‌ها، رفتارها و هیجان‌هایی است که انسان دین‌ورز را با وجوه زمانمند حیات دینی خود مرتبط می‌کند. زندگی مؤمنانه متضمن نوعی کار، ممارست و تماس و ارتباط با زمان است (Eliade, 1959; Munn, 1994; Panikkar, 1978; Bilaniuke, 1994). کار (ارتباط کنش‌گرانه و فعال) و تماس (ارتباط کنش‌پذیرانه و منفعل) با زمان در حیات دینی، در این پژوهش، زمان ورزی معنوی نامیده شده است. زمان ورزی معنوی ماهیتی جدا و مستقل از حیات دینی و معنوی ندارد و بخشی از آن است. به عبارت دیگر، زمان ورزی معنوی تابعی از دین‌ورزی و معنویت‌گرایی است؛ آشکار است که هر چه فرد تعهد دینی بالاتری داشته باشد و مؤمنانه‌تر زندگی کند، بنیادهای نظری استوارتر و تجربه‌ی عملی عمیق‌تر و ماندگارتری از زمان دینی خواهد داشت؛ چنین کسی در شاخص زمان ورزی معنوی جایگاه بالاتری خواهد داشت. به این ترتیب با اندازه‌گیری دین‌ورزی و معنویت‌گرایی فرد می‌توانیم برآورد قابل‌اعتمادی از اندازه‌ی زمان ورزی معنوی او داشته باشیم.

لازم به ذکر است که در این نگاشته دین و معنویت واژه‌هایی مترادف محسوب می‌شوند. در معنای اصطلاحی معنویت، که معمولاً متفاوت از دین‌ورزی تعریف می‌شود (Zinnbauer & Pargament, 2005) و به‌ویژه در معنویت‌گرایی‌های دین‌گریزانه و سکولار، سنت، بنا به تعریف مورد طرد یا اجتناب قرار می‌گیرد و به همین دلیل امکان دسترسی به زمان قدسی وجود ندارد- در مورد فقدان زمان قدسی در زندگی مدرن، نگاه کنید به (Eliade, 1959) و یا آنکه چنین امکانی بسیار محدود می‌شود. حاصل آنکه زمان در سامانه‌های معنویت‌گرایانه‌ی غیردینی سرشت و سرنوشت، معنایی کاملاً متفاوت با نظام‌های دینی و معنویت‌گرایی‌های دین‌ورزانه خواهد داشت؛ تا آن اندازه که شاید بتوان یکی از وجوه تمایز میان

معنویت‌گرایی سکولار و معنویت‌گرایی دین بنیاد (دین‌ورزی) را در تعاملات و یافته‌ها و دریافت‌های نظری و عملی ذاتاً متفاوت از زمان (زمان ورزی معنوی) دانست. حاصل آنکه در این پژوهش تلاش می‌شود تا از طریق مطالعه‌ی رابطه‌ی میان معنویت‌گرایی و مدیریت زمان و اثر این دو بر پیشرفت تحصیلی، به گونه‌ای تجربی به بررسی سازه‌ی زمان ورزی معنوی پرداخته شود.

روش

جامعه، روش نمونه‌گیری و نمونه

جامعه‌ی آماری این پژوهش عبارت است از کلیه‌ی دانشجویانی که در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۷ در دانشگاه گیلان مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه‌ی این پژوهش را ۲۱۴ تن از دانشجویان دانشگاه گیلان (۱۰۱ پسر و ۱۱۳ دختر) تشکیل می‌دهند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. میانگین سن دانشجویانی که در پژوهش شرکت کردند، ۲۱ سال و ۶ ماه بود که به‌طور متوسط ۲ سال و ۳ ماه در دانشگاه حضور داشته‌اند.

ابزار

پرسشنامه‌ی گرایش معنوی دانشجویان: سازندگان این پرسشنامه (Sharifi et al, 2008) معتقدند که در ساخت آن، «بافت فرهنگی - دینی ایران...» مورد توجه قرار گرفته و تلاش شده است تا «...صرفاً [بر] گرایش‌های دینی یا مذهبی» (ص، ۶۴) تأکید انحصاری نشود و گرایش‌های عام معنوی نیز لحاظ شود. این پرسشنامه ۳۳ گویه دارد (مانند: «به عالم غیب اعتقاد دارم») و آزمودنی می‌تواند با انتخاب یکی از پنج گزینه‌ی نهاده شده (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴، کاملاً موافقم=۵)، میزان گرایش معنوی خود را نشان دهد. پردازش داده‌ها با استفاده از روش تحلیل عوامل به شیوه‌ی چرخش عوامل اصلی در مرحله‌ی اول هفت عامل و در مرحله‌ی دوم، نهایتاً چهار عامل (تبیین‌کننده‌ی ۵۷/۱۴ درصد واریانس کل) را آشکار ساخت: باورهای معنوی، تجربه‌ی معنوی در زندگی، خودشکوفایی معنوی و فعالیت‌های اجتماعی/مذهبی. بررسی روایی پرسشنامه از طریق همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره‌ی کل نشان داد که هر چهار عامل استخراج‌شده همبستگی بالا و معناداری با یکدیگر و با کل پرسشنامه دارند ($p > 0/001$). بررسی پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ نشان داد که خرده مقیاس باورهای مذهبی

دارای ضریب آلفای ۰/۸۹، تجربه‌ی معنوی در زندگی دارای ضریب آلفای ۰/۶۳، خودشکوفایی معنوی دارای ضریب آلفای ۰/۸۳ و فعالیت‌های اجتماعی/مذهبی دارای ضریب آلفای ۰/۸۸ هستند. ضریب آلفای کل پرسشنامه برابر ۰/۹۳ است.

پرسشنامه‌ی مهارت‌های فردی مدیریت زمان: این پرسشنامه (Hafezi et al, 2008) در جریان پژوهشی برای بررسی تأثیر برخی از وجوه فردی و سازمانی مدیریت زمان در عملکرد مدیران آموزشی ساخته شده است. این مقیاس، دربردارنده‌ی ۳۰ گویه (مانند «مرتباً مجبورم کارهای مهم را به تأخیر بیندازم») است و پاسخ‌های آزمودنی از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم را شامل می‌شود. حافظی و همکاران برای اعتبار یابی ابتدا پرسش‌های منبع را در اختیار گروهی از استادان و دانشجویان کارشناسی ارشد رشته‌های مدیریت و برنامه‌ریزی قرار دادند و بر اساس میزان توافق (حداقل ۹۱٪) مواد پرسشنامه‌ی مقدماتی را به‌دقت آوردند. این پرسشنامه‌ی مقدماتی، سپس در اختیار ۱۰ تن از مدیرانی که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند قرار گرفت و داده‌های به‌دست آمده به این طریق، با روش تحلیل گویه‌ها و محاسبه‌ی ضریب همبستگی میان نمره‌ی کل و هر گویه مورد پردازش قرار گرفت و ۳۰ گویه دارای ضریب اعتباری معنادار (در سطح ۰/۰۰۱) به دست آمد؛ سازندگان آزمون (Hafezi et al, 2008)، اگرچه از محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ در این مرحله خبر داده‌اند اما مقدار آن را گزارش نکرده‌اند. در پژوهشی (Yeganeh, et al, 2013) میزان آلفای کرونباخ به‌دست آمده از اجرای این پرسشنامه روی ۲۰۷ تن از دانشجویان گیلانی، ۰/۷۵ ذکر شده است. در پژوهش حاضر با احتساب داده‌های جمع‌آوری شده از ۱۰۴ آزمودنی، اندازه‌ی آلفای کرونباخ نزدیک به ۰/۷۲ بوده است. حافظی و همکاران (Hafezi et al, 2008) با استفاده از روش باز آزمایی در بازه‌ی زمانی دو هفته، نتایج حاصل از دو بار اجرای پرسشنامه را روی ۱۰ تن از مدیران را بررسی کردند و به ضریب پایایی برابر با ۹۴٪ رسیدند که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است.

پیشرفت تحصیلی: از میانگین نمره‌های نیمسال گذشته‌ی آزمودنی به‌عنوان شاخصی برای پیشرفت تحصیلی استفاده شد.

شیوه اجرا:

پس از تهیه‌ی برنامه‌ی اجرایی شامل زمان‌ها و مکان‌های اجرای پرسشنامه‌ها، بسته‌ی آزمون‌ها یعنی پرسشنامه‌ی گرایش معنوی، پرسشنامه‌ی مدیریت زمان و برگه‌ی اطلاعات فردی تهیه شد. برای جلوگیری از اثر ترتیب پاسخ‌دهی، به‌صورت تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها پس از پاسخ به برگه‌ی اطلاعات فردی،

ابتدا به پرسشنامه‌ی گرایش معنوی و سپس به پرسشنامه‌ی مدیریت زمان پاسخ می‌دادند و برای نیمی دیگر از آزمودنی‌ها ترتیب معکوس اعمال می‌شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کنار گذاشتن برگه‌های ناقص یا مخدوش، برای پردازش آماری مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها

داده‌ها برحسب دو شیوه‌ی متفاوت تبیین، مورد تحلیل آماری قرار گرفت: تبیین علی^۱ و تبیین مبتنی بر همبستگی^۲. در تبیین علی تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی می‌شود درحالی‌که در تبیین مبتنی بر همبستگی صرف همبستگی غیر تصادفی دو یا چند متغیر واری می‌گردد. اگرچه روش‌شناسی این پژوهش بیشتر با تبیین مبتنی بر همبستگی مطابقت دارد ولی برای آزمودن فرض تأثیر معنویت‌گرایی بر مدیریت زمان، می‌توان از شیوه‌ی تحلیل آماری پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای استفاده کرد و البته باید در تفسیر یافته‌ها، برحسب میزان کامیابی پژوهشگر در اعمال کنترل، احتیاط کرد.

آزمودنی‌ها بر اساس سیاهه‌ی مرتب‌شده‌ی نمره‌های پرسشنامه‌ی گرایش معنوی، از کمترین به بیشترین، به دو گروه معنویت‌گرایی بالا و معنویت‌گرایی پایین تقسیم شدند و ۱۰۷ آزمودنی در نیمه‌ی بالا و ۱۰۷ آزمودنی در نیمه‌ی پایین قرار گرفتند. با کاربست همین شیوه در مورد نمره‌های پرسشنامه‌ی مهارت‌های فردی مدیریت زمان، دو گروه مدیریت زمان قوی و مدیریت زمان ضعیف فراهم آمد. میانگین و انحراف استاندارد این گروه‌ها در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها بر مبنای معنویت‌گرایی و مدیریت زمان

انحراف استاندارد	میانگین	حجم گروه	گروه‌ها
۱۲/۲۵	۱۵۲/۰۹	۱۰۷	معنویت‌گرایی بالا
۶/۷۱	۱۲۶/۶۹	۱۰۷	معنویت‌گرایی پایین
۴/۷۸	۹۸/۱۱	۱۰۷	مدیریت زمان قوی
۵/۴۵	۸۳/۲۱	۱۰۷	مدیریت زمان ضعیف

برای یافتن پاسخ به این پرسش که «آیا کسانی که در گرایش معنوی نمره‌ی بالاتری اخذ کرده‌اند در مدیریت زمان نیز افراد کارآمدتری هستند و بالعکس»؟ میانگین‌های نمره‌های مدیریت زمان آزمودنی‌های

^۱causal explanation

^۲correlational explanation

جایگزین شده در گروه معنویت گرایی بالا با میانگین های نمره های مدیریت زمان آزمودنی های قرار گرفته در گروه معنویت گرایی پایین، از طریق آزمون t برای گروه های مستقل با یکدیگر مقایسه شدند. خلاصه ای از این مقایسه در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه ی میانگین نمره های آزمون مدیریت زمان در دو گروه معنویت گرایی بالا و پایین

گروه ها	میانگین نمره های مدیریت زمان	انحراف استاندارد	سطح معناداری آزمون لوین	مقدار F	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
معنویت گرایی بالا	۹۳/۱۵	۸/۳۲	۰/۲۱۸	۱/۵۳	۴/۱۸۲	۲۱۲	۰/۰۰۱
معنویت گرایی پایین	۸۸/۱۷	۹/۱۱					

همان گونه که مشاهده می شود آزمودنی هایی که گرایش بالاتری به معنویت داشتند، به نحو معناداری ($p < ۰/۰۰۱$) از آزمودنی های با گرایش معنوی پایین تر، در مدیریت زمان توانا تر بودند. برای واریسی دقیق تر رابطه ی میان معنویت گرایی و مدیریت زمان، تلاش شد تا بر اساس داده های موجود، تأثیر مجزا و تعاملی این دو متغیر بر متغیری سوم (پیشرفت تحصیلی) تحلیل شود. از ترکیب سطوح دو گانه ی معنویت گرایی (بالا و پایین) و مدیریت زمان (قوی و ضعیف) چهار گروه حاصل آمد (معنویت گرایی بالا/مدیریت زمان قوی، معنویت گرایی بالا/مدیریت زمان ضعیف، معنویت گرایی پایین/مدیریت زمان قوی و معنویت گرایی پایین/مدیریت زمان ضعیف) که آماره های آنها در جدول شماره ی ۳ نمایانده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمره های پیشرفت تحصیلی گروه های چهارگانه ی برآمده از ترکیب سطوح معنویت گرایی و مدیریت زمان

گروه ها	حجم گروه	میانگین نمره های پیشرفت تحصیلی	انحراف استاندارد
معنویت گرایی بالا/مدیریت زمان قوی	۶۴	۱۶/۲۶	۱/۶۱
معنویت گرایی بالا/مدیریت زمان ضعیف	۴۳	۱۶/۰۴	۰/۹۷
معنویت گرایی پایین/مدیریت زمان قوی	۴۳	۱۵/۷۳	۱/۱۳
معنویت گرایی پایین/مدیریت زمان	۶۴	۱۴/۷۵	۱/۵۹

			ضعیف
--	--	--	------

چنانکه در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌ی پیشرفت تحصیلی دانشجویانی که هم به لحاظ گرایش‌های معنوی در سطوح بالاتری از همگنان خود قرار دارند و هم در مدیریت زمان از آن‌ها توانمندترند (گروه معنویت‌گرایی بالا/مدیریت زمان قوی = ۱۶/۲۶) از دانشجویانی که پایین‌ترین نمره‌ها را در هر دو ویژگی اخذ کرده‌اند (گروه معنویت‌گرایی پایین/مدیریت زمان ضعیف = ۱۴/۸۷) تقریباً ۱/۵ واحد بیشتر است، درحالی‌که تفاوت بین میانگین پیشرفت تحصیلی سه گروه دیگر از ۰/۵ تجاوز نمی‌کند. برای بررسی اثرات معجزا و تعاملی معنویت‌گرایی و مدیریت زمان بر پیشرفت تحصیلی از تحلیل واریانس دوره‌ای استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره‌ی ۴ نشان داده شده است:

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس دوره‌ای برای مقایسه‌ی اثرات معنویت‌گرایی و مدیریت زمان بر

پیشرفت تحصیلی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	اندازه F	سطح معناداری
معنویت‌گرایی	۳۱/۴۹۹	۱	۳۱/۴۹۹	۱۵/۹۱۱	۰/۰۰۱
مدیریت زمان	۱۹/۰۲۲	۱	۱۹/۰۲۲	۹/۶۱۹	۰/۰۰۱
معنویت‌گرایی*مدیریت زمان	۱۲/۵۳۰	۱	۱۲/۵۳۰	۶/۳۳۲	۰/۰۱۳
خطا	۴۱۵/۷۳	۲۱۰	۱/۹۸		
کل	۵۳۷۰۲/۲۵	۲۱۴			

چنانکه در جدول چهارم مشاهده می‌شود اثر تعاملی گرایش معنوی و مدیریت زمان بر پیشرفت تحصیلی ($p < ۰/۰۵$)، تأیید شده است. یعنی تعامل معناداری میان معنویت‌گرایی و مدیریت زمان به لحاظ تأثیر بر پیشرفت تحصیلی وجود دارد. چنانکه معنویت‌گرایی ($F=۱۵/۹۱۱, p < ۰/۰۰۱$) با درجه آزادی ۱) و پیشرفت تحصیلی ($F=۹/۶۱۹, p < ۰/۰۰۱$) با درجه آزادی ۱) نیز هرکدام به نحو معناداری بر پیشرفت تحصیلی تأثیر گذاشته‌اند. مقدار F (۶/۳۳۲) و اندازه‌ی سطح معناداری (۰/۰۱۳) نشان می‌دهد که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان پذیرفت که دست‌کم میان یک جفت از تعاملات تحلیل‌شده، از لحاظ میانگین پیشرفت تحصیلی تفاوت وجود دارد. از آنجا که ماهیت تعاملی دو متغیر مستقل مورد مطالعه در این پژوهش از اهمیت خاصی برخوردار است، استفاده از آزمون‌های پساتجربی^۱ برای شناسایی تعاملات معنادار

^۱Post hoc tests

ضروری است. برای شناسایی تعامل یا تعاملات اثرگذار از شیوه‌ی مقایسه‌های چندگانه شفه استفاده شد که خلاصه‌ی نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است:

جدول ۵. خلاصه نتایج مقایسه‌های چندگانه شفه

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین		
۰/۸۷۵	۰/۲۷۹۳۲	۰/۲۳۲۱۷	معنویت بالا/مدیریت ضعیف	معنویت بالا/مدیریت قوی
۰/۲۸۴	۰/۲۷۲۳۱	۰/۵۳۲۲۷	معنویت پایین/مدیریت قوی	
۰/۰۰۱	۰/۲۵۱۲۱	۱/۵۰۸۳۳	معنویت پایین/مدیریت ضعیف	
۰/۸۷۵	۰/۲۷۹۳۲	-۰/۲۳۲۱۷	معنویت بالا/مدیریت قوی	معنویت بالا/مدیریت ضعیف
۰/۷۹۳	۰/۲۹۵۰۱	۰/۳۰۰۱۰	معنویت پایین/مدیریت قوی	
۰/۰۰۱	۰/۲۷۵۶۶	۱/۲۷۶۱۶	معنویت پایین/مدیریت ضعیف	
۰/۲۸۴	۰/۲۷۲۳۱	-۰/۵۳۲۲۷	معنویت بالا/مدیریت قوی	معنویت پایین/مدیریت قوی
۰/۷۹۳	۰/۲۹۵۰۱	-۰/۳۰۰۱۰	معنویت بالا/مدیریت ضعیف	
۰/۰۰۵	۰/۲۶۸۵۵	۰/۹۷۶۰۶	معنویت پایین/مدیریت ضعیف	
۰/۰۰۱	۰/۲۵۱۲۱	-۱/۵۰۸۳۳	معنویت بالا/مدیریت قوی	معنویت پایین/مدیریت ضعیف
۰/۰۰۱	۰/۲۷۵۶۶	-۱/۲۷۶۱۶	معنویت بالا/مدیریت ضعیف	
۰/۰۰۵	۰/۲۶۸۵۵	-۰/۹۷۶۰۶	معنویت پایین/مدیریت قوی	

چنانکه از جدول فوق برمی‌آید، گروه معنویت‌گرایی پایین/مدیریت زمان ضعیف با سه گروه دیگر از لحاظ میانگین پیشرفت تحصیلی به گونه‌ی معناداری ($p < ۰/۰۰۵$ و $۰/۰۰۱$) متفاوت است و میان گروه‌های دیگر تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. میانگین نمره‌های پیشرفت تحصیلی دانشجویانی که هم‌گرایش‌های معنوی بالاتری داشتند و هم در مدیریت زمان توان‌تر بودند با میانگین نمره‌های دانشجویانی که فقط در یکی از این دو متغیر در سطح بالاتر بودند، تفاوت معناداری نداشت؛ در عوض، میانگین نمره‌های پیشرفت تحصیلی دانشجویانی که هم به لحاظ گرایش معنوی و هم در ازنظر مدیریت زمان در سطح پایینی قرار داشتند، به نحو معناداری از دیگر دانشجویان پایین‌تر بود.

برای روشن‌تر شدن این مسئله، بررسی امکان و اندازه‌ی همپوشانی غیر علی میان معنویت‌گرایی، مدیریت زمان و پیشرفت تحصیلی، یعنی تحلیل همبستگی، بسا که راهگشا باشد.

برای تبیین همبستگی-محور رابطه‌ی میان معنویت‌گرایی، مدیریت زمان با پیشرفت تحصیلی، داده‌های به‌دست‌آمده با روش تحلیل رگرسیون به شیوه‌ی همزمان مورد پردازش قرار گرفت. گزارش خلاصه‌ای از نتایج این تحلیل در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. خلاصه مقادیر R و مجذور R رگرسیونی

مدل	مقدار R	مجذور R	مجذور R تعدیل‌شده	خطای استاندارد برآورد
Enter	۰/۴۱۷	۰/۱۷۴	۰/۱۶۶	۱/۳۸۶

چنانکه از داده‌های جدول ۶ برمی‌آید ضریب همبستگی چندگانه میان مدیریت زمان/ گرایش معنوی با پیشرفت تحصیلی ۰/۴۱۷ است و مدیریت زمان و گرایش معنوی بر روی هم می‌توانند تقریباً ۱۷٪ درصد از پراش متغیر وابسته (پیشرفت تحصیلی) را تبیین کنند.

جدول ۷. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی بر مبنای مدیریت زمان و گرایش معنوی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین‌ها	مقدار F	سطح معناداری
اثر رگرسیونی	۸۵/۳۹	۲	۴۲/۶۶	۲۲/۱۹۸	۰/۰۰۱
باقیمانده	۴۰۵/۴۸	۲۱۱	۱/۹۲		
کل	۴۹۰/۸۰	۲۱۳			

چنانکه داده‌های جدول ۷ آشکار می‌کند اثر رگرسیونی مدیریت زمان و گرایش معنوی بر پیشرفت تحصیلی با $F=22/198$ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است؛ بنابراین تغییرات نشان داده‌شده به وسیله‌ی الگوی رگرسیونی، تصادفی نیست.

جدول ۸. ضرایب رگرسیونی مدیریت زمان و گرایش معنوی در پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی

	ضرایب غیراستاندارد		مقدار استاندارد بتا	مقدار t	سطح معناداری	همبستگی‌ها		
	مقدار B	مقدار خطای استاندارد				ساده	جزئی	پاره‌ای
مدیریت زمان	۰/۰۴۳	۰/۰۱۱	۰/۲۵۶	۴/۰۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۲۶۶	۰/۲۵۱
گرایش معنوی	۰/۰۲۶	۰/۰۰۶	۰/۲۸۰	۴/۳۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳	۰/۲۸۸	۰/۲۷۴

بر مبنای مندرجات جدول ۸، هر دو متغیر مدیریت زمان و گرایش معنوی می‌توانند پیشرفت تحصیلی را پیش‌بینی کنند. این توان پیش‌بینی در مورد گرایش معنوی با مقدار بتای ۰/۲۸ در سطح ۰/۰۰۱ و در مورد مدیریت زمان با مقدار بتای ۰/۲۵۶ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همبستگی پاره‌ای برای گرایش معنوی و مدیریت زمان به ترتیب ۰/۲۷۴ و ۰/۲۵۱ است و بر مبنای مجذور این مقادیر می‌توان

گفت که گرایش معنوی ۷/۵٪ درصد و مدیریت زمان ۶/۳٪ واریانس متغیر پیشرفت تحصیلی را، جدای از واریانس مشترکشان تبیین می‌کنند. از آنجا که درصد کل واریانس که این دو متغیر تبیین می‌کنند برابر با ۱۷/۳۹٪ است (رجوع شود به جدول ۶)، واریانس مشترک این دو متغیر، ۳/۵۹٪ است؛ یعنی اثر مشترک معنویت‌گرایی و پیشرفت تحصیلی تقریباً به اندازه‌ی نیمی از اثر هریک از این دو متغیر به‌تنهایی است.

نتیجه‌گیری

اینکه مدیریت زمان اثر مثبتی بر پیشرفت تحصیلی داشته باشد، یافته‌ای است که پژوهش‌های پیشین نیز آن را تأیید کرده‌اند (Lahmers & Zulauf, 2000). در حقیقت اگرچه تأثیر مدیریت زمان بر عملکرد شغلی هنوز مورد تردید است، نگاه کنید به (Macan, 1994)، اما در حوزه عملکرد تحصیلی این تردید چندان وجهی ندارد (Swart et al, 2010; Van de Meer et al, 2010; Cemaloglu & Filiz, 2010). به‌عنوان مثال نشان داده شده است که دانشجویان حتی با شرکت در دوره‌ی کوتاه‌مدت مدیریت زمان، در حل یکی از مشکلات مرتبط با رفتار خودتنظیم‌گرانه یعنی به تأخیر انداختن کارها و انباشت آن‌ها برای آینده، (به فردا افکندن یا تسویف) به گونه‌ی معناداری توانا تر می‌شوند (Hafner et al, 2014).

چنانکه از یافته‌های این پژوهش برمی‌آید گرایش معنوی بالاتر با کارآمدی بیشتر در مدیریت زمان مطابقت دارد. دو شیوه‌ی متفاوت از تحلیل داده‌ها (مقایسه‌ی میانگین‌ها و تحلیل رگرسیون) نشان دادند که این دو متغیر اثر مثبت و تقریباً مشابهی بر پیشرفت تحصیلی دارند. به عبارت دیگر، به نظر می‌آید که رابطه‌ی میان گرایش معنوی و مدیریت زمان، دست کم از لحاظ تأثیری که بر پیشرفت تحصیلی دارند، به گونه‌ای باشد که بتوانند کاستی و ضعف یکدیگر را جبران کنند. پیشرفت تحصیلی دانشجویانی که در معنویت‌گرایی بالا ولی در مدیریت زمان ضعیف بودند، در همان سطح مطلوب دانشجویانی بود که گرایش‌های معنوی پایینی داشتند اما در مدیریت زمان کارآمد بودند. دانشجویانی که در هر دو مورد جایگاه بالاتری را اشغال کردند به لحاظ پیشرفت تحصیلی سرآمد و ممتاز بودند، اگرچه بر اساس داده‌های موجود، این امتیاز معنادار نیست. در حقیقت فقط دانشجویانی که هم به لحاظ گرایش‌های معنوی و هم به لحاظ مدیریت زمان در سطح پایینی بودند، به‌طور معناداری کمترین اندازه‌ی پیشرفت تحصیلی را به خود اختصاص دادند. از این یافته شاید بتوان این گونه نتیجه‌گیری کرد که معنویت‌گرایی و مدیریت زمان در

متغیر سومی اشتراک دارند به نحوی که وجود هر یک از این دو به تنهایی موجب حضور اثرگذار متغیر سوم می‌شود و در نتیجه اندازه‌های پیشرفت تحصیلی افزایش می‌یابد. بیان دیگری از این سخن آن است که معنویت‌گرایی و مدیریت زمان از لحاظ اثرگذاری بر پیشرفت تحصیلی، آن اندازه اشتراک دارند که تأثیر هر یک از آنها، به تنهایی با تأثیر هردوی آنها باهم، مشابه باشد. اگر این استدلال درست باشد آنگاه معقول به نظر می‌رسد که گمان کنیم مداومت در کار بازمان و رویکرد زمانمندانه، که در این پژوهش «زمان ورزی» نامیده شده است، وجه مشترک این دو متغیر باشد. البته روشن است که داده‌های یک پژوهش واحد برای تأیید چنین ارتباطی بسنده نیست و به پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

همچنین معلوم شد که توان پیش‌بینی کنندگی این دو متغیر برای پیشرفت تحصیلی تقریباً برابر است و واریانس مشترک تبیین شده توسط این دو متغیر، تقریباً به اندازه‌ی نصف واریانس هر کدام از آنهاست که مقدار قابل توجهی است. اگرچه داده‌های یک پژوهش برای این نتیجه‌گیری نابسند است ولی می‌توان این مطلب را برای تحقیقات آتی در نظر داشت که معنویت‌گرایی و مدیریت زمان بسیار بیش از آنچه در نگاه نخست می‌نماید باهم اشتراک دارند. اگر این اشتراک را پژوهش‌های بعدی تأیید کردند، آنگاه می‌توان با سازه‌ی «زمان ورزی معنوی» برای توضیح و تبیین آن کوشید.

در هر حال نتایج این پژوهش به روشنی از این نظر حمایت می‌کنند که اشتغال به دین‌ورزی و معنویت‌گرایی با نوعی ممارست در مبانی و بلکه مهارت‌های مدیریت زمان همراه است و سطوح بالاتر معنویت‌گرایی با توانمندی بیشتر در مدیریت زمان ملازم دارد؛ دریانی کلی می‌توان گفت که در شرایط برابر، مؤمنان از همگنان غیر مؤمن خود در مدیریت زمان تواناترند. بی‌گمان بخشی از این توانایی برآمده از رابطه‌ی ویژه‌ای است که هر دین‌ورزی بنا به تعریف و هم از آن روی که مؤمن است بازمان دارد. می‌توان از این رابطه‌ی ویژه، که همان زمان ورزی معنوی است، برای تبیین وجوه مشترک میان مدیریت زمان و معنویت‌گرایی و دین‌ورزی بهره گرفت.

زمان ورزی معنوی را می‌توان مجموعه‌ای از شناخت‌ها، رفتارها و هیجان‌هایی تعریف کرد که هر فرد دین‌دار از طریق آنها با وجه زمانمند حیات دینی خود ارتباط برقرار می‌کند. این ارتباط هم شامل مجموعه گزاره‌هایی می‌شود که رویکرد ویژه‌ای را در مورد زمان به مؤمنان منتقل می‌کند و هم الگوهای تعریف‌شده‌ای از توزیع زمانی آیین‌ها و جشن/سوگواره‌های دینی را در برمی‌گیرد که در تعیین و تثبیت هویت دینی انسان دین‌ورز اهمیت شاخصی دارند و هم امکان بازآفرینی تجارب عمیق دینی را از طریق

مشارکت مستقیم یا غیرمستقیم در زمان/مکان قدسی (Eliade, 1959) فراهم می‌آورد. البته زمان ورزی معنوی به این موارد منحصر نیست و در حقیقت هر وجهی از حیات مؤمنانه که بازمان ارتباطی ساختاری یا ارگانیک داشته باشد، به شکلی از اشکال زمان ورزی معنوی مربوط می‌شود.

به‌عنوان مثال، مسلمان در طول زندگی، با مجموعه‌ای از گزاره‌های قدسی (قرآن و سنت و سیره‌ی معتبر معصومان-ع-) مواجه می‌شود که حاوی نگرش ویژه‌ای نسبت به زمان هستند، مثلاً در قرآن از روزهای خدا (ابراهیم/۵ و جاثیه/۱۴) یا شبی بهتر از هزار ماه (قدر) سخن گفته شده است؛ یعنی زمان فرآیندی غیرخطی و متشکل از اجزاء ناهمگن است که برخی از این اجزاء به علت انتساب به منشأ فیض، ویژگی‌هایی منحصر به فرد دارند. این غیرخطی بودن زمان در نزد مؤمنان در تقابل بازمان خطی و همگن غیر مؤمنان (Eliade, 1959) در ترکیب با عناصر دیگری از وجوه زمانمند حیات دینی، نوعی رویکرد یا ادراک خاص مؤمنانه از زمان فراهم می‌آورد که می‌توان آن را از اجزاء مؤلفه‌ی شناختی زمان ورزی معنوی محسوب کرد. بنابراین رویکرد، مؤمن یکسره در کار بازمینی و برنامه‌ریزی و توزیع بهینه‌ی رفتارهای آیینی برحسب زمان در مقیاس‌های ساعت، روز، هفته و ماه است. به‌این ترتیب حیات دینی، به‌گونه‌ای مستقیم و غیرمستقیم با اشکالی از مدیریت زمان درهم تافته است.

زمان ورزی معنوی افزون بر مؤلفه‌ی شناختی، دارای مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی نیز هست. یکی از مهم‌ترین اجزاء حیات دینی که بیش از هر چه با رفتار زمان‌ورزانه تعریف می‌شود، آیین‌های دینی است. آیین دینی عبارت است از «اعمال هشیارانه، ارادی، مکرر، سبک‌مند و نمادینی که ... با مرکزیت امر قدسی اجرا می‌شوند» (Zuesse, 1987). نمادین بودن هر آیین دینی روشن می‌کند که اجزاء آن آیین باید با ترتیب و استمرار مشخصی اجرا شوند چنانکه هر حرف و کلمه در یک جمله‌ی معنادار از ترتیب و توالی تعریف‌شده‌ای برخوردار است (Bell, 1997). بنابراین اجرای هر آیینی متضمن رفتار زمان‌ورزانه است. افزون بر این، اغلب آیین‌های مهم دینی در اغلب دین‌های جهان زمانمندند. مثلاً مسلمانان اگر بخواهند یکی از اصلی‌ترین آیین‌های دینی خود (نماز) را به‌گونه‌ای نیکو به‌جای آورند، باید به‌صورت روزانه به پایش زمان پردازند خصوصاً اگر به ابزارهای پایش اجتماعی زمان (اذان) دسترسی نداشته باشند.

مؤلفه‌ی هیجانی زمان ورزی معنوی به شکل آشکار و روشنی در جشن/سوگواره‌های دینی نمایان می‌شود. در تمام نقاط جهان و در همه‌ی ادیان، جشن/سوگواره‌های دینی بخشی مهم از زندگی اجتماعی و

دینی را تشکیل می‌دهند (Bell, 2005). مؤلفه‌ی هیجانی درواقع همان جزئی است که در بسیاری از موارد، عمق دین‌ورزی فرد مؤمن را نشان می‌دهد و مثلاً معلوم می‌کند که شرکت‌کننده در جشن تولد مسیح آیا به یک فعالیت دینی اشتغال دارد یا صرفاً آغاز سال نو را جشن گرفته است. تقریباً همیشه مشارکت مؤمنانه در جشن/سوگواری‌های دینی با نوع یا انواعی از هیجان آمیخته است. اینکه برخی، اجرای آیین‌های دینی را تلاش برای «روبرو شدن با دیگربودگی مطلق» (Otto, 1923) می‌دانند و یا وجه تجربه‌ای آیین‌ها و جشن/سوگواری‌های مذهبی را تجربه‌ی امر قدسی (Eliade, 1959) به شمار می‌آورند، به همین مطلب اشاره دارد (نگاه کنید به Zuesse, 1987).

حاصل آنکه زندگی مؤمنانه به دلیل دربرداشتن آنچه در این پژوهش، «زمان ورزی معنوی» نامیده شده است به گونه‌ای با مبانی و مهارت‌های مدیریت زمان آمیخته است. به بیان دیگر: زندگی دین‌ورزانه هم از آن روی که متضمن آموختن و درونی کردن نوعی رویکرد نسبت به زمان و تولید و توزیع و پایش رفتارهای آئینی در بازه‌های زمانی مقرر و بازتولید تجارب هیجانی در جشن/سوگواری‌های دینی است، باتدبیر و تنظیم زمان، پیوندی ساختاری دارد.

در این که دین‌ورزی به‌نوعی با «کار با زمان» همراه است و مؤمنان در زندگی مؤمنانه‌ی خود از برقراری رابطه‌ای خاص با زمان ناچارند، تردیدی نیست (Eliade, 1959; Munn, 1994; Panikkar, 1978; Bilaniuke, 1994؛ برای جایگاه و مفهوم زمان در اسلام نگاه کنید به Goodman, 1993)؛ در مسیحیت به (Manchester, 1993)؛ در یهودیت به (Steensgaard, 1993)؛ در هندوئیسم به (Balslev, 1993) و در بودیسم (Pande, 1993). اگر پژوهش‌های بعدی مانند این پژوهش نشان دادند که میان این دو متغیر وجه مشترک محسوس و معناداری وجود دارد، آنگاه سازه‌ی «زمان ورزی معنوی» را می‌توان برای تبیین بخشی از حیات دینی به کار گرفت. به عنوان مثال از این سازه می‌توان به عنوان ابزاری تجربی برای تمایز میان معنویت‌گرایی دینی از معنویت‌گرایی غیردینی و دنیامدارا بهره گرفت زیرا فقدان سنت در معنویت‌گرایی‌های سکولار، دسترسی به زمان قدسی را تقریباً ناممکن می‌کند. در اختیار داشتن ابزاری روا و معتبر برای اندازه‌گیری مدیریت زمان، از مهم‌ترین مواردی است که پژوهش‌گران علاقه‌مند به کار در این زمینه باید مطرح توجه قرار دهند.

اگرچه بخشی از این مشکل بی گمان برخاسته از ابهامی است که هنوز در تعریف و تحدید علمی این مفهوم وجود دارد (Claessens et al, 2007)، نفس اندازه گیری مدیریت زمان بیش از آنی که می نماید چالش انگیز و دشوار است (Hellesten, 2012). همچنین پژوهشگران آتی اگر برای اندازه گیری دین ورزی و معنویت گرایی از ابزارهای مجزا استفاده کنند، مجال فراخ تری برای مطالعه ی زمان ورزی معنوی در دین و معنویت فراهم خواهد شد.

منابع

- اتو، ردولف (۱۹۲۳). *مفهوم امر قدسی*. ترجمه همایون همتی (۱۳۸۰). تهران: انتشارات نقش جهان.
- پهلوان، منصور و شریعتی نیاسر، حامد (۱۳۹۰). مدیریت از دیدگاه امام علی (ع). *فصلنامه النهج*، ۳۱، ۶۸-۳۲.
- حافظی، سهیلا، نقیسی، هدایت، نادری، عزت الله، نجفی مهری، سهیل و محمودی، حسین (۱۳۸۷). بررسی میزان و ارتباط مهارت فردی با رفتار سازمانی مدیریت زمان در مدیران آموزشی. *مجله علوم رفتاری*، ۲ (۲)، ۱۹۲-۱۸۳.
- شریفی، احسان، مهرابی، حسین علی، کلاتری، مهرداد و مفتاق، داود (۱۳۸۷). ساخت و بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه ی گرایش های معنوی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دو فصلنامه اسلام و روان شناسی*، ۱ (۲)، ۷۸-۵۹.
- کلینی، ابو جعفر محمد (۱۳۶۴). *اصول کافی* (مصطفوی، جواد، مترجم). قم: ناشر مترجم.

- Otto, R. (1923). *The idea of the holy*. New York: OUP. (original work publish 1917)
- Pahlevan, M., & Shariati, H. (2011). Time management in Imam Ali's point of view. *Alnahj quarterly*, 9, 31, 32-68.
- Hafezi, S., Naghibi, H., Naderi, E., Najafi, S., & Mahmoudi, H. (2008). The correlation between personal skill and organizational behavioral time management among educational administrators. *Journal of behavioral sciences*, 2, 4, 183-193.

- Sharifi, E., Mehrabi, H., Kalantari, M., & Meftagh, D. (2008). Designing and examining psychometric features of Spiritual Tendencies Questionnaire among Isfahan University students. *Biquarterly Journal of Studies in Islam & Psychology*, 1, 2, 59-78.
- Koleini, A., M. (1985). *Osul Al-Kafi* (Mostafavi, J. trans.). Qum: Published by Translator. (Original work published 880 AD, approximately)
- Balsav, A. N. (1993). Time and Hindu expirience. In A.N. Baslav & J. Mohanty (Eds.), *Religion and Time*, (pp. 109-137). Leiden: E.J. Brill.
- Barling, J., Kelloway, E.K. and Cheung, D. (1996), Time management and achievement striving interact to predict car sale performance. *Journal of Applied Psychology*, 81, 821-826.
- Bell, C. (2005). Ritual: Further considerations. In L. Jones (Ed), *The encyclopedia of religion* (vol.12, pp. 7848-7860). Detroit: Macmillan.
- Bell, C. (1997). *Ritual: Perspectives and Dimensions*. New York: Oxford University Press.
- Bilaniuk, P. B. T. (1994). Chronos and Kairos: Secular and sacred time in relation to the history of salvation and eternity. In G. V. Coyne, K. S. Mormann, & C. Wasserman (Eds.), *Studies in science and theology* (Vol. 2, pp. 169-173). Genève: Labor et Fides.
- Britton, B. K., & Tesser, A. (1991). Effects of time-management practices on college grades. *Journal of Educational Psychology*, 83, 405-410.
- Cemaloglu, N., & Filiz, S. (2010). The relationship between time management skills and academic achievement of potential teachers. *Educational Research Quarterly*, 33, 3-24
- Claessens, B. J. C., Eerde, W., Rutte, C. G., & Roe, R. A. (2007). A review of the time management literature. *Personnel Review*, 36 (2), 255 – 276.
- Davis, M.A. (2000). Time and the nursing home assistant: relations among time management, perceived control over time, and work-related outcomes. *Paper presented at the Academy of Management*, Toronto.
- DiPipi-Hoy, C., Jitendra, A. K., & Kern, L. (2009). Effects of time management instruction on adolescents' ability to self-manage time in a vocational setting. *The Journal of Special Education*, 43(3), 145-159.
- Eliade, M. (1959). *The Sacred and the Profane*. New York: Harper Torchbooks.
- Goodman, L.E. (1993). Time in Islam. In A.N. Baslav & J. Mohanty (Eds.), *Religion and Time*, (pp. 138-162). Leiden: E.J. Brill.
- Hafnera, A., Stocka, A., Pinnekera, L., & Strohlea, S. (2014). Avoiding procrastination through time management: an experimental intervention study. *An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 34,403-416.
- Hafnera, A., Obersta, & Stocka, A. (2014). Avoiding procrastination through time management: an experimental intervention study. *Educational Studies*, 40, Retrieved April 9, 2014, from <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03055698.2014.899487>.
- Hellsten, L. A. (2012). What Do We Know About Time Management? A Review of the Literature and a Psychometric Critique of Instruments Assessing Time Management. Retrieved October 15, 2013 from http://www.researchgate.net/publication/221928052_What_Do_We_Know_

- About Time Management A Review of the Literature and a Psychometric Critique of Instruments Assessing Time Management.
- Jex, J.M. and Elacqua, T.C. (1999). Time management as a moderator of relations between stressors and employee strain. *Work & Stress*, 13, 182-191.
- Lahmers, A. G., & Zulauf, C. R. (2000). Factors associated with academic time use and academic performance of college students: a recursive approach. *Journal of College Student Development*, 41, 544-556.
- Manchester, P. (1993). Time in Christianity. In A.N. Baslav & J. Mohanty (Eds.), *Religion and Time*, (pp. 109-137). Leiden: E.J. Brill.
- McKune. B., & Hoffmann, J. P. (2009). Religion and academic achievement among adolescents. *Interdisciplinary journal of research on religion*, 5, article 10.
- McCay, J. (1959). *The management of time*. New Jersey: Prentice Hall.
- Macan, T.H. (1994). Time management: Test of a process model. *Journal of Applied Psychology*, 79, 381-391.
- Munn, N. (1992). The cultural anthropology of time: a critical essay. *Annual review of anthropology*, 21, 93-123.
- Lakein, A. (1973). *How to get control of your time and life*. New York: Nal Penguin Inc.
- Lambert, M. D., Torres, R. M., Tummons, J. D. (2012). The influence of time management practices on job stress among beginning secondary agriculture teachers. *Journal of Agricultural Education*, 53, 45-56.
- Laosebikan, S. J., Oginni, O. B. & Ogunlusi, C.F. (2013). Evaluation Of Time Management For Growth And Development In Developing Economies: Nigerian Experience. *International Journal of Innovative Research and Development*, 2, retrieved April 8, 2014 from <http://www.ijird.com/index.php/ijird/article/view/36176/29310>.
- Pande, G. C. (1993). Time in Buddhism. In A.N. Baslav & J. Mohanty (Eds.), *Religion and Time*, (pp. 182-207). Leiden: E.J. Brill.
- Panikkar, R. (1978). Time and sacrifice: The sacrifice of time and the ritual of modernity. In Fraser, J. T. (Ed). *The Study of Time III*, (pp. 683-727). New York: Springer
- Richards, J.H. (1987), "Time management-a review", *Work & Stress*, Vol. 1, pp. 73-8.
- Sami, M. U., Ehsan, N., Hameed, F., Khan, M. F., & Rahim, J. (2011). High level principles of time management in Islam. *International proceedings of economics development and research*, 10, 290-295.
- Steensgaard, P. (1993). Time in Judaism. In A.N. Baslav & J. Mohanty (Eds.), *Religion and Time*, (pp. 63-108). Leiden: E.J. Brill.
- Swart, A. J., Lombard, K., & de Jager, H. (2010). Exploring the relationship between time management skills and the academic achievement of African engineering students—a case study. *European Journal of Engineering Education*, 35, 79-89.
- Van de Meer, J., Jansen, E., & Tarenbeek, M. (2010). "It's almost a mindset that teachers need to change": first-year students' need to be inducted into time management. *Studies in Higher Education*, 35, 777-791.
- Williams, G. (2008). *Handbook of Hindu Mythology*. Oxford: Oxford University Press.
- Wright, T.A. (2002). Dialogue: the importance of time in organizational research. *Academy of management journal*, 45, 343-345.
- Zemetakis, L. A., Bouranta, N., & Moustakis, V. S. (2010). On the relationship between individual creativity and time management. *Thinking Skills and Creativity*, 5, 23-32.

- Zuesse, E. M. (1987). Ritual. In L. Jones (Ed), *The encyclopedia of religion* (vol.12, pp. 7833- 7848). Detroit: Macmillan.
- Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R.F. Paloutzian & C. L. Perk (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York: Guilford Press.
- adership. 57, 7, 52-63.



استناد به این مقاله: کاوسی کوشا، زهره؛ قادری، علی‌رضا؛ معینی زاده، مجید (۱۳۹۳). رابطه بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آنها در بخش‌های ویژه و عادی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۱۷۵-۱۹۴

رابطه بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آن‌ها در بخش‌های ویژه و عادی

زهره کاوسی کوشا، علی‌رضا قادری، مجید معینی زاده^۳

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱۹

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آنان در بخش‌های ویژه و عادی بوده است. برای دستیابی به این هدف از روش پژوهش توصیفی، از نوع مطالعات همبستگی و همچنین علی-مقایسه‌ای بهره گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران ($N=900$) بیمارستان‌های قائم (عج) و امام رضا (ع)، تشکیل می‌دادند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از جدول مورگان، انتخاب شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش‌های آماری همبستگی، تحلیل واریانس (MANOVA) و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده گردیده است. نتایج پژوهش نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد شغلی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد $F(3, 866) = 3.01, P < 0.05$. همچنین نتایج آزمون T مستقل حاکی از آن است که بین بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش‌های ویژه و عادی تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مشاهده می‌شود. متغیرهای جمعیت شناختی نیز بیانگر رابطه معنادار ($P < 0.01$) بین بهزیستی روان‌شناختی پرستاران ویژه و عادی است.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، عملکرد شغلی، پرستاران

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان قائم (عج)

^۲ دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، arghaderi44@yahoo.com

^۳ دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

ارتقاء و کارایی یک سازمان به توانمندی‌ها و سلامت جسمی-روانی و عملکرد کارکنان آن سازمان وابسته است. توجه به عملکرد شغلی کارکنان یکی از عوامل موفقیت سازمانی است و استفاده از نیروی انسانی کارآمد در سازمان‌ها، دغدغه تمام مدیران و مسئولین است. از این میان پرستاران بزرگ‌ترین بخش از نیروی انسانی نظام سلامت را تشکیل می‌دهند و نقش اساسی در تداوم، مراقبت و ارتقاء سلامت بیماران دارند. پرستاران بزرگ‌ترین پیش‌بینی‌کننده رضایت بیماران از مراقبت‌های صورت گرفته در بیمارستان‌ها می‌باشند و سلامت جسمی و روحی بیماران به کیفیت مراقبت‌های (عملکرد شغلی) پرستاری مربوط می‌شود (Adib Hagh Bagheri, Salehi & ahmadi, 2004). عملکرد شغلی پرستاران، به‌عنوان فعالیتی اثربخش؛ در انجام فعالیت‌ها و مسئولیت‌های مرتبط با مراقبت مستقیم از بیمار تعریف می‌شود، (AbualRub, 2004). عملکرد شغلی حاصل سه متغیر فردی-سازمانی مرتبط با یکدیگر است که شامل: مهارت، تلاش و ماهیت شرایط کاری است. مهارت شامل: دانش، توانایی و صلاحیت علمی و تخصصی کارمند در زمینه کاری است. تلاش شامل: درجه‌ای از انگیزه درونی-بیرونی کارمند است که موجب پیشی گرفتن او در انجام کار می‌شود. ماهیت شرایط کار شامل: درجه‌ای از تطابق این شرایط در تسهیل بهره‌وری کارمندان است (Kazemi & Khan, 2008). ترکیب بهینه این سه متغیر موجب افزایش عملکرد شغلی می‌شود. در مقابل افت عملکرد شغلی منجر به کاهش بهره‌وری، افزایش هزینه‌ها، عدم رضایت بیماران، افزایش نیروی پرستاری می‌شود.

Petrini و Lambert, Lambert (۲۰۰۷)، در مطالعه خود، پرستاری را یکی از حرفه‌های پراسترس اعلام کرده و از ۱۳۰ شغل مورد مطالعه، شغل پرستاری؛ رتبه‌ی ۲۷ را در مراجعه به پزشک جهت مشکلات ناشی از عدم سلامت روانی کسب کرد. در بین بخش‌های بیمارستانی، پرستارانی که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مشغول به کار هستند، بیش‌ترین استرس را تحمل می‌کنند؛ زیرا همیشه باید آماده باشند. در صورت بروز هر اتفاقی می‌باید، به‌صورت سریع عکس‌العمل نشان دهند. از طرفی دیگر نیز با بیماران بسیار بدحال به‌خصوص بخش‌های ویژه (ICU, CCU, NICU و دیالیز) در ارتباط هستند؛ بیمارانی که ممکن است مدت‌ها در بخش باقی‌مانده و روند بهبودی آن‌ها، به علت حال وخیمی که دارند، کند پیش رود و حتی بعد از مراقبت‌های طولانی ممکن است بیمار فوت کند که این خود باعث ایجاد استرس، افسردگی در پرستاران خواهد شد. Bull, Angermeyere, Dietrich, Bernert و Kopf (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند که پرستاران از جمله گروه‌های شغلی هستند که در معرض استرس و مسائل روانی از جمله

افسردگی و اضطراب و خستگی قرار دارند. استرس و افزایش افسردگی؛ موجب کاهش عملکرد شغلی و گسیختگی روابط شخصی است، همچنین باعث کاهش توجه و تمرکز، تخریب مهارت‌های حل مسئله، کاهش توانایی‌های برقراری ارتباط با بیماران و افت کارایی حرفه‌ای می‌شود. در مطالعه دیگر، Gisele (۲۰۰۲) عنوان می‌کند که استرس زیاد و طولانی‌مدت باعث تخریب قضاوت، کاهش تمرکز، فقدان اعتمادبه‌نفس، افزایش اضطراب و افسردگی می‌شود. از آنجا که پرستاران، نقش مهمی در پیشرفت امور؛ مراقبتی و درمانی، بهبود و ارتقاء سلامت جامعه دارند، بدیهی است که باید از نیرو، توانمندی، و سلامت جسمی و روانی بالایی برخوردار باشند. مسائلی از قبیل آنچه در بالا آورده شد، موجب کاهش بهزیستی روانی پرستاران خواهد شد.

مشاغلی که در آن ارتباط و روابط اجتماعی و بین فردی گسترده وجود دارد و کارکنان آن نقش امور مراقبتی و درمانی را به عهده دارند، به‌طور طبیعی، بستری برای رشد ابتلا به انواع بیماری‌های جسمی و روانی است. ازجمله متغیرهایی که می‌تواند نقش بازدارنده و تعدیل‌کننده در مقابل این‌گونه مسائل و مشکلات داشته باشد بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است. بهزیستی روانی جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است که به‌عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است و شامل دو جزء است. نخست قضاوت شناختی است که پیشرفت افراد در زندگی‌شان چگونه است و دومین جزء آن شامل سطح تجربه‌های خوشایند فرد است. بدین معنی که اولین جزء نحوه عملکرد و دومین جزء شامل سلامت روانی فرد می‌شود (Keyes, Shmotikin & Ryf, 2002). عوامل شش‌گانه مهم که بهزیستی روان‌شناختی فرد را می‌سازد عبارت‌اند از: خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد فردی، ارتباط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و پذیرش خود. فرد هدفمند نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می‌دهد و به شکل مؤثر با آن درگیر می‌شود. یافتن معنی برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی در قالب این مؤلفه قرار می‌گیرد (Ryff & Singer, 1998; Mani Mikaeli, 2009). رشد شخصی یعنی بالفعل شدن استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد به‌مرور و در طول زمان، ارتباط مثبت با دیگران؛ یعنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاء‌کننده با دیگران. افراد با این ویژگی عمده‌تأ انسان‌هایی مطبوع، نوع‌دوست و توانا در ابراز محبت به دیگران، هستند. به‌علاوه چنین افرادی می‌کوشند رابطه‌ای گرم و بر اساس اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد نمایند (Mani Mikaeli, 2009; Keyes & Shmotikin, 2002). تسلط بر محیط یعنی توانایی فرد در هدایت امور روزمره به نحو احسن، لذا فردی که احساس می‌کند بر

اوضاع و شرایط مسلط است می‌تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان کنترل کند، تغییر دهد و بهبود ببخشد. خودمختاری؛ به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت، توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی، به این مؤلفه مربوط می‌شود (Ryff & Singer, 1998; Mani Mikaeli, 2009). این شش سازه، معنای بهزیستی روان‌شناختی را به صورت نظری و عملی توضیح داده و تبیین می‌نماید که چگونه می‌توانند موجب سلامتی جسمی و روانی شوند (Singer و Ryff، ۱۹۹۸). به عنوان مثال ریف و سینگر با شواهد تجربی متعددی نشان دادند که بهزیستی روان‌شناختی، علاوه بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی؛ باعث بهبود عملکرد شغلی و کیفیت مراقبت بالینی نیز می‌شود (Kadivar، ۲۰۰۳). به نقل از Uliando، (۲۰۰۴) در پژوهش دیگری نشان داد که بین فاکتورهای پیش‌بینی کننده بهزیستی روانی و فعالیت‌های اجتماعی روزانه و نحوه عملکرد فرد رابطه وجود دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد آکادمیک، پیشرفت برای رسیدن به اهداف شخصی، سلامت بهتر و افزایش رضایت شغلی به طور مثبت رابطه دارد (Thogersen, 2005). Ntoumani & Fox، (۲۰۰۵) از آنجایی که در پژوهش‌های داخل کشور، رابطه بهزیستی روان‌شناختی بر عملکرد شغلی پرستاران کمتر مورد بررسی قرار گرفته است و با توجه به اهمیت و نقش عملکرد شغلی پرستاران، در بهبود و کیفیت پرستاری از بیماران و نقش مهمی که بهزیستی روان‌شناختی در عملکرد شغلی این قشر دارد، به طور کلی اهداف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آنان در بخش‌های ویژه و عادی است؛ و این مسئله که آیا بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند پیش‌بینی کننده خوبی برای بهبود عملکرد شغلی پرستاران بخش‌های ویژه و عادی باشد؟ همچنین بین سطوح بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش‌های ویژه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد؟

طرح پژوهش

پژوهش حاضر، توصیفی، از نوع مطالعات همبستگی و همچنین علی-مقایسه‌ای است که در آن متغیر بهزیستی روان‌شناختی، به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده و عملکرد شغلی به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شده‌اند. متغیرهای آورده شده در فرم جمعیت شناختی، به عنوان متغیر پیش‌بینی کننده در نظر گرفته شده است.

جامعه آماری

جامعه آماری در پژوهش حاضر مشتمل است بر کلیه پرستاران شاغل مرد و زن ($N=900$) که در بیمارستان‌های وابسته به علوم پزشکی مشهد، قائم (عج) و امام رضا (ع)، مشغول خدمت می‌باشند. در این پژوهش افراد نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و بدین منظور از جدول مورگان برای برآورد حجم نمونه استفاده گردید. پرستاران شرکت‌کننده در این تحقیق شامل شاغلین بخش‌های مختلف از جمله بخش‌های ویژه ($N=159$) نفر کارکنان ($61/6$ درصد) و بخش‌های عادی ($N=99$) نفر ($38/4$ درصد) بیمارستان می‌باشند. از مجموع نفرات برگزیده‌شده برای پژوهش، ۱۲ نفر شرایط همراهی و مشارکت لازم را برای اجرای پژوهش نداشتند که حذف گردیدند و نهایتاً نمونه موردنظر به ($N=256$) نفر تقلیل یافت. پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش از بین ($N=225$) نفر پرستار خانم و ($N=33$) نفر پرستار آقا هستند که در بخش‌های مختلف مشغول به خدمت می‌باشند.

مسائل اخلاقی پژوهش

در این پژوهش سعی شده تا مسائل اخلاقی پژوهش تا حد امکان رعایت شود. هدف از انجام تحقیق برای شرکت‌کنندگان در برگه‌ای جداگانه توضیح داده شد و در صورت ابهام به سؤالات آنان پاسخ واضح و قابل‌درک داده شد. شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها الزامی نبود. به آزمودنی‌ها توضیح داده شد در صورتی که تمایل دارند تا نتیجه پژوهش را دریافت کنند، شماره و یا ایمیل خود را نوشته تا آنان را از نتایج داده‌های پژوهش آگاه کرده و یا اینکه مکتوب نتایج در اختیار آنان قرار گیرد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف

برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی پرستاران، از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۸) استفاده شد که توسط Mikaeli Mani (۲۰۰۹) در ایران هنجاریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۸۴ سؤال و هر ۱۴ سؤال به یک زیرمجموعه اختصاص یافته است و روی هم‌رفته دارای ۶ زیرمجموعه است که عبارت‌اند از: پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری. شرکت‌کنندگان در پژوهش در یک مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً تا کاملاً مخالفم) به سؤال‌ها پاسخ دادند. ۴۷ سؤال مستقیم و ۳۷ سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. جهت روایی تست همبستگی آن با نسخه‌هایی که صفات شخصیتی و شاخص بهزیستی روان‌شناختی را می‌سنجیدند،

مانند تعادل برادبورن، رضایت زندگی نیوگارتن و حرمت خود روزنبرگ مورد استفاده قرار گرفت. نتایج همبستگی آزمون ریف با هریک از مقیاس‌های فوق قابل قبول بوده است و از این نظر، سازه‌ای روا محسوب گردید. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ردیف برای پذیرش خود (۹۳٪)، ارتباط مثبت با دیگران (۹۱٪)، خودمختاری (۸۶٪)، تسلط بر محیط (۹۰٪)، هدفمندی در زندگی (۹۰٪) و رشد شخصی (۸۷٪) گزارش شده است. در ایران در پژوهشی که میکائیلی منبع بر روی نمونه دانشجویی انجام داد، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شده چنین گزارش گردید: تسلط بر محیط ۶۹٪، رشد شخصی ۷۴٪، ارتباط مثبت با دیگران ۶۵٪، هدفمندی در زندگی ۷۳٪، پذیرش خود ۶۵٪، خودمختاری ۶۰٪ و نمره ۹۰٪ (Mani Mikaeli, 2009).

۲- آزمون خود ارزشیابی عملکرد پاترسون

پرسشنامه خود ارزشیابی عملکرد، یک مقیاس درجه‌بندی نموداری است که توسط Paterson (۱۹۹۲) برای ارزیابی مدیران، از عملکرد کارکنان ساخته شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم ارزیابی مجزا، گروه مدیران و گروه کارکنان غیر مدیر بود. در پژوهش حاضر از فرم ارزیابی، گروه کارکنان غیر مدیر استفاده شد. پاترسون اظهار داشته که به وسیله این پرسشنامه سرپرستان می‌توانند کارکنان خود را به طور دقیق و روشن ارزیابی کنند. این پرسشنامه توسط Shokrkon (۱۹۹۰) ترجمه و به یک مقیاس ارزیابی کارکنان از عملکرد خود تبدیل شده است. در هر کدام از برگه‌های این پرسشنامه ۱۰ ماده وجود دارد و هر ماده دارای یک مقیاس ۵ درجه‌ای (خیلی کم تا خیلی زیاد) است. Shokrkon و Arshadi (۲۰۰۷)، ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش تصنیف ۷۴٪ گزارش گردید و برای سنجش روایی آن نمره‌های پرسشنامه خود ارزشیابی عملکرد شغلی را با نمره‌های حاصل از پرسشنامه شایستگی و عملکرد شغلی گزارش درجه‌بندی کارکنان مقایسه شد که ضرایب اعتبار به ترتیب ۴۳٪ و ۳۶٪ به دست آمده که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنی دار است (Naami, 2002).

روش اجرا

برای اجرای پژوهش، پس از تهیه پرسشنامه‌ها، جهت دریافت مجوز توزیع پرسشنامه‌ها در مراکز درمانی مورد هدف، هماهنگی‌های لازم با مسئولین به عمل آمد و در نهایت مجوز اجرای پرسشنامه گرفته شد. یکی از نویسندگان، اطلاعات و آموزش‌های لازم جهت تکمیل پرسشنامه‌ها را به پرستاران ارائه داد و از آن‌ها خواسته شد که تنها می‌بایست بر اساس ویژگی‌های خود، به سؤالات پاسخ دهند. همچنین از

شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه شرکت در پژوهش اخذ گردید؛ و به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که نیازی به معرفی خود ندارد و اطلاعات به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها، محرمانه و در صورت نیاز، تنها برای خود آن‌ها ارسال خواهد شد. درمجموع ۴ ماه برای جواب دادن به پرسشنامه‌ها در بیمارستان‌ها وقت گذاشته شد. سپس برای تحلیل و بررسی متغیرها و فرضیه‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شده است.

جدول ۱: توزیع گروه نمونه بر اساس جنسیت، تأهل و بخش فعالیت

گروه	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۲۲۵
	مرد	۳۳
	جمع	۲۵۸
تأهل	متأهل	۱۸۷
	مجرد	۶۸
	مطلقه	۳
	جمع	۲۵۸
بخش فعالیت	بخش ویژه	۱۵۹
	بخش عادی	۹۹
	جمع	۲۵۸

جدول (۱) نشان می‌دهد که جمع شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۵۸ نفر بود که از مجموع شرکت‌کنندگان ۲۲۵ نفر زن (۸۷/۲ درصد) و ۳۳ نفر مرد (۱۲/۸ درصد) می‌باشند؛ ۱۸۷ نفر افراد متأهل (۷۲/۵ درصد)؛ ۶۸ نفر مجرد (۲۶/۴ درصد) و ۳ نفر مطلقه (۱/۱ درصد) هستند؛ از مجموع شرکت‌کنندگان ۱۵۹ نفر پرستاران بخش ویژه (۶۱/۶ درصد) و ۹۹ نفر پرستاران بخش‌های غیر ویژه (۳۸/۴ درصد) می‌باشند.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس گروه‌ها (پرستاران بخش‌های ویژه و عادی)

متغیر	نسبت F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
ارتباط مثبت	۲/۶	۱	۲۵۶	۰/۱۱
خودمختاری	۲/۵	۱	۲۵۶	۰/۱۲
تسلط بر محیط	۱/۹	۱	۲۵۶	۰/۱۷
رشد شخصی	۰/۴۴	۱	۲۵۶	۰/۵۱
هدف در زندگی	۱/۷	۱	۲۵۶	۰/۱۹
پذیرش خود	۰/۱۲	۱	۲۵۶	۰/۷۳
نمره کل بهزیستی	۲/۸	۱	۲۵۶	۰/۱

مطابق اطلاعات به دست آمده از جدول (۲)، آزمون لوین فرض برابری واریانس گروه‌ها (پرستاران بخش‌های ویژه و عادی) را نشان می‌دهد، زیرا در همه این موارد نسبت‌های F مشاهده شده معنی دار نشده است. بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار بود و استفاده از مدل تحلیل واریانس چندمتغیری این داده‌ها بلامانع است.

جدول ۳: همبستگی بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد شغلی پرستاران بخش‌های ویژه و عادی

گروه متغیرها	بخش ویژه			بخش غیر ویژه		
	تعداد	همبستگی	معناداری	تعداد	همبستگی	معناداری
ارتباط مثبت	۱۵۹	۰/۷۲	۰/۳۷۰	۹۹	۰/۲۶۵	۰/۰۰۸
خودمختاری	۱۵۹	۰/۱۴۶	۰/۰۶۷	۹۹	۰/۳۰۰	۰/۰۰۳
تسلط بر محیط	۱۵۹	۰/۱۷۶	۰/۰۲۶	۹۹	۰/۳۸۴	۰/۰۰۰
رشد شخصی	۱۵۹	۰/۱۴۵	۰/۰۶۸	۹۹	۰/۴۵۱	۰/۰۰۰
هدف در زندگی	۱۵۹	۰/۱۶۴	۰/۰۳۹	۹۹	۰/۴۳۳	۰/۰۰۰
پذیرش خود	۱۵۹	۰/۰۹۴	۰/۲۳۶	۹۹	۰/۳۲۸	۰/۰۰۱
نمره کل بهزیستی	۱۵۹	۰/۱۷۷	۰/۰۲۵	۹۹	۰/۴۴۱	۰/۰۰۰

** معنی دار در سطح ۰/۰۱ * معنی دار در سطح ۰/۰۵

جدول (۳)، همبستگی بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد شغلی را نشان می‌دهد. نتایج به‌دست آمده از داده‌ها، حاکی از آن است که همبستگی بین نمره‌ی کل بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد شغلی ۳۰ درصد است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. همبستگی هرکدام از زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد شغل نیز نشان می‌دهد که همبستگی بین ارتباط مثبت با عملکرد شغلی ۰/۱۵ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

خودمختاری با عملکرد شغلی ۲۰٪ است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. تسلط بر محیط با عملکرد شغلی ۰/۲۷ است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. رشد شخصی با عملکرد شغلی ۰/۲۹ که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است، هدفمندی در زندگی با عملکرد شغلی ۰/۲۹ که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است پذیرش خود با عملکرد شغلی ۰/۲۰ که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

تعیین سهم بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌بینی عملکرد شغلی پرستاران

آزمون دوربین-واتسون؛ آزمون استقلال خطاها (باقیمانده‌ها):

برای بررسی این موضوع که تا چه اندازه بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند عملکرد شغلی پرستاران را پیش‌بینی کند، ابتدا استقلال خطاها (تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش‌بینی توسط مدل رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. در صورتی که فرضیه استقلال خطاها رد شود و خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند، امکان استفاده از رگرسیون وجود ندارد. مقدار این آزمون در جدول ۴ محاسبه گردیده است. از آنجا که این آماره‌ها در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار می‌گیرند، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که خطاها از یکدیگر مستقل بوده و بنابراین می‌توان از مدل رگرسیونی جهت آزمون فرضیه‌ها استفاده کرد.

جدول ۴: بررسی استقلال خطاها توسط آزمون دوربین واتسون

وضعیت	مقدار به‌دست آمده	مقدار مطلوب	آزمون
عدم همبستگی بین خطاها	۱,۹۸۶	$1.5 \leq d \leq 2.5$	Durbin-watson d

بدین منظور تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام برای پیش‌بینی عملکرد شغلی پرستاران توسط بهزیستی روان‌شناختی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

^۱ - Durbin-watson d Test

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام برای بهزیستی روان‌شناختی

گام	پیش‌بینی	R	R ²	F	معنی‌داری F	B	Beta	t	معنی‌داری
۱	رشد شخصی	۰/۲۹	۰/۰۸	۲۳/۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۲۹	۴/۸	۰/۰۰۱
	رشد شخص					۱/۱	۰/۰۱۸/۱۸	۳/	۰/۲

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره با استفاده از روش گام به گام نشان داد که از بین ۷ متغیر پیش‌بینی به ترتیب، دو متغیر رشد شخصی و هدفمندی زندگی وارد معادله رگرسیون شدند. رشد شخصی به تنهایی ۸٪ از واریانس عملکرد شغلی را تبیین می‌کند، آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۲۳/۴ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. رشد شخصی و هدفمندی زندگی باهم ۱۰٪ از واریانس عملکرد شغلی را پیش‌بینی می‌کنند، آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۱۴/۷ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. به این ترتیب با کم کردن سهم خالص رشد شخصی در تبیین عملکرد شغلی مشخص می‌شود که هدفمندی زندگی ۲ درصد از واریانس عملکرد شغلی را تبیین می‌کند.

مقایسه عملکرد شغلی پرستاران بخش‌های ویژه و غیر ویژه

برای بررسی این مسئله که آیا بین عملکرد شغلی پرستاران در بخش‌ها مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد یا نه از آزمون T استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج حاصل از آزمون T تحلیل در پرستاران بخش‌های ویژه و عادی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	همگنی واریانس		درجه آزادی	t	معنی‌داری
				F	معنی‌داری			
ویژه	۱۵۹	۳۷/۸	۴/۷	۱/۷	۰/۰۱	۲۵۶	۱/۵۹	۰/۵۶
عادی	۹۹	۳۷/۴	۶/۴					

جدول (۶) نشان می‌دهد که بین عملکرد شغلی پرستاران بخش‌های ویژه و غیر ویژه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و می‌توان عملکرد شغلی آن‌ها را معادل دانست. لازم به ذکر است که شرط همگنی واریانس داده‌ها در دو گروه برقرار است.

مقایسه بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش‌های ویژه و غیر ویژه

برای مقایسه بهزیستی روان‌شناختی دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده گردید. یافته‌های این تحلیل در جداول زیر آمده است.

جدول ۷: اطلاعات توصیفی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه

گروه		بخش ویژه		بخش غیر ویژه	
		میانگین	SD	میانگین	SD
ارتباط مثبت		۵۷/۸	۷/۹	۵۵/۴	۷
خودمختاری		۴۸/۴	۶/۹	۴۹/۳	۶/۱
تسلط بر محیط		۵۸/۷	۸/۱	۵۶/۸	۸/۷
رشد شخصی		۵۸/۶	۸	۵۶/۲	۸/۶
هدف در زندگی		۵۶/۵	۷/۳	۵۶/۹	۷/۹
پذیرش خود		۵۴/۲	۸/۱	۵۲/۲	۷/۵
نمره کل بهزیستی		۳۳۴/۳	۴۶/۳	۳۲۶/۸	۴۵/۸

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت کلی متغیرها در دو گروه

متغیر / شاخص‌ها	آماره ملاک	ارزش آماره	نسبت F	df فرضیه	df خطا	p
گروه	پیلانی	۰/۰۸	۳/۴	۶	۲۵۱	۰/۰۰۳
	ویلکز	۰/۹۲	۳/۴	۶	۲۵۱	۰/۰۰۳
	هتلینگ	۰/۰۸	۳/۴	۶	۲۵۱	۰/۰۰۳

جدول شماره (۸) نشان می‌دهد که هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه معنی‌دار شده است. این یافته به این معناست که دو گروه حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی متفاوت هستند.

جدول ۹: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در زیر مقیاس‌های روان‌شناختی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
ارتباط مثبت	۳۵۳/۹	۱	۳۵۳/۹	۶/۲	۰/۰۱
خودمختاری	۳۹/۶	۱	۳۹/۶	۰/۹	۰/۳۴
تسلط بر محیط	۲۰۷/۹	۱	۲۰۷/۹	۳	۰/۰۸
رشد شخصی	۳۷۴/۱	۱	۳۷۴/۱	۵/۴	۰/۰۲
هدف در زندگی	۱۰/۳	۱	۱۰/۳	۰/۲	۰/۶۷
پذیرش خود	۲۳۴/۴	۱	۲۳۴/۴	۳/۸	۰/۰۵
نمره کل بهزیستی	۳۴۰/۸	۱	۳۴۰/۸	۲/۶	۰/۱۱

یافته‌های جدول (۹) نشان می‌دهد که دو گروه در سه زیر مقیاس ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی و پذیرش خود تفاوت معنی‌داری دارند، بدین معنی که میانگین پرستاران بخش‌های ویژه در هر سه زیر مقیاس بالاتر از پرستاران بخش‌های عادی است.

بحث

تجزیه و تحلیل یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی، وضعیت تأهل و درآمد تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. ولی بین بهزیستی روان‌شناختی و نوبت کاری و نوع استخدام تفاوت معناداری وجود دارد، به‌طوری‌که افراد شیفت ثابت و پیمانی سطوح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهند. در تبیین این مسئله، این گونه به نظر می‌رسد که؛ پرستاران شیفت ثابت به خاطر اینکه در یک شیفت کاری و به‌صورت ثابت هستند، می‌توانند برنامه کاری و امور زندگی شخصی خود را برنامه‌ریزی و پیش‌بینی کنند. تحقیقات صورت گرفته نیز نشان می‌دهد عواملی نظیر سطح تحصیلات پرستار، نوبت کاری و شرح وظایف می‌تواند بر رضایت شغلی آن‌ها مؤثر باشد (Lu, While & Barriball, 2007). Mirzabegi و همکاران (۲۰۰۹)، در مطالعه نشان داد که ۶۴٪ پرستاران از «ارتباط حرفه پرستاری با زندگی شخصی» خود ناراضی بوده‌اند. نتایج تحقیق Golchin (۱۹۹۳) نیز نشان می‌دهد ۷/۵۸ درصد از پرستاران از ارتباط شغل با زندگی شخصی ناراضی بوده‌اند.

یکی از اهداف بزرگ و پیش روی کارکنان، تغییر در وضعیت استخدامی آن‌ها است. از آنجاکه افراد پیمانی سعی در تغییر وضعیت استخدامی خود دارند و برای تحقق این هدف تلاش می‌کنند و هدفمندی در زندگی از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی است؛ این امر می‌تواند منجر به افزایش انگیزه و

شوق کاری و درنهایت بهزیستی روانی در آنان شود. Stewart, Worsowicz, Phillips, Cifu و (۲۰۰۴) خاطر نشان می‌کند که چنانچه ارتباط به‌درستی برقرار نگردد، نیازهای بیماران برآورده نشده، فرایندهای اجتماعی آنان مختل و همکاری آنان کاهش می‌یابد که خود ممکن است به افزایش تنش در پرستاران منجر شود؛ بنابراین برقراری ارتباط باعث رشد فردی پرستاران شده و رضایت از مراقبت را به دنبال دارد (Moke & Chiu, 2004). این نتایج همسو با یافته‌های Davern (۲۰۰۴) است. نتایج مطالعه، Chun, Wong, و Law (۱۹۹۶) نشان داد ترفیع و ارتقای حقوق یکی از مهم‌ترین عوامل رضایت شغلی است. هنگامی که افراد منابع خود را سرمایه‌گذاری کرده و منافع مورد انتظارشان را به دست نمی‌آورند، فشار روانی را تجربه می‌کنند (Hobfoll, 2001). همچنین به اعتقاد، Williams و Sommer (۱۹۹۷) چنانچه وضعیت افراد در طولانی مدت مدنظر قرار نگیرد، آن‌ها تلاش می‌کنند تا نیازهایشان را برآورده سازند؛ این نیازها ممکن است به یاس و نومیدی در آن‌ها منجر شود. همین امر سطح سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی افراد را کاهش می‌دهد.

در بحث رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد شغلی پرستاران، نتایج بیانگر آن است که بین تمام زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی (ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی زندگی، پذیرش خود) و عملکرد شغلی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($r=0.30$; $P=0.01$). بدین معنی که هر چه میزان ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی زندگی و پذیرش خود بیشتر باشد، عملکرد شغلی فرد نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس نتیجه می‌گیریم که فرضیه‌ی فوق در رابطه با اثر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن، بر عملکرد شغلی پرستاران تأیید می‌گردد. این نتایج همسو با یافته‌های Khodabakhsh و Mansuri (۲۰۱۰)؛ Vahedi و Ganizadeh (۲۰۱۰)؛ Uliondo (۲۰۰۴)؛ Flensburg-Madsen, Ventegodt, Merrick (۲۰۰۵، ۲۰۰۶)؛ Yamazaki, Togari؛ Sasaki، Flensburg-Madsen, Ventegodt، Merrick (۲۰۰۲)؛ Nakayama, Yamaki (۲۰۰۲)؛ Holmberg, Thelin و Stierström (۲۰۰۴)؛ Tofi، Flett و Timutimuthorope (۱۹۹۶) بود. همچنین Ganizadeh, Vahedi (۲۰۱۰) در مطالعات خود در رابطه با بهزیستی روان‌شناختی کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که بین بهزیستی روان‌شناختی با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. Uliondo (۲۰۰۴)، نیز در پژوهشی نشان داد که بین فاکتورهای بهزیستی روان‌شناختی و فعالیت‌های اجتماعی روزانه رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. Tofi، Flett و Timutimuthorope (۱۹۹۶)، در پژوهش‌های خود نشان دادند که بین بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد و افزایش رضایت شغلی و کاهش غیبت از کار رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. Thelin, Holmberg و Stierström (۲۰۰۴) در پژوهشی

نشان دادند که سطح مطلوب موفقیت شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی با موفقیت شغلی و روابط اجتماعی رابطه قوی دارد. در مقابل، Khodabakhsh و Mansuri (۲۰۱۰)، در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

در پاسخ به سؤال "سهم بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌بینی عملکرد شغلی پرستاران چقدر است؟" تحلیل رگرسیون چند متغیری گام‌به‌گام نشان داد که دو متغیر رشد شخصی و هدفمندی در زندگی پیش‌بینی‌کننده‌ی عملکرد شغلی می‌باشد که هر دو باهم ۱۰٪ واریانس عملکرد شغلی را پیش‌بینی می‌کنند. به این ترتیب که رشد شخصی به تنهایی ۸٪ از واریانس عملکرد شغلی و هدفمندی زندگی ۲٪ از واریانس عملکرد شغلی را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج همسو با یافته‌های Uliando (۲۰۰۴) و Khodabakhsh و Mansuri (۲۰۱۰) بود. Uliando (۲۰۰۴)، در پژوهشی دیگر نشان داد که فاکتورهای بهزیستی روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده فعالیت‌های اجتماعی می‌باشند و بین آن‌ها رابطه وجود دارد. Khodabakhsh و Mansuri (۲۰۱۰)، در بررسی نقش ابعاد انطباقی و غیر انطباقی و بهزیستی روان‌شناختی در فرسودگی شغلی و عملکرد نشان داد که مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده‌ی فرسودگی شغلی و عملکرد شغلی می‌باشند و بین آن‌ها رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

در بحث مقایسه بین بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش‌های ویژه و عادی، داده‌ها نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌دار بین دو گروه وجود دارد. بدین معنی که هر دو گروه ویژه و عادی در سه زیرمقیاس ارتباط مثبت با دیگران (میانگین ویژه: ۵۷/۸، میانگین عادی: ۵۵/۴، معنی‌داری: ۰/۰۱)، رشد شخصی (میانگین ویژه: ۵۸/۶، میانگین عادی: ۵۶/۲، معنی‌داری: ۰/۰۲) و پذیرش خود (میانگین ویژه: ۵۴/۲، میانگین عادی: ۵۲/۲، معنی‌داری: ۰/۰۵) دارای تفاوت معنی‌داری هستند. بدین ترتیب که میانگین بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش‌های ویژه در سه مقیاس ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی و پذیرش خود بالاتر از پرستاران بخش‌های غیره ویژه است. در تبیین این مسئله چنین می‌توان گفت که پرستاران بخش زیادی از ساعات فعالیت خود را به ارتباط با دیگران می‌پردازند و ارتباط مثبت با دیگران؛ به معنی داشتن رابطه با کیفیت (کلامی و غیرکلامی) و ارضاکننده با دیگران است. برقراری ارتباط در پرستاران به دو شکل انجام می‌شود، ارتباط با همکاران و... و ارتباط با بیمار. از آنجا که پرستارانی که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مشغول به کار هستند با بیماران بسیار بدحال به خصوص بخش‌های ویژه (ICU, CCU, NICU، و دیالیز) در ارتباط هستند؛ این خود باعث ایجاد تنش در پرستاران خواهد شد، لذا به نظر می‌رسد که پرستاران به خصوص پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه، سعی می‌کنند که بخشی از این تنش‌ها را از

طریق ارتباط مثبت با دیگران کاهش دهند. در بخش ارتباط با بیمار Naseeri (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای تحت عنوان: بررسی مقایسه‌ای میزان رعایت اصول ارتباط مؤثر پرستار بیمار از دیدگاه بیماران و پرستاران، نشان داد که اصول ارتباطی که پرستاران بیشتر رعایت می‌کنند شامل: در دسترس بیمار بودن، با تمام حواس توجه کردن به بیمار در موقع صحبت، سؤال کردن در مورد تغذیه بیمار، آموزش دادن به همراهان در مورد بیماری و در زدن در موقع ورود به اتاق بیمار است.

دیرزمانی نیست که پژوهشگران در ایران، مدیریت منابع انسانی را جزء دغدغه‌های خود قرار داده‌اند. سازمان‌ها تمرکز بر توسعه نقاط قوت کارکنان - توجه به نقاط ضعف آن‌ها - را مدنظر خود قرار داده‌اند. رشد شخصی، به معنای بالفعل شدن استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد به مرور و در طول زمان است که از نقاط قوت پرستاران به شمار می‌آید. معمولاً این‌گونه به نظر می‌رسد که در بخش‌های ویژه به علت شرایط کاری از پرستاران ماهر و متخصص استفاده می‌شود و پرستاران شاغل در این بخش‌ها شرایط بهتری برای نشان دادن استعدادها و توانایی‌ها بالقوه خود دارند ((Mani Mikaeli, 2010). او در مطالعه خود نشان داد که هدف اصلی هر فردی در زندگی شکوفایی قابلیت‌ها و توانایی‌ها و استعدادهای خود است. نتایج مطالعه Law و Chun, Wong (۱۹۹۶) نشان داد ترفیع و ارتقای حقوق یکی از مهم‌ترین عوامل رضایت شغلی است. به نظر Knowles (۲۰۱۰) شرایط محیط کار، نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت بهزیستی پرستاران دارد و بهبود شاخص‌های محیط کار می‌تواند نقش مهمی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران داشته باشد.

همچنین ارتباط مناسب نیز عامل مهمی در رضایت بیمار، نتایج مثبت درمان و موافقت بیمار با رویه‌های درمانی و مراقبتی می‌باشد (Park & Song, 2004). در بخش ارتباط با همکاران که شامل تعامل متقابل بین همکاران در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به یک هدف مشترک درمانی است. Frenchi و Kaplan (۲۰۰۳) مهم‌ترین عامل تنش‌زای شغلی را تعارض بین همکاران می‌دانند. پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه تلاش می‌کنند که بخشی از این تنش‌ها را از طریق حمایت‌های عاطفی، اجتماعی و همکاری در فعالیت‌ها کاهش دهند. محیط حمایتی در شغل باعث می‌شود تا پرستاران از بهزیستی روانی بهتری برخوردار بوده و از امکانات و منابع شغلی به‌طور مناسب بهره‌گیرند. در مقابل محیط‌های کاری فاقد حمایت‌های عاطفی، اجتماعی افراد، با مشکلات جدی در انجام فعالیت‌های مربوط به حرفه روبرو بوده و احساس ناکامی به آن‌ها دست می‌دهد.

در نتیجه استفاده از کمک و همدلی، همکاری نزدیکان و همکاران در هنگام بروز استرس و

مطرح نمودن مشکلات با آن‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد (Piko, 1999). وی در مطالعه خود به این نتیجه رسید که حمایت ارائه‌شده از طرف همکاران می‌تواند در کاهش تنش‌های شغلی و پیامدهای آن در پرستاران مؤثر باشد. در کل این‌گونه می‌توان نتیجه گرفت که رعایت اصول ذکرشده، باعث افزایش احساس ارتباط مثبت با دیگران می‌شود و منجر به افزایش بهزیستی روانی در پرستاران بخش ویژه می‌گردد.

پذیرش خود؛ توانایی دیدن و پذیرش نقاط ضعف و قوت خود. محیط حمایتی در شغل باعث می‌شود تا کارکنان توانایی دیدن و پذیرش نقاط ضعف و قوت خود را داشته و از امکانات و منابع شغلی به‌طور مناسب بهره‌گیرند. درحالی‌که در محیط کاری فاقد حمایت‌های لازم، فرد با مشکلات جدی در انجام فعالیت‌های مربوط به حرفه روبرو بوده و احساس ناکامی به وی دست می‌دهد، درنتیجه استفاده از کمک و همدلی، همکاری نزدیکان و همکاران در هنگام بروز تنش کاهش‌یافته و از مطرح نمودن مشکلات با آنان خودداری می‌نماید. افراد با خود ارزشیابی محوری بالا، خود را مستحق و سزاوار شادی و شادکامی می‌دانند و بر جنبه‌های مثبت شغل تمرکز می‌کنند. این افراد قادرند بر دشواری‌های زندگی غلبه کنند و تمایل دارند پیامدهای مثبت شغلشان را به تلاش و توانایی‌های خویش نسبت دهند تا به عواملی که فراتر از کنترل آنان است.

(rivastava, Locke, Judge & Adams, 2010; Kittinger, Walker, Cope & Wuensch, 2009)
تبیین آن‌ها بدین‌صورت است که تأثیر خود ارزشیابی‌های محوری بر خشنودی شغلی از طریق تعمیم هیجان صورت می‌گیرد. احساسات مثبت افراد در مورد خودشان به شغلشان منتقل می‌شود. تعمیم هیجانی همچنین می‌تواند به تعهد بالای فرد به سازمان و درنتیجه ارزیابی فرد از شغل و ویژگی‌های آن مانند استقلال و معناداری تکلیف منجر گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که بین بهزیستی روانی و عملکرد شغلی رابطه معناداری وجود دارد، بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی برای عملکرد شغلی باشد. همچنین بین بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش‌های ویژه و غیره ویژه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این دو گروه در سه زیرمقیاس ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی و پذیرش خود متفاوت هستند. بدین ترتیب که میانگین بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش‌های ویژه در سه مقیاس ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی و پذیرش خود بالاتر از پرستاران بخش‌های غیره ویژه است. شرایط محیط کار و ارتقاء شاخص‌های محیط کار منجر به بهبود بهزیستی روان‌شناختی در

پرستاران خواهد شد. به‌طور خیلی مختصر، نادیده گرفتن استعدادها و توانایی‌های پرستاران موجب عدم رشد شغلی شده و به‌تدریج بهزیستی آنان را به مخاطره می‌اندازد. همچنین رعایت اصول ارتباط سازنده؛ باعث افزایش احساس ارتباط مثبت با دیگران می‌شود و منجر به افزایش بهزیستی روانی در پرستاران بخش ویژه می‌گردد.

محدودیت‌ها

جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم‌یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای به وجود آورده‌اند که باید در نظر گرفته شوند؛ از جمله عدم همکاری شرکت‌کنندگان صرفاً به دلیل عدم انگیزه شرکت در پژوهش و یا مشغولیت زیاد در بخش‌ها. نمونه موردبررسی در این پژوهش به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد؛ بنابراین در تعمیم‌یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود.

پیشنهادهای

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های با حجم نمونه بیشتر همگن و در گروه‌های متفاوت از نظر شغلی انجام شود. در این دسته از پژوهش‌ها پیشنهاد می‌شود که متغیرهای بیشتری که سلامت جسمی و روانی پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد بررسی گردد. تکرار پژوهش‌های مشابه می‌تواند میزان درستی یافته‌های پژوهش حاضر را محک بزند و دامنه تعمیم‌پذیری آن‌ها را افزایش دهد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مهمی را برای مدیران و برنامه‌ریزان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی داشته باشد.

منابع

- ارشدی نسرین، شکرکن حسین (۱۳۸۶) بررسی رابطه فشار روانی ناشی از تعارض و ابهام نقش با عملکرد و خشنودی شغلی با توجه به اثرهای تعدیل‌کننده استقلال کاری و پیوستگی گروهی در کارکنان شرکت ملی مناطق نفت خیر جنوب - منطقه اهواز مجله علوم تربیتی و روانشناسی بهار و تابستان ۱۳۸۶؛ ۱۴(۱)-۲ (ویژه‌نامه روان‌شناسی): ۱۴۸-۱۲۹.
- خدابخش، محمدرضا؛ منصوری، پروین. (۱۳۸۹). بررسی نقش ابعاد انطباقی و غیر انطباقی شوخی و بهزیستی روان‌شناختی در فرسودگی شغلی پرستاران. مجله علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ۱۰(۳) و ۴، ۳۱-۲۰.
- کدیور، پروین. (۱۳۸۲). نقش باورهای خود کارآمد، خودگردانی و هوش در پیشرفت درسی دانش‌آموزان دبیرستانی. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- گلچین، ماهرخ (۱۳۷۲). بررسی میزان رضایت شغلی و عوامل مؤثر بر آن در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی استان زنجان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه شهید بهشتی.

- میرزا بیگی، غضنفر؛ سالمی، صدیقه؛ سنجر، مهناز؛ شیرازی، فاطمه؛ حیدری، شیوا؛ ملکی، صدیقه. (۱۳۸۸). رضایت شغلی پرستاران ایران. فصلنامه حیات. ۱۵(۱)، ۴۹-۵۹.
- میکائیلی منبع، فرزانه. (۱۳۸۸). روابط ساختاری بین بهزیستی روان‌شناختی باهوش هیجانی ادراک‌شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. ۹(۲)، ۱۰۳-۱۲۰.
- میکائیلی منبع، فرزانه. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دوره‌ی کارشناسی دانشگاه ارومیه. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد.
- نصیری م (۱۳۸۲) بررسی مقایسه‌ای میزان رعایت اصول ارتباط مؤثر پرستار بیمار از دیدگاه بیماران و پرستاران بیمارستان الزهرا (س) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری. مامایی.
- نعامی، عبدالزهرا (۱۳۸۱). شناسایی عوامل پیش‌بین‌کننده‌ی شغلی و بررسی روابط آن‌ها با خشنودی شغلی و رابطه متغیر اخیر با عملکرد شغلی و رفتار مدنی سازمانی کارکنان کارخانه‌های اهواز. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- واحدی، شهرام؛ غنی زاده، سمیه. (۱۳۸۹). الگوی تحلیل مسیر روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی روان‌شناختی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی در سلامت روان‌شناختی.
- AbualRub, R.F. (2004). Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses. *Journal Cf Nursing Scholarship*. 36(1), 73-78.
- Adibhagbagheri, M., Salsali, M., Ahmadi, M.A. (2004). Qualitative Study of Iranian Nurses Understanding and Experiences of Professional Power. *Human Resources for Health*. 2(9), 1-14.
- Angermeyere, MC. , Bull, N. , Bernert, S. , Dietrich, S. , Kopf, A.(2006). A Comparison between Parents of Psychiatric Patients and Nurses. *Arch Psychiatric Nurses*. 20(4), 58-65.
- Arushdi, N., & Shokorkon, H. (2007). The Study of relationship between stress of conflict, and ambiguity role with Performance and Job Satisfaction Due to the effects of job autonomy deflator And cohesion of a group of employees national oil company of the South. *Psychology and Educational Sciences*, 14(1-2), 129-148.
- Davern M. (2004). Subjective Well-Being as an Affective Construt (Dissertation). Melbourne: Deakin University.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., and Merrick, J. (2006) Sense of coherence and physical health. A cross sectional study using a new SOC scale (SOC II). *TSW-Holistic Health & Medicine* 1, 236-247.
- Fleorsborg-Madsen, T., Vetegodt, S., Merrick, J.(2005). Why Is Antonovskys Sense of Coherence not Correlated to Physical Health? Analyzing Antonovskys 29-item

- Sense of Coherence Scale (SOC). *Journal SCI world* .14 (5), 767-76.
- Frenchi M, Kaplan R. (2003) Job stress among nursing personel in dialysis unit. *J Nursing Research*; (3): 150-159.
- Gisele, M.(2002). Stress in Graduate Medical Degree.*Medical Journal of Australia*.17:10-11.
- Golchin, M. (1993). *A survey of job satisfaction And factors affecting it on Nurses in Zanjan's hospitals* (Master's Thesis), Shahid Beheshti.
- Hobfoll, S. E. (2001). The Influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Lead article. Applied Psychology*, 50, 337-370.
- Holmberg, S., Thelin, A., Stierström, EL. (2004). Relationship of Sense of Coherence to Other Psychosocial Indices. *Journal EUY Psychology Assess*. 20(4) , 227-36.
- Kadivar, P. (2003). The role of self-efficacy, Autonomy and intelligence In high school student's achievement. *Journal of Educational Psychology* of Chamran University.
- Kazemi, R., Amjad, S., Khan, D. (2008). Occupational Stress and Its Effect on Job Performance, A Case Study of Medical House Officers of District Abbottabad . *Journal Ayub Medical Abbottabad*. 20(3), 9-135
- Keyes, CLM. , Shmotikin, D. , Ryf, CD.(2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal Personal and Social psychology*. 82: 1007-1022.
- Khodabakhsh, M. R., & Mansour, P. (2010). Examine the role of adaptive and non-adaptive jolly and Psychological well-being exhausted in Burnout in nurses. *School of Nursing and Midwifery*, 10(3,4), 20-31.
- Kittinger, J. D., Walker, A. G., Cope, J. G & ., Wuensch, K. l. (2009). The relationship between core self-evaluations and affective commitment. *Institute of Behavioral and Applied Management*, 1, 68-92.
- Knowles J. (2010). Establishing a sustainable nursing workforce. *Nurs Manag*. 17 (4): 34-36.
- Lambert, VA. , Lambert, CE. , Petrini, M. , et al. (2007). Workplace and Personal Factors Associated with Physical and Mental Health in Hospital Nurses in China. *Journal Nurse Health SCI*.2:20-6.
- Lu, H. , while, A. E. ,& Barriball, L.(2007). Job Satisfaction and its Related Factors: A questionnaire Survey of Hospital Nurses in Mainland China. *International Journal of Nursing Studies*, 23, 110-116.
- Mikaeeli Mani, F. (2008). The study of status of psychological well-being In Urmia University undergraduates. *Medical Sciences and Health Services of Gonabad University*.
- Mikaeeli Mani, F. (2009). Relationships between psychological well-being and Perceived emotional intelligence, The ability to control negative thinking And depression in mothers of children with mental disabilities and Compared with mothers of normal children. *Journal Research in the field of Exceptional Children*, 9(2), 103-120.
- Mirzabeigi, G., Salemi, S., Sanjari, M., Shirazi, F., Headari, S., & Maleki, S. (2009). Job satisfaction of nurses of Iran. *Journal of Life*, 15(1), 49-59.
- Moke E, Chiu PC (2004) Issues and Innovations in nursing practice: Nurse– patient relationship in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 48 (5) 475.

- Naami, A. (2002). *Identify factors predictive of job satisfaction And their relationship with job satisfaction And the last variable relationship with job performance And organizational citizenship behavior in Ahvaz Factory workers*. (Psychology doctoral thesis), Chamran University, Ahvaz.
- Naseeri, M. (2003). The Study of effective principle of communication between patient and nurse in Point of view of patients and nurses in Azhra's hospital *Isfahan University of Medical Sciences Research projects*.
- Park EK, Song M (2004) Communication barriers perceived by older patient and nurses, *International Journal of Nursing Studies*. www.Elsevier.com/locate/. ijnursto.
- Piko B. (1999). Work related stress among nurses: A challenge for health institution. *J research social health*; 119(3):156-162.
- Ryff, CD., & Singer, B. (1998). Human health: New directions for the next millennium. *Psychological Inquiry*. 85 69, 9 –.
- Srivastava, A., Locke, E. A., Judge, T. A . & ,Adams. J. W. (2010). Core selfevaluations as causes of satisfaction: The mediating role of seeking task complexity *Journal of Vocational Behavior*, 83, 1-38.
- Thogersen- Ntoumani C, Fox KR.(2005). Physical Activty and Mental well-being typologies in Corporate Employees: A Mixed Methods Approach. *Work & Stress*. 19(1),50-97.
- Tofi T, Flett R, Timutimuthorope H.(1996). Problems Faced by pacific island Students at University on New Zealand: Some Effects on Academic performance and psychological Well- being. *New zealand journal of Educational studies*.31(1): 51-59.
- Togari, T., Yamazaki, Y., Sasaki, T., Yamaki, CK., Nakayama, K. (2002). Follow-up Study on the Effects of Sense of Coherence on Well –Being after Two Years in Japanese University Undergraduate Students. *Journal Personal individual different*. 44(6) ,1335-1347.
- Uliondo, A E. (2004). Predictors of General and Daily Subjective well-being (Dissettation). Melbourne: Deakin University.
- Vahedi, S. G., Somaeh. (2010). TheStudy of Relations between religious intrinsic motivation, Prayer , spiritual and psychological well-being And quality of life with psychological well-being of Students. *Journal of Psychological Health*.
- Williams, K.D., Sommer, K. L. (1997). Social ostracism by one's coworkers: Does rejection lead to loafing or compensation? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 693-706.
- Wong, S., Chun, H., &. Law, S. (1996). Casual relationship between attitudinal antecedents to turnover. *Academy of Management Best Papers Proceedings*. Vancouver 342-346
- Worsowicz, G. M., Stewart, D. G., Phillips, E. M., & Cifu, D. X. (2004). Geriatric rehabilitation. 1. Social and economic implications of aging. *Arch Phys Med Rehabil*, 85(7 Suppl 3), S3-6; quiz S27-30.

Effectiveness of Alpha/Theta Neurofeedback on the Big-Five Personality in Individuals with Dependent to Morphine

Soran Rajabi^a
Mohammad Narimani^b

^a Persian Gulf University

^b University of Mohaghegh Ardabili

Abstract:

considering the association between (8–13 Hz) and theta (4–8 Hz) with a hypnagogic state, the aim of this study was to treat addiction and five personality traits. Thirty-four male (age: 32.25 ± 4.12 years) diagnosed with Substance Use Disorder (opium addicted) were randomly assigned to (N = 16) and control group (N = 18). We applied Personality Inventory – Revised (NEO-FFI-R) and Rap Dip™ InstaTest. The analysis of variances in repeated measures revealed that twenty sessions of neurofeedback improved neuroticism (N) and openness (O) subscales significantly, but no significant difference in agreeableness (A), conscientiousness (C) and extraversion (E) subscales was shown between control and experimental groups. In addition, urine reduction was significantly more in experimental group (56.2% vs. 22.2%). Our results show that neurofeedback can be effective in treatment of addiction and improvement of personality trait in morphine-dependent adductors.

Keywords: Neurofeedback, EEG biofeedback, Addiction, the Big-Five Personality

*. sooranrajabi@pgu.ac.ir.

Pilot Study of development and validating the inventory
for husband-selection criteria in female students

Gholamreza Rajabi*
Maryam Ebrahimi
Reza Khojasteh-Mehr

Shahid Chamran University

Abstract:

The purpose of the research is to construct and validate the inventory to assess husband-selection criteria in female students. In this research 100 students were randomly selected from the female students living in student's dormitory of Shahid Chamran University, Ahvaz. The participants completed the Husband-Selection Criteria Inventory. Factor analysis (principle components analysis) indicated eight factors (behavioral characteristic, social skills, appearance characteristic, adjustment with situation, social-economic status, housekeeper skill, want children, intelligence and creativity) account for 67/32% of the variance. Data were indicative of high level of Cronbach's alpha for total inventory and extracted factors. Results of factor analysis is consistent with prior findings. Mate selection criteria inventory can be used in research and educational setting particularly for investigation of mate selection criteria.

Key words: husband-selection, factor analysis, validating.

[.rajabireza@scu.ac.ir](mailto:rajabireza@scu.ac.ir) *

Effect of group Logotherapy on increasing Mental
health of first grade high school boys

Edris Ranjbar
Mohsen Rasouli
Bagher Sanaee zaker

University of Kharazmi Tehran

Abstract:

the of this study was to examine the effect of group logo therapy on the improvement of mental health of first grade high school boys studying in boarding schools of Divandareh in the school year of 1390- 91. A sample of 83 students were selected randomly from the population and among then 20 students were chosen based on their scores in GHQ28 (scores of 23 and above). Subsequently they were assigned randomly to experimental and control groups. A pre test- post test semi-experimental design was used to compare the means of the two groups. Using multivariate analysis for analyzing data revealed that group logotherapy was effective in reducing corporal symptom, insomnia, social interaction and increasing general mental health of the students. However it did not decrease the depression symptoms finally we can conclude that group logotherapy is effective in increasing general mental health of dormitory students.

Keywords: mental health, Group logotherapy, adolescent.

* edris.ranjbar2010@gmail.com

The relationship between motivation and academic Ahmalkary
undergraduate students in Ferdowsi University of Mashhad

Efat lamei*
Zohre sephry
Hameid agamohamadeiyan

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract:

Academic procrastination prevents students from educational progress and would cause them undesirable and irretrievable consequences. Previous researches have shown that maladaptive motivational structure has the basic role in inappropriate behavior such as procrastinating of homework. The present study was conducted to evaluate the relationship between motivational structure and procrastination of Ferdowsi university of Mashhad students. A convenience sample of 97 undergraduate students (%47 males, SD=1.3, M=21) was participated in the study and voluntarily filled demographic list and PCI, SCI and PASS questionnaires. The results showed that: (1) Procrastination increases with independent variables of age and negative control emotion and decreases with the increase of independent variables of positive control emotion and adaptive emotion, (2) There is a significant positive correlation between adoptive emotional structure and educational progress i.e. adoptive emotional structure has a positive effect on educational progress, (3) There is a significant positive correlation between positive control emotion and adoptive emotional structure i.e. educational progress increases with positive control emotion, (4) There is a significant positive correlation between public control emotion and educational progress i.e. public control emotion has a positive effect on students' educational progress, (5) There is a significant negative correlation between adoptive emotional structure and academic procrastination i.e. adoptive emotional structure decreases academic procrastination.

Key words: Academic procrastination, Motivational structure, Educational progress, Sense of control

*. efat.lamei@yahoo.com

Impact of Story Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Emotional and Behavioral Disorders in Adolescents

Asghar Yavand Hassani*

Kiumars Farahbakhsh

Abdollah Shafie Abadi

Allameh Tabataba'i University

Abstract:

The aim of this study was to examine the effectiveness of story therapy and cognitive-behavioral therapy on reducing emotional and behavioral disorders in adolescents. Thirty high school students with emotional and behavioral disorders were selected by random sampling procedure and assigned in 3 groups. Each group consisted of 10 students, out of the groups 2 groups were experimental, and 1 control group. SCL-90-R test was given to the students to measure emotional and behavioral disorders. Cognitive-behavioral therapy program design by Michael Free (1999), and story therapy a combination of Gail Morton (2000), and doctor Burns (2005) were applied. To analyze of data ANOVA was employed. Result of this study revealed that in general, both treatments are effective on the reduction of depression, anxiety, hostility, phobias, paranoid thoughts, interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive and psychotic at the level of $P < 0.01$. In special story therapy had positive impact in reducing depression at $P < 0.05$ and cognitive-behavioral therapy had positive impact on depression and anxiety at $P < 0.05$.

Key words: Story therapy, Cognitive-behavioral therapy, Emotional and Behavioral disorders.

* a_yavand@yahoo.com

The Effectiveness of Emotionally Focused group Couple Therapy on Marital Satisfaction in couples referred to Counseling Center Education District 2 Mashhad

Ahmad Etemadi*
Hossein Ahmad Barabadi†

University of Bojnord

Abstract:

The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotionally focused group couple therapy on marital satisfaction. We used quasi-experimental design with a pretest, posttest and comparison group. The sample included 14 couples with marital conflicts, who were selected through a goal-oriented method and were randomly assigned into experimental and comparison groups. The Index of Marital Satisfaction (IMS) Scale was used in the pre-test and post-test. The experimental group received 20 two-hour sessions of emotionally focused group couple therapy. A comparison of differential scores using onewaycovariance analysis showed that there was a significant difference between the two groups. Therefore, it can be argued that emotionally focused group couple therapy improved marital satisfaction of the experimental group as compared to the comparison group.

Keywords: Couple Therapy, Emotionally Focused Group Couple Therapy, Marital Satisfaction.

*ahmad_etemadi@yahoo.com

†, University of Bojnord. brabadihossiena@yahoo.com.

Effectiveness of Neuropsychological Interventions on the Reading Components
(Speed, Accuracy and Understanding) of Students with Dyslexic

Mahnaz Jadidi Feighan*

Ahmad Abedi

Somaye Jamali

Soheila Safari

Maryam Jadidi Feighan

Isfahan University

Abstract:

Dyslexia is a disorder that reading achievement according to age, education and intelligence is lower than expected. This group of children has been affected in the field of neuropsychology. the aim of this study is to investigate the effectiveness of neuropsychological interventions in reading components (Speed, accuracy and understanding that are impaired in these children. The research was semi-experimental and the statistical population included third grade female students with dyslexic, among them 40 students were selected via cluster multistage random sampling and then divided into experimental group (Neuropsychological Interventions) and control group randomly. The assessment tools included Wechsler Intelligence Scale for Children , and the Reading Test of "Nama". analysis of Covariance showed that Neuropsychological Interventions are effective on the reading components (Speed, accuracy and understanding) of the dyslexic students ($P < 0/001$)., considering our findings it is recommended to professional learning disorders and psychologists to try to improve the reading performance of dyslexic students using this method.

Keywords: dyslexia; Neuropsychological Interventions; reading components.

* jadidi.mah16@yahoo.com

The Effectiveness of Reality Therapy Group on Identity
Styles of highschool Students of Mashhad

Manizheh Mesgari
Hossein Hassanabadi*
Hamid Nejat

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract:

In this research effectiveness of Reality Therapy group on identity styles (information, normative, diffusion & commitment) has been evaluated. 14 adolescent students from Mashhad city along with their mothers were randomly assigned to experimental & control groups. Before & after intervention, each group were tested by Berzonsky Identity Styles Inventory. multivariate covariance analysis showed that reality therapy has significant effect on improving information ($P=0.03$) and commitment ($p=0.009$) identity styles but has not significant effect on confusion ($p=0.15$) and normative ($p=0.25$) identity styles. this results means shows reality group therapy can be used for students with identity problems.

Key words: Information, Normative, Diffusion, commitment identity style, Reality Therapy Group

* hassan-a@um.ac.ir

Spirituality, time management and academic
achievement: Spiritual time-working

Hassan Boland*

Guilan university

Abstract:

The aim of this research is to prepare a ground for suggesting the construct of "spiritual time-working": (a set of inter-related cognitive, behavioral, and emotional components pertaining to time in a religious way of living) through studying the relationship between spirituality, time management and academic achievement. The "Students Spiritual Orientation Questionnaire" and The "Time Management Individual Skills Scale" were administered on 214 Guilan university students who was selected through multistage cluster random sampling and their past semester mean of scores was recorded as an academic achievement measure. Data was analysed according to both casual and correlational interpretations of variables relationships. The students who had higher spiritual tendencies were significantly more capable in time management than students with lower spiritual tendencies ($p < 0.001$). Spirituality (7.5%) and time management (6.3%) accounted for nearly the same amount of variations in academic achievement. Comparing 4 Groups, based on interactions between variables levels (High/Low Spirituality in Efficient/Inefficient Time Management) revealed that the positive effects of spirituality on academic achievement can compensate for lack of time management and vice versa ($p < 0.001$). If further research validates these findings, it can be shown that spirituality and religiosity entail some degree of efficiency in time management which can be explained by "spiritual time-working".

Keywords: Spirituality, Time management, Spiritual time-working, religiosity, Academic achievement

hassanboland@guilan.ac.ir*

Psychological Well-Being and Job
Performance of Nurses at Different Wards

Zohreh Kavooosi
Ali Reza Ghaderi*
Majid Moeenizadeh

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

The purpose of this study is to investigate relationship between the psychological well-being and job performance And comparig this relationship in nurses at different wards. The participants of study were selected through the available sampling procedure from Emam reza and Ghaem hospitals. The psychological well-being Questionnaire and performance Questionnaire were applied. analysis of variance (ANOVA) and multiples regression were revealed significant relationship between psychological well-being and job performance($P < 0/01$; $r = 0/30$). The results of T test correlation indicated significant differences between psychological well-being and job performance of nurses at different wards

Keywords: psychological well-being, job performance, nurses

* arghaderi44@yahoo.com

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 : Farzad Nasiri

- 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. 4, No 1, Spring - Summer 2014

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in

ISC

&

SID

and available via

Magiran

Noormags



Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol 4, No 1, (2014)

ISSN: 2251-6352

7

- | | |
|---|------|
| Effectiveness of Alpha/Theta Neurofeedback on the Big-Five Personality ...
Soran Rajabi, Mohammad Narimani | I |
| Pilot Study of development and validating the inventory for husband- ...
Gholamreza Rajabi, Maryam Ebrahimi, Reza Khojasteh-Mehr | II |
| Effect of group Logotherapy on increasing Mental health of first grade...
Edris Ranjbar, Mohsen Rasouli, Bagher Sanaee zaker | III |
| The relationship between motivation and academic Ahmalkary...
Efat Lamei, Zohre Sepehry, Hameid Aghamohamadeiyan | IV |
| Impact of Story Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing...
Asghar Yavand Hassani, Kiumars Farahbakhsh, Abdollah Shafie Abad | V |
| The Effectiveness of Emotionally Focused group Couple Therapy ...
Ahmad Etemadi, Hossein Ahmad Barabadi | VI |
| Effectiveness of Neuropsychological Interventions on the Reading...
Mahnaz Jadidi Feighan, Ahmad Abedi, Somaye Jamali, Soheila Safari, Maryam Jadidi Feighan | VII |
| The Effectiveness of Reality Therapy Group on Identity Styles of ...
Manizheh Mesgari, Hossein Hassanabadi, Hamid Nejat | VIII |
| Spirituality, time management and academic achievement: Spiritual...
Hassan Boland | IX |
| Psychological Well-Being and Job Performance of Nurses at Different ...
Zohreh Kavoosi, Ali Reza Ghaderi, Majid Moeenizadeh | X |