

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۴، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۳

دوفصلنامه علمی - پژوهشی



- | | |
|-----|---|
| ۴ | <p>اثر بخشی بازی درمانی خانواده محور بر تعامل مادر - فرزند و میزان پر خاشگری...
 مریم سادات کیا فر، سید امیر امین یزدی، حسین کارشکی</p> |
| ۱۹ | <p>اثر بخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه های اختلال افسردگی کودکان دبستانی
 مجتبی غلامزاده خدر، جلیل باباپور خیرالدین، حسن صبوری مقدم</p> |
| ۳۳ | <p>اثر بخشی آموزش برنامه فراشناخت پانورا و فیلپو بر عملکرد ریاضی در کودکان...
 راضیه عباسیان، احمد عابدی، زهرا سیفی، سحر نصر آزادانی</p> |
| ۵۱ | <p>بررسی میزان اثر بخشی زوج درمانی یکپارچه نگر بر کاهش افسردگی، علیم استرس
 جواد کریمی، منصور سودانی، مهناز مهرایی زاده هنرمند، عبدالکاظم نیسی</p> |
| ۶۹ | <p>اثر بخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر بهبود بیماران مبتلا به وسواس شستشو...
 تورج هاشمی، ام البنین بیک پور، نعیمه ماشینی عباسی، مجید محمودعلیلو</p> |
| ۸۲ | <p>بررسی و مقایسه بین ابعاد کمال گرایی، حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی
 محمود خباز، یوسف کریمی، نادر کریمیان، افشین شه بخش</p> |
| ۹۷ | <p>اثر بخشی آموزش مهارت های مقابله با استرس بر سلامت روان و عزت نفس
 سید علیرضا افشانی، نسرین عباسی</p> |
| ۱۱۰ | <p>اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علیم اختلال وسواس - اجبار
 فیروزه غضنفری، رامین سپهوند</p> |
| ۱۲۲ | <p>پیش بینی دلزدگی زناشویی از طریق همدم طلبی - دوری گزینی در دانشجویان زن متأهل
 راحله مهدویان فرد، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد، سونم قناعت باجگیرانی</p> |
| ۱۳۸ | <p>اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد چند وجهی بر خود پنداره و اهمال کاری
 احمد اعتمادی، محسن گل محمدیان</p> |

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 ۲، پاییز و زمستان 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 در تاج	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، دکتر معصومه اسماعیلی، دکتر محمد جواد اصغری ابراهیم آباد، دکتر امیر امین یزدی ، دکتر نور محمد بخشانی، دکتر محمد علی بشارت، دکتر فرشاد بهاری، دکتر ایمان الله بیگدلی، دکتر سید حسن علم الهدی، دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دکتر علی کیمیایی، دکتر علی مشهدی ، دکتر سید ابوالقاسم مهری نژاد، دکتر ناصر یوسفی

مدیر اجرایی 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

- ۴ اثر بخشی بازی درمانی خانواده محور بر تعامل مادر- فرزند و میزان پر خاشگری...
مریم سادات کیا فر، سید امیر امین یزیدی، حسین کارشکی
- ۱۹ اثر بخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه های اختلال افسردگی کودکان دبستانی
مجتبی غلامزاده خدر، جلیل باباپور خیرالدین، حسن صبور مقدم
- ۳۳ اثر بخشی آموزش برنامه ی فرا ساخت پانورا و فلیپو بر عملکرد ریاضی در کودکان...
راضیه عباسیان، احمد عابدی، زهرا سیفی، سحر نصر آزادانی
- ۵۱ بررسی میزان اثر بخشی زوج درمانی یکپارچه نگر بر کاهش افسردگی، علایم استرس
جواد کریمی، منصور سودانی، مهناز مهرابی زاده هنرمند، عبدالکاظم نیسی
- ۶۹ اثر بخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر بهبود بیماران مبتلا به وسواس شستشو...
تورج هاشمی، ام البنین بیک پور، نعیمه ماشینچی عباسی، مجید محمودعلیلو
- ۸۲ بررسی و مقایسه بین ابعاد کمال گرایی، حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی
محمود خباز، یوسف کریمی، نادر کریمیان، افشین شه بخش
- ۹۷ اثر بخشی آموزش مهارت های مقابله با استرس بر سلامت روان و عزت نفس....
سید علیرضا افشانی، نسرين عباسی
- ۱۱۰ اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم اختلال وسواس - اجبار
فیروزه غضنفری، رامین سپهوند،
- ۱۲۲ پیش بینی دلزدگی زناشویی از طریق همدم طلبی- دوری گزینی در دانشجویان زن متأهل....
راحله مهدویان فرد، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد، سونه قناعت باجگیرانی
- ۱۳۸ اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد چند وجهی بر خود پنداره و اهمال کاری
احمد اعتمادی، محسن گل محمدیان



کیافر، مریم سادات؛ امین یزدی، سید امیر؛ کارشکی، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی خانواده محور بر تعامل مادر- فرزند و میزان پر خاشگری کودکان پیش دبستانی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۲)، ۱۸-۴.

اثربخشی بازی درمانی خانواده محور بر تعامل مادر- فرزند و میزان پر خاشگری کودکان پیش دبستانی

مریم سادات کیافر^۱، سید امیر امین یزدی^۲، حسین کارشکی^۳

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۳ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱۴

چکیده

با توجه به این موضوع که نوع رابطه والد- فرزند نقش بسزایی در رشد یا اختلال کودک دارد. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر خانواده بر بهبود رابطه مادر- فرزند و کاهش پر خاشگری انجام شد. در یک طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل، ۲۷ کودک با نشانه های پر خاشگری با نمونه گیری هدفمند در دو گروه آزمایش (۱۰) و گروه کنترل (۱۷) قرار گرفتند. آزمودنی های گروه آزمایش مداخلات مبتنی بر رویکرد رشد یکپارچه انسان و گروه کنترل مداخله نما (ایمنی در خیابان) را دریافت کرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه رابطه مادر- فرزند و پرسشنامه پر خاشگری کودکان پیش دبستانی بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد مداخلات رابطه مثبت کلی مادر- فرزند را به طور معناداری افزایش و خرده مقیاس های تعارض و وابستگی را به طور معناداری کاهش داد اما در خرده مقیاس نزدیکی افزایش معناداری حاصل نشد همچنین پر خاشگری به طور معناداری کاهش یافت. مداخلات توانست رابطه مادر- فرزند را بهبود بخشیده و پر خاشگری را کاهش دهد. این امر لزوم طراحی یک مداخله جامع و در ارتباط با انواع چالش های رشدی دوران کودکی را آشکار می سازد.

واژه های کلیدی: فلور تایم، رابطه والد- فرزند، پر خاشگری، کودکان، تحول، تفاوت های فردی، ارتباط

۱. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد kiafar110@gmail.com

۲. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

۳. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

مقدمه

سلامت روان افراد در بزرگسالی تا حد زیادی به میزان و کیفیت تعاملات دوران کودکی آنها بستگی دارد. خانواده اولین منبع حمایت از کودکان برای بهداشت روان است. اینکه فرد در جریان رشد، تعامل مناسبی با والدین و همسالان داشته باشد و هیجانات مثبتی را تجربه کرده باشد در سلامت روان و در نتیجه در تعاملات اجتماعی، یادگیری و غیره شرایط مطلوب تری خواهد داشت (Jannesar, 2011). چالش در تعامل والد-فرزند رشد کودک را در معرض خطر قرار می دهد (Laing, Ungerer, Taylor et al, 2010). طرد، نبود محبت، نمایش عاطفی سطحی، خصومت و غیره بر روی کودکان تأثیر می گذارد و آنها را مستعد بروز مشکلات هیجانی رفتاری می نماید (Mantymaa, Puura, Luoma, et al, 2004).

یکی از این مشکلات هیجانی- رفتاری که خانواده ها و مربیان مهدهای کودک با آن روبه رو هستند پرخاشگری است. در چند دهه گذشته پرخاشگری کودکان یکی از گسترده ترین موضوعات مطالعاتی در رشد کودک و از دلایل مهم ارجاع به مراکز مشاوره است (Doh, 2012). پرخاشگری را می توان به عنوان رفتاری تعریف کرد که منجر به آسیب و صدمه زدن به دیگران می شود. یکی از انواع پرخاشگری که در اوایل سال های پیش دبستانی پدیدار می شود پرخاشگری خصمانه است که شامل دو حالت پرخاشگری آشکار و رابطه ای است (Rajab-Pour, Makvand- Housseini & Rafie- Nia, 2012). پرخاشگری آشکار شامل آسیب یا تهدید به آسیب رساندن فیزیکی به شخص دیگر مثل لگد زدن، هل دادن، گاز گرفتن، مشت زدن، ضربه زدن و غیره است (Ostrov & Bishop, 2008). پرخاشگری رابطه ای با هدف آسیب به روابط انجام می گیرد و می تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم باشد. به طور مثال در پرخاشگری رابطه ای مستقیم کودک دوستش را به قطع رابطه تهدید می کند با این هدف که در موقعیت اجتماعی خواسته او را قبول و از او اطاعت و پیروی کند و پرخاشگری رابطه ای غیرمستقیم مانند گسترش شایعات مغرضانه در مورد رقیب می باشد (Risser, 2013).

تاکنون پژوهش های مختلفی در داخل و خارج برای کاهش مشکل پرخاشگری کودکان مورد استفاده قرار گرفته است مانند استفاده از هنر نقاشی (Nezadi Kashani, Mirzamani, Davarmanesh et al, 2010)، آموزش هوش هیجانی (Kimiae, Raftar & Soltanifar, 2011)، آموزش مهارت های اجتماعی (Nangle, Erdley, Carpenter & et al, 2002 & Kim, Doh, Hong & et al, 2011) اما اکثر تحقیقات درمان انفرادی کودک را مدنظر قرار داده اند. این پژوهش قصد دارد با بهره گیری از رویکرد

تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط^۱ نگاهی جامع به چالش‌های رشدی کودک داشته باشد. این رویکرد توسط گرینسپن و وایدر در سال ۱۹۹۷ مطرح شد که شامل سه جزء است،^۲ D به معنای تحول است و به وجود مراحل برای رشد روانشناختی انسان اشاره دارد که خود شامل شش مرحله می‌باشد (تنظیم و توجه، جذب شدن به انسان‌ها، حل مسئله اجتماعی، شکل‌گیری ایده‌ها و پل زدن بین ایده‌ها و ایجاد تفکر منطقی)،^۳ I به تفاوت‌های فردی اشاره دارد. تفاوت در پردازش حسی و طرح‌ریزی حرکتی و سازمان‌دهی باعث عملکرد متفاوت کودکان در تعامل با دیگران و محیط می‌شود.^۴ R به نقش ارتباط در تحول انسان اشاره دارد. چگونگی روابط کودک با مراقبان و کیفیت تعاملات عاطفی و اجتماعی با دیگران که تحت تأثیر ویژگی‌های زیستی و سبک تعامل و تربیت والدین می‌باشد، تعیین‌کننده نهایی چگونگی تحول روانشناختی کودک می‌باشد (Amin yazdi, 2012). این رویکرد در هرکدام از سه جزء اصلی مطرح‌شده دیدگاهی جامع نسبت به پرخاشگری دارد. در حیطه تفاوت‌های فردی این رویکرد معتقد است که کودکان پرخاشگر در پردازش حسی^۵ (Klein, Laish-Mishali & Jaegermann, 2007) تعدیل حسی^۶ شامل بیش واکنشی^۷ یا کم واکنشی^۸ در هرکدام از مسیرهای حسی (Amin yazdi, 2012) (Jannesar, 2011) حس جویی^۹ (Greenspan & Wieder, 2000) دارای مشکلاتی هستند. همچنین این کودکان در تنظیم خلق، جذب و صمیمیت با انسان‌ها، حل مسئله، شکل‌گیری ایده‌های هیجانی مثبت و ارتباط بین ایده‌ها به‌منظور ایجاد تفکر منطقی با چالش‌هایی روبه‌رو هستند (Greenspan, 2007).

در نهایت باید عنوان کرد که گرینسپن نظریه پرداز رویکرد رشد یکپارچه انسان معتقد است که این کودکان در مسائل ارتباطی نیز مشکلاتی دارند. به همین دلیل در ارتباط دوطرفه به تمرین و مهارت بیشتری نیاز دارند و به‌طور ویژه نیازمند لذت مشترک، توجه مشترک، صمیمیت و حلقه‌های ارتباطی در بازی و دیگر تعاملات لذت‌بخش هستند (Greenspan & Wieder, 2006). در نتیجه می‌توان عنوان کرد که مجموع عوامل زیستی و ارتباطی می‌تواند تأثیرات مستقیمی بر رفتارهای پرخاشگرانه کودکان داشته باشد (Salahshor, 1999). این رویکرد با توجه به مبانی نظری خود برای هموار کردن چالش‌های رشدی و

1. Developmental, Individual difference, Relationship

2. Development

3. Individual difference

4. Relation

5. Sensory processing

6. Sensory modulation

7. Over sensitive

8. Under sensitive

9. Sensory seeker

کمک به مراقب برای ایجاد روابط هیجانی سالم با کودک طرح درمانی با عنوان فلورتایم^۱ دارد. فلورتایم شامل برنامه جامعی برای نوزادان، کودکان و خانواده‌هایشان با مسائل و چالش‌های رشدی گوناگون است. همچنین یک دوره بدون ساختار، بازی و گفت‌وگوی خودجوش است که در آن بزرگسال میل و علاقه کودک را دنبال می‌کند و با کودک جهان مشترکی را شکل می‌دهد فرایند فعال تعامل رفت و برگشتی متناسب با سطح تحولی کودک است و هدف از آن نیرومند کردن هریک از ظرفیت‌های تحولی و عملکردی کودک است که بر روی هم توانایی‌های سطح بالاتر را پی‌ریزی می‌کنند (Greenspan & Wieder, 2006, Greenspan, 2003). والدین به‌عنوان عوامل درمانی در جلسات درمان می‌آموزند که چگونه تعاملات رفت و برگشتی با کودک خود داشته باشند تا به رشد فیزیکی، رشد زبان، رشد هیجانی اجتماعی، رشد ریاضی و... نوزادان و کودکان خود کمک کنند (Floor Time Activities for Infants, 2010). در حقیقت این رویکرد برخلاف بسیاری از تحقیقات به‌جای درمان انفرادی بافت واقعی زندگی کودک را هدف قرار می‌دهد و برخلاف بسیاری از تحقیقات علاوه بر مسائل ارتباطی والد فرزند، تفاوت‌های زیستی و مراحل رشد او را نیز مدنظر قرار می‌دهد در نتیجه به رویکرد رشد یکپارچه انسان ملقب شده است. از این رویکرد در گذشته بیشتر در ارتباط با اتیسم بهره گرفته شده است (Greenspan & Wieder, 1997 and Statewide, 2009 and Solomon et al, 2007 and Dionne.& Martini, 2011). از آنجایی که این رویکرد در پژوهش‌های قبلی بیشتر متمرکز بر کودکان اتیسم بوده، این پژوهش قصد دارد میزان اثربخشی رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط/ بازی درمانی خانواده محور را در ارتباط با بهبود تعامل مادر- فرزند و کاهش پرخاشگری کودکان مورد بررسی قرار دهد. آیا مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط/ بازی درمانی خانواده محور می‌تواند تعامل مادر- فرزند را بهبود داده و از میزان پرخاشگری کودکان بکاهد؟

روش

طرح پژوهش

با توجه به اینکه هدف این تحقیق، تعیین میزان اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر خانواده بر بهبود رابطه مادر- فرزند و کاهش پرخاشگری بود، لذا از روش تحقیق شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. در این طرح، گروه آزمایشی که شامل ۱۰ والد- فرزند است که نه جلسه آموزش‌های لازم را متناسب با رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط را دریافت می‌کنند

1. Floortime

با گروه کنترل که چهار جلسه مداخله نما (کتاب داستان با محتوای خیابان و ایمنی آن شامل پل عابر پیاده، خط‌کشی عابر پیاده، چراغ راهنمایی، استفاده از کلاه و کمربند ایمنی) را دریافت می‌کنند، مورد مقایسه قرار گرفتند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر را کلیه کودکان منطقه متوسط شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ تشکیل دادند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع هدفمند است. در این نوع نمونه‌گیری محقق سعی می‌کند با استفاده از تلاش سنجیده نمونه‌ای انتخاب کند که در حد امکان معرف جامعه مورد مطالعه باشد. بدین صورت که ابتدا مقیاس پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی به خانواده‌ها داده شد و بعد از نمره‌گذاری کودکانی که بیشترین نمره را در مقیاس پرخاشگری به دست آوردند به عنوان کودکان پرخاشگر تلقی شدند و به صورت تصادفی ۱۰ مادر-فرزند در گروه آزمایش و ۱۷ کودک در گروه کنترل قرار گرفتند؛ و سپس پرسشنامه رابطه والد-فرزند جهت تکمیل کار به مادران این دو گروه داده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی

ابزار مورد استفاده برای سنجش پرخاشگری مقیاس پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی است که توسط (Vahedi, Fathiazar, Hosseini-Nasab et al, 2008) تهیه شده است. این مقیاس شامل ۴۳ سؤال با رتبه‌بندی لیکرت ۵ گزینه‌ای (اصلاً، به ندرت، یک‌بار در هفته، اغلب روزها) است که برای ارزیابی پرخاشگری کلامی-تهاجمی، فیزیکی تهاجمی، رابطه‌ای و خشم‌تکانشی کودکان پیش‌دبستانی طراحی شده است. نمره این مقیاس می‌تواند بین ۰ تا ۱۶۸ باشد که نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای پرخاشگری است. کودکان دختر با نمره‌ای بالاتر از ۱۱۷ و کودکان پسر با نمره‌ای بالاتر از ۱۲۵ پرخاشگر شناخته می‌شوند. ضریب روایی سازه به روش تحلیل عاملی ($KMO = 0/95$) می‌باشد که بسیار رضایت‌بخش است. همچنین جهت محاسبه روایی هم‌زمان از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد که برابر با $0/61$ و در سطح $0/01$ معنادار است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ در کل مقیاس $0/98$ گزارش شده است. ضریب پایایی برای هر خرده مقیاس کلامی-تهاجمی سؤالات ۱ تا $0/93$ ۱۴، فیزیکی-تهاجمی سؤالات ۱۵-۲۷ $0/92$ ، رابطه‌ای سؤالات ۲۸ تا $0/94$ ۳۶ و خشم‌تکانشی سؤالات ۳۶ تا $0/88$ ۴۳ می‌باشد.

پرسش‌نامه رابطه مادر-فرزند

برای بررسی رابطه مادر- فرزند از مقیاس رابطه والد- فرزند که بر روی مادر اجرا می شود استفاده شد. این مقیاس توسط پیانتا (Pianta) برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ سؤال است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با فرزند می سنجد. این مقیاس دارای حوزه های نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه مثبت کلی مادر فرزند می باشد. یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۵ کاملاً موافقم تا ۱ کاملاً مخالفم را در برمی گیرد. رابطه مثبت کلی که همان نمره کل است از مجموع نمرات حوزه نزدیکی و معکوس نمرات حوزه تعارض و وابستگی به دست می آید. روایی محتوایی و پایایی این پرسش نامه توسط (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri, 2010) به دست آمده است. این مقیاس شامل حوزه های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی می باشد که هر کدام به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۸۳، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۴ منطبق هستند. پایایی این حوزه ها در مطالعه ابارشی و همکاران نیز به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ گزارش شد. به دلیل این که نمونه مورد مطالعه ابارشی و همکاران مادران کودکان ۰ تا ۳ ساله بودند برخی از سؤالات پرسش نامه حذف گردید و از ۳۳ سؤال به ۲۴ سؤال تقلیل یافت. به همین دلیل در پژوهش مفرد، روایی و پایایی مقیاس ۳۳ آیتمی آن مورد محاسبه قرار گرفت و برای احراز روایی و پایایی این مقیاس از روایی سازه به شیوه تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ استفاده شد و مدل برازش لازم را داشت. همچنین آلفای کرونباخ در حوزه نزدیکی برابر با ۰/۷۴، در حوزه وابستگی ۰/۵۰، در حوزه تعارض ۰/۸۷ می باشد (Mofrad, 2011).

روش اجرای پژوهش

بعد از غربال کودکان پرخاشگر، پرسش نامه رابطه مادر- فرزند به مادران این دو گروه داده شد. سپس ۱۰ مادر- فرزند هفته ای یک بار به مدت ۹ جلسه در محیط مهد کودک آموزش های مرتبط با رویکرد تحولی تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط را دریافت می کردند. این آموزش ها شامل آشنایی مادران با تفاوت های فردی کودک و سپس کشف آن ها در کودک خودشان بود. مادران نحوه ارتباط مناسب با ویژگی های کودک خود را دریافت کردند. به طور مثال اگر کودکی بیش واکنشی حسی در لامسه است یعنی لمسی که برای کودکان دیگر لذت بخش است برای این کودک آزاردهنده است مادر باید تحریک بهینه را برای کودک فراهم نماید تا ارتباط والد- فرزند دچار سردی و چالش نگردد. در مرحله بعد مراحل رشد هیجانی کارکردی مطابق با رویکرد گرینسپن برای والدین توضیح داده شد و مهارتی که در هر مرحله کودک باید به دست آورد عنوان شد و جهت فهم بهتر و کاربردی شدن آن

تکالیفی داده می‌شد و نتایج مورد بررسی قرار می‌گرفت و سپس کار پژوهش به‌طور اختصاصی وارد رویکرد درمانی این حیطه یعنی بازی‌درمانی مبتنی بر خانواده/فلورتایم گشت. ابتدا درباره شرایط یک بازی‌درمانی خوب که شامل توجه به زمان، محیط فیزیکی بازی، لذت بردی حین بازی و... است، توضیحاتی داده شد. بازی مادر-فرزند مورد مشاهده مستقیم قرار می‌گرفت و بازخوردهای لازم جهت اصلاح رابطه داده می‌شد. در مورد حلقه‌های ارتباطی رفت و برگشتی، طولانی کردن آن و صحبت از افکار، نیت، احساسات و اهداف شخصیت‌های بازی، آگاهی هیجانی و گسترش استدلال در جریان بازی توضیحات لازم داده می‌شد و در ارتباطات و بازی والد-فرزند مورد مشاهده مستقیم و اصلاح قرار می‌گرفت. پس از اجرای برنامه‌های آموزشی از والدین هر دو گروه خواسته شد که پرسش‌نامه پرخاشگری و رابطه مادر-فرزند را دوباره کامل کنند.

برنامه مداخله بازی‌درمانی خانواده محور	
شماره جلسه	فعالیت آموزش داده شده
اول	آشنایی؛ اعتمادسازی، بیان اهمیت دوران کودکی
دوم	بیان تفاوت‌های فردی و کشف آن از سوی والد در کودک خودش
سوم و چهارم	بیان مراحل رشد کودک (۶ مرحله مطابق با رویکرد گرینسپن)
پنجم	بیان شرایط بازی مثل مکان، زمان محیط فیزیکی و اهمیت دنبال کردن میل کودک و تأکید بر توجه و تأکید بر عمل در بازی روزانه با کودک.
ششم	مشاهده بازی مادر کودک و بیان مطالبی پیرامون حلقه‌های ارتباطی و طولانی کردن آن.
هفتم	مشاهده بازی مادر کودک و دادن بازخوردهای لازم مطابق با مباحث مطرح شده در جلسات گذشته، بیان مطالبی پیرامون آگاهی و بیان هیجانی و گسترش استدلال و کلام در خلال بازی
هشتم و نهم	مشاهده بازی مادر کودک، بحث پیرامون همدلی و خلاصه و مرور کل جلسات

نتایج

داده‌های بدست آمده از موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار حاصل شده از ۲۷ آزمودنی به شرح زیر است.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه مادر-فرزند

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		اختلاف پیش و پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	d	p
نزدیکی	آزمایش	۳۷,۱۰	۵,۰۲۱	۳۸,۷۰	۶,۱۲۹	-۱,۶	۰,۲۹
	کنترل	۳۸,۴۱	۵,۳۶۳	۳۷,۴۷	۵,۶۵۸	۰,۸۵۱	۰,۴۷
وابستگی	آزمایش	۲۲,۱۰	۲,۸۰۷	۱۸,۶۰	۲,۲۸۳	-۳,۵	۰,۰۰۲
	کنترل	۲۳,۳۵	۴,۰۷۶	۲۳,۱۲	۳,۷۷۳	۰,۳۶۵	۰,۷۲
تعارض	آزمایش	۶۲,۸۰	۱۱,۹۱۵	۴۸,۵۰	۹,۴۱۹	۱۴,۳	۰,۰۰۱
	کنترل	۶۱,۷۶	۸,۲۱۲	۶۲,۱۲	۷,۵۵۷	-۰,۳۳۵	۰,۷۴
رابطه مثبت کلی	آزمایش	۹۵,۹۰	۱۷,۵۲۱	۱۱۳,۵۰	۱۲,۴۶۶	-۱۷,۶	۰,۰۰۲
	کنترل	۹۷,۳۵	۱۲,۱۹۶	۹۷,۳۵	۱۲,۵۷۰	۰,۰۰۰	۱,۰۰۰

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار دو گروه بازی درمانی مبتنی بر خانواده و کنترل در چهار بعد نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی گزارش شده است. در طول زمان (اختلاف پیش‌آزمون و پس‌آزمون) به غیر از بعد نزدیکی، کاهش تعارض و وابستگی و بهبود رابطه مثبت کلی برای گروه آزمایش معنادار می‌باشد ($p < ۰,۰۱$)؛ اما در گروه کنترل هیچ کدام از تفاوت‌ها معنادار نمی‌باشد ($p < ۰,۰۵$).

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرخاشگری

گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		اختلاف پیش و پس‌آزمون	
		میانگین	std	میانگین	std	d	p
آزمایش	۱۰	۶۶,۶۰	۱۰,۴۹	۳۰,۲۰	۱۲,۴۷	۳۶,۴۰	۰,۰۰۰
کنترل	۱۷	۶۲,۸۶	۱۱,۲۱	۶۰,۳۵	۱۶,۵۴	۲,۵۱	۰,۴۷۶

همان‌طور که تحلیل‌ها نشان می‌دهد پرخاشگری گروه آزمایش ۳۶,۴۰ نمره کاهش داشته در صورتی که گروه کنترل تنها ۲,۵۱ نمره کاهش پرخاشگری داشته است. کاهش پرخاشگری در گروه آزمایش در طول زمان معنادار می‌باشد ($p < ۰,۰۰۱$)؛ اما در گروه کنترل تفاوت معنادار نمی‌باشد ($p < ۰,۰۵$).

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون برای متغیر رابطه مادر-فرزند در دو گروه^۱

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p-value	η^2	توان آماری
نزدیکی	پیش‌آزمون	۱۹,۵۷۸	۱	۱۹,۵۷۸	۱,۰۴۲	۰,۳۱	۰,۰۴	۰,۱۶
	گروه	۳۶,۵۴۴	۱	۳۶,۵۴۴	۱,۹۴۴	۰,۱۷	۰,۰۸	۰,۲۶
	خطا	۳۹۴,۸۳۶	۲۱	۱۸,۸۰۲				
	کل	۳۹۶۹۶	۲۷					
وابستگی	پیش‌آزمون	۶,۸۶۲	۱	۶,۸۶۲	۱,۰۹	۰,۳۰	۰,۰۵	۰,۱۷
	گروه	۷۴,۱۰۱	۱	۷۴,۱۰۱	۱۱,۸۱۹	۰,۰۰۲	۰,۳۶	۰,۹۰
	خطا	۱۳۱,۶۵۹	۲۱	۶,۲۶۹				
	کل	۱۲۸۴۵	۲۷					
تعارض	پیش‌آزمون	۲۸,۵۸۲	۱	۲۸,۵۸۲	۰,۵۲۷	۰,۴۷	۰,۰۲	۰,۱۰
	گروه	۱۳۳۷,۵۴۸	۱	۱۳۳۷,۵۴۸	۲۴,۶۷۹	۰,۰۰۰	۰,۵۴	۰,۹۹
	خطا	۱۱۳۸,۱۶۹	۲۱	۵۴,۱۹۹				
	کل	۹۱۱۴۶	۲۷					
رابطه مثبت کلی	پیش‌آزمون	۳,۲۶۷	۱	۳,۲۶۷	۰,۰۲	۰,۸۶	۰,۰۰۱	۰,۰۵
	گروه	۱۹۷۷,۸۰۰	۱	۱۹۷۷,۸۰۰	۱۷,۳۶۴	۰,۰۰۰	۰,۴۵	۰,۹۷
	خطا	۲۳۹۱,۹۴۵	۲۱	۱۱۳,۹۰۲				
	کل	۲۹۳۸۶۸	۲۷					

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج به‌دست‌آمده از مقایسه پس‌آزمون رابطه مادر-فرزند در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش، بین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌غیر از خرده‌مقیاس نزدیکی تفاوت معناداری وجود دارد؛ که با مراجعه به جدول میانگین‌ها (۱) می‌توان به اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر خانواده پی برد.

۱. لازم به ذکر است که بعد از حذف تصادفی ۷ نفر از گروه کنترل به منظور مساوی شدن تعداد افراد باز هم نتایج با تعداد نابرابر افراد در معناداری آیت‌ها یکسان بود
 نزدیکی ($F_{(1,18)}=1,225, p=0,28, \text{partial } \eta^2=0,08$)
 وابستگی ($F_{(1,18)}=9,219, p=0,009, \text{partial } \eta^2=0,39$)
 تعارض ($F_{(1,18)}=17,985, p=0,001, \text{partial } \eta^2=0,56$)
 رابطه مثبت کلی ($F_{(1,18)}=11,945, p=0,004, \text{partial } \eta^2=0,46$)

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون برای متغیر پر خاشگری در دو گروه^۱

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	p-value	η^2	توان آماری
پیش آزمون	۲۰۵۷,۸۶۲	۱	۲۰۵۷,۸۶۲	۱۳,۲۷۱	۰,۰۰۱	۰,۳۵	۰,۹۳
گروه	۶۷۷۰,۷۱۶	۱	۶۷۷۰,۷۱۶	۴۳,۶۶۳	۰,۰۰۰	۰,۶۴	۱,۰۰
خطا	۳۷۲۱,۶۲۰	۲۴	۱۵۵,۰۶۸				
کل	۷۶۸۲۲	۲۷					

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون پر خاشگری در دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش، نمرات کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است ($\eta^2 = ۰,۶۴$, $p < ۰,۰۰۱$). $F(۱,۲۴) = ۴۳,۶۶۳$ که با مراجعه به جدول میانگین ها (۲) می توان به اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر خانواده پی برد.

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مداخله بازی درمانی خانواده محور بر بهبود تعامل مادر-فرزند و کاهش پر خاشگری کودکان انجام گردید. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که رابطه مثبت کلی مادر-فرزند در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرد. نتایج این تحقیق با یافته های (Topham, Wampler, Titus & Rolling, 2011 & Vanfleet, 2012) هم خوان است و با یافته های (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri, 2010 & Madani, 2011) هم خوان نمی باشد. وان فیلت^۲ (۲۰۰۵) با انجام فیلال تراپی (بازی درمانی با محوریت کودک)، بهبود رابطه والد-فرزند، افزایش پذیرش و مهارت های والدینی و کاهش استرس های والدینی را مشاهده کردند (Vanfleet, 2012). همچنین محققان در یک مطالعه مقدماتی با ۲۷ خانواده دریافتند که والدین در ابتدا سطح بالاتری از استرس و تنظیم هیجانی ضعیف تر داشتند اما بعد از فیلال تراپی پذیرش والدینی افزایش و مشکلات رفتاری کودکان کاهش یافت (Topham, Wampler, Titus & Rolling, 2011).

۱. لازم به ذکر است که بعد از حذف تصادفی ۷ نفر از گروه کنترل به منظور مساوی شدن تعداد افراد متغیر پر خاشگری نیز مانند رابطه مادر-فرزند در معناداری تفاوتی ایجاد نکرد.
 پر خاشگری ($F(۱,۱۸) = ۲۰,۹۹۸$, $p < ۰,۰۰۱$, partial $\eta^2 = ۰,۵۵$)

^۲ Vanfleet

در دو تحقیق با انجام مداخلات در رابطه مثبت کلی مادر- فرزند بهبودی معناداری را نیافتند (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri 2010 & Madani, 2011). در تبیین علت چنین پیامدی مطرح می‌کند که زندگی گروهی فرزندان بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم خانه‌های کودک و تمرکز نداشتن مراقب با زوج کودک در نظر گرفته‌شده در طی فرایند پژوهش در مقایسه با اجرای پرسش‌نامه در بین زوج مراقب- کودک در خانواده‌ها باعث چنین نتیجه‌ای شده است. به این معنا که مراقبین گاهی به خاطر شرایط کار عوض می‌شدند و این باعث عدم تمرکز بین زوج مراقب کودک در نظر گرفته، می‌شد (Madani, 2011). اما در پژوهش حاضر به علت مطرح شدن تفاوت‌های فردی کودکان و کشف آن از سوی مادر و فراهم کردن تحریک بهینه متناسب با آن، همچنین تأکید بر ارتباطات هیجانی، ایجاد و تداوم بخشیدن آن در جریان بازی روزانه با کودک و مشاهده آن توسط درمانگر و دادن بازخوردهای لازم متناسب با زوج مادر- فرزند و اصلاح آن، همچنین دنبال کردن میل کودک در جریان بازی به جای کنترل و هدایت کودک و در کل ارتباط عاطفی مادر- فرزند موجب تعمیق احساس امنیت و تعلق در کودک گردید و صمیمیت بین مادر- کودک افزایش یافت و موجب بهبود رابطه مثبت کلی گشت.

همچنین در مورد خرده مقیاس‌ها نیز باید عنوان کرد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل توانست وابستگی و تعارض را به‌طور معناداری کاهش دهد که نتایج این بخش با نتایج یک پژوهش در دسترس محقق (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri, 2010) همسو نمی‌باشد. آن‌ها در تبیین نتیجه خود تأکید بر حمایت از کودک در طول جلسات آموزش را علت احتمالی این افزایش مطرح کردند. البته باید عنوان کرد که احساس وابستگی بخش طبیعی از زندگی است مشکل زمانی بروز می‌کند که از مهارت‌های سالم وابستگی محروم باشیم. طبق تحقیقات، وابستگی سالم، مهارت‌های پدری و مادری کردن را بهتر می‌کند، از مشکلات رفتاری فرزندان می‌کاهد و عملکردهای اجتماعی را بهتر می‌کند. وابستگی سالم یعنی تعادل میان صمیمیت، استقلال، خودمختاری، اعتماد به نفس همراه با کمک گرفتن از دیگران (Bornstein & Languirand, 2004). در پژوهش حاضر وابستگی ناسالم بین والد- فرزند به علت افزایش احساس ایمنی و تجربه صمیمیت بیشتر بین مادر- فرزند کاهش یافت. از آنجایی که به دنبال وابستگی ناسالم والد- فرزند خشم، تعارض، مشاجره و ... بروز پیدا می‌کند (Bornstein & Languirand, 2004). به همین دلیل به دنبال کاهش وابستگی ناسالم، کاهش تعارض انتظار می‌رفت که در پژوهش حاضر این نتیجه حاصل شد. در خرده مقیاس نزدیکی، تفاوت نزدیکی بین گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد که این نتیجه با تحقیق (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri, 2010) همسو اما با (Madani, 2011) همسو

نمی‌باشد. در تبیین این پیامد می‌توان چنین استنباط کرد که پژوهش معدنی بر روی کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست مراکز سازمان بهزیستی انجام شد که در آن مداخلات آموزشی رابطه مراقب- کودک را بهبود داد؛ اما پژوهش حاضر بر روی کودکان عادی پرخاشگر پیش‌دبستانی شهر مشهد انجام شد، به عبارت دیگر آموزش در بعد مادر- فرزند بود نه مراقب- کودک و به نظر می‌رسد که عشق و محبت مادرانه در بعد نزدیکی از همان ابتدا (پیش‌آزمون) بالا باشد و نیاز به تغییر و افزایش سطح در این بعد دیده نمی‌شد (البته ۱/۶۰ افزایش نمره دیده شد که به لحاظ آماری معنادار نبود).

قسمت دیگر پژوهش به اثربخشی مداخله بازی درمانی خانواده محور بر کاهش پرخاشگری کودکان می‌پردازد که بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، گروه آزمایش کاهش بیشتری در پس‌آزمون پرخاشگری نسبت به گروه کنترل داشته است ($p < 0/001$). این بدین معناست که استفاده از روش بازی درمانی خانواده محور باعث کاهش معنادار پرخاشگری در مقایسه با گروه کنترل شده است. گرینسپن نظریه پرداز مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط مطرح می‌کند که کودکان پرخاشگر در مسائل ارتباطی مشکل دارند. این کودکان در ارتباط دوطرفه به تمرین و مهارت بیشتری نیاز دارند و به طور ویژه نیازمند لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت و حلقه‌های ارتباطی زیادی در بازی و دیگر تعاملات لذت بخش هستند (Greenspan & Wieder, 2006). در این پژوهش نیز با تأکید بر مسائل ارتباطی مثل لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت، ایجاد حلقه‌های ارتباطی بین والد- فرزند و گسترش آن، همچنین مشاهده آن در رابطه والد- فرزند و اصلاح آن می‌تواند باعث چنین پیامدی شده باشد. علت احتمالی دیگر در کاهش پرخاشگری کودکان می‌تواند توجه مادر به تفاوت‌های فردی کودک و فراهم کردن تحریک بهینه متناسب با نیاز کودک باشد؛ زیرا عدم توجه به تفاوت‌های فردی و سبک تعاملی نامناسب می‌تواند منجر به آسیب در کودک شود. در نهایت باید عنوان کرد که کودکان پرخاشگر فاقد ایده‌های هیجانی و فاقد مهارت‌های لازم برای ابراز کلامی این احساسات برای حل مشکلات خود هستند. در نتیجه فقدان چنین مهارت‌ها، احساسات به جای ارائه نمادین به عمل تبدیل می‌شوند (Greenspan, 2007 & Amin yazdi, 2012).

در این راستا، والدین باید متناسب با سیستم عصبی کودک یک جریان مداوم پیام‌دهی رفت و برگشتی را ایجاد کند و به کودک چگونگی کنترل و تنظیم را آموزش دهند (Greenspan, 2004). پس احتمالاً کودکان پرخاشگر در چنین ایده‌هایی مشکل دارند و جریان مداخله از طریق فراهم کردن محیط غنی از احساسات گرم و مثبت و همچنین جایگزین کردن ایده‌های هیجانی مثبت مثل شفقت و مهربانی

به‌جای خشم و رشد زبان و استفاده از نماد در درک و بیان خواسته‌ها به‌جای عمل مثل جیغ کشیدن، گریه کردن و غیره توانست باعث کاهش معنادار پرخاشگری کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردد. یافته این بخش از پژوهش با (Rajab-Pour kvand-Housseini, & Rafie-nia, Ma, 2012) همسو می‌باشد. آن‌ها با گروه‌درمانی رابطه والد-کودک توانستند باعث کاهش معنادار پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی و کلامی-تهاجمی در کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردند.

نتیجه

یافته‌ها نشان داد به‌کارگیری اصول بازی‌درمانی خانواده محور که مبتنی بر نظریه رشد یکپارچه انسان است، باعث بهبود تعامل مادر-فرزند و کاهش پرخاشگری کودکان می‌گردد. نتایج این پژوهش در درجه اول به والدین و سپس متخصصان حیطه کودک کمک خواهد کرد تا با آموزش و آگاه کردن والدین از تفاوت‌های فردی کودک آگاه شوند و می‌توان با فراهم کردن تحریک بهینه متناسب با آن، توجه به مرحله رشد کودک و فراهم کردن شرایط متناسب با آن سن و اصلاح ارتباط خود با کودک با توجه به نکات مطرح‌شده در پیشینه پژوهش (نظریه رشد یکپارچه انسان) موجب ارتقاء رابطه والد-فرزند و کاهش مشکلات هیجانی رفتاری و سایر چالش‌های رشدی دوران کودکی شد.

پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی این رویکرد با سایر رویکردهای فرزند پروری مورد مقایسه گیرد و از این رویکرد در ارتباط با سایر اختلال‌های دوران کودکی استفاده شود تا اثربخشی و نتایج آن مورد تحلیل و بررسی بیشتر قرار گرفته و دیدگاه جامع‌تری از این رویکرد همه‌جانبه نگر حاصل گردد.

Referens

- Abareshi, Z., Tahmasian, K., & Mazaheri, M.A. (2010). The impact of psychosocial Child Development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. *Journal of Research in mental health*, 3(3), 49- 57. (in Persian)
- Amin yazdi, S.A. (2012). Integrated development of human: Developmental, Individual Difference, Relationship-based model. *Journal of Clinical Psychology and consulting*, 2(1), 109- 126. (in Persian)
- Bornstein, R., & Languirand, M. (2004). *Healty dependency: learning on others with out losing your self*. (translated by: Mehdi Gharachedaghi). Tehran: publication payke bahar. (in Persian)
- Dionne, M.& Martini, R. (2011). Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 196- 203.

- Doh, H., Shin, N., Kim, M., Hong, J., Choi, M. & Kim, S. (2012). Influence of marital conflict on young children's aggressive behavior in South Korea: The mediating role of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 34, 1742- 1748.
- Floor Time Activities for Infants (0-17 Months). (2010). learning in a Baby's World: Using the Mississippi Early Learning Guidelines; A Complete Curriculum for Infants and Toddlers. *Mississippi State University Early Childhood Institute*.
- Greenspan, S. (2003). Child Care Research: A Clinical Perspective. *Child Development*, 74 (4), 1064-1068.
- Greenspan, S. (2004). How to Help Children Control Their Moods, Aggression, and regulate their behavior The interdisciplinary council on development and learning disorder. *Web-Based Radio Show*.
- Greenspan, S. (2007). Aggression. *Web-radio show*. www.icdl.com.
- Greenspan, S. (2008). Regulatory Sensory Processing Disorders Part I. *Web-Based Radio Show*. *ICdl*.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2006). Infant and Early Childhood Mental Health. *American Psychiatric Publishing, Inc.*
- Greenspan, S., & Wieder, S. (1997). Developmental Patterns and Outcomes in Infants and Children with Disorders in Relating and Communicating A Chart Review of 200 Cases of Children with Autistic Spectrum Diagnoses. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1 (1), 87- 141.
- Greenspan, S., & Wieder, S. et al (2000). Icdl clinical practice guidelines: redefining the standards of care for infants, children and families with special needs. The interdisciplinary council on developmental and learning disorder, Bethesda, MD.
- Jannesar, M. (2011). *Evaluation of relation between theory of mind and functional emotional development with aggressive behavior of preschool children*. Thesis submitted for the degree of M.A in educational psychology, Ferdowsi university of Mashhad. (in Persian)
- Kim, M., Doh, H., Hong, J., & Choi, M. (2011). Social skills training and parent education programs for aggressive preschoolers and their parents in South Korea. *Children and Youth Services Review*. 33, 838- 845.
- Kimiae, S.A., Raftar, M.R., & Soltanifar, A. (2011). Training emotional intelligence and effectiveness it on reducing aggression in aggressor teenagers. *Journal of Clinical Psychology and consulting*, 1(1), 153- 166. (in Persian)
- Klein, P., Laish-Mishali, R., & Jaegermann, N. (2007). Differential Treatment of Toddlers with Sensory Processing Disorders in Relation to Their Temperament and Sensory Profile. *Toddlers Temperament and Sensory Profile*. 52- 59.
- Laing, S, McMahon, C., Ungerer, J., Taylor, A., Badawi, N & Spence, K. (2010). Mother-child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. *Early Human Development*, 86, 793-800
- Madani, S. (2011). The Study of effectiveness of the training play-centric relation to caregivers to method CPRT on quality of care-child interaction and insecure attachment in children's homes resident. Thesis submitted for the degree of M.A in educational psychology, Ferdowsi university of Mashhad. (in Persian)
- Mantyamaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2004). Early mother-infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior & Development*, 27, 134- 149.

- Mofrad, F. (2011). *The Study of relationship between mother-child relationship with functional emotional development and language applied development in preschool children of area 7 in Mashhad*. Thesis submitted for the degree of M.A in educational psychology, Ferdowsi university of Mashhad. (in Persian)
- Nangle, D., Erdley, C., Carpenter, E., Newman, J. (2002). Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents: a developmental-clinical integration. *Aggression and Violent Behavior*.7, 169- 199.
- Nezadi Kashani, GH., Mirzamani, S.M., Davarmanesh, A., Salehi, M. (2010). The Effect of Painting in Reduction of Aggression in Educable Mentally Retarded Female Students in Primary School. *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 45, 78- 84. (in Persian)
- Ostrov, J., Bishop, C. (2008). Preschooler's aggression and parent- child conflict. *Journal of experimental child psychology*.99, 309- 322.
- Rajab-Pour, M., Makvand- Housseini, SH., & Rafie- Nia, P. (2012). The Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on Aggression in Preschoolers. *Journal of Clinical Psychology*, 4(1), 65- 74. (in Persian)
- Risser, S. (2013). Relational aggression and academic performance in elementary school. *Psychology in the Schools*, 50(1), 13-26.
- Salahshor, M. (1999). *Aggression in children and methods of dealing with it*. Tehran: publication vazeara. (in Persian)
- Solomon, R., Necheles, J., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism. *SAGE Publications and The National Autistic Society*, 11, 205- 224.
- Statewide, T. (2009). Floor time. *Target: Texas guide for effective teaching*. 1- 9.
- Topham, G., Wampler, K., Titus, G & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International journal of play therapy*, 20 (2), 79- 93.
- Vahedi, Sh., Fathiazar, S., Hosseini-Nasab, S.D., & Moghaddam, M. (2008). Validity and reliability of the aggression scale for preschoolers and assessment of aggression in preschool children in Uromia. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 10(37), 15- 24. (in Persian)
- Vanfleet, R. (2012). Filial therapy: what every play therapist should know. *Play therapy press*. Reprinted here with permission, 57 (7), 52-63.



غلامزاده خادر، مجتبی؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ صبوری مقدم، حسن (۱۳۹۳). اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی کودکان دبستانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۲)، ۳۲-۱۹.

اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی کودکان دبستانی

مجتبی غلامزاده خادر^۱، جلیل باباپور خیرالدین^۲، حسن صبوری مقدم^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۴/۱ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی کودکان دبستانی پرداخته است. این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه گروه کنترل می‌باشد. در این مطالعه تجربی ۶۰ کودک پسر دبستانی با نشانه‌های افسردگی بطور تصادفی در دو گروه آزمایشی و دو گروه کنترل (جمعاً ۴ گروه) جای داده شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه CS-۴ و مصاحبه تشخیصی استفاده شد. پس از انجام پیش‌آزمون برنامه نقاشی درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو بار در هفته) اجرا شد و در پایان پس‌آزمون انجام شد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که در نشانه‌های افسردگی کودکان دبستانی پسر، نقاشی درمانی تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارد ($p < 0/03$). بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی پسر روشی موثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اثربخشی، نقاشی درمانی، افسردگی

مقدمه

افسردگی یکی از مشکلات حیطة سلامت روان در جهان و علائم افسرده ساز رایج‌ترین شکایت نوجوانان می باشد (Ivarsson, Svalander, Oeystein, 2006). میزان شیوع افسردگی در کودکان ۰/۴ تا ۲/۵ درصد و در نوجوانان ۴ تا ۸ درصد در آمریکا برآورد شده است و میزان شیوع آن در طی عمر برای نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال ۱۴ درصد تخمین زده شده است (Hoeksema & Hilt, 2008; Abela & Hankin, 2008).

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه تبریز. mojijill@yahoo.com

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

باتوجه به نرخ بالای خلق افسرده و اختلالات افسرده ساز در جمعیت نوجوان (shekari, moradi, daneshvarpur, 2007) و میزان مرگ و میر شدید ناشی از اختلال در نوجوانی، درمان کودکان و نوجوانان افسرده یکی از چالش برانگیزترین موضوعات بالینی بهداشت روانی بوده است. دراین راستا، دست یابی به گزینه پیشگیری اولیه همواره کارآمد و موثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله-های درمانی) می‌تواند مشکلات روانی- اجتماعی آتی را به طور چشمگیری کاهش دهد (delavar&yousefi deluye, 2008, lamarin, 1995).

اگرچه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای اختلال‌های خلقی تقریباً برای همه گروه‌های سنی یکسان است، اما نمودهای خلق آشفته در کودکان بسته به سن آنها متفاوت است. کودکان کوچک‌تر اغلب نشانه‌هایی را بروز می‌دهند که در سنین بالاتر شیوع کمتری دارد.

این نشانه‌ها عبارتند از: توهمات شنوایی هماهنگ با خلق، شکایات بدنی، ظاهر غمگین، کناره-گیری و عزت نفس پایین. نشانه‌های زیر بدون توجه به سن و وضعیت رشد به طور یکسان ظاهر می‌شوند: افکار خودکشی، خلق افسرده یا تحریک‌پذیر، بی‌خوابی و کاهش توانایی تمرکز. خلق کودکان به ویژه در برابر چندین عامل فشار روانی - اجتماعی مانند اختلاف‌های خانوادگی مزمن، سوء رفتار با کودک و شکست‌های تحصیلی آسیب‌پذیر است (sadock&kaplan, 1998). بررسی‌های همه‌گیر شناسی انجام شده در ایالات متحده آمریکا نشان داده است که میزان بروز افسردگی در کودکان پیش از مدرسه ۰/۹٪، در کودکان سن مدرسه ۱/۹٪ و در نوجوانان ۴/۷٪ بوده است (Hammen, 1998, kashani, Sherman, lewis, 1996). ارتباط معنی داری را میان افسردگی در مادر و کودک گزارش کردند. آنان نشان دادند که کودکان مادران مبتلا به اختلال‌های خلقی بیش از کودکان مادران سالم در رویارویی با فشار روانی، دچار افسردگی می‌شوند.

به طور کلی حدود ۲ درصد کودکان پیش از سن بلوغ و حدود ۵ تا ۸ درصد نوجوانان دچار افسردگی هستند و طیف بالینی این اختلال را از غمگینی ساده تا افسردگی اساسی یا اختلال دو قطبی در برمی‌گیرد (Kirchner & Son SE, 2000). با توجه به میزان مرگ و میر شدید ناشی از اختلال افسردگی اساسی نوجوانی، بازبینی ادبیات مربوط برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد (Milin, & Walkers, 2003).

در این خصوص، هرچند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی) می‌تواند مشکلات روانی - اجتماعی آتی را به طور چشمگیری کاهش دهد (Lamarine, 1995).

روان درمانی و دارو درمانی برای کودکان و نوجوانان دارای اختلال‌های افسردگی مفید تشخیص داده شده است. هرچند شواهد نشان می‌دهند که روان درمانی برای اغلب کودکان افسرده مقدم بر دارو درمانی است (Park, & Goodyer, 2000). با وجود این، اخیراً درمان‌های شناختی - رفتاری، درمان انتخابی

برای اختلال‌های افسردگی کودکان و نوجوانان تلقی می‌شوند. علاوه بر این، از جمله درمان‌های روان شناختی افسردگی، روان درمانی روان پوششی است که طی آن درمانگر با استفاده از روش‌های مختلف به کودک افسرده کمک می‌کند تا افکار، احساسات و تخیلات خود را ابراز کند و رابطه بین احساسات و هیجان‌های ناخودآگاه و عملکردهایش را دریابد.

یکی از این روشها هنردرمانی^۱ است، هنر درمانی ترکیبی از هنر و درمان می‌باشد. در جلسات هنر درمانی کودکان در هنر ساختن (نقاشی، مجسمه سازی، نوشتن شعر، داستان سازی، رقص، نمایشگری) شرکت می‌جویند. در جریان این فرایندها کودک می‌تواند شروع به ساختن و معنا دادن رویدادها، هیجان‌ها یا تجربه کردن در زندگی‌اش در حضور درمانگر شود (Kalmanowitz, 2004). در جلسات هنردرمانی کودک خلق اثر می‌کند. کودک تشویق به کشف و تجربیاتی می‌شود که خودش را به طریقه خودش کشف می‌کند. در جلسات هنردرمانی هیچ قانون و راهی به عنوان غلط و درست وجود ندارد و تنها راه آن چیزی است که مطابق با طبیعت بی‌نظیر فردی و بخصوص خود کودک است که یافت و کشف می‌شود (Kalmanowitz, 2004).

هنر درمانی، یک روش مراقبتی است که فرایند روان درمانی را گسترش می‌دهد به طوری که این فرایند شامل واکنش‌های کلامی، دیداری و احساسی مراجع می‌شود. هنر همه آن چیزهایی را که دیدن یا به زبان آوردن آن‌ها دشوار و رنج آور است قابل دیدن می‌کند. هنر به مراجع کمک می‌کند واضح‌تر ببیند و حسی از زندگی را در وجود خود احساس کند (Mahdavi, 2005). با دقت به رفتار و نوع بازی کودکان در حین فرایند هنر درمانی دیده می‌شود که، آن‌ها ضمن اینکه در نقش خود غرق شده‌اند همزمان با شن، گچ، سنگ، عروسک‌ها، ابزار موسیقی، قلم مو و وسایل دیگر هم بازی می‌کنند. در واقع در مورد ارتباط بین هنرهای مختلف باید گفت که این هنرها به گونه‌ای با هم تلفیق شده‌اند. هنر نقاشی به تنهایی کافی نیست و برای بسط و گسترش فرایند درمانی استفاده از روش‌های دیگر کاملاً ضروری است. اولین ابزار هنر درمانی، نقاشی است و در واقع نقاشی دریچه‌ای به سوی استفاده از هنرهای دیگر باز می‌کند (Rubin, 2005).

پیشنهاد شده است که ترسیم نقاشی را برای تشخیص شرایط آسیب شناختی می‌توان به کار برد و از این عوامل تشخیصی ابتدایی، به تدریج روش‌های منظم بسیاری به وجود آمد که امروزه آن‌ها را آزمون نقاشی می‌نامند (Levick, 1983). امروزه نقاشی درمانی یکپارچه شده، نوعی درمان است که ترکیبی از دارو درمانی و نقاشی درمانی گروهی می‌باشد و متمرکز بر کسب تصاویر درونی فرد است. خلق تصاویر به عنوان نقطه شروع درمان برای گروه، خانواده یا فرد به کار گرفته می‌شود. بیماران سریعاً راه رسیدن به هیجانات و آگاهی یافتن از تعارضات خود را پیدا می‌کنند (Steinet al, 1999). نکته‌ای که از نقاشی کودک می‌توان فهمید، دریافت تأثیر محیط خارجی و تأثیر موضوعات درونی و ذهنی روی کودک است.

به عبارت دیگر، تأثیر محیط خارجی بر نقاشی کودک نشانه سلامت روانی کودک می‌باشد (Malek zehtab, 2006). به نظر می‌رسد که نقاشی درمانی، تأثیری در درمان و یا شناخت مشکلات کودکان و بزرگسالان داشته باشد زیرا فرایند ترسیم یا ساختن، فرایندی پیچیده است که طی آن کودک اجزای گوناگونی از تجربه‌هایش را برای ساختن یک کل معنی‌دار مورد استفاده قرار می‌دهد.

در این فرایند او چیزی بیش از یک تصویر یا مجسمه را ارائه می‌دهد. او بخشی از خود را به ما باز می‌نمایاند، این که چگونه فکر می‌کند، چگونه احساس می‌کند و چگونه می‌بیند (Noori, 2003). Carrigan, 1993 پس از سفر به سوئیس و مشاهده برنامه‌های کارگاه‌های حمایتی، برای افراد عقب مانده ذهنی، در مقاله‌ای گزارش کرد که در سوئیس، به جای برنامه‌های تغییر رفتار، از نقاشی درمانی برای افراد عقب مانده ذهنی استفاده می‌شود؛ زیرا نقاشی درمانی نه تنها فرصت‌هایی برای بیان خود پدید می‌آورد، بلکه به رشد شناختی و افزایش خلاقیت آنان کمک می‌کند و وابستگی آنان را کاهش می‌دهد. Noori, 2001 در بررسی انجام شده توسط Lynch و Chos برنامه‌ای اجرا شد که در آن افراد با ناتوانی‌ها اجازه داشتند که در قالب فعالیت‌هایی نظیر رقص، هنر، نمایش و موسیقی با افراد عادی تعامل داشته باشند.

این بررسی میزان بهبود در عزت نفس و رفتار و فعالیت اجتماعی را پس از مشارکت در برنامه اندازه‌گیری کرد. ۹۲ درصد از آزمودنی‌ها پیشرفت قابل ملاحظه‌ای را در عزت نفس خود به دلیل شرکت در این برنامه گزارش کردند. تغییر اجتماعی و رفتاری چشمگیری نیز در اکثر شرکت کنندگان مشاهده شد. به علت محدودیت‌های شناختی، بسیاری از شرکت کنندگان در تکمیل پرسشنامه کمک دریافت کردند. بنابراین، نتایج پژوهش ممکن است تحت تأثیر کمک فردی برای تکمیل پرسشنامه قرار گرفته باشد. با وجود این به نظر می‌رسد که هنر درمانی، اثر مثبتی بر این گروه داشته باشد. در تحقیق مشابهی توسط Ferri یک دختر ۱۶ ساله با ناتوانی‌های شدید و پیچیده مورد بررسی قرار گرفت، هنر درمانی در این مورد نیز اثر درمانی بسیار مثبتی از خود نشان داد. ابزار هنری اصلی این کودک نقاشی کردن بود. بر اثر انقباض از فلج مغزی قلم موی نقاشی به وسیله یک اسفنج بر دست او تثبیت شده بود (Hanlin, 2003).

در ایران در پژوهشی که به همین شیوه و به وسیله Madadi, 2000 با عنوان "بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش اختلال‌های هیجانی در کودکان عادی" که تأثیر نقاشی درمانی را در بهبود اختلال نشان داده بود و پژوهشی دیگر توسط به پژوه و نوری در سال ۱۳۸۰ با عنوان «بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخطرهای پرخاشگرانه دانش آموزان عقب مانده ذهنی تهران» در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه شامل ۶۰ نفر) از میان ۲۰ مدرسه پسرانه تهران انجام شده بود طی ۱۲ جلسه نقاشی درمانی به عنوان یک برنامه نشان داد که استفاده از جلسات نقاشی درمانی برای دانش آموزان ابتدایی عقب مانده ذهنی به سبب ایجاد زمینه‌های مناسب برای برون افکنی هیجان‌ها، احساسات و افکار، منجر به سازگاری عاطفی و اجتماعی آنان می‌شود.

پژوهش دیگری، تأثیر مثبت هنر درمانی گروهی در کودکان با نارسایی توجه/فزون جنبشی را نشان داده است. دیوید هنلی (Henley, 1998) وقت زیادی را صرف گروه درمانی فشرده برای این گونه کودکان کرد. هنر درمانی در رویکرد او نقش مکمل را بازی می کرد. در پژوهشی دیگر که با عنوان تأثیر نقاشی درمانی بر روی یک کودک دچار اختلال هیجانی رفتاری «یک نمونه موردی» انجام داده شده بود نتایج ذیل حاصل گردید: «بعد از ۲۰ جلسه نقاشی درمانی ۴۰ دقیقه‌ای، آزمودنی رفتارها و هیجان‌های انطباق یافته تری را نسبت به گذشته از خود نشان داد و به این موضوع واقف شد که تفکر افسرده وار منجر به ناپایداری رشد هیجانی و رفتاری شخصی می شود و این موضوع در طی جلسات طراحی شده نقاشی درمانی ایجاد و بنابراین نگرش مثبت را به زندگی خانواده اش به ارمغان آورده بود (Han, 2003) بدین ترتیب منظور از نقاشی درمانی ارائه فرصت‌هایی به فرد است تا از طریق رنگ‌ها و خطوط، احساسات، عواطف، و نیاز و حتی دانسته‌های خود را به نحوی که مایل است آزادانه بیان کند و بر همین اساس هدف از پژوهش حاضر استفاده از نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان و پاسخ به این سوال که آیا نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی موثر می باشد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع تجربی و به منظور بررسی تأثیر هنر درمانی با تکیه بر نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانش آموزان پسر ابتدایی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایشی و دو گروه کنترل و انتساب تصادفی اجرا شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش در برگرفته‌ی دانش آموزان پسر مدارس ابتدایی و دارای نشانه‌های اختلال افسردگی بودند که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در مدارس غیر انتفاعی شهرستان تهران (شهرک قدس) مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد به این ترتیب که از بین مدارس غیر انتفاعی به طور تصادفی چند دبستان پسرانه انتخاب و سپس به این مدارس مراجعه و با مسئولین این مدارس در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی دانش آموزان نمونه گفتگو شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مدارس، پرسشنامه علایم مرضی کودکان (CSI-۴) فرم والد توسط والدین دانش آموزان مورد اشاره تکمیل گردید. پس از تکمیل پرسشنامه و ارجاع مجدد آن به مدرسه، از دانش آموزانی که نمره‌ی اختلال افسردگی بالایی را با توجه به نقطه برش پرسشنامه گرفتند، مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی نیز به عمل آمد. در نهایت ۶۰ دانش آموز به عنوان نمونه تایید و برای حضور در پژوهش و به عنوان نمونه اصلی انتخاب و در گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به چهار گروه (دو گروه آزمایشی و دو گروه کنترل) تقسیم شدند. گروه کنترل اول شبیه گروه آزمایشی اول و گروه کنترل دوم

شبه گروه آزمایش دوم بود هیچ مداخله‌ای در گروه‌های کنترل انجام نگرفت و در گروه آزمایشی مداخله انجام گرفت.

ابزار

در این پژوهش از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) که برای اندازه‌گیری و سنجش اختلالات کودکان ۵ تا ۱۲ ساله است و همچنین مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی، استفاده شد.

پرسشنامه علائم مرضی کودک^۱: یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین و گادو^۲ بر اساس طبقه بندی DSM-III یا SLUG به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد. CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده و فرم معلم دارای ۷۷ سؤال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در بر می‌گیرد. در پژوهش محمد اسماعیل، ضریب اعتبار این پرسشنامه از طریق اجرای مجدد تست از ۰/۳۷ تا ۰/۷۶ به دست آمده است که این ضریب اعتبار برای اختلال افسردگی اساسی ۰/۵۶ گزارش شده است. در آن پژوهش، در بررسی فرمهای والد و معلم از نظر حساسیت، ویژگی و نقطه برش برای اختلال افسردگی روشن شده است که در فرم والد به عنوان بهترین نمره معیار مشخص شده برای ویژگی و حساسیت و نقطه برش آن به ترتیب، ۲۸۸،۷۱ برآورد شده است. شیوه نمره گذاری بر حسب شدت نشانه‌های مرضی در یک مقیاس ۴ امتیازی هرگز = ۰، گاهی = ۱، اغلب = ۲، و بیشتر اوقات = ۳، نمره گذاری می‌شود و سپس از حاصل جمع نمرات سؤال‌ها نمره شدت بدست می‌آید. بررسی پایایی (۴-CSI) با روش اجرای مجدد تست نشان می‌دهد که ابزار مذکور به عنوان یک ابزار غربالگری برای اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان ایرانی از اعتبار نسبتاً خوبی برخوردار است. در زمینه روایی محتوایی، نتایج بررسی داوری‌های متخصصان، همگونی و مناسبت محتوای CSI-۴ با حیطه مورد سنجش آن را مورد تأیید قرار داده است (Mohamad esmaeil, 2001). پایایی آزمون در پژوهش فعلی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ نیز بدست آمد.

مصاحبه تشخیصی و روان‌پزشکی

به منظور تعیین بهترین نقطه برش برای هر یک از اختلال‌های CSI-۴ از مصاحبه تشخیصی و روان‌پزشکی به عنوان ملاکی جهت رسیدن به این هدف استفاده شد.

1. Child symptom inventory-4 (CSI-4)

2. Sprafkin&Gadow

روش اجرا

جلسات متوالی نقاشی آزاد برای دانش آموزان ترتیب داده شد؛ بدین صورت که کلیه وسایل نقاشی مانند: ماژیک، مداد، مداد رنگی، مداد شمعی، گواش، آبرنگ در رنگ‌های متنوع در اختیار دانش آموزان قرار گرفته و طی یک جلسه ابتدایی شیوه استفاده از هر کدام از این ابزارها برای آنان تشریح و امتحان می‌شود. در جلسات بعدی ورقه‌ای سفید در اختیار هر کدام از آنان قرار گرفته و از افراد خواسته می‌شود تا هر موضوعی را که به آن علاقه و اشتیاق دارند به صورت کاملاً آزادانه و فارغ از دغدغه‌های تکنیکی و پرداختن به جزئیات، نقاشی کنند. اگر در طول جلسه کودکی از ترسیم نقاشی امتناع کند تعقیب هدف درمانی ایجاب می‌کند تا در معرض اصرار و تحمیل قرار نگیرد. اما در صورت ترسیم و اتمام نقاشی از کودکان خواسته می‌شود تا به اختصار در مورد آنچه که کشیده‌اند و آنچه که دیگران ترسیم کرده‌اند اظهار نظر نموده و به بحث و گفتگو پردازند. این گونه بحث‌ها در کلاس و در پایان جلسات نقاشی می‌باید صرفاً در خصوص محور محتوایی نقاشی‌ها بوده و از ورود به مباحث مربوط به ساختار و تکنیک به دور باشد. آثار نقاشی شده در پایان هر جلسه جمع‌آوری شده و تا آخر دوره نگهداری می‌شود و در پایان دوره یک‌بار دیگر تمامی آثار نقاشی شده به وسیله دانش آموزان در معرض تماشای همه و مورد بررسی گروهی قرار می‌گیرد و از این طریق میزان پیشرفت ارزیابی و درک تغییرات حاصل شده برای هر یک از آنان مقدور می‌گردد.

در پژوهش حاضر پس از تکمیل پرسشنامه و ارجاع مجدد آن به مدرسه، از دانش آموزانی که نمره‌ی اختلال افسردگی بالایی را با توجه به نقطه برش پرسشنامه گرفتند، مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی نیز گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل توان ذهنی نرمال و عدم سابقه روا‌ن‌پزشکی کودکان بود و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه کودک در جلسات درمانی و جواب ندادن پرسشنامه توسط والدین در مرحله پیگیری بود. در نهایت ۶۰ دانش آموز به عنوان نمونه تایید و برای حضور در پژوهش و به عنوان نمونه اصلی انتخاب و در گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

پس از تشکیل چهار گروه (دو گروه کنترل و دو گروه آزمایشی) برای گروه‌های آزمایشی به صورت مجزا برای هر اختلال جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو جلسه، طی ۱۰ جلسه، نقاشی آزاد برای دانش آموزان ترتیب داده شد و در گروه‌های کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نپذیرفت. پس از اجرای برنامه مداخله‌گرانه نقاشی درمانی توسط دانش آموزان، دوباره پرسشنامه سنجش علائم مرضی کودک توسط والدین تکمیل گردید.

در پایان، اطلاعات همه شرکت کنندگان گروه کنترل و که بدون ریزش بود مورد تحلیل قرار گرفتند. برای صحت داده‌های جمع‌آوری شده پیگیری در یک ماه بعد از جمع‌آوری پرسشنامه نیز صورت گرفت.

یافته‌ها

داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS صورت گرفت. بدین منظور در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های آماری نظیر میانگین، انحراف استاندارد و دامنه تغییرات نمرات پیش آزمون- پس آزمون با هم مقایسه شدند و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱: شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی گروه‌ها در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
کنترل آزمایش	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۴	۹	۶٫۷۳	۱٫۴۳۸
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۶	۹	۷٫۰۷	۱٫۱۰۰
	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۵	۱۰	۷٫۵۳	۱٫۵۵۲
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۴	۸	۵٫۶۷	۱٫۲۳۴

جدول یک نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، اعمال مداخله نقاشی درمانی موجب بروز تغییرات فاحش در شاخص‌های متغیرهای وابسته افسردگی شده است از طرفی در گروه کنترل که در معرض هیچ نوع مداخله‌ای قرار نگرفته بود تغییر قابل توجه در هیچ یک از متغیرهای وابسته مشاهده نمی‌شود و مقایسه شاخص‌های این گروه با شاخص‌های پیش آزمون، حاکی از این است که با گذشت زمان و بدون اعمال مداخله نقاشی درمانی، تغییر چشمگیر در شاخص‌های آماری این گروه بوجود نیامده است.

جدول ۲: آزمون تک نمونه‌ای کالموگروف - اسمیرنوف

گروه‌ها	پیش آزمون افسردگی	پس آزمون افسردگی
کنترل	کالموگروف اسمیرنوف Z	۰٫۸۸۴
	سطح معنی داری	۰٫۳۸۴
آزمایشی	کالموگروف اسمیرنوف Z	۰٫۹۲۳
	سطح معنی داری	۰٫۳۶۰

همانطور که نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف نشان می‌دهد تفاوت هر کدام از متغیرهای مذکور از توزیع نرمال معنی‌دار نبوده، در نتیجه می‌توان توزیع متغیرهای مذکور را همانند توزیع نرمال فرض کرد و تحلیل‌های پارامتریک نظیر تحلیل کوواریانس را اجرا نمود.

برای بررسی این موضوع از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. اما قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، آزمون همگنی شیب‌ها انجام شده است. این آزمون بایستی قبل از انجام تحلیل کوواریانس

اجرا شود. همگنی شیب‌ها به این معنی است که اثر متقابل عامل گروه پیش آزمون در پیش‌بینی متغیر وابسته (پس آزمون) تعیین کننده نیست و اختلاف پس آزمون گروه‌ها تابعی از نمرات پیش آزمون نمی‌باشد. در صورتی که اثر متقابل عامل گروه و پیش آزمون معنی‌دار باشد نشان می‌دهد که اختلاف پس آزمون گروه‌ها تابعی از نمرات پیش آزمون گروه‌ها است و در این شرایط تحلیل کوواریانس نباید اجرا شود. نتایج آزمون مذکور که اجرا شده در جدول زیر مشاهده می‌شود.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس تعامل متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون افسردگی) و متغیر مستقل (نقاشی درمانی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۸,۴۲۹	۱	۸,۴۲۹	۶,۶۲۲	۰,۰۱۶
پیش آزمون	۰,۳۴۰	۱	۰,۳۴۰	۰,۲۶۷	۰,۶۱۰
اثر متقابل گروه و پیش آزمون	۴,۶۰۹	۱	۴,۶۰۹	۳,۶۲۱	۰,۰۶۸
خطا	۳۳,۰۹۶	۲۶	۱,۲۷۳		

همانگونه که مشاهده می‌شود نتایج بدست آمده حاکی از عدم تأثیر متقابل معنی‌دار بین پیش آزمون افسردگی و عامل گروه است لیکن می‌توان با فرض همگنی شیب‌ها تحلیل کوواریانس را اجرا کرد.

بعد از آزمون‌های همگنی شیب‌ها، تحلیل کوواریانس انجام گرفت. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس حاکی از رد فرضیه صفر و در نتیجه معنی‌دار بودن اثر نقاشی درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان دارد.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس اثر نقاشی درمانی بر افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	۰,۵۶۲	۱	۰,۵۶۲	۰,۴۰۲	۰,۵۳۱
گروه	۱۵,۱۷۲	۱	۱۵,۱۷۲	۱۰,۸۶۴	۰,۰۰۳
خطا	۳۷,۷۰۵	۲۷	۱,۳۹۶		

در این تحلیل که متغیر مستقل نقاشی درمانی و متغیر وابسته نشانه‌های افسردگی (پس آزمون) بوده و پیشینه افسردگی (پیش آزمون) نیز به عنوان هم متغیر (Covariate) شناخته می‌شود، نتایج بدست آمده

نشان می‌دهد که تأثیر نقاشی درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی با ثابت نگه داشتن اثر پیشینه افسردگی (پیش‌آزمون) معنی‌دار است.

بحث

افسردگی یکی از مهمترین اختلال‌های روانی کودکان و نوجوان است که فراوانی آن با سن افزایش می‌یابد، با اختلال‌های اضطرابی و رفتاری همزیستی دارد و ممکن است پیامدهای جدی مانند غیبت از مدرسه و افت تحصیلی و حتی خطر خودکشی همراه باشد (Carlson, 2000). به همین دلیل بازبینی ادبیات مربوط به افسردگی کودکانی برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد (Milin, & Walkers, 2003).

پژوهش حاضر کوشید تا اثربخشی یکی از این جایگزین‌های درمانی یعنی نقاشی درمانی را در درمان افسردگی کودکانی مورد بررسی قرار دهد و جواب به این سوال که آیا نقاشی درمانی نشانه‌های اختلال افسردگی را در کودکان دبستانی کاهش می‌دهد؟ این سوال مورد تایید آماری قرار گرفت. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌هایی که هنر درمانی و نقاشی درمانی را در کاهش اختلالات هیجانی و رفتاری کودکان مؤثر گزارش کرده‌اند، همسو می‌باشد.

همان طوری که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود بین دانش آموزان پسر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نشانه‌های اختلال افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد $F(1,27)=10.864, P=0.003$. به عبارتی دیگر، نقاشی درمانی با توجه به میانگین نشانه‌های افسردگی دانش آموزان پسر گروه آزمایش نسبت به میانگین دانش آموزان پسر گروه گواه، موجب کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. با توجه به تحقیقات انجام شده در خارج توسط Carrigan, 1993 بررسی انجام شده توسط Lynch, 1999 و Chosa و تحقیق مشابهی توسط Ferri, 1999، Henli, 1999، Han, 1998 در باب هنر درمانی و در ایران پژوهش‌های Noori و Behpazhoh و یافته‌های Madadi, 2000 در مورد تأثیر نقاشی درمانی، نشان از تأثیر مثبت آن در درمان اختلالات و کمک به بهبودی در رفتار سازگارانه بیماران و کاهش اختلالات هیجانی و رفتاری بوده است.

نتیجه

همه این پژوهش‌ها، تأثیر هنر درمانی و نقاشی درمانی را در کاهش اختلالات هیجانی و رفتاری در کودکان با اختلالات مختلف تایید می‌کنند و این یافته‌ها با منطق نظری زیربنایی مفهوم هنر درمانی در مورد اختلالات هیجانی و رفتاری همسو می‌باشد. بر اساس این منطق هنر درمانی و جلسات هنر درمانی که کودکان در هنر ساختن (نقاشی، مجسمه سازی، نوشتن شعر، داستان سازی، رقص، نمایشگری) شرکت

می‌جویند فرایندهایی را ایجاد می‌کند که کودک می‌تواند شروع به ساختن و معنا دادن رویدادها، هیجان‌ها یا تجربه کردن آن در زندگی‌اش در حضور درمانگر شود (Kalmanowitz, 2004). در تبیین این یافته می‌توان گفت هنر درمانی یکی از شیوه‌های درمان غیر دارویی می‌باشد که در این روش از تأثیرات روانی برخی هنرها از جمله نقاشی بر ذهن و روان بیمار استفاده می‌شود. هدف کلی هنر درمانگران این است که مراجع را قادر سازند با استفاده از ابزار هنر در محیطی سالم و امن در خود رشد و تحول ایجاد کند.

بنابراین در هنر درمانی به مراجع فرصت داده می‌شود تا افکار و احساسات خود را بیان کند و با دیگران ارتباط برقرار نماید. هنر، درها و پنجره‌ها را به روی روان آدمی می‌گشاید. بیماران به ناگهان خودشان را به گونه‌ای متفاوت می‌شناسند و درک می‌کنند. موضوع هنری در اختیار مراجع قرار می‌گیرد و او فرایندی را ایجاد می‌کند که حاصلش اطلاعات رفتاری فوری است که می‌تواند به طور استعاره‌ای نیز توسط درمانگر و یا مراجع به عنوان تعمیمی از پاسخ عاداتی مراجع به موقعیت‌های زندگی‌اش مورد توجه قرار بگیرد. در فرایند ایجاد هنر، تمامی مغز با دسترسی به نیمکره‌های راست و چپ درگیر می‌شود. این مسئله موجب یکپارچگی احساسات، شناخت و حواس می‌شود در نتیجه درک تازه‌ای به وجود می‌آید.

هنر درمانی، یک روش مراقبتی است که فرایند روان درمانی را گسترش می‌دهد به طوری که این فرایند شامل واکنش‌های کلامی، دیداری و احساسی مراجع می‌شود. هنر همه آن چیزهایی را که دیدن یا به زبان آوردن آن‌ها دشوار و رنج‌آور است قابل دیدن می‌کند. هنر به مراجع کمک می‌کند واضح‌تر ببیند و حسی از زندگی را در وجود خود احساس کند. وقتی از مراجع خواسته می‌شود تا تصمیمی را که به هنگام انجام کار هنری گرفته به سادگی توضیح دهد رفتار، افکار و احساسات او به همان اندازه که در موقعیت‌های دیگر روشن است شفاف می‌شود. مراجع همان‌طور که احساس می‌کند، کشف می‌کند، فکر می‌کند و ایجاد می‌نماید، بینش‌های جدیدی نیز در مورد خودش، روابط و الگوی زندگی‌اش به دست می‌آورد (mahdavi, 2005).

بررسی یافته‌های غیر کمی در این پژوهش نشان می‌دهد که دانش آموزان قادر به بهره‌گیری از برنامه نقاشی درمانی بوده و شرکت در این گونه برنامه‌ها به فرد کمک کند تا از طریق برون فکنی، هیجان‌ها، احساسات و افکار خود را ابراز کند و در نتیجه به سازگاری عاطفی و اجتماعی نائل گردد. بر اساس تحلیل نقاشی‌های کودکان مورد مطالعه از دیدگاه بزرگسالان، می‌توان دریافت که بعضی از کودکان با توجه به وضعیت خاص خود به نقاشی درمانی پاسخ می‌دهند.

بدین صورت که برخی خیلی زود می‌توانند به کمک نقاشی با دیگران ارتباط برقرار کنند، در حالی که بعضی از آنان دیرتر به برون فکنی احساسات و عواطف خود می‌پردازند و گاهی تا چند جلسه حتی از کشیدن نقاشی خودداری می‌کنند. بدون شک میان بروز قابلیت‌های فردی و شرایط محیطی ارتباط تنگاتنگ وجود دارد. محیط‌های مناسب و مساعد، موجب رشد و تحول فرد می‌شود و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. از این رو استفاده از روش‌های گوناگون درمانی، مانند نقاشی درمانی، تئاتر درمانی، بازی

درمانی و نظایر آن به فراهم کردن محیطی غنی به کودکان و نوجوانان کمک می‌کند.

تحقیق حاضر همانند سایر تحقیقات دارای برخی محدودیت‌ها بود از جمله: محدود شدن پژوهش حاضر به ارزیابی فقط تأثیر کوتاه مدت نقاشی درمانی بر روی نشانه‌های اختلال افسردگی به دلیل محدودیت‌های زمانی و امکانات؛ عدم تعمیم‌پذیری نتایج به دانش‌آموزان شهرهای دیگر؛ عدم تعمیم‌پذیری نتایج به نشانه‌های اختلالات دیگر؛ عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله‌کننده از قبیل شرایط محیطی، وضعیت عاطفی و مسائل خاص شخصی آزمودنی‌ها، که باعث محدودیت در تعمیم دادن نتایج می‌شود.

به تبع محدودیت‌های یاد شده و یافته‌های نهایی این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که در طرح‌های پژوهشی آتی در این قلمرو، مواردی که در پی می‌آیند مد نظر قرار گیرند: برنامه‌ریزی مدون از سوی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان امر بهداشت روانی جهت تشکیل کلاس‌های نقاشی درمانی و هنر درمانی و استفاده بیشتر و بهتر از رسانه هنر در مدارس و مراکز توان‌بخشی بیمارستان‌ها برای کودکان و بزرگسالان است؛ در پژوهش‌های بعدی متغیرهایی که در پژوهش حاضر کنترل نشده است، کنترل شود؛ انجام این پژوهش در جوامع دیگر نظیر مهد کودک‌ها، مراکز توان‌بخشی و...؛ بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش سایر اختلال‌ها (اختلال نقص توجه، فوبیا و ...) در کودکان عادی و یا دیگر گروه‌های استثنایی مانند کودکان ناشنوا در گروه‌های سنی و جنسی و یا سطح اقتصادی متفاوت.

References

- Abela, J., & Hankin, L. B. (2008). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Carlson, G.A. (2000). "The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence". *J. Affect Disorder*, 61, 3-8.
- Carrigan, J. (1993). *Painting therapy: A Swiss experience for people with mental retardation*. *American Journal of Art Therapy*, 32, 53-58.
- Compton, SN, March, JS, Brent, D, Albano, Weersing R, & Curry, J. (2004). "Cognitive behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorder in children and adolescents: an evidence- based medicine review". *J Am Accad child Adolesc Psychiatry*, 43, 930-59.
- Han, L. L. (2003). *Painting therapy for a child with emotional and behavior disorders .A single case study*, http://etd.npue.edu.tw/ETD-db/ETD search/view_etd?URN=etd-0501107-162450-1078.
- Henley, D. (1998). *Art therapy in a socialization program for children with attention deficit hyperactivity disorder*, *American Journal of Art Therapy*, 37(1), 2 -11.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Oeystein, L.(2006). *The Children's Depression Inventory as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study*. *Nord J Psychiatry*. 60 (3): 220-226.
- Kalmanowitz, Sh. (2004). *Art Therapy in Schools, Working with Children who have, Experienced, Political Violence and Torture, A Booklet for Teachers*.
- Kaplan, H., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry* (8th Ed.). Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Lamarine, R.J. (1995). "Child and adolescent depression". *J Sch Health*, 65, 390-3.
- Levick, M.F. (1983). *They could not talk and so they draw*, Springfield, IL; Charles, C Thomas.
- Lewis, M. (1996). *Child and adolescent psychiatry* (2nd Ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Madadi N.(2000). *Study of the effect of painting therapy on decrease of emotional problems in 7-11 children* (Persian). Thesis for master sciences in art in psychology. Tehran. College of psychology. Islamic Azad University (in persian).
- Mahdavi, Af., (2006). *Introduction to Art Therapy*, Professional Rahpooyeh Art Journal, Volume II, Issue I, winter, pp.28-33 (in persian).
- Milín, R., & Walkers, C., J. (2003). *Major depressive disorder in adolescence: a brief review of the recent treatment literature*. *Psychiatry*, 48, 600-6.
- Mohammad-Esmaeil E. (2004). *Investigating of reliability, validity, and determine cut off points in disorders of children symptom inventory (CSI-4) on 6-14 year old elementary and guidance school students in Tehran city*; Research Institute of the Exceptional (in persian).
- Moradi, A., Shokri, O., & Daneshvarpour, Z. (2007). *Effect of interpersonal psychotherapy on depression treatment in adolescents: case study*. Research on psychological health. First year, No. 3, 25-28 (in persian).
- Nolen-Hoeksema S, Hilt LM.(2008). *Hand Book of Depression in Adolescents*. New York: Routledge.
- Noori, F.(2001). *Art & children with disabilities*, Journal of Special Education, Tehran, publisher of Special Education, 22 & 23.
- Noori, F.(2001). *The effect of painting therapy on decreasing of aggression behaviors in mentally retarded boys students* (Persian). Thesis for Master of Science in psychology and exceptional children education. Tehran. College of psychology. Tehran University pp: 16-71 (in persian).

- Park, R., & Goodyer, IM. (2000). *Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence*. *Eur child Adolescent psychiatry*, 9, 147-61.
- RahaMalekZehtab, F. (2008). *Child Magazine Monthly Education* -Information, July, No.38.
- Rubin, J. A. (2005). *Child art therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley; Sone, In.
- Son, SE & Kirchner J.T. (2000). *Depression in children and adolescents*. *Am Fam Physician*, 62, 2297-308, 2311-2.
- Stein, B, M; Tauscher, J; Zapotoczky, H.C. (1999). *Integrative painting therapy* (Atherapeutic concept for Psychiatric in patients at the university clinic in graz). *Wien. Kin, Wochensch. Jull. 111* (13), 252-532.
- Yousefi Loya, M., Delavare, Ali,. Yousefi Loya, M. (2008). *The effect of narrative therapy in reducing symptoms of anxiety disorder in fourth grade students*. *Research in the area of gifted children*, 8, 281-295 (in persian).



عباسیان، راضیه؛ عابدی، احمد؛ سیفی، زهرا؛ نصرآزادانی، سحر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فیلیپو بر عملکرد ریاضی در کودکان با اختلال یادگیری ریاضی پایه‌ی چهارم دبستان در شهر اصفهان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۲)، ۵۰-۳۳.

اثربخشی آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فیلیپو بر عملکرد ریاضی در کودکان با اختلال یادگیری ریاضی پایه‌ی چهارم دبستان در شهر اصفهان

راضیه عباسیان^۱، احمد عابدی^۲، زهرا سیفی^۳، سحر نصر آزادانی^۴
دریافت: ۱۳۹۲/۵/۸ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش فراشناخت پانورا و فیلیپو بر عملکرد ریاضی دانش‌آموزان دختر با اختلال ریاضی پایه چهارم ابتدایی هست. در این پژوهش از روش پژوهشی تک آزمودنی با طرح A-B استفاده شد. آزمودنی‌ها ۳ دانش‌آموز دختر مبتلا به اختلال یادگیری ریاضی در مدارس ابتدایی اصفهان می‌باشند که با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و پس از اجرای آزمون تحت آموزش قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل چهارمین ویرایش آزمون هوش و کسلر، چک‌لیست تشخیصی اختلال ریاضی و آزمون عملکرد تحصیلی ریاضی بود. در این روش پس از موقعیت خط پایه، مداخله آغاز شد و طی ۱۲ جلسه‌ی مداخله‌ی انفرادی، آموزش فراشناخت پانورا و فیلیپو به آزمودنی‌ها ارائه گردید و هر ۳ آزمودنی یک ماه پس از پایان مداخله به مدت ۲ هفته‌ی پی‌درپی چهار جلسه تحت آزمون پیگیری قرار گرفتند. این پژوهش نشان داد که بر اساس شاخص آمار توصیفی و تحلیل دیداری، مداخله‌ی موردنظر در مورد هر سه آزمودنی اثربخش بوده است (با 100% PND برای دو آزمودنی الف و ب و 92% PND برای آزمودنی ج). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با آموزش برنامه فراشناخت پانورا، عملکرد ریاضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری ریاضی بهبود می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: اختلال یادگیری ریاضی، عملکرد ریاضی، برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فیلیپو

۱. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، r_a2166@yahoo.com.

۲. دانشیار گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان

۳. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان

۴. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان

مقدمه

ناتوانی یادگیری ریاضی^۱ امروزه توجه متخصصان و صاحب‌نظران تعلیم تربیت را بیش‌ازپیش به خود معطوف ساخته است. آنان معتقدند که در بین دانش‌آموزان عده‌ای وجود دارند که علی‌رغم برخورداری از هوش طبیعی یا حتی بالاتر و باوجود دارا بودن حواس بینایی و شنوایی سالم قادر به فراگیری مطالب آموزشی و مفاهیم ویژه‌ی یادگیری نیستند (Wallace & mclaflin, 1980). ناتوانی‌های یادگیری شامل گروهی از کودکان می‌شود که در یک یا چند فرآیند روان‌شناختی پایه‌ی مربوط به درک زبان، گفتار یا نوشتار اختلال دارند، این ناتوانی ممکن است به‌صورت نارسایی در گوش کردن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، هجی کردن یا ریاضیات جلوه‌گر شود (silver et al, 2007). این اصطلاح شامل آن دسته از مشکلات یادگیری است که اساساً نتیجه‌ی معلولیت‌های شنیداری یا حرکتی، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال هیجانی یا وضع نامساعد محیطی، فرهنگی یا اقتصادی نمی‌شود (American Psychiatric Association, 2000). این اختلال در برخی کودکان از سنین کم شروع می‌شود، ولی اغلب در دوره‌ی دبستان خود را نشان می‌دهد و تا دوره‌ی راهنمایی و دبیرستان نیز ادامه می‌یابد (Gersten et al, 2005) و (dowker, 2005). اطلاعات کمی در مورد سبب‌شناسی ناتوانی ریاضی وجود دارد اما در مجموع می‌توان به ترکیبی از تأثیرات محیطی و ژنتیکی اشاره کرد (roussell & noel, 2004) و (Geary et al, 2004). بر اساس ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی این کودکان در چهار گروه از مهارت‌های زبانی، ادراکی، زبانی و توجهی مرتبط با ریاضیات مشکل دارند (dowker, 2005). (Fuchs & Fuchs, 2005) شیوع نارسایی ویژه در ریاضی را ۵ تا ۸ درصد در دوره‌ی دبستان و (Ramezani, 2001) در شهر تهران ۵ درصد گزارش کرده‌اند.

صاحب‌نظران مشکل در شمارش اعداد، مقایسه‌ی کمیت‌ها، تشخیص اعداد و حافظه فعال را از شاخص‌های معتبر در تشخیص زودهنگام ناتوانی‌های یادگیری ریاضی کودکان می‌دانند (Geary, Bailey & Hoard, 2009). کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری ریاضی در یک سری زمینه‌ها از جمله درک روابط فضایی، درک تصویر بدنی از خود، توانایی دیداری - حرکتی و دیداری - ادراکی، زبان و خواندن، جهت و زمان، به‌خاطر سپاری و راهبردهای یادگیری ریاضیات مشکل دارند (Lerner, 2000). همچنین یک توافق کلی وجود دارد که کودکان مبتلا به ناتوانی ریاضی در فرایندهای اجرایی ریاضی مشکل دارند و از

راهبردهای حل مسئله ناپخته مثل محاسبه با انگشت و محاسبه‌ی کلامی استفاده می‌کنند (Geary et al, 2004) و (Jordan & Hanich, 2003).

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مهم‌ترین ویژگی عصب - شناختی دانش آموزان با ناتوانی‌های یادگیری ریاضی عبارت از اشکال در فراگیری و یادآوری مفاهیم ریاضی، دشواری در انجام محاسبات، نارسایی راهبردهای حل مسئله، مشکلات حافظه، نارسایی‌های پردازش دیداری - فضایی، نقص در فراشناخت برنامه‌ریزی - نظارت - نظم دهی، نقص در کارکرد اجرایی و توجه است (Bley & thornton, 2001؛ kroesbergen et al, 2004)؛ و (swanson & german, 2006) در مطالعات متعددی نشان داده‌شده است که دانش آموزان با ناتوانی‌های یادگیری ریاضی در کارکردهای اجرایی و حافظه ازجمله فراشناخت، حافظه فعال، حافظه اسامی، حافظه چهره‌ها، حافظه فعال دیداری - فضایی و حافظه درازمدت نسبت به دانش آموزان عادی به‌طور معناداری عملکرد پایین‌تری دارند، یکی از کارکردهای اجرایی فراشناخت است (Mayer, 1988)؛ (wong, 1991). آنچه اهمیت دارد این است که کودک بتواند اطلاعات را دریافت، پردازش، به‌خاطر سپرده و اجرا کند. بر همین اساس یکی از شیوه‌های نوین ارتقاء آموزش‌ها، استفاده از تکنیک‌های فراشناختی است.

فراشناخت اصطلاحی است که اولین بار توسط felavell (1979) در زمینه‌ی حافظه به‌کاربرده شد. فلاول فراشناخت را شناخت پیرامون شناخت می‌داند یا به‌طور کلی فراشناخت را چگونگی کنترل شناخت تعریف کرد. به عبارت دیگر، مهارت‌های فراشناختی به‌صورت مهارت‌های آگاهی‌دهنده‌ای عمل می‌کنند که در طی یادگیری و پردازش اطلاعات مورد استفاده‌ی ذهن قرار می‌گیرند و جریان این پردازش را سهولت می‌بخشند. به‌طور کلی، کیفیت حافظه و یادگیری به فراشناخت وابسته است (Mohamad abadi et al, 2012). دانش آموزان مدارس از طریق مهارت‌های فراشناختی می‌توانند به اهداف مختلفی نائل آیند ازجمله: انجام پیش‌بینی‌های لازم در مورد آنچه خوانده‌اند، تحلیل موقعیت آموزشی و حل مسئله و ربط اندیشه‌های مختلف به ساختار فعلی دانش، پرسش از خود، تشخیص روابط، تجسم مطالب در ذهن، تشخیص اینکه چه وقت کمک بخواهند، بیان اندیشه‌های مهم مطالب خواندنی به زبان خود. همچنین زمینه درگیری علمی، شادابی عاطفی، سازندگی، خلاقیت، بلوغ فکری و خود مسئولیت‌پذیری اجتماعی را در دانش آموزان فراهم می‌کند و همزمان حس اعتماد به نفس آن‌ها را در جهت یادگیری تقویت می‌کند تا با حداکثر انرژی از طریق خود رهبری به امر یادگیری بپردازند (Rajaei et al, 2006).

(Swanson & Jerman, 2006) در پژوهش خود دریافتند که دانش فراشناختی با حل مسائل ریاضی رابطه دارد. در مطالعه‌ای دیگر (Ozsoy, 2010) نشان داد که یک رابطه معنی‌دار و مثبت میان فراشناخت و موفقیت در ریاضیات وجود دارد.

در ایران نیز (Seyf & Mesr abadi, 2003) نشان دادند که استفاده راهبردهای شناختی و فراشناختی بر افزایش درک و نگهداری متون درسی مؤثر است. راهبردهای فراشناختی به افراد در افزایش بازده یادگیری کمک می‌کند. دانش‌آموزان می‌توانند مسیر خود را در روند یادگیری با توسعه‌ی ظرفیت‌های یادگیری فراشناخت ترسیم کنند و محصلان می‌توانند راه را برای یادگیری در دستور کار برنامه‌ی آموزشی خود باز کنند (Kolb & Kolb, 2009).

پژوهش‌های زیادی تأثیر استفاده از راهکارهای فراشناختی را در افزایش و بهبود عملکرد ریاضی دانش‌آموزان نشان داده‌اند (felavell, 1985)؛ (Fuche, 2002)؛ (Yip, 2007) و (Yousefi et al, 2001). از جمله (Gai, 1992) در تحقیقی به این نتیجه رسید که پیشرفت در درس ریاضی نیاز بسیاری به آگاهی از راهبردهای گوناگون یادگیری و به‌کارگیری آنان دارد. (Vaidya, 1999) در پژوهش خود نشان داد که فعالیت‌های فراشناختی ماهیت نظارتی دارند و به‌عنوان یک ابزار مناسبی برای یادگیری ریاضی می‌توان از آن‌ها بهره جست.

یکی از روش‌های فراشناختی که برای یادگیری به‌کاربرده می‌شود روش فراشناخت پانورا و فیلیو^۱ است. (Panoura & Philipuo, 2007) فراشناخت را فرایندی می‌دانند که افراد به تفکر، درباره‌ی تفکر خود می‌پردازند و راهبردهایی را برای حل مسئله گسترش می‌دهند، افراد آگاهانه برانگیخته می‌شوند تلاش دانش‌آموزان را بیشتر می‌کند. طبق این نظر برنامه‌ی آموزش پانورا و فیلیو یک روش یادگیری فراشناخت ویژه‌ی حل مسائل ریاضی است و علاوه بر آن به جنبه‌های انگیزشی یادگیری دانش‌آموزان نیز توجه خاص دارد. برنامه فراشناخت پانورا و فیلیو شامل چهار گام به‌قرار زیر است: ۱) تقویت خود پنداره‌ی دانش‌آموزان نسبت به درس ریاضی، ۲) افزایش انگیزه‌ی تحصیلی دانش‌آموزان نسبت به درس ریاضی، ۳) آموزش خودتنظیمی در یادگیری ریاضی و ۴) آموزش راهکارهای فراشناختی (Abedi et al, 2012).

درمجموع داده‌های حمایت‌کننده‌ای در ارتباط با ضعف عملکرد ریاضی دانش‌آموزان آموزش مهارت‌های فراشناختی در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه وجود دارد که اهمیت بررسی تأثیر این

1. Panoura & Philipuo metacognitive method

مهارت‌ها را در این دانش‌آموزان نمایان می‌سازد. با توجه به اهمیت مسئله نارسایی‌های ویژه در ریاضی و ضرورت استفاده از راهبردهای فراشناختی، هدف کلی پژوهش حاضر این است که تأثیر برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو را بر بهبود عملکرد ریاضی دانش‌آموزان دارای نارسایی ویژه در ریاضی مورد بررسی قرار دهد. بنابراین مهم‌ترین مسئله‌ی پژوهش این است که آیا آموزش برنامه فراشناخت پانورا و فلیپو بر بهبود عملکرد ریاضی دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری ریاضی مؤثر است؟

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش‌آموزان پایه‌ی چهارم ابتدایی مبتلا به اختلال یادگیری ریاضی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ بود. برای انتخاب کلاس‌هایی که آزمودنی‌های دارای اختلال یادگیری ریاضی در آن تحصیل می‌کردند، از روش خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. بدین صورت که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهر اصفهان از بین ۶ ناحیه، دو ناحیه آموزشی به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با مراجعه به دو ناحیه‌ی انتخابی، ۱۰ دبستان دخترانه به صورت تصادفی از بین دو ناحیه انتخاب و از بین مدارس ابتدایی دخترانه هر ناحیه ۲ کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس بر روی دانش‌آموزانی که معلم تشخیص اختلال داده بود آزمون صورت گرفت که از بین این کلاس‌ها ۳ دانش‌آموز به عنوان مبتلایان به اختلال ریاضی تشخیص داده شدند.

طرح پژوهشی

این پژوهش از نوع پژوهش‌های تک آزمودنی^۱ است و در آن از طرح A-B با پیگیری استفاده شده است. طرح A-B شامل دو موقعیت آزمایشی است. موقعیت اول A و موقعیت دوم B نامیده می‌شود. به‌طور کلی موقعیت اول خط پایه است. در موقعیت دوم یک مداخله‌ی درمانی اجرا می‌شود و سپس متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. موقعیت خط پایه (موقعیت کنترل)، رفتار هدف را قبل از اجرای هر روش درمانی اندازه‌گیری می‌کند (Farahani et al, 2010).

در پژوهش حاضر در ۴ جلسه‌ی اول فقط چک لیست‌ها توسط معلم پر شد و آزمون‌ها بر روی کودکان اجرا شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای جهت بهبود عملکرد ریاضی صورت نگرفت. پس از آن مداخله (آموزش برنامه فراشناخت پانورا و فلیپو) به مدت ۱۲ جلسه برای هر کدام از آزمودنی‌ها به صورت انفرادی

1. Single-subject

برگزار شد. یک ماه پس از پایان جلسات مداخله ۴ آزمون ریاضی در دو هفته‌ی متوالی به عنوان آزمون پیگیری کامل گردید.

آزمودنی‌ها: ویژگی‌های آزمودنی‌ها به شرح زیر بود:

آزمودنی الف: این آزمودنی دارای اختلال ریاضی و در پایه‌ی چهارم دبستان بود. دانش‌آموز به گفته معلم دارای مشکلات ریاضی بود. پس از گرفتن آزمون هوش و کسler از وی ضریب هوش کودک متوسط ارزیابی شد. با استفاده از چک لیست تشخیص اختلال یادگیری، این دانش‌آموز دارای اختلال یادگیری ریاضی تشخیص داده شد و برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو روی او اجرا گردید.

آزمودنی ب: این آزمودنی در پایه‌ی چهارم دبستان بوده و به علت مشکلات در کلاس ریاضی و پایین بودن نمرات ریاضی‌اش توسط معلم شناسایی شده بود. طبق آزمون هوش و کسler دارای هوش بالاتر از متوسط بود. این آزمودنی در دروس دیگر طبق گفته والدین مشکلی نداشت. با استفاده از چک لیست تشخیص اختلال یادگیری، این دانش‌آموز دارای اختلال یادگیری ریاضی تشخیص داده شد و برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو روی او اجرا گردید.

آزمودنی ج: این آزمودنی نیز در پایه‌ی چهارم دبستان بوده و نمرات پایین او در درس ریاضی معلم را نگران کرده بود. با ارزیابی کودک به وسیله آزمون و کسler ضریب هوشی‌اش متوسط به بالا بود و با استفاده از چک لیست تشخیص اختلال یادگیری، این دانش‌آموز دارای اختلال یادگیری ریاضی تشخیص داده شد و برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو روی او اجرا گردید.

لازم به ذکر است که در رابطه با اجرای برنامه فراشناخت پانورا و فلیپو روی کودکان رضایت والدین به طور کامل جلب گردید و آن‌ها در مورد برنامه آگاه شدند.

ابزارهای پژوهش

چهارمین ویرایش آزمون هوش کودکان و کسler^۱: این آزمون فرم تجدیدنظر شده‌ی سومین ویرایش آزمون هوش و کسler کودکان است که توسط و کسler در سال ۲۰۰۳ برای کودکان ۶-۱۶ سال تهیه شده است. چهارمین ویرایش آزمون هوش کودکان و کسler اندازه‌گیری هوش کلی و چهار نمره‌ی شاخص، شامل درک مطلب کلامی^۲، استدلال ادراکی^۳، حافظه فعال^۴ و سرعت پردازش^۱ را امکان‌پذیر می‌سازد.

1. Wechsler Intelligence scale for children

2. verbal comprehension

3. perceptual Reasoning Index

4. working Memory Index

این آزمون توسط عابدی و همکاران روی نمونه‌هایی از کودکان ایرانی اجرا و هنجاریابی شده است. پایایی خرده آزمون‌ها در باز آزمایی در محدوده ۶۵٪ تا ۹۵٪ و ضرایب پایایی تنضیف از ۶۵٪ تا ۷۱٪ گزارش شده است (Abedi & Agha babaei, 2010). در این پژوهش از این آزمون برای بررسی هوش‌بهر کودکان حاضر در پژوهش استفاده شد و نمره‌ی هوش‌بهر کودکان حاضر در این پژوهش با استفاده از این آزمون باید در طیف طبیعی قرار می‌گرفت.

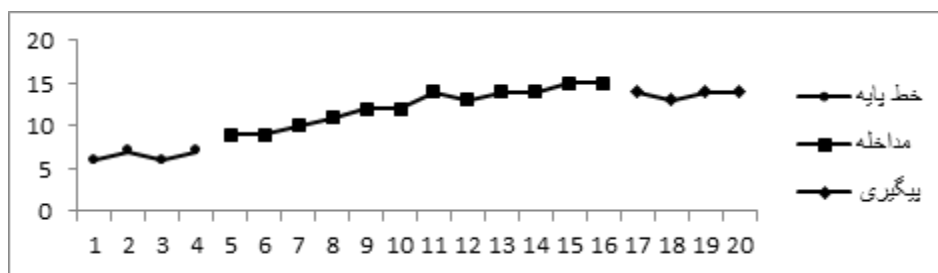
آزمون تشخیص حساب نارسایی^۲: این آزمون، توسط فراهانی برای تشخیص دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری ریاضی پایه‌ی اول تا پنجم دبستان شهر اصفهان ساخته شده است. در این پژوهش برای تشخیص دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری ریاضی از آزمون تشخیص حساب نارسایی پایه چهارم دبستان استفاده شد. این آزمون دارای ۷ خرده آزمون شمارش، هندسه، جمع و تفریق، ضرب و تقسیم، کسرها و اعشار، اندازه‌گیری و حل مسئله می‌باشد. (Farahani, 2007) جهت تعیین روایی، همبستگی این آزمون را با آزمون ریاضی ایران کی‌مت و آزمون هوش ویسک-آر محاسبه نموده است. همبستگی خرده آزمون‌ها و نمره کل این آزمون با آزمون ریاضی ایران کی‌مت در محدوده ۰/۸۹ - ۰/۸۷ و همبستگی این آزمون با خرده آزمون حساب آزمون هوش ویسک-آر ۰/۷۹ گزارش شده است. برای تعیین پایایی این آزمون از سه روش آلفای کرونباخ، دو نیمه کردن (همسانی درونی) و باز آزمایی (ثبات) استفاده شده است. ضرایب آلفای کرونباخ در خرده آزمون‌ها در محدوده ۰/۹۲ - ۰/۷۴ و در کل ۰/۹۳، در روش دو نیمه‌سازی در محدوده ۰/۹۱ - ۰/۷۱ و در کل ۰/۸۹ و در باز آزمایی در محدوده ۰/۹۲ - ۰/۸۲ و در کل ۰/۹۲ به دست آمده است.

آزمون عملکرد ریاضی دانش‌آموزان پایه‌ی چهارم ابتدایی: گروه آموزشی پایه‌ی چهارم دبستان شهر اصفهان این آزمون را برای سنجش عملکرد تحصیلی ریاضی تهیه کرده است. این آزمون دارای ۲۰ سؤال در حوزه‌های جمع، تفریق، ضرب، تقسیم، شمارش، اعداد گویا، هندسه، پول، زمان، حل مسئله و تخمین است. نحوه‌ی پاسخ‌گویی آن تشریحی و به مدت ۷۰ دقیقه است. روایی محتوایی این آزمون را پنج متخصص تأیید کرده و پایایی آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۵ است.

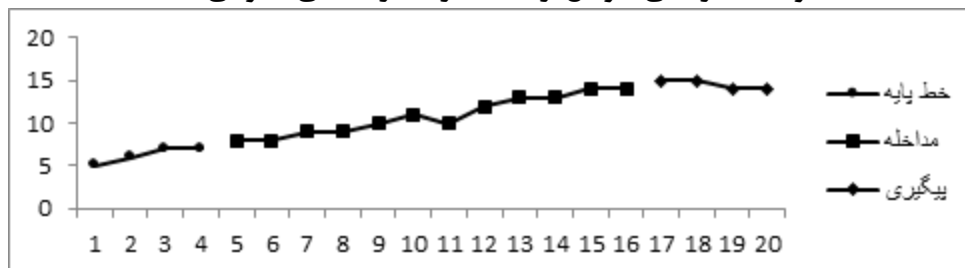
روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۱ نمودارها با شاخص‌های روند^۲، ثبات^۳، درصد داده‌های غیر همپوش^۴ (PND) و درصد داده‌های همپوش^۵ (POD) استفاده شده است (Farahani et al, 2010). اگر در طرح‌های تک آزمودنی تفاوت بین داده‌ها در خط پایه و موقعیت آزمایشی، دارای این ملاک‌ها باشد، می‌توان اظهار داشت که تفاوت معنادار است: ۱- تغییر در میانگین نمرات (در جهت دلخواه) بین موقعیت‌های مجاور ۲- بین موقعیت‌ها همپوشی وجود نداشته باشد یا همپوشی بین آن‌ها بسیار کم باشد. ۳- تغییرپذیری کم در موقعیت درمان نسبت به کنترل مؤثر کمتر (Bailey & Bostow, 1981)؛ (cooper et al, 2007).

یافته‌ها

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر عملکرد ریاضی هر سه آزمودنی طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در نمودار ۱، ۲ و ۳ نشان داده شده است.

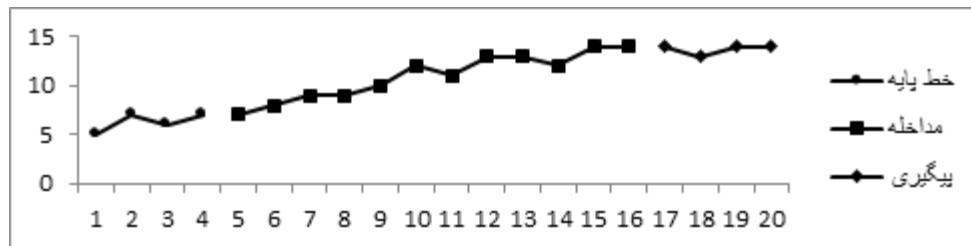


نمودار ۱- اثر بخشی آموزش فراشناخت بر عملکرد ریاضی آزمودنی الف



نمودار ۲- اثر بخشی آموزش فراشناخت بر عملکرد ریاضی آزمودنی ب

1. Visual analysis
2. Trending
3. Stability
4. Percentage of Non-Overlapping Data
5. Percentage of Overlapping Data



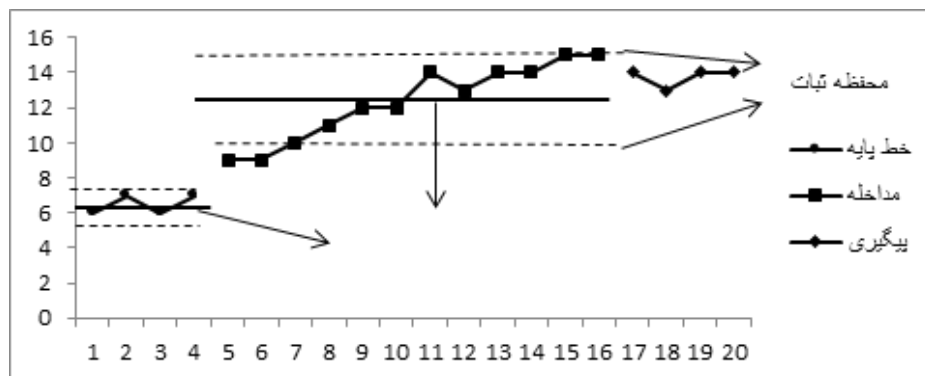
نمودار ۳- اثربخشی آموزش فراشناخت بر عملکرد ریاضی آزمودنی ج

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، خط میانه، خط روند و محفظه‌ی ثبات آزمودنی‌های

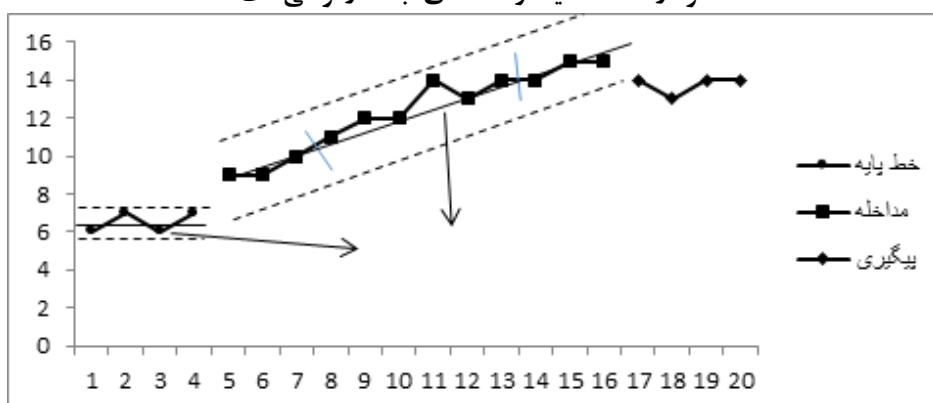
الف، ب و ج به‌قرار زیر به‌دست آمده است:

جدول ۲- متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی عملکرد ریاضی آزمودنی الف

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
	تغییرات روند	۱۲	۴	طول موقعیت
$\frac{1}{2}$	۲,۱ تغییر جهت			سطح
مثبت	۲,۲ اثر وابسته به هدف	۱۲/۵	۶/۵	۳,۱ میانه
باثبات	۲,۳ تغییر ثبات	۱۲/۳۳	۶/۵	۳,۲ میانگین
به بی ثبات				
	تغییر در سطح	۹-۱۵	۶-۷	۳,۳ دامنه تغییرات
$\frac{۱۰}{۵}$	۳,۱ تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	۳,۴ دامنه تغییرات محفظه
به ۷				ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
۹	۳,۲ تغییر مطلق			تغییر سطح
به ۷				
$\frac{۱۲}{۵}$	۳,۳ تغییر میانه	۱۴-۱۰/۵	۶-۷	۴,۱ تغییر نسبی
به ۶/۵				
$\frac{۱۲}{۳۳}$	۳,۴ تغییر میانگین	۱۵-۹	۶-۷	۴,۲ تغییر مطلق
به ۶/۵				
	همپوشی داده‌ها			روند
٪۱۰۰	PND ۴,۱	صعودی	صعودی	۵,۱ جهت
٪۰	POD ۴,۲	باثبات	باثبات	۵,۲ ثبات
		خیر	خیر	۵,۳ مسیرهای چندگانه



نمودار ۴- خط میانه و محفظه‌ی ثبات آزمودنی الف

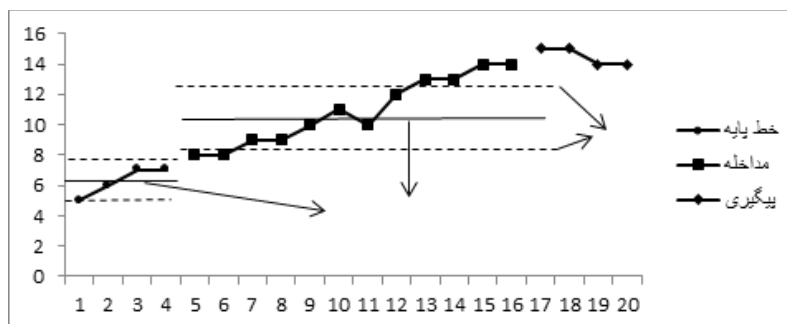


نمودار ۵- خط روند و محفظه‌ی ثبات آزمودنی الف

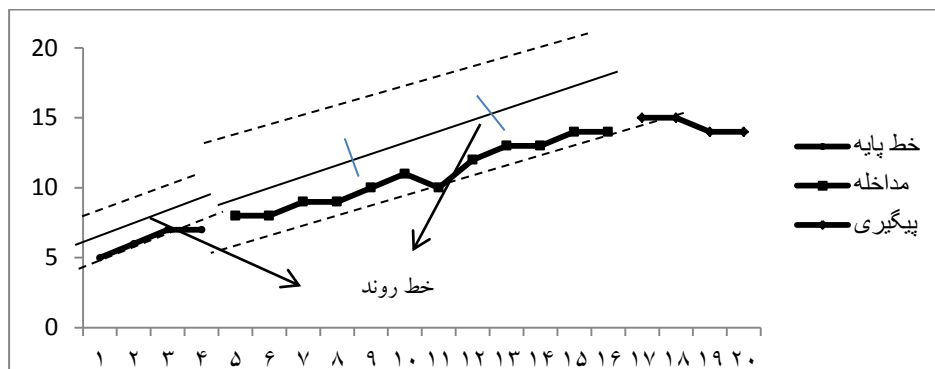
بر اساس نمودار ۴ و ۵، آزمودنی اول طی چهار نقطه‌ی موقعیت خط پایه، میزان پایین عملکرد ریاضی را نشان می‌دهد. طبق یافته‌ها روند خط پایه، نزولی است. با شروع مداخله در جلسه‌ی پنجم، بر اساس شاخص تغییر سطح و روند، روند داده‌ها به سمت بهبود عملکرد ریاضی حرکت کرده است (روند صعودی). همچنین در تأیید اثربخشی آموزش، میانگین نمرات عملکرد ریاضی از ۶/۵ در موقعیت خط پایه به ۱۲/۳۳ در موقعیت مداخله رسیده است که تغییری قابل قبول و چشمگیر است. شاخص PND، نشان می‌دهد که آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فیلیپو با ۱۰۰٪ اطمینان در مورد آزمودنی الف مؤثر بوده است. شاخص POD ۰٪ همپوشی بین داده‌های دو موقعیت مجاور را گزارش می‌کند.

جدول ۳- متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی عملکرد ریاضی آزمودنی ب

درون موقعیتی		بین موقعیتی	
توالی موقعیت‌ها	A	B	مقایسه موقعیت
طول موقعیت	۴	۱۲	تغییرات روند
سطح			۲,۱ تغییر جهت
۳,۱ میانه	۶/۵	۱۰/۵	۲,۲ اثر وابسته به هدف
۳,۲ میانگین	۶/۲۵	۱۰/۹۱	۲,۳ تغییر ثبات
۳,۳ دامنه تغییرات	۵-۷	۸-۱۴	تغییر در سطح
۳,۴ دامنه تغییرات محفظه ثبات	ثبات	بی ثبات	۳,۱ تغییر نسبی
۲۰٪ از میانه هر موقعیت			۹
تغییر سطح			به ۷
۴,۱ تغییر نسبی	۷-۵/۵	۱۳-۹	۳,۲ تغییر مطلق
۴,۲ تغییر مطلق	۵-۷	۱۴-۸	۸
روند			به ۷
۵,۱ جهت	صعودی	صعودی	۱۰/۵
۵,۲ ثبات	ثبات	ثبات	به ۶/۵
۵,۳ مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	۱۰/۹۱
			به ۶/۵۲
			همپوشی داده‌ها
			PND ۴,۱
			٪۱۰۰
			POD ۴,۲
			٪۰



نمودار ۶- خط میانه و محفظه‌ی ثبات آزمودنی ب



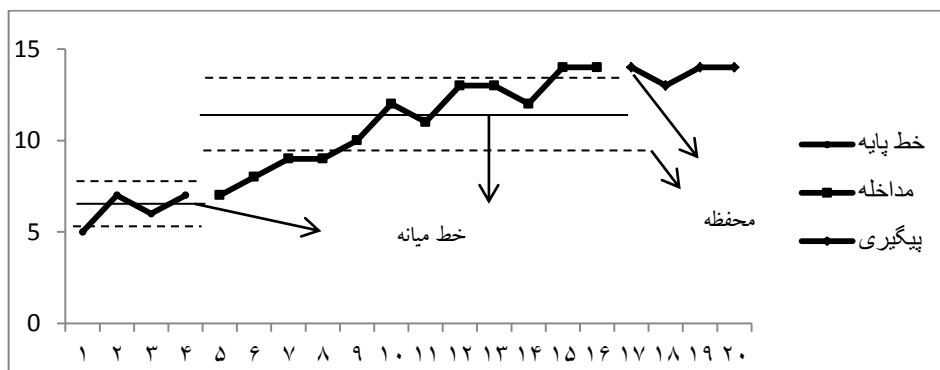
نمودار ۷- خط روند و محفظه‌ی ثبات آزمودنی ب

طبق نمودار ۶ و ۷، داده‌های مربوط به آزمودنی ب در طول چهار نقطه‌ی خط پایه صعودی بوده و تمام نقاط در روند ثابت قرار داشته‌اند. با آغاز آموزش در جلسه‌ی پنجم و با ادامه‌ی آموزش در جلسات بعدی تغییر مثبتی در روند و مسیر داده‌ها ایجاد شده که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی آموزش برنامه فراشناخت پانورا و فیلپو بر عملکرد ریاضی دانش‌آموزان است. روند صعودی داده‌ها در موقعیت خط پایه در موقعیت مداخله ادامه یافته است. افزایش میانگین نمرات عملکرد ریاضی از ۶/۲۵ در موقعیت خط پایه به ۱۰/۹۱ در موقعیت مداخله، گواه اثربخشی مداخله است. شاخص PND، نشان می‌دهد که آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فیلپو با ۱۰۰٪ اطمینان در مورد آزمودنی ب مؤثر بوده است. شاخص POD ۰٪ همپوشی بین داده‌های دو موقعیت مجاور را گزارش می‌کند، به این معنی که مداخله‌ی مذکور با ۱۰۰٪ اطمینان در مورد آزمودنی ب مؤثر واقع شده است.

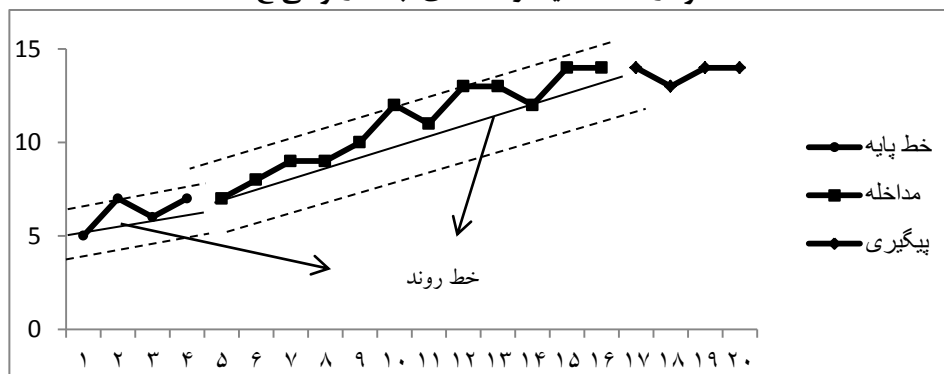
جدول ۴- متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی عملکرد ریاضی آزمودنی ج

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
B A	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
	تغییرات روند	۱۲	۴	طول موقعیت
	۲،۱ تغییر جهت			سطح
مثبت	۲،۲ اثر وابسته به هدف	۱۱/۵	۶/۵	۳،۱ میانه
بائیات به بائیات	۲،۳ تغییر ثبات	۱۱	۶/۲۵	۳،۲ میانگین
	تغییر در سطح	۷-۱۴	۵-۷	۳،۳ دامنه تغییرات
۹	۳،۱ تغییر نسبی	بی ثبات	بائیات	۳،۴ دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از
به ۷				

میان‌ه هر موقعیت				
تغییر سطح	۳,۲ تغییر مطلق			۷ به ۷
۴,۱ تغییر نسبی	۳,۳ تغییر میان‌ه	۱۳-۹	۷-۵/۵	۱۱/۵ به ۶/۵
۴,۲ تغییر مطلق	۳,۴ تغییر میانگین	۱۴-۷	۵-۷	۱۱ به ۶/۲۵
روند	همپوشی داده‌ها			
۵,۱ جهت	PND ۴,۱	صعودی	نزولی	%۹۲
۵,۲ ثبات	POD ۴,۲	باثبات	باثبات	%۸
۵,۳ مسیرهای چندگانه		خیر	خیر	



نمودار ۸- خط میانه و محفظه‌ی ثبات آزمودنی ج



نمودار ۹- خط روند و محفظه‌ی ثبات آزمودنی ج

طبق نمودار ۸ و ۹، داده‌های مربوط به آزمودنی ج در طول چهار نقطه‌ی خط پایه بی‌ثبات بوده است. با آغاز آموزش در جلسه‌ی پنجم و با ادامه‌ی آموزش در جلسات بعدی تغییر مثبتی در روند و مسیر داده‌ها ایجاد شده که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو بر عملکرد ریاضی دانش‌آموزان است. روند نزولی داده‌ها در موقعیت خط پایه به روند صعودی در موقعیت مداخله تبدیل شده است. افزایش میانگین نمرات عملکرد ریاضی از ۶/۲۵ در موقعیت خط پایه به ۱۱ در موقعیت مداخله گواه اثربخشی مداخله است. شاخص PND، نشان می‌دهد که آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو با ۹۲٪ اطمینان در مورد آزمودنی ج مؤثر بوده است. شاخص POD ۸٪ همپوشی بین داده‌های دو موقعیت مجاور را گزارش می‌کند، به این معنی که مداخله‌ی مذکور با ۹۲٪ اطمینان در مورد آزمودنی ج مؤثر واقع شده است.

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو بر عملکرد ریاضی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری بوده است. یافته‌های حاصل از تحلیل نمودارهای هر سه آزمودنی نشان‌دهنده‌ی اثربخشی آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو بر عملکرد ریاضی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری می‌باشد. نارسایی در فراشناخت در کودکان تا حدود زیادی پیش‌بینی‌کننده عملکرد تحصیلی ریاضی آن‌ها در مدرسه است، چراکه مهارت‌های فراشناخت، فرایندهای درونی هستند که کودکان برای یادگیری، کنترل و نظارت در هنگام تکالیف یادگیری از آن‌ها استفاده می‌کنند. بنابراین افزایش دادن مهارت‌های یادگیری در آن‌ها می‌تواند باعث پیشرفت تحصیلی و بالطبع تغییر مثبت در عملکرد ریاضی این دانش‌آموزان گردد. اگر اختلالات یادگیری تحصیلی دانش‌آموزان درمان نشوند به اختلالات یادگیری اجتماعی در دوره‌های بعدی زندگی‌شان تبدیل می‌شوند و برعکس اگر بهبودیافته و توسط افراد مدیریت گردد، مشکلی در آینده‌ی فرد ایجاد نکرده و چه‌بسا فرد به درجات عالی علمی دست یابد (kirk et al, translate by Kakavand & sahim, 2011). بر اساس یافته‌های پژوهش‌های پیشین، برنامه‌های فراشناخت بر بهبود اختلال یادگیری و افزایش عملکرد ریاضی تأثیر دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های (Bohm et al, 2004)، (Swanson & German, 2006 & 2007)، (Denckla, 2003 &)، (Pennington, 2009) و (Mazzocco & Hanich, 2010) همسو است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به‌نوعی نشان داده‌اند که دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری ریاضی در دبستان نسبت

به دانش آموزان عادی در مهارت‌های شناختی و فراشناختی به‌طور چشمگیری مشکلات بیشتری دارند. همچنین یافته‌های (Abedi et al, 2012)، (coutinho, 2008)، (yip, 2007) نشان می‌دهد که آموزش فراشناخت بر عملکرد تحصیلی، خودپنداره و مهارت‌های شناختی و فراشناختی کودکان مؤثر است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ذکرشده همخوانی دارد. بنابراین مطالعه حاضر درصدد کوشش برای کمک به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری بود تا بتوانند برابر با دانش آموزان عادی از تحصیل بهره‌مند گردیده و بتوانند در عملکرد تحصیلی ریاضی موفق گردند. با توجه به یافته‌های این مطالعه هر سه آزمودنی بعد از دریافت مداخله افزایش قابل توجهی در نمرات عملکرد ریاضی داشتند. همچنین طی جلسات پیگیری که ۱ ماه بعد از مداخله انجام شد، عملکرد ریاضی بالا در آن‌ها پابرجا بود. با استفاده از نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان تبیین کرد که برنامه فراشناخت پانورا و فلیپو موجب افزایش بهبود عملکرد ریاضی دانش آموزان گردیده است. به این دلیل که این برنامه با افزایش مهارت‌های مثبت باعث شد که نگرش دانش آموزان نسبت به درس ریاضی تغییر یابد و دانش آموزان مثل سابق منفعلانه با مسائل برخورد نکنند، بلکه به‌صورت فعال درگیر حل مسئله شوند و بتوانند موفقیت تحصیلی خود را اسناددهی درونی کنند و این باعث افزایش انگیزه، شایستگی و پیشرفت تحصیلی در آنان می‌شد. همچنین آموزش مهارت فراشناخت به دانش آموزان کمک کرد بر موانع شناختی خود غلبه کنند و عملکرد تحصیلی آنان افزایش یابد بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و یافته‌های پژوهش‌های همسو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه‌ی فراشناخت پانورا و فلیپو بر عملکرد ریاضی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مؤثر است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان این موارد را بیان کرد: این پژوهش در مورد تعداد محدودی از دانش آموزان کلاس چهارم دبستان صورت پذیرفت، لذا در تعمیم آن به تمام دانش آموزان باید جانب احتیاط را رعایت نمود. تعداد نمونه محدود بود به همین دلیل این احتمال وجود دارد که نتایج پژوهش دارای پایایی و ثبات کافی نباشد. پیشنهاد می‌گردد مسئولان مدرسه آموزش‌هایی را در جهت بهبود خودپنداره و انگیزه‌ی تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری طراحی کنند. همچنین با توجه به مؤثر بودن روش فراشناخت پانورا و فلیپو این روش در اختیار متخصصین و مربیان ارائه گردد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد در زمینه‌ی آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی و بهبود این مهارت‌ها در دانش آموزان پژوهش‌هایی را انجام دهند.

References

- Abedi, A., Ghaderi, M., shooshtari, M., & golshani. F. (2012). Efficacy of Panoura and Philipuo metacognitive training program on problem solving performance Knowledge and metacognitive skills of students with special problems in math. *Journal of special individual psychology*. 5. 125-145. (in Persian)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th edition- Text*. Translate by Nickkhu & Avadis. Tehran: Sokhan publication.
- Rejaei, A., khuy najad, Q., & Kabudani, M. (2006). Affective metacognitive skills in mental retardation children. *Journal of new psychoteraphy*.11, 39-40. 79-90. (in Persian)
- Ramezani, M. (2001). Prevalence of mathematic disorder in fifth & fourth graders students in tehran schools. *Research of exceptional children*. 3. 1-9. 223-246. (in Persian)
- Seyf, A. A., & Mesr Abadi, J. (2003). Affective of teaching learning strategies on reading speed, retention and understanding different texts. *Journal of Education* .19. 2. 37-54. (in Persian)
- Abedi, A., & Aghababaei, S. (2010). Efficacy of Working memory on academic performance ot student with problem in math learning. *Journal of Clinical Psychology*. 2. 73. 73-81. (in Persian)
- Farahani, H., Abedi, A., Aghamohamadi, S., & Kazemi, Z. (2010). *Methodology of single case designs in the Behavioral Sciences and Medical(Practical Approach)*. Tehran: Danje publication. (in Persian)
- Farahani, H. (2007). *Construction and validation of a diagnostic test of math disorder for student of first to fifth grade in Esfahan*. Faculty of Educational Science & Psychology in University of Isfahan. PH.DThesis. (in Persian)
- Kirk, Samuel A., Gallagher, Games J., Coleman, Mary Ruth., Anastasiow, Nick. (2009). *Educational exceptional children*. Translated by Alireza Kakavand & Mahyas Sahimi. (2010). Karaj: sarafraz.
- Lerner, J. (2000). *Learning disabilities, Theories, Strategies and Methods*.translated by Esmat Danesh. (2005). Tehran. Shahid Beheshti university publication.
- Mohamadi, M. N., Bagheri, A. M., jaafari, A., Azadnia, A., & Soltani gard, F. S. (2012).efficacy of metacognitive strategies on Solving mathematical problems in student of High school courses in yazd.*journal of Research in the curriculum*.34. 136-134. (in Persian)
- Wallace, J., & mclaflin. J. (1980). *Learning disorder*. translated by taghi Monshi Tusi. (1994).Mashhad. Astan Ghods Razavi publication.
- Yousefi, F., Pooshane, K., & Yousefi Loye, M. (2001). Efficacy ofcognitive & metacognitive strategies training on Improving Mathematical Problem Solving Performance in student of math disorder.*journal of exceptional education*. 20 & 21. 3-9. (in Persian)
- Bailey, J. s. & Bostow, D. E. (1981). *Research methods in applied behavior analysis*.Talahassee,FL: *copy Grafi x*.
- Bley NS, Thornton CA. (2001). Anchoring adolescentsunderstanding of math concepts in rich problemsolving environments. *Reme Spec Educ*. (5): 299-314.

- Bohm, B., Smedler, A.C., & Forssberg, H. (2004). Impulse control, working memory and other executive functions in preterm children when starting school. *Acta Paediatrica*, 93(10), 1363-1371.
- Cai J. A. (1992). Protocol analytic of metacognition in mathematical problem solving. *Pap present annu meet Am Educ Res Assoc*. San Francisco, CA.
- Cooper, J.O., Heron, T. F., Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis: Using Science to Improve Educational Outcomes for All Students*. 2nd ed. Columbus, OH: Merrill/ Prentice Hall.
- Coutinho, S. (2008). self- Efficacy meta cognition, and performance. *North American Journal of psychology*. 10, 1, 165-172.
- Denckla, M.B. (2003). ADHD. Topic update. *Brain and Development*. 25, 383-389.
- Denckla, M.B. (2007). Executive function, the overlap zone between attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities. *International Pediatrics*. 4, 155-160.
- Dowker, A. (2005). Early identification and intervention for student with mathematics difficulties. *Journal of learning Disabilities*, 38 (4), 324-332.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive – developmental inquiry. *American Psychologist*, 34. 906-913.
- Flavell, J.H. (1985). *cognitive development*. Prentice Hall. 2nd ed.
- Fuchs, L., Owen, R. (2002). Mathematical problem – solving strategy instruction for third grade students with learning disorder. *Journal of remedial and special education*. 5. 268-279.
- Fuchs, L.S. & Fuchs, D. (2005). Mathematical problem- solving profiles of students with mathematics disabilities with and without comorbidity reading disabilities. *Journal of learning Disabilities*, 35, 563-574.
- Gast DL. (2010). *Single Subject Research Methodology in Behavioral Sciences*. USA: Rutledge.
- Geary, D.C., Bailey, D.H., & Hoard, M. K. (2009). Predicting mathematical achievement and mathematical learning disability with a simple screening tool. The Number Sets Test. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 3, 256 – 279.
- Geary, D.C., Hamson, C.O., & Hoard, M.K. (2000). Numerical and arithmetical cognition: A longitudinal study of process and concept deficits in children with learning disability. *Journal of Experimental Child Psychology*. 77, 236–263.
- Geary, D.C., Hoard, M.K., Byrd-Craven, J., & DeSoto, C.M. (2004). Strategy choices in simple and complex addition: Contributions of working memory and counting knowledge for children with mathematical disability. *Journal of Experimental Child Psychology*. 88, 121–151.
- Gersten, R., Jordan N. & Flojo, JR. (2005). Early identification and Intervention for students with mathematics difficulties. *Journal of Learning Disability*. (38), 293-304.
- Jordan, N.C., & Hanich, L. B. (2003). Characteristics of children with moderate mathematics deficiencies: A longitudinal perspective. *Learning Disabilities Research and Practice*, 18, 213-221.
- Kolb, A.Y & Kolb, D. A. (2009). Meta-cognitive aspects of experiential learning. *Simulation & gaming*. 40, 3. 297-327.

- Korkman M, Pesonen AE. (1994). A comparison of neuropsychological test profiles of children with attention deficit-hyperactivity disorder and/or learning disorder. *J Learn Disabil.* (60): 383-392.
- Kroesbergen EH, Vanluit JE, Mass CJ. (2004). Effectiveness of explicit and constructivist mathematics instruction for low-achieving students in the Netherlands. *Elem Sch J.* (3):233-252.
- Mayer R. Learning strategies: An overview. In C. Weinstein, E. Goetz P. Alexander (Eds). (1988). *Learning and study strategies: Issues in assessment, instruction, and evaluation.* S-Diego: Acad Press; p. 11-24.
- Mazzocco, M. M. M., & Hanich, L. B. (2010). Math achievement, numerical processing, and executive functions in girls with Turner Syndrome (TS): Do girls with Turner syndrome have math learning disability? *Learning and Individual Differences* . 20(2), 70-81.
- Montague, M. (1996). Assessing mathematical problem solving. *Learn Disable: Res & pract.* (11). 238-248.
- Ozsoy. G. (2010). *An investigation of the relationship between metacognition and mathematics achievement.* Asia Pacific Edu. Rev. 1-9.
- panoura, A. & philippou, G. christou, C. (2007). the developmental change of young pupils, meta cognitive ability in mathematics in relation to their cognitive abilities. *Cognitive development.* 22.149-164
- Pennington, B. F. (2009). *Diagnosing learning disorders: A neuropsychological framework.* New York: Guilford Press.
- Roussell, L., Noel, M.P., (2004). Basic numerical skills in children with mathematic learning disabilities: *A comparison of symbolic number magnitude processing Cognition.* 102, 361-395.
- Silver, C.H., Ruff, R.M., Iverson, G.L., Barth, J.T., Broshek, D.K., Bush S.S., Koffler, S.P. Reynolds, C. R. (2007). *Archives of clinical Neuropsychology*, 23, 217-219.
- Swanson HL, Jerman O. (2006). *Math Disabilities: A selective meta-Analysis of the literature.* Rev Educ Res. 76, 249-251.
- Swanson, L.H., & Jerman, O. (2007). The influence of working memory of reading growth in subgroups of children with reading disabilities. *Journal of Exceptional Child Psychology*, 96 (4), 249-283.
- Vaidya SR. (1999). Metacognitive learning strategies for students with learning disabilities. *Educ v. 120 i1. p. 186.*
- Wong B. (1991). The relevance of metacognition to learning disabilities. S-Diego: Acad Press; p. 232-261.
- Yip, M. C. W. (2007). Differences between high and low academic achieving University students in learning and study strategies: A Hong Kong study. *Educational Psychology*, 27, 597-606.



کریمی، جواد؛ سودانی، منصور؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ نیسی، عبدالکاظم (۱۳۹۳). بررسی میزان اثر بخشی زوج درمانی یکپارچه نگر بر کاهش افسردگی، علایم استرس پس از سانحه و افزایش گذشت و روابط صمیمانه پس از خیانت همسر. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۲)، ۶۸-۵۱.

بررسی میزان اثر بخشی زوج درمانی یکپارچه نگر بر کاهش افسردگی، علایم استرس پس از سانحه و افزایش گذشت و روابط صمیمانه پس از خیانت همسر*

جواد کریمی^۱، منصور سودانی^۲، مهناز مهرابی زاده هنرمند^۳، عبدالکاظم نیسی^۴

دریافت: ۱۳۹۲/۶/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲۹

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی زوج درمانی یکپارچه نگر بر کاهش آسیب های ناشی از خیانت همسر صورت گرفت.

روش تحقیق نیمه تجربی بود و از طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل زوجینی بود که به دلیل مشکل خیانت همسر (مرد) به یکی از مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۲۹ زوج بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ زوج) و کنترل (۱۴ زوج) جایگزین شدند. ابزارهای اندازه گیری، پرسشنامه های افسردگی بک، استرس پس از سانحه، صمیمیت زوجین و انگیزه های بین فردی مرتبط با آسیب بود. گروه آزمایش ۸ جلسه زوج درمانی یکپارچه نگر دریافت کردند. یافته های تحقیق با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحقیق نشان داد که زوج درمانی یکپارچه نگر افسردگی و علایم استرس پس از سانحه را کاهش داده است و باعث افزایش بخبودگی و صمیمیت شده است. بر اساس نتایج این مطالعه اثربخشی زوج درمانی یکپارچه نگر بر کاهش افسردگی و علایم استرس پس از سانحه و افزایش گذشت و صمیمیت در زوجین مواجه با خیانت زناشویی تایید شد.

واژه های کلیدی: زوج درمانی یکپارچه نگر، خیانت زناشویی، کاهش افسردگی، علایم استرس پس از سانحه، گذشت، صمیمیت.

* این مقاله حاصل رساله دکتری تخصصی مشاوره دانشگاه شهید چمران می باشد.

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران، (نویسنده مسئول) dr.karimi10@yahoo.com

۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. sodani_m@yahoo.com

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. m-mehrabizadeh@yahoo.com

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. kazem23@yahoo.com

مقدمه

مردم معمولاً با امیدهای فراوان به ازدواج مبادرت می‌کنند و تمایل دارند که درباره شانس موفقیت ازدواج خود خوشبین باشند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انتظارات فراوانی از هر رابطه عاشقانه وجود دارد و مساله وفاداری به نظر می‌رسد که جز اساسی هر رابطه طولانی مدت باشد (McNulty & Karney, 2004). یک مساله خاص در هر رابطه صمیمی عبارت است از واکنش منفی به جذب شدن واقعی یا خیالی شریک زندگی به فردی دیگر. بعضی معتقدند مردان بیشتر به خاطر جذب شدن جنسی شریک خود به یک مرد رقیب تهدید می‌شوند، در حالی که زنان بیشتر به خاطر جذب شدن عاطفی شریک خود به زن رقیب مورد تهدید قرار می‌گیرند. هرچند احتمال اینگونه تفاوت‌های جنسی جالب و موجه به نظر می‌آیند، ولی پژوهش‌های اخیر حاکی از آن هستند که مردان و زنان به وسیله هر نوع بی‌وفایی مورد تهدید قرار می‌گیرند (DeSteno, Bartlett, Braverman, & Salovey, 2002; Harris, 2003; Levy & Kelly, 2006).

در ادبیات تحقیق از اصطلاحات گوناگونی برای اشاره به خیانت زناشویی^۱ استفاده شده است، خیانت^۲ و روابط جنسی خارج از حیطه زناشویی^۳ اصطلاحاتی هستند که بیشتر از همه در ادبیات تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است. تعریف خیانت زناشویی امر کاملاً پیچیده‌ای است. خیانت زناشویی نوعی رابطه جنسی، عاطفی یا جنسی-عاطفی با فردی غیر از همسر است که از او پنهان می‌گردد (Brown, 2001). خیانت جنسی عبارت است از داشتن رابطه جنسی با فردی غیر از همسر که از او پنهان می‌شود و خیانت عاطفی عبارت است از داشتن علاقه به شخص دیگری غیر از همسر یا قرار دادن منابع عاطفی از قبیل عشق، وقت و توجه به فردی غیر از همسر (Buss & Shackelford, 1997). اخیراً با گسترش تکنولوژی و استفاده روز افزون از اینترنت نوع دیگری از خیانت به عنوان خیانت اینترنتی^۴ در ادبیات تحقیق مطرح شده است (Whitty, 2002). خیانت اینترنتی به عنوان داشتن رابطه عاشقانه با جنس مخالف و فردی غیر از همسر تعریف می‌شود که از طریق وسایل الکترونیک شروع و ادامه پیدا می‌کند (Young, Griffin-Shelley, Cooper, O'mara, & Buchanan, 2000).

خیانت در روابط زناشویی یکی از دلایل اصلی طلاق و آسیب‌رسان به زوجین می‌باشد (Buss & Shackelford, 1997). روابط پنهانی خارج از حیطه زناشویی همیشه موجب ضربه شدید احساسی به طرفین می‌شود. این نوع روابط باعث بروز نشانه‌هایی شبیه اختلال استرس پس از سانحه^۵ و همچنین

1. marital infidelity

2. infidelity

3. extramarital sex

4. online infidelity

5. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

احساساتی مانند افسردگی، خشم، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، از دست دادن هویت و احساس بی ارزشی در همسری که به او خیانت شده است می شود. خیانت زناشویی همچنین باعث بروز احساس تردید، افسردگی و احساس گناه در همسری که خیانت کرده است می گردد. خیانت زناشویی می تواند پیامدهای فاجعه باری برای فردی که خیانت کرده، همسرش، رابطه زناشویی، خانواده بلا فصل و خانواده دور فرد داشته باشد (Snyder, Baucom, & Gordon, 2007). زوجینی که با مشکل خیانت زناشویی وارد درمان می شوند نسبت به زوجینی که با مشکلات دیگر مراجعه می کنند بیشتر احتمال دارد که از هم جدا شوند و طلاق بگیرند (Glass, 2003).

خیانت زناشویی عمده ترین دلیلی است که زوجین را برای طلاق، به کلینیک های مشاوره خانواده می آورد (Amato & Rogers, 1997). همچنین حدود ۴۰ درصد از افرادی که طلاق گرفته اند گزارش کرده اند که در طول زندگی زناشویی حداقل یکبار در گیر روابط خارج از حیطه زناشویی شده اند (Janus & Janus, 1993). خیانت زناشویی می تواند پیامدهای عاطفی شدیدی در زوجین ایجاد کند. روان-درمانگران گزارش می کنند که همسرانی که به آنها خیانت شده است اغلب احساساتی مانند خشم، عزت نفس پایین، پامال شدن، افسردگی و درماندگی را تجربه می کنند. همسران عهد شکن نیز با احساساتی نظیر شرم، احساس گناه، تردید، عصبانیت و ناامیدی دست به گریبان هستند (Brown, 2001; Glass & Wright, 1997). ناآرامی شدید عاطفی پس از افشای خیانت زناشویی اغلب با آشفتگی شناختی همراه است. یکی از اختلالات مهم تجربه شده توسط همسری که به او خیانت شده، نشخوار فکری شدید درباره این رویداد است که می تواند آنقدر شدید و غیر قابل کنترل باشد که در عملکرد روزانه و تمرکز فرد اختلال ایجاد کند (Brown, 2001; Glass & Wright, 1997). پاسخ شناختی مهم دیگری که موقع کشف رابطه ی فرا زناشویی ابراز می شود، تغییر در باورهای فرد نسبت به همسر و رابطه با او می باشد. شخص نمی تواند بیش از این به همسرش اعتماد داشته باشد و در رابطه با او احساس امنیت کند (Spring & Spring, 1996).

به علت پیامدهای بسیار منفی و ویرانگر خیانت ممکن است تصور شود که وقوع خیانت در روابط زناشویی امری نادر است (Buss & Shackelford, 1997). آمارهای موجود در زمینه خیانت بسیار متفاوت هستند. بر اساس یکی از معتبرترین مطالعات انجام شده در این زمینه، مشخص شده است که ۲۱ درصد از مردان و ۱۱ درصد از زنان در طول زندگی مرتکب خیانت زناشویی می شوند (Baucom et al., 2009). به طور کلی هر چند بعضی از زوجین در صورتی که از خیانت به عنوان نشانه ای برای شناسایی مشکلات دیرپای ازدواج خود استفاده کنند، می توانند بعد از خیانت ازدواج پایدارتری داشته باشند ولی پیامد غالب

و معمول خیانت استرس‌ها و آسیب‌های روابط زناشویی می‌باشد (Charny & Parnass, 1995). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیامدهای زیان بار خیانت می‌تواند برای مدت طولانی و شاید برای همیشه دوام داشته باشد، مگر اینکه زوجین درمان مناسبی دریافت کنند (Baucom et al., 2009). پژوهش‌های مربوط به زوج‌درمانی خیانت، فارغ از جهت‌گیری نظری درمان نشان داده است که درصد زیادی از زوج‌ها درمان‌پذیر هستند (Atkins, Eldridge, Baucom & Christensen, 2005).

در تبیین و درمان زوجین درگیر با مشکل عهد شکنی زناشویی مدل‌های نظری مختلفی ارائه شده است. از جمله مدل‌های ارایه شده در خصوص درمان عهد شکنی زناشویی می‌توان به درمان هیجان‌مدار^۱، مدل بخشودگی^۲، درمان شناختی-رفتاری (CBT)^۳، مدل تروماتیک^۴، مدل آیینی^۵ و مدل بینش‌گرا اشاره کرد (Peluso, 2007). از بین این مدل‌ها مدل تروماتیک، مدل بخشودگی، هیجان‌مدار و شناختی-رفتاری بیشترین تحقیقات را در زمینه خیانت به خود اختصاص داده‌اند (Gordon, Baucom, Snyder & Dixon, 2008). بر اساس مدل تروماتیک، خیانت به عنوان حادثه‌ای منفی و تروماتیک تعریف می‌شود که باورهای اساسی همسران در مورد رابطه‌شان، همسرشان و خودشان را زیر سوال می‌برد. ادبیات پژوهشی در مورد پاسخ به حوادث تروماتیک نشان می‌دهد مردم زمانی از لحاظ هیجانی دچار تروما می‌شوند که حادثه‌ای باورهای اساسی آنها در مورد اینکه جهان و مردم به طور کلی چگونه عمل می‌کنند را زیر سوال ببرد (Gordon et al., 2008).

بر طبق مدل بخشش، بخشش در مورد خیانت زناشویی سه جز عمده دارد: ۱- بدست آوردن یک دیدگاه متعادل از فردی که خیانت کرده است و خیانت در روابط زناشویی ۲- کاهش اثرات منفی نسبت به فردی که خیانت کرده است همراه با افزایش حس همدردی در فردی که به او خیانت شده است ۳- کاهش تنبیه فردی که خیانت کرده است (Gordon et al., 2008). مداخلات مبتنی بر مدل بخشودگی خیانت در رویکرد خود برای کمک به زوجین در پشت سر گذاردن آسیب‌های ناشی از خیانت شبیه به درمانهای تروماتیک خیانت هستند. این مداخلات تمرکزشان بر کمک به افراد است تا دریابند چه عواملی با خیانت در رابطه آنها مرتبط است و اینکه افراد به این بینش برسند که چرا خیانت در روابط آنها رخ داده است.

-
1. Emotionally Focused Therapy (E.F.T)
 2. Forgiveness Therapy
 3. Cognitive-behavioral Therapy
 4. Traumatic Model
 5. Ritual Model

در رویکرد بینش گرا هدف عمده این است که به زوجین کمک شود تا دریابند چگونه دوران کودکی شان در شروع مشکلات رابطه زناشویی نقش دارد (Snyder, 1999). در این مدل غیر مستقیم زوجین به این بینش می‌رسند که چگونه تاریخچه تحولی باعث شده است که همسر عهد شکن دست به خیانت بزند. این بینش باعث می‌شود که زوجین با هم همدلی بیشتری پیدا کنند و همدیگر را سرزنش نکنند. افزایش این آگاهی و همدلی به زوجین کمک می‌کند داستان یکپارچه‌ای در مورد خیانت پیدا کنند و به آنها کمک می‌کند در مورد تغییراتی که در آینده به منظور داشتن رابطه‌ای امن‌تر لازم است دیدگاه کارآمدی پیدا کنند (Gordon, Baucom, Snyder & Dixon, 2008).

Snyder و همکاران (2009) بر اساس نظریه شناختی-رفتاری، نظریه بخشودگی در روابط بین فردی، نظریه بینش گرا و نظریه پاسخ به تروما، درمان یکپارچه نگر سه مرحله‌ای برای کار با زوجینی که با مشکل عهد شکنی زناشویی روبرو هستند تدوین کرده اند (Baucom et al., 2009; Gordon, Baucom & Snyder, 2000; Snyder et al., 2007). بر طبق این نظریه خیانت به عنوان حادثه‌ای منفی و تروماتیک تعریف می‌شود که باورهای اساسی همسران در مورد رابطه‌شان، همسرشان و خودشان را زیر سوال می‌برد. بر طبق مدل یکپارچه نگر درمان خیانت، درمان دارای سه مرحله می‌باشد: ۱- شناسایی و فهم آثار تروماتیک خیانت ۲- فهم عواملی که منجر به خیانت شده است ۳- ادامه دادن به زندگی همراه با این فهم جدید (Gordon, Baucom, & Snyder, 2005). در این پژوهش از روش زوج درمانی یکپارچه نگر برای کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت همسر استفاده شد.

روش

در این پژوهش از روش پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق کلیه زوجینی بود که به دلیل مشکل خیانت همسر (مرد) به یکی از مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ مراجعه کرده بودند. معیارها و شرایط ورود: معیارها و شرایط ورود در این پژوهش عبارت بودند از: زوجینی که درگیر خیانت زناشویی همسر (مرد) بودند، زوجینی که دارای تحصیلات حداقل سیکل بودند، زوجینی که مایل به همکاری جهت دریافت مداخله مشاوره‌ای بودند، زوج‌هایی که هر دو می‌توانستند هشت جلسه پیاپی در جلسات شرکت کنند، زوج‌هایی که حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک داشتند.

شرایط و معیار خروج عبارت بودند از: ۱- زوجینی که در زمان مراجعه، همسر به خیانت خود هنوز پایان نداده بود، ۲- زوجینی که بیشتر از یکسال قبل از مراجعه برای درمان خیانت همسر به اتمام رسیده بود، ۳- زوجینی که همسر خیانت‌های متعدد داشته بود، ۴- زوجینی که یکی از همسران اعتیاد داشت، ۵- زوجینی که یکی از آنها دچار اختلال روانپزشکی بود و ۶- زوجینی که یکی از آنها دچار اختلال شخصیت مرزی یا نمایشی بود.

روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی در دسترس انجام شد. بدین صورت که قبل از شروع درمان نویسنده‌ی اول مقاله به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و روانشناختی شهر اصفهان (مرکز مشاوره راین، مرکز مشاوره الفبای زندگی، مرکز مشاوره انیس، کلینیک سلام، مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان، مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی اصفهان، مرکز مشاوره تلفنی ۱۴۸ بهزیستی شهر اصفهان) مراجعه نمود و مسئولین مربوطه را در جریان پژوهش و روند اجرای پژوهش قرار داد و ضمن توجیه آنان از مسئولین این مراکز خواسته شد زوجین مواجه با مشکل خیانت همسر (مرد) را به پژوهشگر در مرکز مشاوره انیس ارجاع دهند.

در طول مدت اجرای پژوهش کلیه‌ی زوجین مواجه با خیانت همسر (مرد) (۴۱ زوج)، بصورت جایگزینی تصادفی در ۲ گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر (۲۰ زوج) و لیست انتظار (۲۱ زوج) جای گرفتند. از ۴۱ زوج انتخاب شده ۲ زوج (گروه آزمایش)، بعد از اولین جلسه (جلسه ارزیابی و قبل از شروع جلسه دوم (شروع جلسه درمان) از ادامه کار منصرف شدند و ۵ زوج (۲ زوج از درمان یکپارچه‌نگر و ۳ زوج از لیست انتظار) هم بعد از شروع جلسات درمان و قبل از تمام شدن دوره درمانی، درمان را خاتمه دادند. ۵ زوج هم (۱ زوج از درمان یکپارچه‌نگر و ۴ زوج از لیست انتظار)، در مطالعه پی‌گیری شرکت نکردند که در نهایت ۲۹ زوج (۱۵ زوج درمان یکپارچه‌نگر و ۱۴ زوج لیست انتظار)، درمان را بصورت کامل ادامه دادند.

ابزارها: در این پژوهش از چهار پرسشنامه استفاده شد که در زیر ویژگی‌های روانسنجی آنها شرح داده می‌شود:

الف. پرسشنامه افسردگی بک (ویراست دوم) BDI-II: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط Beck تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط Beck، Steer و Brown مورد تجدید نظر قرار گرفت (Beck, Steer, & Brown, 1996). این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد هر یک از

آیتمها دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد. هر جمله از نظر شدت بین صفر تا ۳ نمره می‌گیرد. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران به این شرح می‌باشد: در پژوهشی که Ebrahimkhani و Karamghadiri، Mojtabai، Ghassemzadeh (2005)، برای به دست آوردن ویژگی‌های روانسنجی تست افسردگی بک - ویراست دوم - انجام دادند، نتایج اینگونه به دست آمد: ضریب آلفا ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی ۰/۷۴. همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳، بود. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت.

ب. پرسشنامه استرس پس از سانحه^۱: این پرسشنامه توسط Foa و همکاران در سال ۱۹۹۳ برای سنجش علائم اختلال استرس پس از سانحه ساخته شد. این مقیاس شامل ۱۷ ماده در مورد نشانه‌های استرس پس از سانحه در DSM-IV-TR می‌باشد هر یک از این نشانه‌ها بسته به اینکه در یکماه گذشته تا چه میزان برای فرد رخ داده است روی لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری سوالات به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ است. حداقل نمره در این آزمون ۰ و حداکثر ۵۱ است. Dancu، Riggs، Foa و Rothbaum (1993) پایایی کل پرسشنامه را ۰/۹۲. و برای ابعاد تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۴، و ۰/۸۴. و ضریب بازآزمایی به فاصله دو تا سه هفته را ۰/۷۴. گزارش کرده‌اند. همچنین پرسشنامه از قدرت تشخیصی بالا و حساسیت بالا نسبت به درمان برخوردار است. همچنین مشخص شده است که پرسشنامه‌ی استرس پس از سانحه هم‌نوایی بالایی با مصاحبه با ساختار جهت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه دارد. در ایران در تحقیقی که Mohammadi، Mohammadi، Mirzamani و Mirzamani (2007) برای به دست آوردن ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه استرس پس از سانحه انجام دادند، نتایج اینگونه به دست آمد: ضریب آلفا ۰/۸۴، ضریب بازآزمایی ۰/۷۶، همبستگی آن نیز با مصاحبه بالینی جهت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ۰/۵۳. بدست آمد که از نظر آماری معنادار بود.

ج. پرسشنامه انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب^۲ (TRIM): پرسشنامه انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب توسط McCullough و همکاران (1998) ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۲ ماده می‌باشد و برای هر یک از سوال‌های این پرسش‌نامه ۵ گزینه منظور شده است. گزینه سوالات عبارتند از: "کاملاً مخالفم"، "مخالفم"، "نظری ندارم"، "موافقم" و "کاملاً موافقم". نمره‌گذاری سوالات به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ است. حداقل نمره در این آزمون ۱۲ و حداکثر ۶۰ است. نمره بالاتر در این پرسش-

1. PTSD Symptoms Scale Self Report (PSS-SR)

2. Transgression-Related Interpersonal Motivation

نامه نشانه‌ی بخشش کمتر و نمره کمتر نشانه‌ی بخشش بیشتر است. McCullough و همکاران (1998) پایایی پرسشنامه را برای بعد انتقام ۰/۹۰ و برای بعد اجتناب ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. ضریب بازآزمایی در فواصل ۳، ۸ و ۹ هفته برای بعد انتقام به ترتیب عبارت بود از: ۰/۷۹، ۰/۵۳، ۰/۶۵، و ضریب بازآزمایی در فواصل ۳، ۸ و ۹ هفته برای بعد اجتناب به ترتیب عبارت بود از: ۰/۸۶، ۰/۴۴، ۰/۶۴. همچنین McCullough و همکاران (1998) طی پژوهشی با نمونه ۲۳۸ نفری و با استفاده از تحلیل عامل تاییدی ساختار دو عاملی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند که ساختار دو عاملی این پرسشنامه تایید شد. در ایران در پژوهشی Khojasteh-Mehr، Abbaspour و Koraei (2011) و با استفاده از یک نمونه از زنان و مردان متأهل و با به کارگیری روش تحلیل عامل متعامد بر روی ۱۲ ماده، ماده‌های ۷ و ۸ به علت عامل مشترک حذف گردید. Khojasteh-Mehr و همکاران (2011) ضریب آلفای کرونباخ را برای بعد انتقام ۰/۸۵، بعد اجتناب ۰/۹۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ گزارش دادند و با استفاده از تکنیک آماری تحلیل عامل تاییدی ساختار دو عاملی این پرسشنامه مورد تایید قرار دادند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۱۰ ماده‌ای که روایی و پایایی آن در جامعه ایرانی بدست آمده است استفاده شد (Khojasteh-Mehr, Koraei & Abbaspour, 2011).

۵. پرسشنامه صمیمیت زوجین: پرسشنامه صمیمیت زوجین یک ابزار ۸۵ سوالی است که برای ارزیابی ابعاد مختلف صمیمیت زوجین بکار می‌رود. این پرسشنامه توسط Fatehi، Olia و Bahrami برای سنجش صمیمیت زناشویی ساخته شد (Fatehi, Olia & Bahrami, 2006). این مقیاس شامل ۸۵ ماده می‌باشد و برای هر یک از سوال‌های این پرسشنامه ۵ گزینه منظور شده است. حداقل نمره در این آزمون ۸۵ و حداکثر ۴۲۵ است. نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است.

در مطالعه‌ای که توسط Fatehi، Olia و Bahrami (2006) به منظور بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه بعمل آمده است برای بررسی روایی همزمان از پرسشنامه صمیمیت vaker و thamson (1983) استفاده شده است که همبستگی ۰/۹۲ بدست آمده است که در سطح ۰/۱ معنادار می‌باشد برای تعیین پایایی کل آزمون از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۸ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۷ بدست آمده است. برای بررسی روایی محتوایی، Olia (2006) این آزمون را به چند تن از استادان مشاوره و روانشناسی داده و توسط متخصصان یاد شده روایی آزمون را رضایت بخش اعلام کرده است.

مداخله: در این پژوهش زوج درمانی یکپارچه‌نگر، مداخله‌ای بود که نویسنده‌ی اول مقاله بر اساس راهنمای درمانی در دو کتاب «پشت سر گذاشتن خیانت زناشویی»^۱ و کمک به زوجین در رهایی از خیانت^۲ (Baucom et al., 2009; Snyder et al., 2007) بر روی زوج‌ها انجام داد طی تماسی که با دکتر اسنایدر^۳ نظریه‌پرداز رویکرد یکپارچه‌نگر خیانت از طریق ایمیل برقرار شد و در جریان طرح پژوهش قرار گرفت، از ایشان خواسته شد مطالبی در خصوص این رویکرد در اختیار پژوهشگر قرار دهند که ایشان با سعه صدر فایل الکترونیکی دو کتاب خویش (پشت سر گذاشتن خیانت زناشویی و کمک به زوجین در رهایی از خیانت) در زمینه‌ی خیانت زناشویی را در اختیار پژوهشگر قرار داد.* مداخله شامل ۸ جلسه زوج درمانی به شیوه یکپارچه‌نگر برای گروه آزمایش بود و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات بصورت یک ساعته و هفته‌ای یکبار تشکیل شد و مداخله در مرکز مشاوره انیس شهر اصفهان در اتاق مخصوصی انجام می‌شد. مداخله بصورت زوجی توسط نویسنده‌ی اول انجام شد. در جدول شماره یک شرح جلسات آورده شده است.

ساختار جلسات زوج درمانی یکپارچه‌نگر

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه
—	برقراری ارتباط و ارزیابی زوجین (پیش جلسه)	۱- ارزیابی زوج (رابطه‌ی زوج، رابطه با شخص خارج از ازدواج، نقاط قوت و ضعف همسر زخم‌خورده، منابع و استرسورهای محیطی و ارزیابی انتظارات از درمان) ۲- تهیه یک مفهوم‌سازی موردی اولیه ۳- بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسات و بستن قرارداد درمانی، ۴- اجرای پیش آزمون‌ها (پرسشنامه‌ی افسردگی بک، استرس پس از سانحه، صمیمیت زوجین و انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب).
۱	کنترل آسیب‌های بیشتر در ازدواج	۱- به حداقل رساندن آسیب‌های بیشتر در ازدواج (تعاملات مخرب بین زوجین، رفتارهای مخرب در غیاب همسر)، ۲- ارتقاء تعاملات موثر و در میان گذاشتن احساسات با همسر، ۳- جلوگیری از خواستن اطلاعات بسیار جزئی در مورد خیانت ۴- تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه افرادی از خیانت مطلع شوند. مداخلات: ۱- آموزش مهارت‌های ارتباطی ۲- تکنیک وقفه‌ی زمانی هنگام مشاجره ۳- آموزش در خصوص چگونگی و نحوه صحبت در مورد خیانت.
۲	ایجاد دوباره نظم و تعادل در زندگی	۱- بهبود آسیب‌های ایجاد شده در حیطه روابط بین دو همسر (وظایف

1. Getting past the affair: a program to help you cope, heal, and move on — together or apart

2. Helping couples get past the affair : a clinician's guide

3. Snyder

* پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند که از همکاری دکتر اسنایدر، تشکر و قدردانی کنند.

	روزمره و برگشت به زندگی نرمال	روزمره هر یک از همسران، فعالیت‌هایی که نیاز به همراهی هر دو همسر دارد، فعالیت‌های صمیمانه)، ۲- بهبود آسیب در حوزه عملکرد فردی (فعالیت‌های جسمانی، روابط اجتماعی، فعالیت‌های معنوی)، ۳- آموزش در خصوص فلش‌بک و تجربه مجدد تروما و نحوه مقابله با آن. مداخلات: ۱- آموزش مهارت‌های حل مساله در مورد نقش‌های زوجین ۲- آموزش نحوه‌ی شناسای و مقابله با فلش‌بک
۳	تنظیم هیجانات و در میان گذاشتن آن با همسر	۱- آموزش مهارت‌های بیان احساسات ۲- آموزش مهارت‌های گوش دادن ۳- آموزش مهارت‌های پاسخ‌گویی به احساسات. مداخلات: ۱- تعیین زمانهایی برای صحبت کردن در مورد خیانت خارج از جلسه ۲- نوشتن نامه توسط همسر زخم خورده به همسر در مورد احساسات خود در مورد خیانت
۴	کشف عواملی که منجر به خیانت زناشویی شده است	۱- آماده سازی زوج جهت بررسی عوامل دخیل در خیانت زناشویی ۲- ارائه مدل عوامل خطرزا در خیانت زناشویی (عوامل مربوط به رابطه زناشویی، عوامل خارج از حیطه زناشویی، عوامل مربوط به همسر شرکت کننده در خیانت، عوامل مربوط به همسر زخم خورده) ۳- بررسی عوامل مربوط به رابطه زناشویی در خیانت زناشویی. مداخلات: ۱- تشویق زوج به داشتن دیدگاهی بلندمدت در مورد ازدواج ۲- تشویق زوج به بررسی حیطه‌های معمول تعارض در رابطه‌ی آنها و ارائه راه‌حل در مورد آن
۵	کشف عواملی که منجر به خیانت زناشویی شده است	۱- بررسی عوامل خارج از حیطه رابطه‌ی زناشویی دخیل در خیانت زناشویی (فشارهای کاری و محیطی، استرس‌های طولانی مدت، فقدان حمایت اجتماعی از ارزشهای وفادار بودن). ۲- بررسی عوامل مربوط به همسری که خیانت کرده است (ویژگی‌های شخصیتی، داشتن جذابیت اجتماعی، عوامل فردی که باعث تداوم خیانت شده است). مداخلات: ۱- شناسایی و نوشتن منابع خارج از حیطه زناشویی که تأثیر منفی بر ازدواج داشته و منجر به خیانت زناشویی شده است ۲- شناسایی و نوشتن منابع خارج از حیطه زناشویی که تأثیر مثبت بر ازدواج دارد و ازدواج را در برابر خیانت زناشویی حفظ می‌کند ۳- کشف عوامل مربوط به همسر دخیل در خیانت ۴- کشف عوامل مربوط به همسر که باعث تداوم خیانت شده است.
۶	مفهوم سازی موردی در مورد عوامل دخیل در خیانت زناشویی	۱- بررسی ویژگی‌های همسر آسیب دیده که رابطه را نسبت به خیانت آسیب پذیر کرده است ۲- بررسی ویژگی‌های همسر آسیب دیده که مانع از کشف خیانت شده است ۳- بررسی ویژگی‌های همسر آسیب دیده که بهبود رابطه را مشکل می‌کند ۴- مفهوم سازی موردی خیانت

برای زوجین با در نظر گرفتن: عوامل رابطه زناشویی، عوامل محیطی، ویژگی های همسر خیانت کرده و ویژگی های همسر آسیب دیده		
مداخلات: ۱- بحث در مورد ویژگی های همسر زخم خورده که رابطه را آسیب پذیر کرده است ۲- از زوجین خواسته می شود تا هر کدام از آنها در بین جلسه داستان خود در مورد خیانت رخ داده و عوامل دخیل در آن را بنویسند و جلسه بعد با خود به جلسه بیاورند.		
۱- بررسی مدل های بخشودگی ۲- بررسی عقاید رایج در مورد بخشودگی ۳- بررسی سودها و هزینه های بالقوه بخشودی ۴- بررسی تشویش ها و نگرانی ها در مورد بخشودگی	بررسی مسأله بخشودگی در بافت خیانت	۷
مداخلات: ۱- شناسایی باورهای غلط در مورد بخشش و تصحیح آن در بین جلسه ۲- بررسی نقاط قوت رابطه و عواملی باعث افزایش تعهد زناشویی می شود		
۱- شناسایی تغییرات رفتاری که مانع از وقوع مجدد خیانت می شود ۲- بازسازی اعتماد ۳- بررسی اظهار نظر زوجها در میزان دستیابی به اهداف تعیین شده ۴- مروری بر مداخلات صورت گرفته و جمع بندی و خاتمه درمان ۵- گرفتن بازخورد ۶- اجرای پس آزمون ها ۷- تعیین زمان مرحله ی پیگیری	حرکت به سمت جلو و خاتمه دادن به درمان	۸

یافته ها

در جدول ۱ یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای تحقیق در هر دو گروه آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره های افسردگی، استرس پس از سانحه، گذشت و صمیمیت در گروه های آزمایشی و کنترل، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مرحله	گروه	شاخص آماری	افسردگی	استرس پس از سانحه	گذشت	صمیمیت
پیش آزمون	آزمایش	میانگین	۲۹/۷۳	۲۴	۴۱/۴۰	۲۳۵/۴
		انحراف معیار	۸/۴۵	۶/۷۲	۴/۷۴	۳۱/۵۴
پیش آزمون	کنترل	میانگین	۲۵/۸۶	۲۳/۵۷	۴۰/۶۴	۲۵۴/۵۷
		انحراف معیار	۹/۲۲	۵/۳۷	۳/۳۶	۳۵/۷
آزمایش	آزمایش	میانگین	۱۶/۱۳	۱۳/۰۷	۳۰/۹۳	۳۱۰/۵۳
		انحراف معیار	۷/۱	۴/۷۲	۳/۱۵	۳۵/۸۲

۲۵۲	۳۹/۸۶	۲۲/۵	۲۸/۷۱	میانگین	کنترل	پس آزمون
۳۸/۸۲	۲/۵۹	۵/۱۸	۶/۸۸	انحراف معیار		
۳۳۰/۴۷	۲۵/۷۳	۱۱/۴۷	۱۴/۸۷	میانگین	آزمایش	
۳۴/۴۰	۵/۲۴	۳/۱۳	۶/۳۵	انحراف معیار		
۲۵۹/۸۳	۳۸/۹۳	۱۹/۶۴	۲۶/۴۳	میانگین	کنترل	پیگیری
۴۲/۴۱	۳/۳۱	۴/۴۳	۸/۶۹	انحراف معیار		

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۱ نشان می‌دهد که در دو متغیر (افسردگی و استرس پس از سانحه) میانگین نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته و در دو متغیر (گذشت و روابط صمیمانه) میانگین نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته اما در گروه کنترل این متغیرها تغییر محسوسی نکرده است.

جدول ۲. نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در دو گروه آزمایش

و گواه از لحاظ نمرات تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای تحقیق

نوع آزمون	ارزش	f	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلای ^۱	۰/۷۶۳	۱۹/۳۰۷	۴	۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۲۳۷	۱۹/۳۰۷	۴	۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
اثر هتلینگ ^۳	۳/۲۱۸	۱۹/۳۰۷	۴	۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
بزرگترین ریشه روی ^۴	۳/۲۱۸	۱۹/۳۰۷	۴	۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، آزمونهای چهارگانه تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تفاضل چهار متغیر تحقیق از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند و بیانگر آن هستند که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از چهار متغیر مورد مقایسه دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند. به منظور مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ روش نمره‌های تفاضل از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تفکیکی تحلیل واریانس مربوط به نمره‌ی تفاضل متغیرهای تحقیق در

دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون

شاخص‌های	متغیرهای	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح معنی	مجذور	توان
----------	----------	-------	------	---------	---	----------	-------	------

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

آماري منبع	تحقیق	مجذورات	آزادی	مجذورات	داری	اتا	آماري
افسردگی	۱۹۶۱/۲۳	۱	۱۹۶۱/۲۳	۱۸/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۸
استرس							
پس از	۷۰۴/۲۷	۱	۷۰۴/۲۷	۱۵/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۶
سانحه							
گذشت	۷۰۶/۹۹	۱	۷۰۶/۹۹	۴۴/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
صمیمیت	۴۳۵۶۳/۰۴	۱	۴۳۵۶۳/۰۴	۲۲/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ نمره‌های تفاضل افسردگی، استرس پس از سانحه، گزشت و روابط صمیمانه دارای تفاوت معنی دار می‌باشند. به عبارت دیگر مداخله-ی آزمایشی موجب کاهش افسردگی و استرس پس از سانحه و افزایش گزشت و روابط صمیمانه در گروه آزمایش شده است.

جدول ۴. نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در دو گروه آزمایش و

گواه از لحاظ نمرات تفاضل پیش آزمون- پیگیری متغیرهای تحقیق

نوع آزمون	ارزش f	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلای	۳۳/۰۴	۴	۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
لامبدای ویلکز	۳۳/۰۴	۴	۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
اثر هتلینگ	۳۳/۰۴	۴	۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
بزرگترین ریشه روی	۳۳/۰۴	۴	۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است، آزمونهای چهارگانه تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تفاضل چهار متغیر تحقیق از لحاظ آماری معنی دار می‌باشند و بیانگر آن هستند که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از چهار متغیر مورد مقایسه در مرحله پیگیری دارای تفاوت معنی دار می‌باشند. به منظور مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ تک تک نمره‌های تفاضل از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تفکیکی تحلیل واریانس مربوط به نمره‌ی تفاضل متغیرهای تحقیق در دو گروه آزمایش و

گواه در پیگیری

شاخص‌های آماری منبع	متغیرهای تحقیق	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	افسردگی	۱۷۲۵/۸۷	۱	۱۷۲۵/۸۷	۳۴/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
	استرس پس از سانحه	۵۳۶/۱۶	۱	۵۳۶/۱۶	۱۱/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۱
	گذشت	۱۴۵۰/۳۷	۱	۱۴۵۰/۳۷	۵۲/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	صمیمیت	۵۸۴۱۰/۹۸	۱	۵۸۴۱۰/۹۸	۲۷/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهند که دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ نمره‌های تفاضل افسردگی، استرس پس از سانحه، گذشت و روابط صمیمانه در پیگیری دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند. به عبارت دیگر مداخله‌ی آزمایشی موجب کاهش افسردگی و استرس پس از سانحه و افزایش گذشت و روابط صمیمانه در مرحله پیگیری در گروه آزمایش شده است.

بحث

یافته‌های پژوهش در کل بیانگر آن است که رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر می‌تواند از یک سو موجب کاهش افسردگی و علائم اختلال استرس پس از سانحه ناشی از خیانت همسر شود و از سوی دیگر افزایش گذشت و روابط صمیمانه را بدنبال داشته باشد. یافته‌های این پژوهش در کل فرضیات تحقیق را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد می‌توان از رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر برای کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی استفاده عملی نمود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اثرات درمانی این رویکرد در پیگیری نیز همچنان حفظ شده است. یافته‌های این پژوهش با اصول زوج درمانی شناختی-رفتاری (که اساس رویکرد یکپارچه‌نگر را تشکیل می‌دهد) هماهنگ است. درمان شناختی-رفتاری زوج‌ها در دهه گذشته به عنوان رویکرد قدرتمند و موثر در زمینه مشکلات ارتباطی شکل گرفته است (Dattilio & Epstein, 2003). تمرکز زوج درمانی شناختی-رفتاری بر تغییرات رفتاری و تعاملات زوجین است و توجه زوجین را به تبیین‌هایی که در مورد رفتار یکدیگر دارند و به استانداردها و انتظاراتی که از رابطه زناشویی و از رابطه به طور کلی دارند معطوف می‌کند (Dattilio & Epstein, 2003). به دلیل اینکه کشف و بر ملا شدن خیانت معمولاً منجر به آشفتگی‌های هیجانی و تعاملات منفی بین زوجین می‌شود، راهبردهای با ساختار و مستقیم که در زوج درمانی شناختی-رفتاری وجود دارد به زوجین کمک می‌کند تا آشفتگی‌های هیجانی کمتری را تجربه کنند و از شدت تعاملات منفی‌شان کاسته شود. علاوه بر این، برای فهم عواملی

که رابطه را نسبت به خیانت آسیب پذیر می کند زوجین به این نیاز دارند که بتوانند با یکدیگر به نحو سازنده ای تعامل داشته باشند و چالش های رابطه زناشویی را مدیریت کنند، زوج درمانی شناختی- رفتاری کاملاً برای تحقق این اهداف مناسب است (Gordon et al., 2008). در مورد زوج درمانی شناختی رفتاری بیشتر از سایر شیوه های زوج درمانی یا خانواده درمانی مطالعات کنترل شده انجام شده است. مروری بر مطالعات اثربخشی که در آن برای تعیین اثربخشی از معیارهای دقیقی استفاده شده بود، نشان داد که زوج درمانی شناختی- رفتاری در کاهش پریشانی ارتباط موثر است (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998).

نتایج این پژوهش همچنین با یافته های سایر پژوهشها نیز هماهنگ است. نتایج این پژوهش با پژوهشهای قبلی Snyder، Wills و Grady-Fletcher (1991)، Gordon و همکاران (2004)، farahbakhsh و hashemabadi (2006)، heidari (2009)، Atkins و همکاران (2005)، همسو می باشد. نتایج پژوهش Atkins و همکاران (2005) نشان داد که زوجین کشمکش کننده با روابط خارج از حیطه زناشویی در قیاس با سایر زوجین جوای زوج درمانی در ابتدا دارای آشفتگی بیشتری هستند اما آهنگ بهبودی آنها در طی درمان بویژه در مراحل نهایی درمان بالاتر از سایر زوجینی است که مشکلشان غیر از روابط خارج از حیطه زناشویی است.

در مطالعه ای که توسط Gordon و همکاران (2004) انجام گرفت ۶ زوج که یکی از آنها خیانت کرده بود تحت درمان یکپارچه نگر قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که احساس خشم، انتقام و اجتناب از تعامل با همسر پس از درمان به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که علائم افسردگی و PTSD کاهش یافته است. Farahbakhsh و hashemabadi (2006) در پژوهش خود با عنوان «بررسی میزان اثربخشی زوج درمانی گلاسز بر کاهش استرس و افزایش رابطه صمیمانه» از نظریه ی واقعیت درمانی گلاسز استفاده نمودند. نتایج پژوهش آنها بر روی ۱۵ زوج شرکت کننده نشان داد که استفاده از برقراری ارتباط عاطفی، تشویق زوجها به قضاوت و ارزیابی رفتار خود در تعامل با همسر با استفاده از ۵ سوال اساسی و دایره ی مشکل گشا که فنون زوج درمانی در نظریه ی مذکور است، می تواند مشکلات روانشناختی ناشی از ضربه ی خیانت همسر را کاهش داده و موجب افزایش روابط محبت آمیز و صمیمانه ی زوجها با یکدیگر گردد.

نتیجه

در مجموع نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر تأثیر مثبتی در بهبود سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در افراد دارای روابط خارج از ازدواج داشته است. و همچنین زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر در کاهش افسردگی و علائم استرس پس از سانحه در زوجین مواجه با خیانت زناشویی مؤثر بوده است. با این حال پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که در تعمیم نتایج باید مدنظر قرار گیرد. آزمودنی‌ها همگی از میان کسانی انتخاب شده‌اند که داوطلب بوده‌اند و طبیعی است که برای چنین آزمایشی امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها غیر ممکن است. همچنین کمی تعداد نمونه و کوتاه بودن مدت درمان از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. در این پژوهش فقط از یک رویکرد استفاده شده است، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی میزان اثربخشی چند رویکرد به طور همزمان استفاده شود.

References

- Amato, P.R., & Rogers, S.J. (1997). A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 612-624.
- Atkins, D.C., Eldridge, K.A., Baucom, D.H., & Christensen, A. (2005). Infidelity and Behavioral Couple Therapy: Optimism in the Face of Betrayal. *J Consult Clin Psychol*, 73(1), 144.
- Baucom, D. H, Snyder, D. K, & Gordon, K. C. (2009). *Helping couples get past the affair : a clinician's guide*. . New York: Guilford Press.
- Baucom, Donald H., Shoham, Varda, Mueser, Kim T., Daiuto, Anthony D., & Stickle, Timothy R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 53-88. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.53
- Beck, AT, Steer, RA, & Brown, GK. (1996). Manual for the BDI-II: San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, E. M. (2001). *Patterns of infidelity and their treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Buss, D.M., & Shackelford, T.K. (1997). Susceptibility to infidelity in the first year of marriage. *Journal of Research in Personality*, 31(2), 193-221.
- Charny, I.W., & Parnass, S. (1995). The impact of extramarital relationships on the continuation of marriages. *Journal of sex & marital therapy*, 21(2), 100-115.
- Dattilio, F. M, & Epstein, N. B. (2003). Cognitive-behavior couple and family therapy. In I. L. Sexton, O. R. Weeks & M. S. Robbins (Eds.), *The family therapy handbook* (pp. 147-175). New York: Routledge.
- DeSteno, D., Bartlett, M.Y., Braverman, J., & Salovey, P. (2002). Sex differences in jealousy: evolutionary mechanism or artifact of measurement? *Journal of Personality and Social Psychology; Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1103.

- Farahbakhsh, K., Ghanbarabadi, B, (2007). To evaluate the effectiveness of Glaser couple therapy to reduce stress and increase the intimacy relationship after the trauma of perceived betrayal of his wife. *Studies in Education and Psychology*, 2(7), 173-190. (In persion) .
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 6(4), 459-473.
- Ghassemzadeh, Habibollah, Mojtai, Ramin, Karamghadiri, Narges, & Ebrahimkhani, Narges. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*, 21(4), 185-192.
- Glass, S. P. (2003). *Not "just friends": Protect your relationship from infidelity and heal the trauma of betrayal*. New York: Free Press.
- Glass, S. P, & Wright, T. L. (1997). Reconstructing marriages after the trauma of infidelity. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples intervention* (pp. 471-507). New York: Wiley.
- Gordon, K. C, Baucom, D. H, & Snyder, D. K. (2000). The use of forgiveness in marital therapy. In M. E. McCullough, K. I. Pargament & C. E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* New York: Guilford Press.
- Gordon, K. C, Baucom, D. H, Snyder, D. K, & Dixon, L. J. (2008). Couple Therapy and the Treatment of Affairs. In A. Gurman, S (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 429-458). New York: Guilford Press.
- Gordon, K. C, Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2005). Forgiveness in couples: Divorce, affairs, and couples therapy. In E. Worthington (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 407-421). New York: Routledge.
- Gordon, K.C., & Baucom, D.H. (2004). Understanding betrayals in marriage: A synthesized model of forgiveness. *Family Process*, 37(4), 425-449.
- Harris, C.R. (2003). A review of sex differences in sexual jealousy, including self-report data, psychophysiological responses, interpersonal violence, and morbid jealousy. *Personality and Social Psychology Review*, 7(2), 102-128.
- Janus, S. S., & Janus, C. L. (1993). *The Janus report on sexual behavior*. New York: Wiley.
- Khojastemehr, R., Korayee, A., & Abbaspur, Z., (2010). Evaluation of Psychometric Properties of the Transgression- Related Interpersonal Motivations Inventory *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 8(1), 1-8. (In persion) .
- Levy, K. N, Kelly, K. M, & Jack, E. L. (2006). Sex differences in jealousy: A matter of evolution style or attachment history? In M. Mikulincer & G. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 128-145). New York: Guilford Press.
- McCullough, M.E., Rachal, K.C., Sandage, S.J., Worthington Jr, E.L., Brown, S.W., & Hight, T.L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1586.

- McNulty, J.K., & Karney, B.R. (2004). Positive expectations in the early years of marriage: should couples expect the best or brace for the worst? *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(5), 729-743.
- Mirzamani, Seyed-Mahmoud, Mohammadi, Mohammad Reza, Mahmoudi-Gharaei, Javad, & Mirzamani, Monireh-Sadat. (2007). Validity of The PTSD Symptoms Scale Self Report (PSS-SR) in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2(3), 120-123.
- Mutabi, F., Jazayeri, A., Mohamadkhani, P., Purshahbaz, A., (2006). comparison of rvasanzh relapse in depressive patients with a history of relapse, recurrence and normal individuals without a history of relapse. *Contemporary psychology*, (2), 33-40. (In persion) .
- Olia, N., Fatehizadeh, M., Bahrami, F., (2006). Effectiveness of marital enrichment teaching on marital intimacy. *Journal of Family Research*, 2(6), 119-135. (In persion).
- Peluso, P. R. (2007). *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. . New York: Routledge.
- Snyder, D. K, Baucom, D. H, & Gordon, K. C. (2007). *Getting past the affair: A program to help you cope, heal, and move on—Together or apart*. . New York: Guilford Press.
- Snyder, D.K. (1999). Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(4), 348-365.
- Snyder, Douglas K., Wills, Robert M., & Grady-Fletcher, Arveta. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 138-141. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.138
- Spring, A. J, & Spring, M. (1996). *After the affair: Healing the pain and rebuilding trust when a partner has been unfaithful*. New York: Harper Collins.
- Whitty, M.T. (2002). Liar, liar! An examination of how open, supportive and honest people are in chat rooms. *Computers in Human Behavior*, 18(4), 343-352.
- Young, K.S., Griffin-Shelley, E., Cooper, A., O'mara, J., & Buchanan, J. (2000). Online infidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 59-74.

هاشمی، تورج؛ بیک پور، ام البنین؛ محمود علیلو، مجید؛ ماشینچی عباسی، نعیمه (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر بهبود بیماران مبتلا به وسواس شستشو (مطالعه موردی). پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۲)، ۸۱-۶۹.



اثربخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر بهبود بیماران مبتلا به وسواس شستشو (مطالعه موردی)

تورج هاشمی^۱، ام البنین بیک پور^۲، مجید محمود علیلو^۳، نعیمه ماشینچی عباسی^۴
دریافت: ۱۳۹۱/۷/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی در بهبود علائم وسواس شستشو صورت گرفت. این پژوهش به روش طرح نیمه آزمایشی یک موردی و از نوع خط پایه چندگانه انجام شد. بدین منظور، دو آزمودنی به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تحت درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در مرحله پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسات و مرحله پیگیری یک ماهه، پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل چسبی و شاخص درصد بهبودی و میزان اثر استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های مبتلا به وسواس شستشو، میزان بهبودی برابر ۵۴٪ را داشتند. از سویی، میزان اثر در آزمودنی اول، ۱/۴۹ و در آزمودنی دوم، ۲/۱۳ بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که روش درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر اختلال وسواس شستشو موثر است. این روش با ایجاد تغییرات شناختی و شکل‌گیری احساسات مثبت موجب کاهش اضطراب فرد شده و در نتیجه، علائم فرد بهبود می‌یابند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس - اجبار، وسواس شستشو، درمان، پردازش هیجانی

۱. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز - نویسنده مسئول tourajhashemi@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز

۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

۴. دانشجوی دکتری علوم اعصاب شناختی دانشگاه تبریز - عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

مقدمه

اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند و تقریباً از هر چهار بزرگسال، یک نفر را در ایالات متحده مبتلا می‌کنند (Merikangas, 2005). مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلالات را شایع‌ترین دسته اختلالات روانپزشکی یافته‌اند (Mohammadi et al, 2003). در این راستا، اختلال وسواس - اجبار (OCD)^۱ یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان‌کننده است که از هر ۴۰ بزرگسال، یک نفر (بین ۰/۹ تا ۴/۴ درصد از کل جمعیت) را مبتلا می‌کند (Merikangas, 2005). از طرفی، مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوعی را در همان حدود، در جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی (۱/۸ درصد) برآورد کرده‌اند (Mohammadi, 2004).

در یک دهه گذشته، برای سبب‌شناسی OCD تبیین‌های جدیدی مبتنی بر نقش پردازش هیجانی^۲ شکل گرفته است. مفهوم پردازش هیجانی اولین بار توسط Rachman در سال ۱۹۸۰ معرفی شد که آن را به عنوان مفهوم تبیینی در کاربرد و ارتباط با اختلالات اضطرابی مطرح نموده و آن را برای کاهش ترس و اضطراب در طی درمان موفق و بالاختص در مداخله‌های درمانی مبتنی بر مواجهه مورد استفاده قرار داد و بیان نمود که پردازش هیجانی ناظر بر روشی است که در آن، فرد، حوادث استرس‌زا را پردازش نموده و از سویی، فرایندی است که از طریق آن، اغتشاش‌های عاطفی جذب شده و سپس رو به کاهش می‌گذارند، طوری که سایر تجارب و رفتارها بتوانند بدون اغتشاش تحقق یابند (Baker, Holloway, Thomas, 2008; Thomas & Owens, 2004; Mahamoodalilo, Zaefaranch, 2008).

علاوه بر این، فوآ و کوزاک^۳ (۱۹۸۶) در توجیه اثربخشی پردازش هیجانی بیان نموده‌اند که تجارب هیجانی بویژه ترس و اضطراب در قالب ساختارهای حافظه‌ای بازنمایی می‌گردند و حکم برنامه کار برای رفتار ترس‌آلود و اضطراب‌انگیز را داشته و لذا درمان، فرآیندی است که از طریق آن، ساختارهای مذکور تغییر می‌یابند. از نظر آنان وجود دو شرط پردازش هیجانی برای کاهش ترس‌های پاتولوژیک ضروری است. نخست، ساختار ترس باید فعال گردد و دوم، اطلاعات ناسازگار با عوامل پاتولوژیک باید با ساختار حافظه تلفیق گردد.

در همین راستا، بیکر (۲۰۰۱) عنوان می‌کند که بیشتر افراد وقتی با استرس، حوادث منفی و مضر روبرو می‌شوند، با موفقیت، آنها را از لحاظ هیجانی پردازش می‌کنند. در این فرآیند، آنها ممکن است به بیان احساسات پرداخته و یا در مورد موضوعات استرس‌زا فکر کنند تا به نتایج مثبت برسند و یا اینکه

1. Obsessive-Compulsive Disorder

2. emotional perocessing

3 Foa & Kozak

شرایط زندگی خویش را جهت تعدیل استرس، تغییر دهند. از سویی، این افراد ممکن است بر تسریع فرآیند پردازش هیجانی به رویاپردازی اقدام کنند و یا اینکه به فعالیت‌ها و تجربه هیجانات دیگر روی آورند. بنابراین، چنانچه در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا پردازش هیجانی تحقق نیابد، در آن صورت اثرات موقعیت‌های استرس‌زا تشدید شده و پیامدهای منفی دیگری به شکل علائم آسیب‌شناختی بروز خواهد یافت.

مبتنی بر آنچه عنوان شد، در یک دهه اخیر استفاده از روش‌های پردازش هیجانی در قالب درمان‌های رفتاری-شناختی از جمله غرقه‌سازی، رویارویی همراه با حساسیت‌زدایی منظم و جلوگیری از پاسخ جهت درمان اختلالات هیجانی از جمله وسواس‌ها و اجبارها کاربرد وسیعی داشته است (Walker et al, 1991). هدف این درمان‌ها این است که فرد بر نشانه‌های اختلال کنترل داشته باشد تا از این طریق بتواند اثرات اختلال را در زندگی روزانه به حداقل برساند و توانایی خود را در رسیدن به پتانسیل کامل خود افزایش دهد.

مطالعات متعدد در خصوص اثرات پردازش هیجانی با استفاده از روش‌های مختلف رویارویی، در کاهش نشانه‌های وسواس-اجبار، حاکی از آن است که این روش‌ها قادرند نشانه‌ها و رفتارهای وسواس و رفتارهای اجباری را به طور چشمگیری کاهش دهند (Foa & Emmelkamp, 1983). در این رابطه، مطالعات جی‌کاکس^۱ (۱۹۹۸) و هیوت^۲ (۱۹۹۰؛ به نقل از Hunt, 1998) نشان می‌دهند که کاربرد رویارویی واقعی قادر است نشانه‌های وسواس و رفتارهای اجباری را درمان کند. همچنین، مطالعه جی-کاکس، فوآ و مورال^۳ (۱۹۹۸) نیز بر نقش مکانیسم‌های پردازش هیجانی در کاهش نشانه‌های اختلالات اضطرابی تاکید داشته است.

بعلاوه، فوآ، کوزاک و استکتی^۴ (۲۰۰۶) در بررسی خود سه شاخص پردازش هیجانی شامل پاسخ حداکثری، خوگیری در جلسات و خوگیری بین جلسات را در ۱۴ بیمار وسواسی بررسی کرده و دریافتند که هم فعال‌سازی ساختار ترس در مدت رویارویی و هم خوگیری در بین جلسات، درمان موفق را پیش‌بینی می‌کنند.

با همه این اوصاف، برخی مطالعات نشان می‌دهند که رویارویی با موقعیت‌های اضطرابی، در

^۱ Jaycox

^۲ Hyott

^۳ Morral

^۴ Steketee

کاهش وسواس‌ها تاثیرچندانی ندارد که در این راستا می‌توان به مطالعات لدر^۱ (۱۹۶۷) و برکوویچ و گریسون^۲ (۱۹۹۰) اشاره کرد (به نقل از Foa و Kozak، 1986). این پژوهشگران در تبیین عدم موفقیت روش رویارویی در کاهش وسواس‌ها به نقش اجتناب شناختی، افسردگی بیماران، و عقاید بیش بها داده شده تأکید نموده‌اند که مانع بزرگی در وقوع پردازش هیجانی قلمداد می‌شوند.

با این وجود، برخی یافته‌ها نیز نشان می‌دهند که استفاده از روش پردازش هیجانی در قالب مکانیسم رویارویی به بهتر شدن نتایج درمانی منجر می‌شود (Baker, Mystkowski, Culver, Mortazavi, & Craske, 2010).

مبتنی براین یافته‌های متناقض و تبیین‌های بعمل آمده در خصوص مکانیسم‌های پردازش هیجانی در درمان اختلال وسواس، سؤال پژوهش حاضر این بود که آیا درمان مبتنی بر پردازش هیجانی قادر است نشانه‌های وسواسی شستشو را بهبود بخشد؟

روش پژوهش

این پژوهش، در قالب یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه به انجام رسید. در راستای این طرح از افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان رازی تبریز، با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و مصاحبه غربالگری، ۲ نفر که مبتلا به اختلال وسواس شستشو بودند، انتخاب شدند. آزمودنی اول بعد از دو خط پایه و آزمودنی دوم یک هفته بعد وارد درمان شد.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط هاجسون و راجمن^۳ برای بررسی ابعاد نشانه‌های وسواس تهیه شده است. این آزمون متشکل از ۳۰ سوال صحیح و غلط بوده که شامل ۴ مقیاس فرعی واری، شستشو، کندی و شک و تردید است. البته مقیاس پنجمی هم تحت عنوان نشخوار فکری وجود دارد، ولی چون فقط شامل دو پرسش است، به صورت جداگانه نمره‌گذاری نمی‌شود. نمره آزمون شامل یک نمره کل و ۴ نمره مربوط به مقیاس‌های فرعی است که به صورت جداگانه نمره‌گذاری می‌شوند.

^۱ Lader

^۲ Berckovich & Grayson

^۳ Hodgson & Rachman

هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) اعتبار همگرا و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را رضایت بخش و در حدود ۰/۸۹ برآورد کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل، ۰/۸۷ گزارش شده و سناویو^۱ (۱۹۸۸؛ به نقل از Silva, Menzies و Menzies, 2003) همبستگی بین نمرات کل آزمون مادزلی و آزمون پادوآ^۲ را ۰/۷۰ بدست آورده است. اعتبار محتوایی این آزمون را در ایران قاسم زاده (۱۳۸۰) بررسی و تأیید کرده و پایایی بازآزمایی آن را محمودعلیلو (۱۳۸۵) روی یک گروه ۲۵ نفره، ۰/۸۲ برآورد نموده است (به نقل از Sajadian, 2006).

۲) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محوری (SCID-I)^۳

مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف پذیر است که توسط فرست، اشپیتز و گیبون^۴ (۱۹۹۷؛ به نقل از BouAlhari و Atef Vahid, Asgharnezhad Farid, Dabaghi, 2007) تهیه شد و ضریب کاپای ۶۰ درصد را بعنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب ها برای SCID گزارش کرده اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص های فعلی، ۵۲ درصد و برای تشخیص های طول عمر، ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت بخش است.

۳) مقیاس واحد ناراحتی ذهنی

در درمان های شناختی- رفتاری برای عملیاتی کردن سازه ها و مفاهیم، مقیاس های درجه بندی به کار برده می شود. یکی از این مقیاس ها، مقیاس واحد ناراحتی ذهنی است که یک مقیاس خودسنجی بوده و شدت ناراحتی و پریشانی ذهنی با آن درجه بندی می شود. این مقیاس از صفر (هیچگونه ناراحتی) تا ۱۰ (بیشترین ناراحتی) درجه بندی شده است (Wolpe & Lazarus, 1996). در این مقیاس، درمانگر از بیمار می خواهد میزان ناراحتی خود را براساس یک مقیاس عددی درجه بندی کند (De Silva & Rachman, 2004).

¹ Sanavio

² Padua

³ Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders

⁴ First, Spitz, & Gibbon

۴) ساختار درمان مبتنی بر پردازش هیجانی

برای روش درمان مبتنی بر پردازش هیجانی از چارچوب کلی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ بهره گرفته شد، با این تفاوت که سعی گردید شاخص‌های پردازش هیجانی در مراجع به طور دقیق تحقق یابد. چارچوب اصلی جلسه‌های درمان عبارت بود از ارائه منطق درمان، تهیه فهرستی از نشانه‌های برانگیزنده افکار وسواسی (درونی- بیرونی)، رفتارهای تشریفاتی و اعمال آیین‌مند و موارد اجتنابی، مشخص ساختن قوانین کلی ثابت جلسه درمان و قوانین ویژه هر جلسه و تنظیم قرارداد با مشارکت مراجع، تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی برای تحقق مناسب پردازش هیجانی، ارایه تکالیف خانگی، مرور تکالیف در آغاز هر جلسه درمان و درمیان گذاردن دستور کار و روند هر جلسه درمانی پیش از آغاز جلسه. این ساختار درمانی براساس آموزه‌های نظری فوا و همکاران (۲۰۰۶) تهیه گردید که بر اساس مطالعات انجام شده توسط بیکر (۲۰۰۱)، فوا و مورال (۱۹۹۸) و بیکر و همکاران (۲۰۰۱) اثربخشی این روش درمانی در اختلالات هیجانی مورد تأیید واقع شده است که این نتایج، روایی محتوایی و ساختاری بسته درمانی تهیه شده را تضمین می‌نماید. از سویی، محتوای تهیه‌شده به تأیید چند نفر از درمانگران و متخصصان روان‌درمانی نیز درآمد که تضمین‌کننده اعتبار روش درمانی بکار گرفته‌شده بود.

۵) معیارهای ورود و خروج شرکت‌کنندگان

معیارهای ورود این پژوهش عبارت بود از: ۱) دارا بودن ملاک‌های زیرگروه وسواس شستشو براساس DSM-IV-TR^۱ حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال (۳) دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم (۴) رضایت کتبی فرد برای شرکت در پژوهش (۵) رد شدن هر گونه اختلال روانی همبود با وسواس و شکایت عمده از هر کدام از زیر گروه (نبود تظاهرات دیگر گروه‌ها).

۶) شیوه ی اجرا

پس از کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، ابتدا طی دو جلسه، نسبت به ثبت نشانه‌های وسواس به عنوان خط پایه در آزمودنی اول اقدام شد. برای آزمودنی دوم، ثبت نشانه‌های وسواس خط پایه با تأخیر یک هفته‌ای شروع شد تا اثرات هم‌زمانی جلسات درمانی در نتایج، کنترل گردد. پس از ثبت نشانه‌ها در خط پایه، هر یک از آزمودنی‌ها طی ۱۰ جلسه در معرض روش درمانی تنظیم‌شده قرار گرفتند. جهت بررسی روند اثرگذاری روش‌های اعمال شده، در هر جلسه درمانی، نسبت به ثبت نشانه‌ها اقدام گردید.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fourth Edition

یافته‌ها

در جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها	سن	جنس	میزان تحصیلات	شغل	وضعیت تاهل	اقدامات درمانی پیشین
اول	۲۲	زن	کارشناسی	دانشجو	مجرد	نداشته
دوم	۳۱	زن	فوق دیپلم	شاغل	متاهل	دارودرمانی

جدول ۲ نتایج بدست آمده از ثبت نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری را در طی جلسات خط پایه، آخرین جلسه و مرحله پیگیری نشان می‌دهد. مندرجات جدول حاکی از آن است که درصد بهبودی کلی در دو شرکت کننده، ۵۴ درصد است که نشانگر اثربخشی بالینی روش درمانی اعمال شده است.

جدول ۲: نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی

آزمودنی اول	آزمودنی دوم
قبل از درمان	۹/۵
جلسه آخر	۴
پیگیری	۵
میزان بهبودی	۰/۵۸
کل	۰/۵۴

اندازه اثر درمان مبتنی بر پردازش هیجانی در آزمودنی‌ها در جدول ۳ و روند تغییر نمرات آزمودنی‌ها در نمودار ۱ نشان داده شده است.

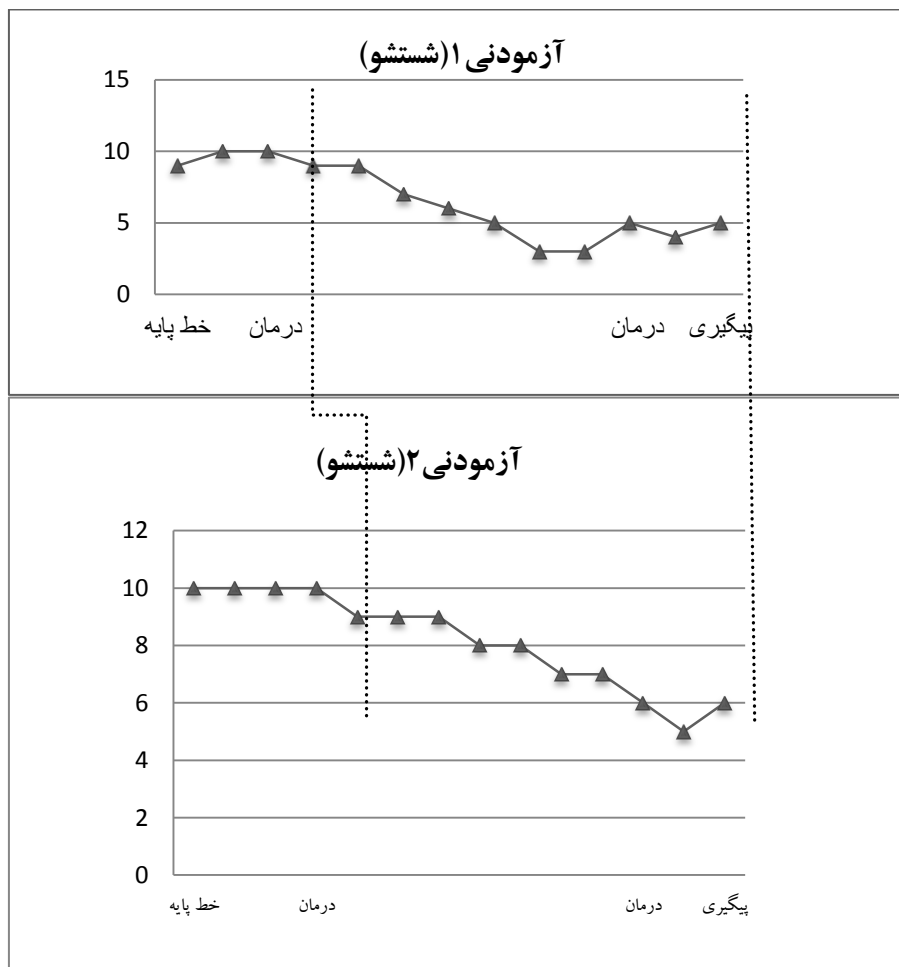
جدول ۳: میزان اثر درمان در آزمودنیها

میانگین		انحراف	استاندارد	انحراف		استاندارد		
خط پایه	درمان	پیگیری	خط پایه	درمان	پیگیری	خط پایه-درمان	درمان-پیگیری	درصد کاهش
۹/۵	۶/۱	۵	۰/۵	۲/۴۲	۰	۱/۹۴	۰/۶۴	۳۵٪
آزمودنی اول								
۱۰	۷/۸	۶	۰	۱/۴۶	۰	۲/۱۳	۱/۷۵	۲۲٪
آزمودنی دوم								

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که برای آزمودنی اول، تغییرات چشمگیر در علایم و سواس رخ داده است. میانگین داده‌های خط پایه، ۹/۵ و میانگین داده‌های جلسات درمان، ۶/۱ است. مبتنی بر اندازه اثر بدست آمده (۲/۴۲) و مقایسه آن با معیارهای کوهن^۱ (۱۹۸۸) می‌توان نتیجه گرفت که روش درمانی پردازش هیجانی اثربخشی بالینی در کاهش نشانه‌های و سواس شستشو در آزمودنی اول داشته است.

در مورد آزمودنی دوم نیز تغییرات چشمگیر در علایم و سواس رخ داده است. میانگین داده‌های خط پایه، ۱۰ و میانگین جلسات درمان، ۷/۸ بدست آمده است. مبتنی بر اندازه اثر بدست آمده (۲/۱۳) و مقایسه آن با معیارهای کوهن (۱۹۸۸) می‌توان نتیجه گرفت که این درمان اثربخشی بالینی در کاهش نشانه‌های و سواس شستشو در مورد آزمودنی دوم نیز داشته است.

¹ Cohen



نمودار ۱: روند تغییر نمرات آزمودنی‌ها در طول درمان

از سویی، تحلیل چشمی نمودار نیز تغییر در شدت علایم را براساس سه رویه (سطح، شیب و تغییر پذیری) نشان می‌دهد. طبق نمودار ۱، تغییر فاز خط پایه تا جلسه سوم فاز مداخله ناچیز بوده است. اما از جلسه سوم تا جلسه هفتم تغییر قابل توجه در علایم مشاهده می‌شود، با این حال، در جلسه آخر و جلسه پیگیری، افزایش ناچیزی مشاهده می‌شود.

در مورد آزمودنی دوم، طبق نمودار فوق، تغییر فاز از خط پایه به درمان نداشته، اما از جلسه اول به دوم، چهارم به پنجم، ششم به هفتم و از هفتم به دهم کاهش در علایم وجود داشته است. این امر نشانگر

خوگیری بین جلسات و نیز خوگیری درون جلسه‌ای است. بنابراین، این درمان در مورد وسواس شستشو اثربخش است.

بحث

اختلال «وسواس-اجبار» یک اختلال آشنا و نسبتاً شایع است که به دلیل ماهیت ناتوان کننده‌ای که دارد، بسیار سریع بر تواناییهای شخصی، کارآیی شغلی، سازگاری اجتماعی و روابط بین فردی اثر می‌گذارد. مشخصه‌های ویژه اختلال مانند اضطراب و تشویش، ناتوانی در تصمیم‌گیری، اشتغال ذهنی مداوم با مسایل مختلف، ترس از آینده و... همه به گونه‌ای است که فرد را از داشتن یک زندگی سالم و طبیعی محروم می‌سازد. به همین دلیل، پژوهشهای مربوط به مداخلات درمانی این اختلال همواره مورد توجه بوده است. در این راستا، یکی از انواع وسواس، وسواس شستشو است که نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پردازش هیجانی در درمان اختلال وسواس شستشو اثربخش است. در طرح‌های تک آزمودنی، دو ملاک آزمایشی و درمانی برای ارزشیابی تغییر استفاده می‌شود (Christensen, 2008).

مبتنی بر ملاک آزمایشی، با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، اندازه اثر براساس نظر کوهن (۱۹۸۸) بالا بوده است، پس می‌توان بیان نمود که روند تغییر علایم در مرحله خط پایه متفاوت از مرحله درمان است. از این رو در ملاک آزمایشی بهبودی قابل توجه بوجود آمده است.

از طرفی، در ملاک درمانی از ارزشیابی ذهنی استفاده می‌شود، بدین معنی که افرادی که با آزمودنی در تعامل هستند، تغییر چشمگیری در رفتار آزمودنی مشاهده می‌کنند. در این بررسی با پرسشی که از اطرافیان و خود آزمودنی شد معلوم شد ملاک درمانی نیز محقق شده است. از این رو، نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر اختلال وسواس شستشو اثربخش است. براین اساس، یافته‌های این پژوهش با نظرات فوآ و کوزاک (۱۹۸۶)، بیکر (۲۰۰۱) و راجمن (۱۹۸۰) که به نقش شاخصهای پردازش هیجانی در درمان تأکید کرده اند، همسو بوده و همچنین با یافته‌های فوآ و امل کمپ (۱۹۸۳) و جی کاکس و همکاران (۱۹۹۸) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته‌ها، راجمن (۱۹۸۰) بیان می‌کند که پردازش هیجانی فرایندی است که در آن، آشفتگی هیجانی مدیریت گردیده و تا میزانی کاهش می‌یابد تا سایر تجارب و رفتارها بتوانند بدون وقفه صورت گیرند. به نظر می‌رسد پردازش هیجانی شامل حداقل سه مولفه از جمله: برانگیختگی احساسات منفی، تغییرات شناختی و تغییر به سمت احساسات مثبت باشد، یعنی در فرایند درمان، اضطراب آزمودنیها به تدریج افزایش پیدا می‌کند، سپس آزمودنی در همان حالت باقی می‌ماند تا متوجه شود آن‌طور که فکر

می‌کرده، اضطراب تا آن حد آسیب‌زننده نیست و در انتهای درمان به تدریج میزان اضطراب فرد کاهش یافته و به میزان عادی می‌رسد. همان‌طور که راجمن (۱۹۸۰) بیان می‌کند، کاهش ترس و اضطراب، نشان‌دهنده پردازش هیجانی موفق است.

همچنین، مطابق با نظریه فوآ و کوزاک (۱۹۸۶) درمان مبتنی بر پردازش هیجانی، فرآیندی است که از طریق آن، ساختارهای حافظه ترس تغییر می‌یابند. به عبارتی در طی درمان ابتدا با رویارویی فرد با موضوع اضطراب‌زا، ساختار ترس فرد فعال شده و به دلیل افزایش اضطراب، میزان نبض و ضربان قلب فرد نیز بالا می‌رود و بعد از آن به تدریج اضطراب فرد کاهش می‌یابد که می‌توان استنباط کرد که اطلاعات ناسازگار با عوامل پاتولوژیک، ساختار ترس را تغییر داده‌اند، به نحوی که فرد بیمار متوجه می‌شود که بدون اجتناب هم می‌تواند اضطرابش را کاهش دهد. از این رو، این نتایج همخوان با نظریه راجمن (۱۹۸۰) و فوآ و کوزاک (۱۹۸۶) بود.

با وجود اینکه پژوهشگران کوشیده‌اند شرایط را تا حد ممکن کنترل کنند، ولی وجود محدودیت‌های خارج از کنترل، از جمله شمار اندک آزمودنیهای پژوهش، یکسان نبودن ویژگیهای جمعیت‌شناختی مراجعان و نبود دوره پیگیری طولانی‌مدت، سبب رعایت احتیاط در تعمیم یافته‌های پژوهش می‌شوند. با این حال، رعایت نکات یادشده می‌تواند راهگشا بوده و با افزایش شمار آزمودنیها در پژوهش‌های آینده، بهتر می‌توان در این باره قضاوت کرد.

نتیجه

مبتنی بر نتایج می‌توان بیان کرد که روش درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر اختلال وسواس شستشو موثر است. این روش با ایجاد تغییرات شناختی و شکل‌گیری احساسات مثبت موجب کاهش اضطراب فرد شده و در نتیجه، علائم فرد بهبود می‌یابند. به تعبیری، بکارگیری مداخلات مبتنی بر پردازش هیجانی، زمینه‌بازشناسی و تجربه مجدد هیجانات منفی را که به شکل اضطراب نهفته در ساختارهای روان-شناختی حضور دارند، مهیا نموده و در نتیجه، امکان تازه‌ای برای تسلط فرد بر هیجانات همراه با محرک‌های محیطی را فراهم می‌آورد و از این طریق، کارآمدی فرد برای فائق آمدن بر نشانه‌های رفتاری اختلال وسواس شستشو را افزایش می‌دهد.

References

- Baker, R. (2001). An emotional processing model for counseling and psychotherapy, A way Forward? *Dorset Research & Development Support Unit*.
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P.W., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1271-1287.
- Baker, A., Mystkowski, J., Culver, N., Yi, R., Mortazavi, A., & Craske, M.G. (2010). Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1139-1143.
- Christensen, L.B. (2008). *Experimental Methodology*. Translated by Delavar, A, 1st ed. Tehran, Roshd Publication Company
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Dabaghi, P., AsgharnezhadFarid, A. A., AtefVahid, M. K., BouAlhari, J. (2008). Effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness and spiritual schema activation in the drug relapse prevention *Andisheh VaRaftar (Applied Psychology)*, 4(16), 49-58. (In persion)
- De Silva, P., & Rachman, S. (2004). *Obsessive compulsive disorder: The facts*. UK, Oxford: Oxford University Press.
- Foa, E.B., & Emmelkamp, P.M.G. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York. Wiley.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-Compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hunt, M. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behavior research and Therapy*, 36, 361-384.
- Jaycox, L.H., Foa, E.B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185-192.
- MahmoodAliloM., & Zafaranchi, M. (2008). *Emotional processing*. (1st ed), Tabriz, Sotoudeh Publication Company. (In persion)
- Merikangas, K.R. (2005). Anxiety Disorders: Epidemiology. In B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (PP. 1720-1717). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Menzies, R. G., De Silva, P., & Menzies, R. (2003). *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, research and treatment*. England, Wiley.
- Mohammadi, M.A., Davidian, H., Noorbala, A., Malekafzali, H., Naghavi, H.R., Pouretmad, H.A., BagheriYazdi, S.A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Mohammad Razzaghi, E. (2001). An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran. *Hakim*, 64, 1-55 (In persion).
- Mohammadi, M.K., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala, A.A., Davidian, H., Malek Afzali, H., Naghavi, H.R., BagheriYazdi, S.A., Saberi, S.M., Mesgarpour, B., Akhondzaden, S., Alagheband-rad, J., & Tehranidoost, M. (2004). Prevalence of obsessive - compulsive disorder in Iran. *BMC psychiatry*, 4, 2. (In persion)
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Sajadian, I. (2007). The effect of mindfulness method on degree of obsessive-compulsive symptoms. *MA thesis, University of Isfahan*. (In persion)

- Sharifi, V., Asadi, S.M., Mohammadi, M.R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabanikia, A., Shahrivar, Z., DavariAshtiani, R., Hakim Shoushtari, M., Sedigh, A., JalaliRoudsari, M. (2004). Reliability and feasibility of the persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Science*, 6(1-2), 10-22. (In persian)
- Walker, C.E., Hedberg, A., Element, P., & Weight, L. (1991). *Clinical procedure for behavior therapy*. New York: Prentice-hall.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. New York: Pergamon Press.



خباز، محمود؛ کریمی، یوسف؛ کریمیان، نادر؛ شه بخش، افشین (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه رابطه بین ابعاد کمال گرایی و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۲)، ۹۶-۸۲.

بررسی و مقایسه رابطه بین ابعاد کمال گرایی و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی

محمود خباز^۱، یوسف کریمی^۲، نادر کریمیان^۳، افشین شه بخش^۴

دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابعاد کمال گرایی و حمایت اجتماعی در دانشجویان با فرسودگی تحصیلی در سال ۸۹ انجام شد. تحقیق حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و روش اجرای آن زمینه ای بود. از طریق نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از بین ۸ دانشکده دانشگاه علامه طباطبائی سه دانشکده انتخاب و تعداد ۳۰۰ نفر دانشجوی (دختر- پسر) از این سه دانشکده به طور تصادفی انتخاب شدند و در نهایت ۱۶۲ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. آزمودنی ها سه پرسشنامه ابعاد کمال گرایی، حمایت اجتماعی و فرسودگی تحصیلی برسو را تکمیل کردند. داده ها با روش آماری t مستقل در نرم افزار اس پی اس نسخه ی ۲۱ تحلیل شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی و کمال گرایی بهنجار در دانشجویان با فرسودگی تحصیلی پایین تر از دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا است. دانشجویان به علت الزامات سیستم آموزشی، مشکلات مالی و نامشخص بودن آینده در معرض فرسودگی تحصیلی قرار دارند و نیازمند حمایت دولت و خانواده و اصلاح باورهای ناکارآمد خود هستند.

واژه های کلیدی: کمال گرایی، حمایت اجتماعی، فرسودگی تحصیلی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی. تهران، دهکده المپیک، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی،

mkhabbazm@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) yukarimi@yahoo.com

۳. دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، پژوهشکده آموزش و پرورش کردستان

۴. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

استرس در زندگی فرد یک امر اجتناب‌ناپذیر است. تفسیرها و برداشت‌ها از آن متفاوت و تا اندازه‌ای مبهم است و هر کس آن را در حالات مختلف رفتاری خویش تجربه می‌کند و آن را باید پیامد تعامل با محیط جهت رسیدن به تعادل به حساب آورد. استرس بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی بشری است و از آغاز همراه انسان بوده است. پژوهش‌های بسیاری در طول سال‌های گذشته نشان داده‌اند که رویدادهای استرس‌آمیز در ظهور بیماری‌های جسمی و ذهنی موثر هستند (Kobasa & Puccetti, 1983). امروزه اکثر محققان نقش عوامل استرس‌زا را به عنوان عاملی در برانگیختگی فیزیولوژیک مکرر و طولانی که به بروز بیماری منجر می‌شود، تایید می‌کنند. استرس در دراز مدت می‌تواند مشکلات جسمی و روانی به وجود آورد که فرسودگی یکی از پیامدهای مهم آن است. هیس معتقد است هنگامی که فرد در معرض فشار روانی طولانی و مداوم محیط قرار می‌گیرد، اگر قادر به تطبیق خود نباشد، دچار فرسودگی می‌شود (Hayes, 2015).

بطور کلی فرسودگی را می‌توان نوعی اختلال نامید که به دلیل قرار گرفتن طولانی مدت فرد در معرض استرس‌های محیطی در وی ایجاد می‌گردد و نشانه‌های آن در ابعاد جسمی، هیجانی و ذهنی بروز می‌کند (Saatchi, 1995).

شوفلی و همکارانش معتقدند که نشانگان فرسودگی یک اختلال روانی نیست، ولی به آهستگی در طول زمان گسترش می‌یابد و ممکن است به یک ناتوانی روانی بدل گردد (Schaufeli et al., 2002). مفهوم فرسودگی در اوایل دهه هفتاد برای اولین بار توسط فردنبرگر^۱ معرفی شد و ظهور و رشد آن مرهون زحمات فریدنبرگر در نیویورک و ماسلش در کالیفرنیا است. فرسودگی در ابتدا در تعاملات حرفه‌ای افراد، نظیر کارکنان خدمات اجتماعی، با تاکید بر روابط بین فردی میان متقاضی و عرضه‌کننده مورد توجه قرار گرفت (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Freudenberger, 1974).

بر طبق نظر ماسلش و جکسون^۲ (۱۹۸۱) فرسودگی نشانگانی مشتمل بر خستگی هیجانی، زوال شخصیت و تمامیت فردی کاهش یافته می‌باشد. یک جنبه کلیدی نشانگان فرسودگی، احساس فزاینده خستگی هیجانی می‌باشد. محققان همچنین علائم فرسودگی را در زمینه‌های غیرشغلی، نظیر ازدواج، ورزش و تحصیلات دانشگاهی مشاهده کرده‌اند (Pines & Nunes, 2003).

1. Freudenberger

2. Maslach & Jackson

برخی شواهد از حضور فرسودگی در میان دانشجویان حمایت می‌کنند (Meier & Schmeck, 1985). فرسودگی تحصیلی در میان دانشجویان، اشاره به احساس خستگی به خاطر تقاضاها و الزامات تحصیلی، داشتن یک حس بدبینانه و بدون علاقه به تکالیف درسی و احساس عدم شایستگی به عنوان یک دانشجو دارد (Zhang, Gan & Cham, 2007). پینس، آرونسون و کفری به بررسی و مقایسه فرسودگی در بین پرستاران، مشاوران، مربیان و دانشجویان پرداختند و دریافتند که دانشجویان در سطوح بالای مقیاس فرسودگی جای می‌گیرند. این بررسی نشان می‌دهد که دانشجویان در طول دوران تحصیلی خود تا اندازه‌ای فرسودگی را تجربه می‌کنند. عوامل متعددی می‌توانند جزء علل این نوع فرسودگی بوده و راه‌های متعددی نیز برای مقابله و درمان این نشانگان وجود دارد (Pines, Aronson, & Kafry, 1981). ساراسون اظهار می‌دارد که عواملی وجود دارند که ارتباط بین استرس و بیماری را تعدیل می‌کنند و یا در عین حال می‌توانند تشدید کنند. در شرایط استرس‌زا برخی عوامل در نقش متغیرهای مداخله‌گر ظاهر می‌شوند. این عوامل عبارتند از: ۱- شخصیت افراد ۲- مهارت‌های مقابله و تجارب گذشته و ۳- حمایت‌های اجتماعی (Sarason, 1988).

حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل محیطی در روشن ساختن پدیده فرسودگی است (Jackson, Schwab & Schuler, 1986). شواهد بسیاری رابطه منفی میان فرسودگی و حمایت اجتماعی^۱ را به کرات نشان داده‌اند (Beck, 1987; Watkins, 1983).

حمایت اجتماعی به عنوان منبعی که افراد را قادر به مقابله با فشارهای روانی می‌سازد تعریف شده است (House, 1981; Russel, Vanvelzen & Altmaier, 1987; Chang et al., 2004). هنگامی که روابط اجتماعی از میان رفته باشد، افراد هیجان منفی مربوط به فرسودگی را نشان می‌دهند (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). محققان تاکید می‌کنند که حمایت اجتماعی، در ارزیابی دانشجویان از استرس‌زا بودن رویدادهای تجربه شده در طی دوران تحصیل، به عنوان متغیر میانجی مهم پدیدار می‌شود. آنان حمایت اجتماعی را به عنوان یک سد حمایتی در مقابل فشار روانی قلمداد می‌کنند (Bate & Toro, 1999; Cohen & Wills, 1985). ییلدریم در پژوهشی روابط بین فرسودگی، منابع حمایت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی را مورد بررسی قرار داده است. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه مشخص گردید که بین ابعاد فرسودگی و منابع حمایت اجتماعی رابطه منفی وجود دارد (Yildirim, 2008).

1. social support

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی همواره نقش تعدیل‌کننده‌ای بر روی استرس دارند. لو معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کند و موجب کسب عواطف مثبت می‌گردد. از طرفی حمایت اجتماعی از طریق محافظت و کاهش اثرات زیان‌آور وقایع استرس‌زا، نقش مهمی در حفظ سلامتی دارد (Lu, 1977).

پژوهش‌هایی نیز جستجوهای را برای شناسایی عوامل شخصیتی پیش‌بینی‌کننده فشار روانی و فرسودگی آغاز کرده‌اند (Cano-Garcia et al., 2005). کمال‌گرایی یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که با فشار روانی، ناسازگاری و فرسودگی مرتبط است و نقش مهمی در ایجاد فشار روانی و فرسودگی ایفا می‌کند (Friedman, 2000; Flett, Hewitt & Hallett, 1995).

در سالهای اخیر کمال‌گرایی در حیطه ادبیات تحقیق توانسته است علاقه روز افزون محققان را به خود جلب کند (Clark & Coker, 2009). عده‌ای از محققان کمال‌گرایی را دارای دو بعد سازش یافته (بهنجار) و سازش نیافته (نابهنجار) می‌دانند، اما هویت و فلت سه بعد را برای کمال‌گرایی از یکدیگر متمایز کرده‌اند: کمال‌گرایی خویش‌مدار، که شامل کوشش افراد برای دستیابی به خویش‌مدار و با معیارهای بالای غیر واقعی است. کمال‌گرایی دیگرمدار، که در آن تمرکز فرد بر رفتار دیگران است و رفتار آنان از دید وی باید کامل و به دور از هر گونه اشتباهی باشد. کمال‌گرایی جامعه‌مدار، که در آن فرد باور دارد که دیگران (خانواده و جامعه) معیارها و انتظارات افراطی برای او در نظر گرفته‌اند و او خود را ملزم به برآورده ساختن این انتظارات می‌داند (Hewitt, & Flett, 1991). بررسی‌های انجام شده گویای وجود رابطه بین کمال‌گرایی (به ویژه جنبه‌های منفی آن) و آسیب‌های روان‌شناختی هستند (Hewitt et al., 2002; O'Connor & O'Connor, 2003).

استوبر و رنرت در پژوهشی، روابط بین کمال‌گرایی با فرسودگی، ارزیابی فشار روانی و سبک‌های مقابله‌ای را مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که تلاش برای کامل بودن و فشار وارده از سوی همکاران نقشی در فشار روانی و فرسودگی ندارد و در مقابل واکنش منفی به کامل نبودن و فشار دریافت شده از سوی دانش‌آموزان و والدین آنها عوامل تأثیرگذار هستند (Stoeber & Renert, 2008). ژانگ، گان و چام (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند که جنبه‌های ناسازگارانه کمال‌گرایی با فرسودگی مرتبط است در حالی که کمال‌گرایی مثبت با تعهد رابطه دارد (Zhang, Gan & Cham, 2007).

با توجه به مطالعات برشمرده شده در حیطه فرسودگی تحصیلی و از آن جایی که این پدیده تأثیر مهمی در سلامت روانی دانشجویان، انگیزه ادامه تحصیل و گرایش‌های بزهکارانه دانشجویان دارد بررسی

عوامل موثر بر فرسودگی تحصیلی توجه خاصی را می‌طلبد. از این رو این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه تفاوت میزان کمال‌گرایی خود افراد و حمایت اجتماعی دریافت شده توسط دیگران در دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین صورت گرفت.

روش و ابزار پژوهش

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و روش اجرای آن زمینه‌ای بود (Seif Naraghi, Naderi, 2010). جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان کارشناسی و کارشناسی‌ارشد دانشگاه علامه طباطبائی (دختر- پسر) که در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بوده‌اند، تشکیل داده‌اند. نمونه حاصل در پژوهش را ۱۶۲ نفر از دانشجویان تشکیل داده‌اند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین منظور ابتدا از بین ۸ دانشکده دانشگاه علامه طباطبائی، ۳ دانشکده که عبارت بودند از:

دانشکده‌های روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم سیاسی و ادبیات و زبان‌های خارجی به تصادف انتخاب و سپس از بین دانشجویان این سه دانشکده نیز تعداد ۳۰۰ دانشجو (دختر- پسر) به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای تعیین گروه‌های دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین، ابتدا نمرات فرسودگی تحصیلی تمام ۳۰۰ نفر دانشجوی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر محاسبه شد، سپس این نمرات از کمترین نمره به بیشترین نمره مرتب شدند. در مرحله بعد ۲۷ درصد بالایی نمرات فرسودگی تحصیلی که شامل ۸۱ نفر می‌شد به عنوان گروه با فرسودگی تحصیلی بالا و ۲۷ درصد پایین نمرات مرتب شده به عنوان گروه با فرسودگی تحصیلی پایین مشخص شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا موافقت دانشجویان را برای شرکت در پژوهش جلب کردیم، بدین صورت که توضیحاتی درباره تحقیق، اهداف و مزیت‌های آن و نیز نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به آنها ارائه کرده و به آنها درباره محرمانه ماندن اطلاعاتی که در اختیار ما می‌گذاشتند اطمینان دادیم. در نهایت پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. بدین ترتیب، تحلیل‌های آماری بعدی بر اساس فرضیات پژوهش روی دو گروه ۸۱ نفری دانشجویان با سطوح فرسودگی تحصیلی بالا و پایین صورت گرفت. داده‌ها توسط نرم افزار اس پی اس نسخه بیست و یک با روش t مستقل تجزیه و تحلیل گردید.

ابزار سنجش

۱. پرسشنامه فرسودگی تحصیلی: این پرسشنامه را برسو، سالنوا و شوفلی (۱۹۷۷) ساخته‌اند (Bresó, E., Salanova, M., & Schaufeli, 2007). پرسشنامه فوق سه حیطه فرسودگی تحصیلی یعنی

خستگی تحصیلی، بی‌علاقگی تحصیلی و ناکارآمدی تحصیلی را می‌سنجد. پرسشنامه مذکور ۱۵ گویه دارد که با روش درجه‌بندی لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه‌بندی شده است. توزیع گویه‌ها بدین ترتیب است: خستگی تحصیلی ۵ ماده (مطالب درس خسته کننده می‌باشند)، بی‌علاقگی تحصیلی ۴ ماده (احساس می‌کنم نسبت به مطالب درسی علاقه‌ای ندارم) و ناکارآمدی تحصیلی ۶ ماده (احساس می‌کنم نمی‌توانم از عهده مشکلات درسی بریایم). پایایی پرسشنامه را سازندگان آن به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲، و ۰/۷۵. برای سه حیطه‌ی فرسودگی تحصیلی محاسبه کرده‌اند. اعتبار پرسشنامه را محققان با روش تحلیل عامل تاییدی محاسبه نموده‌اند، که شاخص‌های برازندگی تطبیق، شاخص برازندگی افزایش و شاخص جذر میانگین مجزورات خطای تقریب مطلوب گزارش شده است (Bresó, E., Salanova, M., & Schaufeli, 2007).

نامی (۲۰۰۹) پایایی این پرسشنامه را برای خستگی تحصیلی ۰/۷۹، و برای بی‌علاقگی تحصیلی ۰/۸۲. و برای ناکارآمدی تحصیلی ۰/۷۵. محاسبه کرده است. در این پژوهش برای محاسبه نمره فرسودگی افراد از نمره کل آزمون استفاده گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای پرسشنامه فرسودگی تحصیلی نیز در مطالعه حاضر برابر با ۰/۹۰ است.

۲. آزمون حمایت اجتماعی: این پرسشنامه توسط واکس و همکاران بر مبنای تعریف کوب^۱ از حمایت اجتماعی ساخته شده است (Vaux et al., 1986). این مقیاس دارای ۲۳ ماده است که شامل سه حیطه‌ی خانواده، دوستان و سایرین می‌باشد. خرده مقیاس خانواده و دوستان هر کدام ۸ ماده و خرده مقیاس سایرین ۷ ماده را شامل می‌شود. این آزمون بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف) ساخته شده است (Lotfi, 1993). وی با اجرای این آزمون در یک گروه ۱۰۰ نفری از دانشجویان و دو گروه ۲۰۰ و ۵۰ نفری از دانش آموزان ضرایب پایایی درونی و بیرونی را محاسبه کرده و به ترتیب ضرایب ۰/۹۰ و ۰/۷۰ را برای پایایی درونی دانشجویان و دانش آموزان و ۰/۸۱ را برای پایایی بیرونی دانش آموزان به دست آورده است. ابراهیمی قوام (۱۹۹۲) در پژوهش خود نتیجه گرفت که ضرایب بدست آمده حاکی از میزان دقت، ثبات و قابلیت تکرارپذیری و پیش بینی است. بنابراین می‌توان از این آزمون در آزمودنی‌های مشابه استفاده کرد. در پژوهش خباز و همکاران در پژوهش خود ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه در گروه نوجوانان ۰/۷۴ بدست آمد (Khabaz et al., 2011). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای پرسشنامه حمایت اجتماعی برابر با ۰/۶۶ است.

^۱. Cobb

۳. پرسشنامه چند بعدی کمال‌گرایی: در این پژوهش ابعاد کمال‌گرایی آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس چند بعدی کمال‌گرایی (MPS)^۱ مورد سنجش قرار گرفت. این مقیاس توسط هویت و فلت (۱۹۹۱) ابداع و در ایران توسط بشارت روی نمونه ایرانی هنجاریابی و اعتباریابی شده است (Besharat, 2003). این مقیاس یک آزمون ۳۰ سوالی است که ده ماده اول آن کمال‌گرایی خویش‌تر مدار، ده ماده دوم آن کمال-گرایی دیگرمدار و ده ماده آخر، کمال‌گرایی جامعه مدار را در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی (از نمره ۱ تا ۵) می‌سنجد.

در اعتباریابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس روی یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان دانشکده‌های مختلف دانشگاه تهران اجرا شد و آلفای کرونباخ به دست آمده برای کمال‌گرایی خویش‌تر مدار ۰/۹۰، برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۸۳، و برای کمال‌گرایی جامعه مدار ۰/۷۸ بوده است، که نشانه همسانی درونی^۲ بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین ۴۰ نفر از دانشجویان در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته برای کمال‌گرایی خویش‌تر مدار ۰/۸۴، و برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۸۲، و برای کمال‌گرایی جامعه مدار ۰/۸۰ بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای پرسشنامه ابعاد کمال‌گرایی برابر ۰/۸۹ است (Besharat, 2003).

یافته‌های پژوهش

نتایج آزمون t نشان می‌دهد که مقدار t به دست آمده از مقدار t بحرانی جدول در سطح $\alpha=0/01$ و درجه آزادی ۱۶۰ ($t=2/58$) بالاتر است و بنابراین فرض صفر « بین دو گروه دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین در نمرات حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود ندارد » رد می‌شود و با توجه به پایین تر بودن نمرات دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا در نمرات حمایت اجتماعی با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان دارای فرسودگی تحصیلی پایین به طور معنی داری نسبت به دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند.

جدول ۱: نتایج آزمون t به منظور مقایسه میانگین حمایت اجتماعی در دو گروه دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین

متغیر	گروه‌ها	میانگین	T	درجه آزادی	سطح معنی داری
حمایت	فرسودگی تحصیلی بالا	۱۴/۰۷	۴/۳۰	۱۶۰	۰/۰۰۰۱

1 . Multidimensional Perfectionism Scale

2 . internal consistency

اجتماعی	فرسودگی تحصیلی پایین	۱۵/۹۹	-		
---------	----------------------	-------	---	--	--

همان طور که داده های جدول ۲ نشان می دهد، مقدار t به دست آمده در نمره کل کمال گرایی از مقدار t بحرانی جدول در سطح $\alpha=0/01$ و درجه آزادی ۱۶۰ ($t=2/58$) بالاتر است و بنابراین فرض صفر «بین دو گروه دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین در نمره کلی کمال گرایی تحصیلی تفاوت معنی داری وجود ندارد» رد می شود و با توجه به بیشتر بودن میانگین نمره دانشجویان با فرسودگی تحصیلی پایین در نمره کل کمال گرایی، با اطمینان ۹۹ درصد می توان نتیجه گرفت که دانشجویان دارای فرسودگی تحصیلی پایین به طور معنی داری نسبت به دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا از کمال گرایی بیشتری برخوردار هستند.

نتایج آزمون t به منظور مقایسه زیر مقیاس های کمال گرایی نیز نشان می دهد که مقدار t به دست آمده در کمال گرایی خویشتن مدار در سطح معنی داری $p < 0/05$ و کمال گرایی جامعه مدار در سطح معنی داری $p < 0/01$ معنی دار است و بنابراین می توان نتیجه گرفت که دانشجویان دارای فرسودگی تحصیلی پایین به طور معنی داری نسبت به دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا از کمال گرایی خویشتن مدار و جامعه مدار بیشتری برخوردار هستند. اما مقدار به دست آمده از آزمون t در زیر مقیاس کمال-گرایی دیگر مدار معنی دار نبود و بنابراین فرض صفر در این زیر مقیاس تأیید می شود و می توان گفت تفاوتی بین نمرات دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین در زیر مقیاس کمال گرایی دیگر مدار وجود ندارد.

جدول ۲: نتایج آزمون t به منظور مقایسه میانگین کمال گرایی و زیر مقیاس های آن در دو گروه

دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین

متغیرها	گروه ها	میانگین	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
کمال گرایی خویشتن مدار	فرسودگی تحصیلی بالا	۲۸/۵۸	۱/۹۸	۱۶۰	۰/۰۴۹
	فرسودگی تحصیلی پایین	۳۰/۶۷			
کمال گرایی دیگر مدار	فرسودگی تحصیلی بالا	۲۸/۱۵	۱/۳۱	۱۶۰	۰/۱۹۳
	فرسودگی تحصیلی پایین	۲۹/۳۲			
کمال گرایی جامعه مدار	فرسودگی تحصیلی بالا	۲۹/۶۳	۳/۵۹	۱۶۰	۰/۰۰۰۱
	فرسودگی تحصیلی پایین	۳۳/۶۰			
نمره کل کمال گرایی	فرسودگی تحصیلی بالا	۸۶/۳۶	۲/۸۳	۱۶۰	۰/۰۰۵
	فرسودگی تحصیلی پایین	۹۳/۵۹			

بحث

مسئله اصلی در پژوهش حاضر، مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و حمایت اجتماعی در دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین دانشگاه علامه طباطبائی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی در دانشجویان با فرسودگی تحصیلی پایین بیشتر از دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا می‌باشد. این یافته همسو با یافته‌های ییلدیریم (۲۰۰۸) و یانگ (۲۰۰۴) بود. گاپلرود تأکید می‌کند که حمایت اجتماعی، در ارزیابی دانشجویان از استرس‌زا بودن رویدادهای تجربه شده در طی دوران تحصیل و مشکلات هیجانی و جسمانی تجربه شده، به عنوان یک متغیر میانجی مهم عمل می‌کنند (Goplerud, 1980). منابع حمایتی موجب می‌شود که دانشجو احساس مراقبت، مورد علاقه بودن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند که بخشی از شبکه وسیع ارتباطی است (Ali pour, 1996) و این احساس ارزشمندی و عزت نفس موجب افزایش عملکرد تحصیلی و کاهش فرسودگی در وی می‌شود.

یکی دیگر از دلایل کم‌تر بودن فرسودگی تحصیلی افراد دارای حمایت اجتماعی بالا، میزان بالای عزت نفس در این افراد است. حمایت اجتماعی می‌تواند با حس پذیرفته شدن همراه با سطوح بالای عزت نفس و حس کنترل، فرد را قادر سازد تا با حوادث استرس‌آمیز به طور مؤثری مقابله نماید و از نتایج رخدادهای منفی استرس پیشگیری نماید (Ross & Broh, 2000; Trautwein et al., 2006; Tremblay, Inman, & Willms, 2000).

از سوی دیگر فرسودگی تحصیلی بالا در دانشجویان و عملکرد تحصیلی بالا در آن‌ها که در سنین جوانی و نوجوانی خود قرار دارند ممکن است به دلیل کامل شدن احساس هویت آن‌ها باشد که یکی از دلایل آن دریافت حمایت‌ها و پذیرش اجتماعی اطرافیان است. یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی با هویت خود فرد دریافت‌کننده حمایت، پیوند دارد. یانگ (۲۰۰۴) اظهار می‌کند خود ترکیبی از مجموعه هویت‌های متمایز است. به نظر او شخصیت فرد از طریق تعامل با دیگران تحول می‌یابد. بر طبق نظریه مقایسات اجتماعی (Festinger, 1954) افراد نظام باورهایشان را از طریق مقایسه عقاید، باورها و بازخوردهای دیگران مورد ارزیابی قرار می‌دهند و به آن‌ها وضوح می‌بخشند. بازخوردهای دیگران در مورد ابعاد خود به عنوان عامل حمایتی عمل می‌کند و منجر به بروز الگوهای رفتار مناسب در موقعیت‌های مبهم و استرس‌زا می‌گردد. بنابراین دریافت حمایت اجتماعی در شکل‌گیری احساس هویت فرد مؤثر است. از سویی دیگر، مطالعات نشان می‌دهد که شکل‌گیری احساس هویت در جوانان و نوجوانان با موفقیت‌های تحصیلی در آن‌ها ارتباط دارد (Trautwein et al., 2006).

هم‌چنین نتایج نشان داد که دانشجویان با فرسودگی تحصیلی پایین‌تر نسبت به آنهایی که فرسودگی تحصیلی بالایی دارند از کمال‌گرایی بیشتری برخوردارند. این یافته همسو با نتایج مطالعات ژانگ، گان و چام (۲۰۰۷)، یانگ و استوبر (۲۰۱۰) بود. با این وجود نتایج مطالعاتی که بین کمال‌گرایی مثبت و منفی یا بهنجار و نابهنجار تمایز قائل شده بودند نشان می‌داد که کمال‌گرایی منفی یا نابهنجار با عملکرد تحصیلی دانشجویان ارتباط منفی دارد (Chang, Watkins, & Banks, 2004; Enns, Cox, Sareen, & Freeman, 2001). بنابراین بالا بودن کمال‌گرایی در دانشجویان با فرسودگی تحصیلی پایین نشان می‌دهد که این دانشجویان احتمالاً از کمال‌گرایی بهنجار برخوردارند که نه تنها مانعی برای پیشرفت تحصیلی و غلبه بر مشکلات و فشارهای تحصیلی در آنها نشده است بلکه موجب کاهش فرسودگی تحصیلی و دستیابی به موفقیت نیز در آنها شده است.

در دهه‌ی ۱۹۹۰ یک پارادایم تغییر در مفهوم کمال‌گرایی رخ داد که طی آن به اجزاء بهنجار کمال‌گرایی توجه بیشتری شد. اتس^۱ و همکاران (۲۰۰۱) پیشنهاد کردند که کمال‌گرایی می‌تواند به عنوان دو سازه مجزا اما مرتبط با هم در نظر گرفته شود: کمال‌گرایی بهنجار و نابهنجار. افراد دارای کمال‌گرایی بهنجار خود پنداره به خوبی رشد یافته‌ای دارند، از مهارت‌هایشان به وجد می‌آیند و زمانی که کار را به خوبی انجام می‌دهند از خودشان به خوبی قدردانی می‌کنند. یک ویژگی شخصیتی بسیار مهم کمال‌گرایان طبیعی این است که آنها از خودشان تقاضاهای قابل دستیابی و واقعی دارند. کمال‌گرایان طبیعی اغلب قادرند به هدف‌هایی که تنظیم می‌کنند دست یابند و در نتیجه با احتمال بیشتری طعم رضایتی که ناشی از انجام دادن هدف‌های واقعی است می‌چشند. به احتمال زیاد افراد دارای سلامت روان هستند. در مقابل کمال‌گرایان نابهنجار هدف‌های غیرواقعی تنظیم می‌کنند و از خودشان عملکردهایی را انتظار دارند که قابل دسترسی نیست. آنها درباره کمبودهایشان نگران هستند و به جای تمرکز بر روی چگونگی بهتر انجام دادن تکالیف و وظایف، بر این تمرکز می‌کنند که چگونه از اشتباه جلوگیری نمایند. در واقع انگیزه اصلی آن‌ها ترس از شکست است.

در تحقیق حاضر بررسی زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی نشان داد که دانشجویان با فرسودگی تحصیلی پایین نسبت به دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا نمره بیشتری در کمال‌گرایی خویش‌مدار و جامعه‌مدار داشتند اما بین میانگین کمال‌گرایی خویش‌مدار در دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. کمال‌گرایی خویش‌مدار یک مؤلفه‌ی انگیزشی است که از یک

طرف تلاش فرد برای دستیابی به کمال و از طرف دیگر اجتناب از شکست را در بر می‌گیرد در حقیقت این مؤلفه با مشخصه‌های مثبت تلاش، رقابت برای پیشرفت و خود شکوفایی از یک طرف و مشخصه‌های منفی خود سرزنش‌گری، خود انتقاد‌گری، خود شیفتگی از طرف دیگر ارتباط دارد (Hosseini, 2010). این بعد از کمال‌گرایی از درون سرچشمه می‌گیرد و فرد در آن از انگیزه‌های قوی برای کامل بودن و ایجاد حالتی برتر در میان افراد همسان خود برخوردار است. وی در چنین حالتی از وسواس بیهوده و حفظ استانداردهای شخصی و خود ساخته رنج می‌برد (Ganji, 2004). بالا بودن نمره کمال‌گرایی خویش‌مدار در افراد با فرسودگی تحصیلی پایین در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که با توجه به تعریف این بعد کمال‌گرایی احتمالاً این افراد از انگیزش درونی قوی برای انجام تکالیف تحصیلی و رفع مشکلات تحصیلی خود برخوردارند و این امر موجب کاهش فرسودگی تحصیلی در آنها می‌شود. به نظر می‌رسد در دانشجویان شرکت‌کننده پژوهش حاضر، ویژگی‌های منفی کمال‌گرایی خویش‌مدار مانند وسواس بیهوده در انجام تکالیف تحصیلی و حفظ استانداردهای شخصی چندان وجود ندارد که موجب کاهش فرسودگی تحصیلی در آنها شده است.

اما در توجیه عدم تفاوت معنی‌دار بین نمره کمال‌گرایی دیگرمدار در دانشجویان با فرسودگی تحصیلی بالا و پایین در پژوهش حاضر باید گفت که ویژگی کمال‌گرایی دیگرمدار تمایل فرد به در نظر گرفتن معیارهای افراطی برای رفتار دیگران و ارزیابی سخت‌گیرانه از عملکرد آنان است. افراد کمال‌گرا این مؤلفه‌ها را برای فرد یا افرادی که در زندگیشان اهمیت بیشتری دارند وضع می‌کنند. مانند انتظارات کمال‌گرایانه والدین برای فرزندانشان. این مؤلفه منجر به سرزنش دیگران و احساس عدم اعتماد و خصومت نسبت به دیگران می‌شود. افراد کمال‌گرای دیگرمدار، بیش از دیگران دچار هراس، تنهایی، پارانویا و مشکلات زناشویی و خانوادگی می‌شوند (Hewitt & Flett, 1991). بنابراین با توجه به این ویژگی‌های منفی در دانشجویان کمال‌گرای دیگرمدار انتظار می‌رود که این نوع کمال‌گرایی تأثیری در کاهش فرسودگی تحصیلی در این افراد نداشته باشد.

ویژگی اصلی کمال‌گرایی جامعه‌مدار این است که فرد باور دارد دیگران معیارهای افراطی و غیر قابل قبول برای وی در نظر گرفته‌اند. افراد کمال‌گرای جامعه‌مدار خود را ملزم به رعایت این معیارها و برآورده شدن معیارهای القا شده از طرف افراد دیگر می‌دانند. در حقیقت این افراد عقیده دارند که فشارهای زیادی از سوی دیگران (خانواده و جامعه) بر آنها برای کامل بودن وارد می‌شود و کسب تأیید دیگران مشروط به کامل و بی‌نقص بودن آنهاست (Stoeber & Yang, 2010).

نتیجه

فرسودگی تحصیلی در میان دانشجویان دانشگاه، اشاره به احساس خستگی به خاطر تقاضاها و الزامات تحصیل (خستگی)، داشتن یک حس بدبینانه و بدون علاقه به تکالیف درسی فرد (بی‌علاقگی) و احساس عدم شایستگی به عنوان یک دانشجو (کارآمدی پایین) دارد. با این توصیفات می‌توان گفت که دانشجویان دانشگاه‌های کشور به علت فشارهای مختلفی که سیستم آموزشی حاکم بر دانشگاه‌های کشور بر آن‌ها تحمیل می‌کنند و همچنین عدم تضمین آینده‌ی شغلی خود هنگام تحصیل در معرض بسیاری از عوامل فرسودگی شغلی و تحصیلی قرار دارند. از این رو افزایش حمایت اجتماعی دانشجویان چه از طرف اعضای خانواده و اطرافیان و چه از طرف مسئولین دانشگاه و همچنین رشد کمال‌گرایی مثبت در آن‌ها می‌تواند به عنوان مانعی در مقابل فرسودگی تحصیلی، اختلالات روانی و بی‌انگیزگی دانشجویان عمل کند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم کنترل متغیرهایی چون میزان استرس مرتبط با رشته-های تحصیلی و هم‌چنین تاثیرات بومی یا غیر بومی بودن دانشجویان بود که لازم است در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همکاری کلیه دانشجویانی که ما را در این تحقیق یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Ali Pour, H. (1996). Relationship between personal characteristics, social support and psychosomatic vulnerability in students of Tehran University. MA thesis. Tehran University. (In Persian)
- Bates, D. S., & Toro, P. A. (1999). Developing measures to assess social support among homeless and poor people. *Journal of Community Psychology*, 27(2), 137-156.
- Beck, D. F. (1987). Counselor burnout in family service agencies. *Social Casework*.
- Besharat, M. A. (2003). The psychometric properties of positive and negative perfectionism scale. *Cognitive science journal*, 2(4), 346-359. (In Persian)
- Bresó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2007). In search of the "third dimension" of burnout: Efficacy or inefficacy? *Applied Psychology*, 56(3), 460-478.
- Cano-García, F. J., Padilla-Muñoz, E. M., & Carrasco-Ortiz, M. Á. (2005). Personality and contextual variables in teacher burnout. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 929-940.
- Chang, E. C., Watkins, A., & Banks, K. H. (2004). How Adaptive and Maladaptive Perfectionism Relate to Positive and Negative Psychological Functioning: Testing a

- Stress-Mediation Model in Black and White Female College Students. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 93.
- Clark, S., & Coker, S. (2009). Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 321-325.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Ebrahimi Ghawam, S. (1992). Determination the reliability and correlation of the social support, self-esteem and control authority. MA thesis. Islamic Azad University: Tehran branch. (In Persian)
- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: A longitudinal investigation. *Medical Education*, 35(11), 1034-1042.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Hallett, C. J. (1995). Perfectionism and job stress in teachers. *Canadian Journal of School Psychology*.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Friedman, I. A. (2000). Burnout in teachers: Shattered dreams of impeccable professional performance. *Journal of clinical psychology*, 56(5), 595-606.
- Ganji, L. (2004). *To examine the relationship between perfectionism and academic performance, depression and anxiety among student*. MA thesis. Allameh Tabataba'i University: Tehran branch. (In Persian)
- Goplerud, E. N. (1980). Social support and stress during the first year of graduate school. *Professional Psychology*, 11(2), 283.
- Hayes, B. (2015). Job satisfaction, stress and burnout in haemodialysis nurses, Queensland University of Technology.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1049-1061.
- Hosseini, H. (2010). The relation between dimensions of perfectionism and fear of success with achievement motivation in syudent. MA thesis. Allameh Tabataba'i University: Tehran branch. (In Persian)
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jackson, S.E., Schwab, R.L., Schuler, R.S., (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology* 71 (4), 630-640.
- Khabaz, M., Behjati, Z., & Naseri, H. (2011). The relationship between social support, coping styles and resiliency. *Applied psychology journal*, 4(20), 108-123. (In Persian)
- Kobasa, S. C., & Puccetti, M. C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of personality and social psychology*, 45(4), 839.

- Lotfi, H. (1993). *The relationship between Locus of control and social support with Conformity Social*. MA thesis. Allameh Tabataba'i University: Tehran branch. (In Persian)
- Lu, L. (1977). Social Support, reciprocity, and wellbeing. *J Soc psycho*. 137: 618-28.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Meier, S. T., & Schmeck, R. (1985). The burned-out college student: A descriptive profile. *Journal of College Student Personnel*.
- Naami, A. (2009). Relationship between quality of learning experiments and education burnout. In Master students, psychology study journal. 5(3), 117-134. (In Persian)
- O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 362.
- Pines, A. M., & Nunes, R. (2003). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of employment counseling*, 40(2), 50-64.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*: Free Press New York. Psychological studies, 5(3), 123-135.
- Ross, C. E., & Broh, B. A. (2000). The roles of self-esteem and the sense of personal control in the academic achievement process. *Sociology of Education*, 270-284.
- Russell, D. W., Altmaier, E., & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 269.
- Saatchi, M. (1995). Counseling and psychology. Tehran: Virayesh press. (In Persian)
- Sarason, I. G. (1988). Anxiety, self-preoccupation and attention. *Anxiety research*, 1(1), 3-7.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students a cross-national study. *Journal of cross-cultural psychology*, 33(5), 464-481.
- Seif Naraghy, M., & Naderi, E. (2010). Research methods and its evaluation ways. Tehran: Arasbaran press. (In Persian)
- Stoeber, J., & Rennert, D. (2008). Perfectionism in school teachers: Relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 37-53.
- Stoeber, J., & Yang, H. (2010). Perfectionism and emotional reactions to perfect and flawed achievements: Satisfaction and pride only when perfect. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 246-251.
- Trautwein, U., Lüdtke, O., Köller, O., & Baumert, J. (2006). Self-esteem, academic self-concept, and achievement: how the learning environment moderates the dynamics of self-concept. *Journal of personality and social psychology*, 90(2), 334.
- Tremblay, M. S., Inman, J. W., & Willms, J. D. (2000). The relationship between physical activity, self-esteem, and academic achievement in 12-year-old children. *Pediatric exercise science*, 12(3), 312-323.
- Vaux, A., Phillips, J., Holley, L., Thompson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SSA) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(1):195-219.

- Watkins, C. E. (1983). Burnout in counseling practice: Some potential professional and personal hazards of becoming a counselor. *The Personnel and Guidance Journal*, 61(5), 304-308.
- Yang, H.-J. (2004). Factors affecting student burnout and academic achievement in multiple enrollment programs in Taiwan's technical-vocational colleges. *International Journal of Educational Development*, 24(3), 283-301.
- Yildirim, I. (2008). Relationships between burnout, sources of social support and sociodemographic variables. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(5), 603-616.
- Zhang, Y., Gan, Y., & Cham, H. (2007). Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Personality and Individual Differences*, 43(6), 1529-1540.



افشانی، سید علیرضا؛ عباسی، نسرين (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روان و عزت نفس دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهرستان یزد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۲)، ۹۷-۱۰۹.

اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روان و عزت نفس دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهرستان یزد

سیدعلیرضا افشانی^۱، نسرين عباسی^۲

دریافت: ۱۳۹۱/۸/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲۹

چکیده:

هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روان و عزت نفس دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهرستان یزد بود. روش پژوهش حاضر، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پلاسیبو بود. جامعه مورد مطالعه را دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهرستان یزد تشکیل دادند، که ۹۰ نفر از این دانش‌آموزان، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و در سه گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۹ جلسه حداکثر ۷۵ دقیقه‌ای تحت آموزش مهارت‌های مقابله با استرس قرار گرفت. پس از اعمال مداخله آزمایشی، از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت سنجش متغیرهای اصلی مدل از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ و عزت نفس کوپراسمیت استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس یک راه نشان داد که نمره سلامت روان ($F=4/738, P<0/05$) و عزت نفس ($F=6/351, P<0/05$) بهبود پیدا کرد. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که آموزش مهارت مقابله با استرس موجب افزایش سلامت روان و عزت نفس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، سلامت روان، عزت نفس

afshanialireza@yazd.ac.ir

Abbasi.abbasi67@yahoo.com

۱. دانشیار گروه تعاون و رفاه اجتماعی دانشگاه یزد

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه یزد

مقدمه

روانشناسان در دهه‌های اخیر، در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از اختلالات و آسیب‌ها، در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح مسائل شخصی، عدم احساس کنترل و کفایت جهت رویارویی با موقعیتهای دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب، ریشه دارد (Sarkhosh, 2005). در این میان، عزت نفس یکی از سازه‌های نیرومند شخصیت است. به نظر کوپر اسمیت^۱ (1967) به‌طور کلی ارزیابی‌هایی که فرد از خود می‌کند عزت نفس او را تشکیل می‌دهد (Biyabangard, 2003). مزلو^۲ عزت نفس را عبارت از شایستگی، توانمندی، کفایت، اطمینان، استقلال و آزادی می‌داند که اگر ارضا شود، افراد احساس ارزشمند بودن، توانا بودن، ثمربخش بودن و اعتماد به نفس و در غیر این صورت احساس حقارت، درماندگی و ضعف می‌کنند (به نقل از Gij & Berlanir, 1995). به نظر می‌رسد عزت نفس بالا با ایجاد انگیزه بالا برای عملکرد بهتر در حوزه‌های مختلف و همچنین ایجاد خشنودی و نگرش مثبت به خود، از تهی‌شدگی و خستگی جسمی، هیجانی و شناختی جلوگیری می‌کند. در حالی که افراد دارای عزت نفس پایین با عدم کنترل بر روی موقعیتهای استرس‌زا، آسیب‌پذیری خود را از لحاظ جسمی و هیجانی در این‌گونه شرایط بالا می‌برند و مطالعات تجربی در ۱۵ سال گذشته نیز نشانگر این نکته است که عزت نفس یک عامل روان‌شناختی مهم و اثرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی به شمار می‌رود.

یافته‌های بالینی نشان می‌دهد که فشار روانی ناشی از رویدادهای روزمره زندگی به تدریج فعالیت سیستم‌های مختلف بدن از جمله سیستم ایمنی را تحت‌تاثیر قرار داده و می‌تواند آنها را تضعیف و مختل سازد. متغیرهای گوناگون این تاثیر را تعدیل و یا تقویت نموده و در نتیجه انسان به دلیل تضعیف سیستم ایمنی بدن مستعد ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شود (Narimani, Khonya, 2006). بنابراین، هرانسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض‌های اجتناب‌ناپذیر درونی خود ناتوان نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد دارای سلامت عمومی است (Sadeghi movahed, Narimani & Rajabi, 2005). و با توجه به اینکه مفهوم سلامت روانی، به عنوان جنبه‌ای کلی از مفهوم سلامت، به کلیه‌ی تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی به کار برده می‌شود، نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه‌ی شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت

1. Cooper Smith

2. Maslow

ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌کند. بر پایه‌ی برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در جهان، دچار یکی از اختلالات روانی‌اند که حدود نیمی از آنها را اختلالات خفیف روانی، همچون افسردگی و اضطراب، تشکیل می‌دهند (Shirbim, Soodani & Shafi- abadi, 2008). از این روی، یکی از مواردی که در تعیین سلامت یا بیماری انسان، مهمترین نقش و جایگاه را دارد، استرس است که با زندگی بشر امروز عجین شده است. لازاروس و فولکمن^۱ در سال ۱۹۸۴ تعریفی را در زمینه استرس ارائه داده‌اند: استرس رابطه اختصاصی بین شخص و محیطی است که در آن تنش ارزیابی شده، از حد امکانات فرد فراتر رفته و سلامت او را در معرض خطر قرار می‌دهد (Khodayaryfard & parand, 2007). استرس شدید و بلند مدت نظیر تغییرات زندگی می‌تواند توانایی سازگاری فرد را تحت‌تاثیر قرار دهد، موجب افسردگی شود (Harkness & Luther, 2001) و ضمن آسیب به بدن، لذت زندگی را از بین ببرد (Kicoite.Glaser, 2001). اما آنچه در این بین می‌تواند مایه خوش‌بینی و امیدواری باشد، «شیوه‌های مقابله با استرس» است که به عنوان متغیری میانجی، می‌تواند پیامدهای استرس را تحت‌تاثیر قرار دهد. راهبردهای مقابله به روش‌های آگاهانه و منطقی مدارا با استرس‌های موجود در زندگی اشاره دارد. این اصطلاح برای روش‌های مبارزه با منبع استرس مورد استفاده قرار می‌گیرد (Poorafkari, 1997). با توجه به مفهوم مقابله در فرهنگ لغات علم روانشناسی، دیگر تغییرات و رویدادهای زندگی به‌خودی‌خود پیش‌بینی‌کننده احتمال بیماری‌ها نخواهند بود و در این زمینه فقط به عنوان شرط لازم عمل خواهند کرد، زیرا در کنار تمام منابع و عوامل تنش‌زا، سطحی از استرس که هر شخص تجربه می‌کند، به میزان زیادی به توانایی مقابله، نحوه ادراک و قضاوت وی در مورد این عوامل بستگی دارد (Kleinke, 2002). تاکنون طبقه‌بندی‌ها و روش‌های مختلف و متنوعی از شیوه‌های مقابله با استرس بعمل آمده است اما یکی از معروف‌ترین و شناخته‌شده‌ترین آنها مربوط به لازاروس و فولکمن است که عبارتند از:

- ۱- کنار آمدن متمرکز مسأله (مسئله‌مدار): شیوه رویارویانه، خویش‌داشتن‌داری، حل مدبرانه مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی.
- ۲- کنار آمدن متمرکز بر هیجان (هیجان‌مدار): دوری‌جویی، گریز - اجتناب، مسئولیت‌پذیری و ارزیابی مجدد و مثبت (Bani ci & Dolfan Azari, 2010).

1. Lazarus & Folkman

اولی اشاره به تلاش برای ایجاد تغییرات به‌طور مستقیم یا تسلط یافتن بر منبع استرس دارد و دومی اشاره به تلاش برای مدیریت یا کنترل احساسات مرتبط با قسمت‌های استرس‌زا دارد (Compas, Connor, Smith, Saltzman, Harding Thomsen & Wadsworth, 2001). بنابراین، با توجه به تغییرات و پیچیدگی‌های روزافزون و گسترش روابط اجتماعی در عصر کنونی، آماده سازی افراد به‌ویژه نسل جوان جهت مقابله با موقعیت‌های دشوار، امری ضروری به نظر می‌رسد. برخی محققین نشان دادند شیوه‌های مقابله با استرس بر سطح عزت نفس و اضطراب اجتماعی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان موثر است (Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, Wolters, 2010). نتایج برخی تحقیقات نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، باعث افزایش سلامت روان و عملکرد تحصیلی گروه آزمایش شد (Chinaveh, Ishak & Salleh, 2010., Keogh, Flaxman & Bond, 2005). همچنین پژوهشی در مورد بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس برای مادران دارای فرزندان بیش فعال تهران نشان داد که کاهش معناداری در نمرات افسردگی و اضطراب مادران پدید آمد و بهبود قابل توجهی در سلامت روان مادران نمایان شد (Shokoohi, Mohammadali & Khooshabi, 2010). نتایج حاصل از پژوهشی که به اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی پرداخته بود نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس باعث افزایش سلامت روان و کاهش نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌شود (Shirbim, Soodani & Shafi-abadi, 2008). در نتیجه، با توجه به مطالب بیان شده، پرسش این پژوهش این است که آیا با به کارگیری شیوه‌های آموزشی و مداخلاتی مهارت‌های مقابله با استرس، سلامت روان و عزت نفس دانش‌آموزان افزایش می‌یابد؟ به عبارت دیگر، آیا آموزش مهارت مقابله با استرس در افزایش سلامت روان و عزت نفس دانش‌آموزان تحت آموزش، موثر واقع خواهد شد؟

روش

آزمودنی

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و گروه پلاسیبو بود. در این گونه طرح‌ها متغیرهای وابسته قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اندازه‌گیری می‌شود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع اول دبیرستان‌های ناحیه یک شهرستان یزد در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ می‌باشد که تعداد آنها ۱۸۵۹ نفر بوده است. از این جامعه آماری،

۹۰ نفر از طریق نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. ابتدا از بین کل مدارس دبیرستان-های ناحیه ۱ دخترانه شهرستان یزد که تعداد آنها ۲۱ مدرسه بود دو مدرسه را بطور تصادفی انتخاب کردیم و بطور تصادفی یک مدرسه را بعنوان گروه گواه و دیگری را بعنوان گروه آزمایشی و گروه پلاسیبو در نظر گرفتیم و سپس از بین ۸ کلاس اول دبیرستان، یک کلاس به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایش، یک کلاس به عنوان گروه کنترل و یک کلاس به عنوان گروه پلاسیبو انتخاب گردید و برنامه‌ی مداخله بر روی دانش‌آموزان گروه آزمایش و پلاسیبو اعمال گردید. چون امکان انتخاب تصادفی افراد برای هر گروه بصورت تک تک امکان پذیر نبود، گمارش افراد در گروه‌ها به صورت تصادفی انجام شد.

شیوه‌ی اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه بر روی سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل، پرسشنامه‌های استرس ادراک شده کوهن، سلامت عمومی گلدبرگ و عزت نفس کوپراسمیت به عنوان پیش آزمون اجرا شد. برای گروه آزمایش جلسات آموزش مهارت‌های مقابله با استرس برگزار گردید. این جلسات به مدت سه ماه، از بهمن ماه سال ۱۳۹۰ تا نیمه اردیبهشت ۱۳۹۱ طول کشید. ابتدا تعداد جلسات آموزش مهارت‌های مقابله با استرس هشت جلسه در نظر گرفته شد، اما به دلیل پرسش‌های مکرر دانش‌آموزان و تبادل نظر بین آنها به نه جلسه خاتمه یافت و هر هفته یکبار و به مدت حدود ۷۵ دقیقه تشکیل می‌شد. برای گروه کنترل، آموزشی اعمال نشد. برای گروه پلاسیبو جلسات آموزش ۷۵ دقیقه‌ای در زمینه شناخت بیماری‌ها: سرطان‌ها (سرطان پستان، تعریف، پیشگیری، علائم و درمان) بیماری‌های شایع ژنتیک (تالاسمی، تعریف اپیدمیولوژیک، علائم و تشخیص، بتا تالاسمی و پیشگیری)؛ بیماری هیپاتیت (راه‌های شناسایی، درمان و فعالیت‌های کلینیک‌های هیپاتیت؛ فشار خون و دیابت)؛ روش‌های پیشگیری از بیماری قلبی عروقی (تغذیه سالم- ترک سیگار- سن شروع معاینات و آزمایشات) (Nemayandeh & Sadre Bafghi, 2009)؛ آنفولانزای پرندگان (تعریف، روش‌های انتقال، چگونگی محافظت از خود و دیگران) (Setodeh, Naseh & Rahimi, 2007) اجرا شد. بعد از اتمام جلسات، اواخر اردیبهشت ماه بین سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل پرسشنامه‌های استرس ادراک شده کوهن، سلامت عمومی گلدبرگ و عزت نفس کوپراسمیت مجدداً اجرا شد. آموزش مهارت‌های مقابله با استرس برگرفته از کتاب (Fata & Mootabi, 2006)، پاورپوینت آموزشی و جزوات آموزشی بود.

نحوه جمع‌آوری اطلاعات و ابزار تحقیق

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها به منظور بررسی اثربخشی مهارت مقابله با استرس بر سلامت روان و عزت نفس از دو پرسشنامه پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت^۲ استفاده شد. پس از انتخاب افراد گروه نمونه این سه پرسشنامه در اختیار هریک از افراد قرار گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار می‌رفت. فرم ۲۸ سوالی آن را گلدبرگ و هیلر^۳ (۱۹۷۹) براساس فرم اصلی ساخته‌اند (Hasan Shahi & Darayi, 2005). این پرسشنامه، از ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد که عبارتند از: ۱- نشانه‌های جسمانی (سؤالات الف)، ۲- اضطراب و بی‌خوابی (سؤالات ب)، ۳- اختلال در عملکرد اجتماعی (سؤالات پ) و ۴- افسردگی شدید (سؤالات ت). نظام نمره‌گذاری این پرسشنامه، بر اساس مقیاس لیکرت می‌باشد (Shirbim, Soodani & Shafi abadi, 2008). در ایران ضریب پایایی پرسشنامه مزبور با سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است (Taghavi, 2001). روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه میدلسکس ضریب همبستگی ۰/۵۵ را نتیجه داده است. کوپر اسمیت (۱۹۶۷)، مقیاس عزت نفس خود را براساس تجربه نظری که بر روی مقیاس راجرز و دایموند^۴ (۱۹۵۴) انجام داد تهیه و تدوین نمود. این مقیاس دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج است. در مجموع ۵۰ ماده آن به ۴ مقیاس عزت نفس خود، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانواده و عزت نفس تحصیلی تقسیم شد. این مقیاس علاوه بر ۴ خرده مقیاس، یک نمره کلی بدست می‌دهد (Jalali & Poorahmadi, 2010). شیوه نمره‌گذاری آزمون به صورت یک و صفر است. شکرکن و نیسی ضرایب پایایی این مقیاس را برای دانش‌آموزان دختر و پسر به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند و ضرایب اعتبار آن هم از طریق روش همبسته کردن نمره‌های آزمون با معدل سال آخر آنان محاسبه گردید. ضرایب به دست آمده برای پسران ۰/۶۹ و برای دختران ۰/۷۱ بودند که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است (Nazari & Hoseinipoor, 2008).

1. Goldberg

2. Cooper-smith

3. Hilier

4. Rajerz & Dimond

شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: آمار توصیفی و استنباطی. آمار توصیفی مثل تهیه جداول، رسم نمودار، محاسبه میانگین، انحراف معیار و برای آمار استنباطی از تحلیل واریانس استفاده شد.

نتایج

الف: یافته‌های توصیفی

جدول ۱، آماره‌های توصیفی متغیر سلامت روان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

آزمون	متغیر	گروه	دامنه امتیازات	حداقل	حداکثر	میانگین نظری	میانگین نمونه	خطای معیار میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	سلامت روان	آزمایش	۰-۸۴	۱۲	۴۴	۴۲	۲۹/۴۷	۱/۴۸۰	۸/۱۰۶	۳۰
		کنترل	۰-۸۴	۱۱	۵۳	۴۲	۲۸/۴۵	۲/۱۵۲	۱۱/۵۹۰	۳۰
		پلاسیبو	۰-۸۴	۸	۵۸	۴۲	۲۴/۶۹	۲/۴۰۸	۱۲/۹۷۰	۳۰
پس‌آزمون	سلامت روان	آزمایش	۰-۸۴	۷	۳۳	۴۲	۲۰/۲۴	۱/۳۲۸	۷/۱۵۰	۳۰
		کنترل	۰-۸۴	۹	۵۵	۴۲	۲۹/۶۲	۲/۳۸۸	۱۲/۸۶۰	۳۰
		پلاسیبو	۰-۸۴	۴	۶۴	۴۲	۲۶/۸۷	۲/۶۳۶	۱۴/۴۳۶	۳۰

جدول ۱، میانگین سه گروه را در نمره سلامت روان کل نشان می‌دهد. نمره میانگین پیش‌آزمون گروه آزمایش از دو گروه دیگر بیشتر است (۲۹/۴۷) و نمره ی گروه پلاسیبو از همه کمتر است (۲۴/۶۹). ولی در پس‌آزمون نمره میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل و پلاسیبو کمتر شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیر عزت نفس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

آزمون	متغیر	گروه	دامنه امتیازات	حداقل	حداکثر	میانگین نظری	میانگین نمونه	خطای معیار میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	عزت نفس	آزمایش	۰-۵۸	۱۷	۴۰	۲۹	۲۷/۴۰	۱/۲۱۷	۶/۶۶۷	۳۰
		کنترل	۰-۵۸	۱۹	۴۲	۲۹	۲۷/۴۳	۱/۱۳۴	۶/۲۱۳	۳۰
		پلاسیبو	۰-۵۸	۱۸	۳۸	۲۹	۲۷/۴۰	۰/۹۸۰	۵/۳۶۷	۳۰
پس‌آزمون	عزت نفس	آزمایش	۰-۵۸	۱۸	۴۲	۲۹	۳۲/۴۰	۱/۱۷۶	۶/۴۴۱	۳۰
		کنترل	۰-۵۸	۱۶	۳۹	۲۹	۲۷/۶۳	۱/۰۰۹	۵/۵۲۴	۳۰
		پلاسیبو	۰-۵۸	۲۱	۳۵	۲۹	۲۸/۷۳	۰/۷۳۶	۴/۰۳۴	۳۰

جدول ۲، میانگین سه گروه را در نمره عزت نفس کل نشان می‌دهد. نمره میانگین گروه‌ها در پیش‌آزمون مشابه است ولی در پس‌آزمون نمره میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل و پلاسیبو بیشتر شده است (۳۲/۴۰).

ب: یافته‌های استنباطی

جدول ۳: خروجی آزمون تحلیل واریانس برای آزمون تفاوت میزان سلامت روان بر حسب گروه‌ها

متغیر	وضعیت	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
سلامت روان (پیش‌آزمون)	بین گروهی	۳۷۰/۸۷	۲	۱۸۵/۴۳۵	۱/۵۱۹	۰/۲۲۵
	درون گروهی	۱۰۳۷۶/۸۴	۸۵	۱۲۲/۰۸۱		
سلامت روان (پس‌آزمون)	بین گروهی	۱۳۴۹/۶۷	۲	۶۷۴/۸۳۴	۴/۷۳۸	۰/۰۱۱
	درون گروهی	۱۲۱۰۵/۶۰	۸۵	۱۴۲/۴۱۹		

جدول ۳-۱: خروجی آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین میزان سلامت روان بر حسب گروه‌ها

موارد مقایسه گروه‌ها	میانگین	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معنی‌داری
کنترل	۲۰/۲۴	۹/۳۷۹	۳/۱۳۴	۰/۰۱۰
	۲۹/۹۶	۲/۷۵۴	۳/۱۰۸	۰/۶۵۰
پلاسیبو	۲۶/۴۱			

آزمایش	پلاسیبو	۲۰/۲۴	۲۶/۴۱	-۶/۶۲۵	۳/۱۰۸	۰/۶۵۰
--------	---------	-------	-------	--------	-------	-------

با توجه به اطلاعات جدول ۳، در پیش‌آزمون، مقدار $F = 1/519$ شده و سطح معنی‌داری (۰/۲۲۵) $\text{sig} =$ نیز بیشتر از ۰/۰۵ است. بر این اساس، مشخص می‌شود که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مختلف وجود ندارد. اطلاعات جدول ۳ همچنین نشان می‌دهد در پس‌آزمون، مقدار $F = 4/738$ شده و سطح معنی‌داری ($\text{sig} = 0/011$) کمتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه، وقتی آزمون F معنی‌دار می‌شود به این معنی است که حداقل اختلاف ۲ تا از گروه‌ها معنی‌دار است. جهت بررسی معنی‌دار بودن اختلاف گروه‌ها بصورت زوجی، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است. همانگونه که در جدول ۴ مشخص است اختلاف میانگین میزان سلامت روان بین گروه‌های کنترل و آزمایش ($\text{Sig} = 0/010$) معنی‌دار است به عبارت دیگر میزان سلامت روان در بین گروه آزمایش پایین‌تر از دو گروه دیگر است و تفاوت میزان سلامت روان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنها در گروه آزمایش معنی‌دار است و در این گروه، میزان سلامت روان کاهش معنی‌داری پیدا کرده است ولی در گروه کنترل و پلاسیبو تفاوت معنی‌داری بین میزان سلامت روان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشده است.

جدول ۴: خروجی آزمون تحلیل واریانس برای آزمون تفاوت میزان عزت نفس حسب گروه‌ها

متغیر	وضعیت	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عزت نفس (پیش‌آزمون)	بین گروهی	۰/۰۲۲	۲	۰/۰۱۱	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰
	درون گروهی	۳۲۴۳/۷۶	۸۷	۳۷/۲۸		
عزت نفس (پس‌آزمون)	بین گروهی	۳۷۳/۷۵	۲	۱۸۶/۶۷۸	۶/۳۵۱	۰/۰۰۳
	درون گروهی	۲۵۶۰/۰۳	۸۷	۲۹/۴۲۶		

جدول ۴-۱: خروجی آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین عزت نفس بر حسب گروه‌ها

موارد مقایسه گروه‌ها	میانگین	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معنی‌داری
کنترل	۲۷/۶۳	۳۲/۴۰	۱/۴۰۱	۰/۰۰۳
		-۴/۷۶۷	۱/۴۰۱	۰/۷۱۳
آزمایش	۳۲/۴۰	۲۸/۷۳	۱/۴۰۱	۰/۰۲۸

با توجه به اطلاعات جدول ۴، در پیش‌آزمون، مقدار $F = 0/000$ شده و سطح معنی‌داری $(p = 0/000) = sig$ نیز بیشتر از $0/05$ است. بر این اساس، مشخص می‌شود که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مختلف وجود ندارد. اطلاعات جدول ۴ همچنین نشان می‌دهد در پس‌آزمون، مقدار $F = 6/351$ شده و سطح معنی‌داری $(sig = 0/003)$ کمتر از $0/05$ است. در نتیجه، وقتی آزمون F معنی‌دار می‌شود پیامد این است که حداقل اختلاف ۲ تا از گروه‌ها معنی‌دار است. جهت بررسی معنی‌دار بودن اختلاف گروه‌ها بصورت زوجی، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است. همانگونه که در جدول ۴-۱ مشخص است اختلاف میانگین میزان نشانه‌های جسمانی بین گروه‌های کنترل و آزمایش $(Sig = 0/003)$ و آزمایش و پلاسیبو $(Sig = 0/041)$ معنی‌دار است به عبارت دیگر میزان نشانه‌های جسمانی در بین گروه آزمایش پایین‌تر از دو گروه دیگر است و تفاوت عزت نفس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنها در گروه آزمایش معنی‌دار است و در این گروه، میزان عزت نفس افزایش معنی‌داری پیدا کرده است ولی در گروه کنترل و پلاسیبو تفاوت معنی‌داری بین میزان عزت نفس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشده است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر در رابطه با فرضیه نخست پژوهش، نشان داد که به دنبال آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، تغییرات ایجاد شده در نمره‌های سلامت روان معنی‌دار است. یعنی می‌توان گفت که روش‌های به کار گرفته شده در مورد گروه آزمایش مؤثر بوده است. بررسی نمره‌های گروه آزمایش نشان داد که تفاوت معنی‌داری در زمینه این مهارت در مقایسه با گروه گواه و پلاسیبو وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعات خارجی (Chinaveh, Ishak & Salleh, 2010 and Keogh, Bond & Flaxman, 2005) و همچنین مطالعات داخلی (Parand, Gholamali, Mansoor, Shokoohi, Mohammadali, Ansari, Ravari & Kazemi, & Khooshabi, 2010., Amiri, Aghaei & Abedi, 2010 and 2001 and Shirbim, Soodani & Shafi abadi, 2008) همسو است. در رابطه با فرضیه دوم پژوهش، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که به دنبال آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، تغییرات ایجاد شده در نمره‌های عزت نفس معنی‌دار است. یعنی می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس در آزمودنی‌های گروه آزمایش، در زمینه عزت نفس، در مقایسه با گروه گواه و پلاسیبو بهبود چشمگیری را ایجاد نموده است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید می‌شود. این یافته همسو با تحقیق (Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh & Wolters, 2010) است.

نتیجه

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که، شناخت و استفاده از شیوه‌های مقابله موثر در برابر استرس‌ها و تنیدگی‌ها به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا با کنترل مناسب استرس‌های زندگی، از اختلالات روانی پیشگیری کنند. این موضوع رضایت نمره آزمودنی‌ها در GHQ که شاخصی از سلامت روان است را افزایش می‌دهد. به علاوه به افزایش عزت نفس افراد کمک می‌کند، زیرا به افراد احساس تسلط بر محیط را می‌دهد. بنابراین همانطور که بیان گردید، هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر سلامت روان و عزت نفس دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهرستان یزد بوده است. یافته‌ها نشان داد بین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش با نمرات گروه کنترل و گروه پلاسیبو تفاوت معناداری وجود دارد.

در نتیجه، در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت، از آنجایی که اضطراب و استرس در طول زمان منجر به مشکلات روحی و روانی می‌گردند به نظر می‌رسد، کنترل اضطراب و استرس می‌تواند در طول زمان منجر به کاهش این مشکلات گردند و با آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، دانش‌آموزان از عناصر شناختی، عاطفی و هم چنین از توانایی‌های خود در رابطه با دیگران آگاه شده و با داشتن تعادل روانی و عزت نفس بهتر می‌توانند بر استرس‌های زندگی فائق آیند. با توجه به مطالب فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت، هرچه دانش‌آموزان، تسلط بیشتری بر مهارت کنترل استرس داشته باشند، سلامت روان و عزت نفس بهتری خواهند داشت چرا که مهارت کنترل استرس، مهارتی است که فرد با توجه به موقعیت، ارزیابی جدی و دقیق از احساسات خود، به کار می‌گیرد. در این راستا، لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) نیز اعتقاد دارند، افرادی که باور کنند هنگام مقابله با استرس، منابع کمکی در اختیار دارند، نسبت به استرس آسیب پذیری کمتری نشان خواهند داد (به نقل از Khodayaryfard & parand, 2007). بنابراین، اهتمام به آموزش مهارت‌های زندگی بویژه مهارت‌های مقابله با استرس و پیگیری تصویب واحد درسی مهارت‌های زندگی برای کلیه دانش‌آموزان توصیه می‌شود.

References

- Amiri, M., Aghaei, A., & Abedi, A. (2010). The effect of stress inoculation training on general health of diabetics. *Journal of Applied Psychology*, (4), 85-100. (in Persian)
- Ansari, J. A., Ravari, A., & Kazemi, M. (2001). The effect of fasting on the self-esteem of students of Rafsanjan University of Medical Sciences, School of Nursing and Allied Health. *Journal of Thought and Behavior*, 7 (1), 63-67. (in Persian)
- Banici, P., & Dolfan azari, G.H., (2010). Relationship between coping skills and educational attainment of Young Researchers Club, Islamic Azad University, Region 12. *New Journal of Educational Sciences*, 5 (2), 67-79.
- Biyabangard, A. (2003). *Methods to increase self esteem in children and adolescents*. Tehran: Publications for parents and teachers.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Wientraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Chang E, M.L., Bidewell, J.W., Huntington, A.D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H. (2010). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8), 1354-1362.
- Chinaveh, M., Ishak, M., N., & Salleh, M., A. (2010). Improving Mental Health and Academic Performance through Multiple Stress Management Intervention: Implication for Diverse Learners, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 7, 311-316.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Harding Thomsen, A., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 12, 87-127.
- Fata, L., & Mootabi, F. (2006). *Stress management skills* (first edition), Tehran: Publications OD Danjeh.
- Gij, N, L., & Berlanir, D, C. (1995). *Educational Psychology*, translated by Gholamreza, Khooinejad. (First Edition). Tehran: Publications of paj
- Harkness, K, L., & Luther, J. (2001). Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 564- 572.
- Hasan shahi, M., & Darayi, M. (2005). Impact on the mental health of students in coping with stress: moderating effects of hardiness. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 26, 77-98. (in Persian)
- Jalali, M., & Poor ahmadi, E. (2010). Effect of assertiveness training on mental health and self-esteem in adolescents. *Journal of Thought and Behavior (Applied Psychology)*, 5 (17), 27-36. (in Persian)
- Keogh, E .Bond, F. W.& Flaxman, P. E. (2005). Improving academic performance and mental health through a stress management intervention: outcomes and mediators of change. *Behavior Research and Therapy*, 44, 339-357.
- Khodayarifard, M., & Parand, A. (2007). *Stress and methods of coping with it*. Tehran: Publications of Tehran Univercity. (in Persian)

- Kiecolt-Glaser, J. K., Speicher, C. E., Holiday, J. E., & Glaser, R. (1984). Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein-Barr virus. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 1-12.
- Kleinke, K. E. (1381). *Life skills*, translated by Shahram MohammadKhani (First Edition). Tehran: Publications of Espande Honar.
- Meijer, A.S., Sinnema, G., Bijstra, J.O., Mellenbergh, G., & Wolters, W.H. (2010). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness, *Soc Sci Med*, 54(9):1453-61.
- Narimani, M., Khonya, Y., Abolghasemi, A., Ganji, M & Majidi, J. (2006). The relationship between personality traits, stress, and coping skills and humoral immune system of the body in nursing. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 6 (2). 188-194. (in Persian)
- Nazari, A., & Hoseini poor, M. (2008). Anxiety and self-efficacy of social skills of female high school students. *New findings in psychology*, 6 (2), 188-194. (in Persian)
- Nemayandeh, M., & Sadre bafghi, M., (2009). *Of people with hepatitis B, C* (first edition), Yazd: Dissemination of Yazd Shahid Sadoghi medical university. (in Persian)
- Parand, A., Gholamali, A., Mansoor, M., Shokoohi, M., Mohammadali, B., & Khooshabi, K. (2010). Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1135-1139. (in Persian)
- Poorafkari, N. (1997). *Comprehensive Dictionary of Psychology and Psychiatry*. Tehran: Publication contemporary culture. (in Persian)
- Sadeghi, M, F., Narimani, M., & Rajabi, S. (2008). Effect of coping skills training on mental health of students. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 8 (3), 261-269. (in Persian)
- Sarkhosh, S. (2004). *Life skills and prevention of social pathologies* (First Edition). Hamadan: Publications of Kereshmeh. (in Persian)
- Setoode, M., Naseh, M, H., & Rahimi, F. (2007). *Avian Influenza types in humans* (first edition). Tehran: Publications of Mehr Ravash. (in Persian)
- Shirbim, Z., Soodani, M., & Shafi abadi, A. (2008). Effective coping skills to enhance students' mental health. *Journal of Thought and Behavior*, 2 (8), 7-18. (in Persian)
- Taghavi, S, M. (2001). Reliability and validity of the General Health Questionnaire (GHQ) on a group of students at Shiraz University. *Journal of Psychological*, 4, 381-398. (in Persian)



غضنفری، فیروزه؛ سپهوند، رامین (۱۳۹۳). اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم اختلال وسواس - اجبار. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۲)، ۱۱۰-۱۲۱.

اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم اختلال وسواس - اجبار

فیروزه غضنفری^۱، رامین سپهوند^۲

دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم اختلال وسواس - اجبار است. بدین منظور سه آزمودنی (دو مرد و یک زن) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و تحت درمان قرار گرفتند. در مطالعه حاضر از طرح تجربی تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. آزمودنیها در مرحله - ی پیش از درمان (خط پایه) و جلسه چهارم (حین درمان) و جلسه هشتم (انتهای درمان)، مقیاس وسواس - اجبار مادزلی و مقیاس وسواس - اجبار بیل - براون را تکمیل کردند. علاوه بر این سه ماه پس از اتمام درمان (مرحله پیگیری)، مقیاس وسواس - اجبار بیل - براون تکمیل شد. نتایج این پژوهش نشان داد تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علایم وسواس - اجبار بیماران مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: تکنیک کاهش استرس، ذهن آگاهی، اختلال وسواس - اجبار.

۱. استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران firoozeh.ghazanfari@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران raminspahvand@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس - اجبار^۱، یکی از بیماری‌ها و اختلالات رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار و عوامل مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرو بردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند. ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت‌بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا می‌باشد ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود (Kaplan and Sadock, 2005).

بدلیل گستردگی و وسعت شیوع این اختلال، تا کنون روش‌های درمانی متعددی جهت درمان و کنترل وسواس معرفی و به کار گرفته شده است. این روش‌ها با در نظر گرفتن عوامل احتمالی زمینه ساز وسواس طراحی و به کار گرفته شده اند ولی هر کدام دارای ضعف‌ها و نقایصی بوده اند که بر ضرورت ایجاد روش‌های درمانی جدیدتر تاکید دارد.

پرکاربردترین و پذیرفته شده‌ترین درمان اختلال وسواس - اجبار درمان رفتاری به شیوه مواجهه و جلوگیری از تشریفات^۲ (ERP) و همچنین درمان دارویی با دسته خاصی از داروهای ضد افسردگی که ارتباط نزدیکی با بازدارنده جذب سروتونین (SRIs) دارند، می‌باشد.

از آنجا که ERP حتی پس از پایان درمان، از بیشتر اشخاص در برابر اختلال محافظت می‌کند، رویکرد خط مقدم به شمار می‌آید؛ علاوه بر این به نظر می‌رسد که افزودن SRIs به ERP مؤثرتر از فقط ERP نیست (Johnson, 2010).

با وجود این، حدود ۳۷٪ تا ۵۰٪ بیماران از ERP سودی نخواهند برد (Gidron, Hanstede, 2008) و Nyklicek & (۱۷٪ تا ۴۴٪ از بیماران درمانگاهی و حدود ۶۰٪ از بیماران در نمونه‌های جمعیت عمومی، رفتار وسواسی آشکار را گزارش نمی‌دهند (Tavakoli & Ghasemzadeh, 2006)، که این نوع وسواس - های فکری صرف چالشی بزرگ برای درمان به شیوه ERP است.

با توجه به این محدودیت‌ها، روش‌های جایگزین درمان ERP یا افزایش اثربخشی آن شایسته تحقیق و پژوهش است. به عنوان مثال روش‌هایی که به جای تلاش برای تغییر تجارب داخلی تأکید بر توجه و پذیرش می - نمایند، از جمله توجه به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ممکن است در تقویت اثر ERP مفید باشد (Patel, Carmody, Simpson & 2007). از جمله این روش‌ها آموزش ذهن آگاهی است، که اولین بار توسط کابات زین

1 . Obsessive-Compulsive Disorder

2 . Exposure- response prevention (ERP)

در سال ۱۹۹۰ تحت عنوان مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ مطرح گردید. این برنامه قبلاً کاهش استرس و برنامه آرامسازی^۲ نامیده می‌شد. این برنامه نوعی درمان گروهی است که برای بیماران مبتلا به شرایط مزمن پزشکی طرح ریزی شده است که در آن اساس مداخلات را آموزش فشرده مراقبه ذهن آگاهی تشکیل می‌دهد. شرکت کنندگان هر هفته ۲ تا ۲/۵ ساعت به آموزش دیدن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی، مهارت‌های مقابله‌ای و بحث و گفتگو در مورد تکالیف می‌پردازند. مهارت‌های مراقبه ذهن آگاهی عبارتند از: مرور بدن، مراقبه نشسته و توجه به حالات تنفس و ژست‌های بدنی هاتایوگا^۳ که در همه این موارد از همه افراد خواسته می‌شود تا به تجارت درونی خود بدون آنکه در محتوای آنها غرق یا جذب شوند، توجه نمایند. شرکت کنندگان در برنامه کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی، هر روز زمان مشخصی را به تمرین مراقبه ذهن آگاهی اختصاص داده و در انتها به اجرای گسترش آگاهی لحظه به لحظه در حین زندگی روزمره می‌پردازند (Cardaciotto, 2005). آموزش این دیدگاه به افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار که آموخته‌اند دائماً از تجربه کردن ناراحتی و اضطراب‌شان به طور مکرر اجتناب (اجتناب تجربی) نمایند، آن را دستکاری یا با آن مبارزه کنند، کمک می‌کند تا آنها ضمن پذیرش و تجربه کردن اضطراب، هیجانات و افکار مرتبط با این احساس ناخوشایند را پذیرفته و موجب گسترش توانایی خود در تجربه و یادگیری پاسخ مناسب به جای عکس العمل نامناسب باشند. نتایج تحقیقات Singh & (Wahler, Winton, Adkins 2004)، نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجبار که به صورت مطالعه موردی انجام گرفته، توانسته است سبک زندگی و کیفیت آن و نحوه سازگاری او با اختلال را بهبود بخشد. با کاربرد روش ذهن آگاهی فرد مبتلا توانست با پذیرش اختلال خود بر وضع ناشی از این بیماری غلبه کند و میزان مصرف دارو را در طول شش ماه درمان کاهش دهد. نتایج سه سال پس از پیگیری مداخلات حاکی از سازگاری بیمار با شرایطی بود که یک سبک زندگی توأم با سلامتی را برای او در برداشت، هرچند برخی از افکار وسواسی او باقی ماند اما دیگر این افکار بر رفتارهایش کنترل نداشتند.

(Schwartz, 2005)، در یک مطالعه موردی توانستند با استفاده از روش چهار مرحله‌ای ذهن آگاهی به میزان ۹۰ درصد اختلال وسواس-اجبار یک بیمار زن ۲۰ ساله را درمان کنند. نتایج تحقیقات Patel & (Simpson, Carmody)، نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تطبیق داده شده، علائم وسواس-اجبار را در یک بیمار مبتلا تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش داد. همچنین نتایج تحقیقات (Fair fax, 2008)، نشان داد که اگر ذهن آگاهی به شیوه صحیح اجرا شود، نه تنها مکمل مداخلات شناختی رفتاری است بلکه اثربخشی آن را

1. Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)

2. Relaxation Program (RP)

3. Hatha Yoga postures

افزایش داده و از عود بیماری پیشگیری می‌نماید.

گراسمان، در یک مطالعه فراتحلیلی، ۶۴ مطالعه انجام شده در مورد اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس را بررسی و نتایج نشان داد که این شیوه برای مقابله با بسیاری از مشکلات بالینی و غیر بالینی مؤثر می‌باشد (Ghasemipour & Ghorbani, 2010). (Vøllestad, Sivertsen & HøstmarkNielse, 2011)، نشان دادند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یک درمان مؤثر برای اختلالات اضطرابی و نشانه‌های همراه می‌باشد. (Maroufi, Moulavi, Nashatdoust & Sajjadian, 2008)، در تحقیقی تأثیر آموزش ذهن-آگاهی به شیوه خود درمانی چهار مرحله‌ای شوارتز را بر میزان علائم وسواس-اجبار زنان شهر اصفهان بررسی و نتایج مؤید اثربخشی این روش بود. (Firouzabadi & Share, 2009) نیز در یک مطالعه موردی اثربخشی تکنیک-های فراشناختی ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواس-اجبار را نشان دادند.

بنابر نظر روانشناسان اختلال وسواس یکی از مشکلات جدی سلامت روانشناختی بوده و سالیانه هزینه‌های اقتصادی-اجتماعی فراوانی را بر جامعه تحمیل می‌کند (Barlow, 2002) و مشکلات همراه با OCD و علائم ناتوان کننده آن کارکرد میان فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می‌کند (Clark, 2004) و همچنین بر اساس پژوهش‌هایی که طی ۱۵-۱۰ سال گذشته انجام گرفته این بیماری یکی از شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی است و بیش از ۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به آن مبتلا هستند و با توجه به شیوه‌های درمانی متعددی که در درمان این اختلال به کار رفته است و هر کدام دارای ضعف‌ها و نواقصی هستند، لذا پژوهش در مورد راه حل‌های جدید درمانی که در بسیاری از تحقیقات غربی نتایج اثربخشی داشته‌اند، در جامعه ما ضروری بنظر می‌رسد. این پژوهش در نظر دارد اثربخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) را بر علائم اختلال وسواس-اجبار در مراجعین به کلینیک روان درمانی بررسی نماید.

روش و ابزار پژوهش

طرح پژوهش حاضر، از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی است، نوع آن نیمه آزمایشی و طرح آن تک موردی^۱ از نوع «طرح خط پایه چندگانه»^۲ با پیگیری سه ماهه می‌باشد و از نظر گردآوری داده‌ها، مطالعه کمی است. از بین طرح‌های تجربی تک موردی در این پژوهش از طرح تجربی «خط پایه چندگانه» استفاده شد تا بهتر بتوان تغییرات مراجعین را در آماجهای درمانی مختلف ارزیابی کرد (Hamidpour, 2007). جامعه آماری شامل

1. Single case

2. Multiple baseline design

مراجعه کنندگان مبتلا به اختلال وسواس به کلینیک روان درمانی در زمان اجرای پژوهش می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند^۱ تعداد ۳ نفر از آنها با استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس متن تجدید نظر شده‌ی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از سوی روانپزشک یا روانشناس بالینی، مبتلا به اختلال وسواسی - اجبار تشخیص داده شدند، انتخاب و در طرح درمان به صورت انفرادی قرار گرفتند. در این پژوهش علاوه بر فرم جمعیت شناختی که وضعیت شخصی بیمار را از لحاظ اقدامات درمانی قبلی، وضعیت تأهل، مدت زمان بیماری، میزان تحصیلات، جنسیت و سن مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ از دو آزمون استفاده شد: مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون که ۱۰ ماده دارد و برای اندازه‌گیری شدت اختلال وسواسی- اجباری استفاده می‌شود. از این ۱۰ ماده، پنج ماده بر وسواس‌ها و پنج ماده بر اجبارها متمرکز است. (Dadfar, 2008) پایایی بین مصاحبه کنندگان را برای این مقیاس ۰/۹۸، ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن را به روش باز آزمایی را در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش کردند. آزمون دیگر، پرسشنامه وسواس- اجبار مادزلی است که توسط (Rachman & Hodgson, 1977) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است و دارای ۳۰ سؤال می‌باشد. در ایران (Mahin, 2001) و (Aliloo, 2006)، ضریب پایایی و روایی باز آزمایی این آزمون را در مورد یک گروه ۲۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران ۰/۸۲ برآورد نموده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعین

مشخصات	اقدامات درمانی قبلی	وضعیت تأهل	مدت زمان بیماری	میزان تحصیلات	جنسیت	سن
الف	نداشته	مجرد	۵ سال	لیسانس	زن	۲۳
ب	دارودرمانی	مجرد	۳ سال	دانشجو	مرد	۲۲
پ	دارودرمانی+ روان درمانی	متاهل	۸ سال	فوق دیپلم	مرد	۳۸

روش درمان

برای اجرای روش درمان از کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فراگیر که (Segal, 2002) و (Teasdale, Williams & نوشته اند، استفاده شد. در این کتاب، روند هشت جلسه ای MBCT بطور مفصل و جلسه به جلسه شرح داده شده است. در اینجا بطور مختصر به موضوعات هر جلسه اشاره می‌شود.

جلسه ۱- اجرای پیش آزمون، معرفی و برقراری ارتباط و مفهوم سازی، معرفی اختلال وسواس - اجبار، تمرین خوردن با ذهن آگاهی، تمرین مرور بدن^۲ با آهنگ، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۲- مرور تکالیف، تمرین مرور بدن، آموزش مدل شناختی وسواس - اجبار، آگاهی از وقایع

1. Purposeful sampling

2. Body scan

خوشایند با ذهن آگاهی، آموزش آگاهی از تنفس ۱۵ دقیقه‌ای و توجه به حرکات شکمی، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۳- مرور تکالیف، آموزش مراقبه شنیدن، آموزش مراقبه تنفس، آموزش فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، آموزش یوگا، تمرین راه رفتن با ذهن آگاهی، آموزش ثبت وقایع ناخوشایند با ذهن آگاهی، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۴- مرور تکالیف، انجام مراقبه شنیدن، تکمیل پرسشنامه، انجام مراقبه ذهن آگاهی کامل (آگاهی از تنفس- بدن- صدا- افکار)، آموزش ملاک‌های تشخیص وسواس- اجبار، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۵- مرور تکالیف، انجام مراقبه ذهن آگاهی کامل، آموزش رویکرد پذیرش، آموزش وسواس از منظر ذهن آگاهی، به ذهن آوردن عملی وسواس‌ها و سعی در پذیرش علائم، آموزش فضای تنفس سه دقیقه‌ای در مقابله با علائم وسواس، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۶- مرور تکالیف، مراقبه ذهن آگاهی کامل، مراقبه اتاق سفید، آموزش آواز خواندن با افکار وسواسی، آموزش نوشتن افکار وسواسی، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۷- مرور تکالیف، مراقبه ذهن آگاهی کامل، تشویق به داشتن برنامه روزانه، آموزش ارزش‌های زندگی، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۸- مرور تکالیف، تمرین مرور بدن بدون موزیک، بازنگری کل برنامه، دادن یک تپله، تذکر نکاتی برای انجام روزانه به منظور حفظ منافع درمان، تکمیل پرسشنامه.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا آزمودنی‌ها قبل از مداخله روان درمانی (خط پایه) آزمون‌های تشخیصی را دریافت می‌کردند، سپس به صورت انفرادی تحت ۸ جلسه آموزش تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، قرار گرفته و در جلسات ۴ (درجریان درمان) و ۸ (در انتهای درمان) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری) آزمون‌های خط پایه مجدداً توسط آزمودنی‌ها تکمیل می‌شد. تحلیل نتایج بر اساس نمودار ترسیمی متغیر وابسته و معنا داری بالینی بررسی شد.

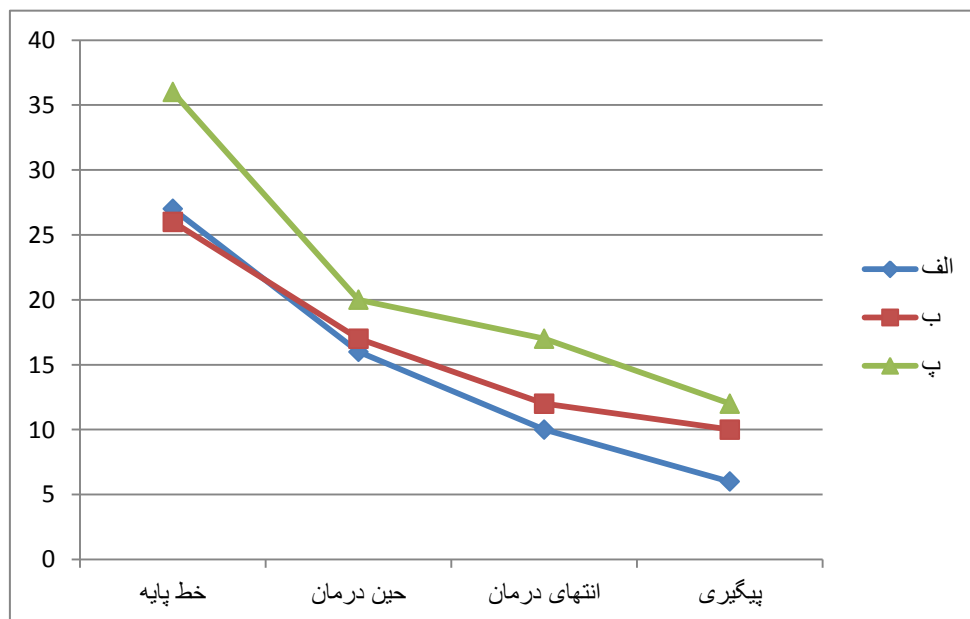
در تحلیل نموداری از رسم نمودار استفاده گردید. به این صورت که نمرات به دست آمده از مراحل مختلف (خط پایه، جریان درمان، اتمام درمان و پیگیری) در نمودار وارد شده و فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت درباره میزان تغییر قرار گرفت.

همچنین معنا داری بالینی بکار گرفته شد. از آنجایی که یک مطالعه با طرح پیش آزمون - پس آزمون در خصوص مداخلات روان شناختی می‌تواند یک «میزان اثر» بزرگ داشته باشد، ولی ممکن است که مراجعان پس از پایان درمان واقعاً احساس بهتری نداشته باشند. لذا جستجو برای یافتن راهی که بتوان فهمید که کدام یافته‌ها به لحاظ بالینی مهم بوده و کدام یافته‌ها جزئی و یا بی‌اهمیت‌اند، منجر به ایجاد شاخصهای معنی داری بالینی شده است (Sahebi, 2003). در این پژوهش برای عینی سازی میزان بهبودی در آماج‌های درمانی، از فرمول درصد بهبودی (نمره پیش آزمون فرد از نمره پس آزمون فرد کسر شده و حاصل آن بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌شود و حاصل در ۱۰۰ ضرب می‌گردد) استفاده شد.

یافته های پژوهش

شدت کلی علایم

نتایج آزمون وسواس - اجبار ییل - براون تکمیل شده توسط آزمودنی‌ها در مرحله‌های خط پایه، حین درمان (جلسه ۴)، انتهای درمان (جلسه ۸)، مرحله پیگیری (سه ماه پس از اتمام درمان) نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱- شدت کلی علایم وسواس - اجبار از خط پایه تا سه ماه پس از درمان

در ارتباط با شدت کلی علایم، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که:

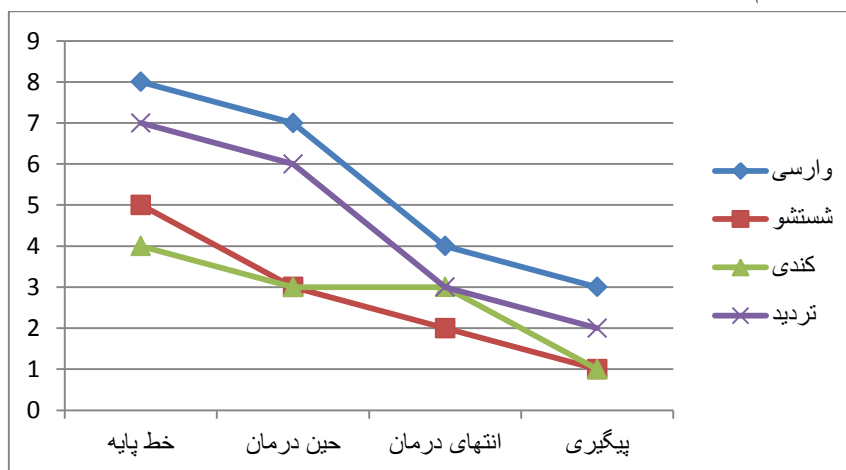
آزمودنی الف در مرحله خط پایه در مقیاس ییل - براون میزان شدیدی از وسواس فکری - عملی را تجربه می کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه ای که در انتهای درمان با کاهش ۱۷ نمره به بهبودی ۶۳٪ دست یافته که نشان دهنده بهبودی قابل ملاحظه در انتهای درمان بوده و در مرحله پیگیری نیز شدت این علایم مجدداً به میزان ۴ نمره کاهش یافته است.

آزمودنی ب در مرحله خط پایه در مقیاس ییل - براون میزان شدیدی از وسواس فکری - عملی را تجربه می کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه ای که در انتهای درمان با کاهش ۱۴ نمره به بهبودی ۵۴٪ دست یافته که نشان دهنده بهبودی قابل ملاحظه در انتهای درمان بوده و در مرحله پیگیری نیز شدت این علایم مجدداً به میزان ۲ نمره کاهش یافته است.

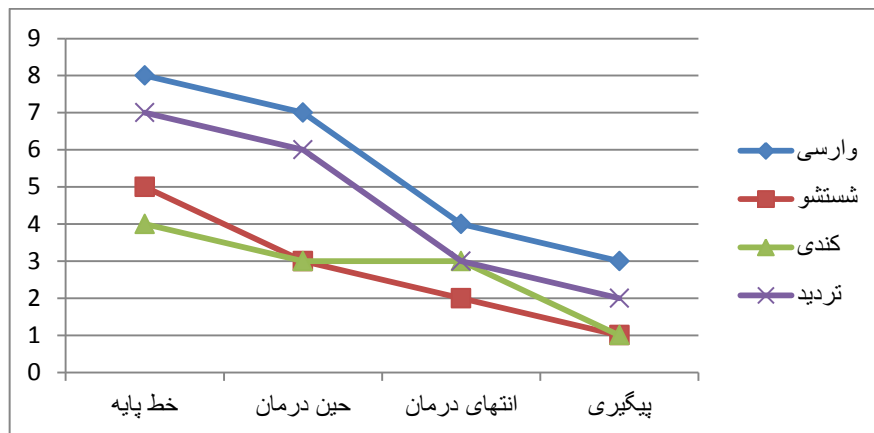
آزمودنی پ در مرحله خط پایه در مقیاس ییل - براون میزان شدیدی از وسواس فکری - عملی را تجربه می کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه ای که در انتهای درمان با کاهش ۱۹ نمره به بهبودی ۵۳٪ دست یافته که نشان دهنده بهبودی قابل ملاحظه در انتهای درمان بوده و در مرحله پیگیری نیز شدت این علایم مجدداً به میزان ۵ نمره کاهش یافته است.

شدت علایم اختلال وسواس (واریسی، شستشو، کندی و تردید) در آزمودنی ها

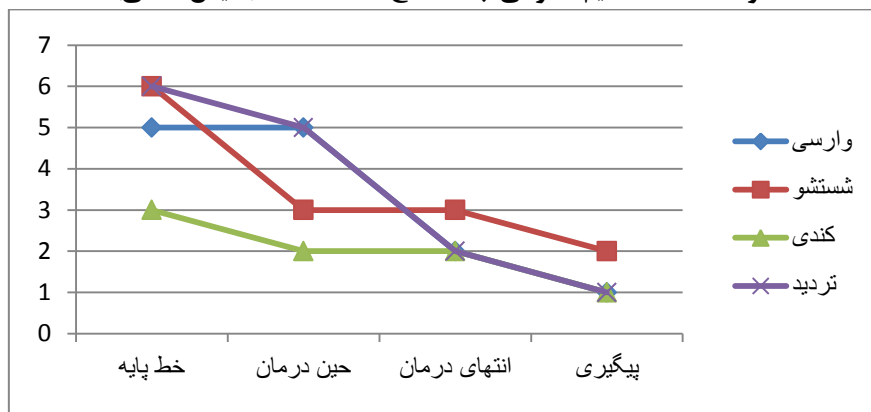
نمودارهای (۲، ۳ و ۴) شدت علایم اختلال وسواس در آزمودنی ها (واریسی، شستشو، کندی و تردید) بر اساس مقیاس مادزلی در مرحله های خط پایه، حین درمان (جلسه ۴)، انتهای درمان (جلسه ۸)، مرحله پیگیری (سه ماه پس از اتمام درمان) نشان می دهد.



نمودار ۲ - شدت علایم اختلال وسواس (مقیاس مادزلی)



نمودار ۳- شدت علایم آزمودنی ب در آماج مختلف درمان (مقیاس مادزلی)



نمودار ۴- شدت علایم آزمودنی پ در آماج مختلف درمان (مقیاس مادزلی)

در ارتباط با شدت علایم وارسی، شستشو، کندی و تردید، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که:

آزمودنی الف در مرحله خط پایه در مقیاس مادزلی میزان شدیدی از وسواس‌های مختلف بویژه وسواس شستشو را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان و در مرحله پیگیری میزان قابل ملاحظه‌ای از شدت این علایم بخصوص در زیر مقیاس شستشو کاسته شده است.

آزمودنی ب در مرحله خط پایه در مقیاس مادزلی میزان شدیدی از وسواس‌های مختلف بویژه وسواس وارسی و تردید را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان و در مرحله پیگیری میزان قابل ملاحظه‌ای از شدت این علایم کاسته شده است.

آزمودنی پ در مرحله خط پایه در مقیاس مادزلی میزان شدیدی از وسواس‌های مختلف بویژه وسواس واریسی را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان و در مرحله پیگیری میزان قابل ملاحظه‌ای از شدت این علایم کاسته شده است. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که شدت علایم وسواس به میزان قابل ملاحظه‌ای در اثر این درمان کاهش یافته است.

بحث

همانطور که از نتایج استنباط گردید، تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، میزان کلی و شدت علایم وسواس - اجبار را به میزان قابل ملاحظه‌ای (میزان بهبودی آزمودنی الف ۶۳٪، آزمودنی ب ۵۴٪ و آزمودنی پ ۵۳٪) کاهش داده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط (Wahler, Winton, & Singh, 2004)؛ (Adkin & Patel, 2007)؛ (Schwartz, 2005)؛ (Carmody, Simpson, & Patel, 2007)؛ (Fair fax, 2008)؛ (Grossman, 2009)؛ (Vøllestad, Sivertsen & HøstmarkNielse, 2011)؛ (Britton, 2012)؛ (Sajjadian & MousaviMadani, 2011)؛ (Share & Firoozabadi, 2009)؛ (Maroufi, Moulavi, Nashatdoust & MousaviMadani, 2011)؛ (Moulavi, Atashpour)، هماهنگ می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد این تکنیک یک روش کارآمد جهت درمان بیماری وسواس بوده و می‌تواند درمان مناسبی برای برخی از بیماران وسواسی باشد که به سایر درمان‌ها رایج پاسخ نمی‌دهند و یا با توجه به رفتاری بودن این روش برای مراجعانی که سطح تحصیلات پایینی داشته و قادر به ورود به درمان‌های شناختی نمی‌باشند به کار رود. همچنین با توجه به اینکه ۱۷٪ تا ۴۴٪ از بیماران درمانگاهی و حدود ۶۰٪ از بیماران در نمونه‌های جمعیت عمومی، رفتار وسواسی را گزارش نمی‌دهند (Ghasemzadeh Tavakoli, 2006)؛ این روش مناسب است. از طرفی با عنایت به اینکه در این روش با محتوای افکار، چالشی صورت نمی‌گیرد در درمان آن دسته از بیماران که دارای وسواس فکری صرف بوده، کاربرد دارد. این یافته‌ها مؤید دیدگاه (Cardaciotto, 2005) می‌باشد که تغییر محتوای افکار، نگرش و ذهنیت بیمار نسبت به بیماری می‌تواند وسواس و علائم آن را تحت کنترل در آورد. همچنین (Rachman & Hodgson, 1980) خاطر نشان می‌کنند که روش درمانی مناسب برای بعضی از وسواس‌ها که دارای حالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند ولی وقت گیرند، کاهش تدریجی زمان است که ذهن آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خود کترلی، خود تنظیمی و خود نظارتی بیمار بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند (Sajjadian, 2008).

نتیجه

به طور کلی می‌توان گفت دلیل اثربخشی روش ذهن آگاهی در مورد افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار آن است که آموزش روش ذهن آگاهی منجر به تغییر در نگاه بیمار نسبت به افکار و اعمالش شده و از اصول تقویت شرطی، سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و به خاطر اینکه بیمار افکار وسواسی خود را آشکار شده نمی‌بیند لذا در عین آرامش و آگاهی، به درمان انفرادی خود ادامه می‌دهد و موانع بهبود را در جلسات حضوری بر طرف می‌کند. در عین حال آموزش ذهن آگاهی به عنوان یک تکنیک می‌تواند باعث انفصال در درون فرد شده و آگاهی سطح بالاتری را نسبت به شرایط جسمانی و شرایط محیطی به وجود آورده و به همین دلیل این شیوه درمانی قادر است به افراد کمک نماید تا در موقعیت‌های مختلف و به خصوص زمانی که حملات وسواسی به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمالی خاص فرد را تحت فشار قرار می‌دهند. ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف نموده و به واسطه تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرار شونده ایجاد نمایند.

از آنجایی که ماهیت اختلالات اضطرابی آینده سو می‌باشد، آموزش ذهن آگاهی به ما اجازه می‌دهد در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم. ذهن آگاهی برای بیداری لحظه به لحظه وقایع پیرامون و درون ماست و برای تشخیص این که هر اتفاقی در زمان حال روی می‌دهد. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست. کسانی که اضطراب دارند نگرانی از مشکلات آینده باعث ایجاد ترس و دلشوره در آنها می‌شود. اگر در زمان حال باشیم و بیشتر فعالیت ذهنی مان معطوف زندگی روزانه شود، این عمل مانع از سرگردانی ذهن به نگرانی‌های آینده یا نشخوار ذهنی مربوط به گذشته می‌شود.

References

- Aliloo M. (2006). Concerns the relation between subsets of checking and cleaning of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contemporary Psychology*, Vol. 1 : 3-10. (In Persian)
- Cardaciotto L. A. (2005). Assessing mindfulness: The development of a bidimensional measure of awareness and acceptance. Doctoral dissertation. University of Drexel, USA.
- Divison, K., Johnson, N. (2009). *Psychopathology*. Edited by Shamsipour, H. Tehran : Arjmand Publication . (In Persian)
- Fair fax H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *The Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(1), (53).

- Firouzabadi, A., Shareh, H. (2009). Effectiveness of Detached Mindfulness Techniques in Treating a Case of Obsessive Compulsive Disorder. *Advances in Cognitive Science*. Vol. 11(2) : 1-7. (In Persian)
- Ghasemipour, Y., Ghorbani N. (2010). Mindfulness and Basic Psychological Needs among Patients with Coronary Heart Disease., *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol. 16(2) : 154 -162. (In Persian)
- Hamidpour, H. (2007). The efficiency and effectiveness of cognitive therapy in the treatment of a broad-based awareness and prevention of recurrences dysthymic. *Journal of Mental Health*., Vol. 2 : 25-36. . (In Persian)
- Hanstede M, Gidron Y, Nyklicek I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in non-clinical student population. *The Journal of nervous and mental disease*. 196(10).
- Kaplan, H., Sadock, B. (2004). Summary of psychiatry and behavioral sciences. Edited by Rafei, H., Sobhaniyan, Kh. Tehran. Arjmand Publication. (In Persian)
- Mahin, H. (2001). Syndrome, obsessive relationship - incontinence with anxiety, depression and break polymorphism. Thesis for Ph.D degree. Tehran. Tehran University. (In Persian)
- Mousavi madani, N., Atashpour, H., Molavi, H. (2011). The effects of mindfulness training on symptoms of obsessive compulsive disorder in women of Isfahan. *Journal of New Findings in Psychology*., Vol. 2 : 55-69. (In Persian)
- Patel SR, Carmody J, Simpson HB.(2007). Adapting mindfulness- based stress reduction for the treatment of obsessive- compulsive disorder: A case report. *The Journal of Cognitive and Behavioral practice* 14(4): 375-380.
- Saboori, Sh. (2001). Obsession and psychological therapies. Meshhad. Meshhad University of Medical Sciences Publication . (In Persian)
- Sahebi, A. (2003). Research Methods in Psychology. Tehran. Besat Publication. . (In Persian)
- Sajadiyan, A., Neshatdoost, H., Molavi, H., Maroufi, M. (2008). The effects of mindfulness training on symptoms of obsessive compulsive disorder in women of Isfahan. *Journal of Psychology Studies*., Vol. 1 : 127-141. (In Persian)
- Schwartz, j. (2004). The use of mindfulness in the treatment of obsessive compulsive Disorder (OCD). Summery of Brain lock (1996). West wood Institute for Anxiety Disorders, Los Angeles, California, USA. From <http://www.hope4ocd.com> .
- Segal Z.V , Williams J.M.G, Teasdale J.D.(2003) Mindfulness-based cognitive therapy for depression : a new approach to preventing relapse. New York : Guilford Press.
- Stress :Results froma Randomized. *The Journal of BehaviorTherapy*43(2012)365–380.
- Tavakoli, S., Ghasemzadeh, H. (2006). Theories and treatment of cognitive - behavioral obsession. *Journal of Cognitive Sciences*., Vol. 1 : 54-76. (In Persian)
- Vøllestad J, Sivertsen B, HøstmarkNielsen G. (2011) . Mindfulness - based stress reduction for patients with anxiety disorders : Evaluation in a randomized controlled trial. *The Journal of Behaviour Research and Therapy* 49(2011)281e288.
- WilloughbyB. Britton, BenShahar, OhadSzepsenwol , W.JakeJacobs. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Controlled Trial Reactivity to Social



مهدویان فرد، راحله؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد؛ قناعت باجگیرانی، سونه (۱۳۹۳). پیش‌بینی دزدگی زناشویی از طریق همدم طلبی- دوری‌گزینی در دانشجویان زن متاهل. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۲)، ۱۳۷-۱۲۲.

پیش‌بینی دزدگی زناشویی از طریق همدم طلبی- دوری‌گزینی در دانشجویان زن متاهل

راحله مهدویان فرد^۱، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد^۲، سونه قناعت باجگیرانی^۳

دریافت: ۱۳۹۳/۸/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۲

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین دزدگی زناشویی و همدم طلبی- دوری‌گزینی دانشجویان زن متاهل انجام گرفت. تحقیق از نوع همبستگی بود و جامعه آماری دانشجویان زن متاهل دانشگاه فردوسی مشهد بودند. نمونه مورد مطالعه ۱۲۶ نفر بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. آنها به دو پرسشنامه دزدگی زناشویی پاینز و همدم طلبی- دوری‌گزینی پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز از طریق نرم افزار SPSS در سطح توصیفی، با آماره‌های میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی پیرسون و در سطح استنباطی با آزمون رگرسیون ساده مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دزدگی زناشویی و همدم طلبی رابطه منفی معنادار ($r = -0.254$ ، $p = 0.004$) و با دوری‌گزینی رابطه مثبت معنادار ($r = 0.195$ ، $p = 0.029$) وجود دارد. بنابراین از طریق همدم‌طلبی و دوری‌گزینی می‌توان دزدگی زناشویی را پیش‌بینی کرد.

واژه‌های کلیدی: دزدگی زناشویی، همدم طلبی، دوری‌گزینی.

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه فردوسی مشهد

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، نویسنده مسئول
mjasghari@um.ac.ir

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

خانواده، این واحد کوچک اجتماعی از ارکان اصلی جامعه به حساب می‌آید که فرآیندی به نام ازدواج آن را شکل می‌دهد. ازدواج به معنای قانونمندسازی نوعی ارتباط میان دو انسان بوده و در واقع هدف اصلی ازدواج ارتباط است (Hamidi, 2008). از نظر Glasser (1925) هیچ ارتباط دیگری مانند آن نمی‌تواند دو انسان بالغ را که ممکن است شناخت بسیار کمی از یکدیگر داشته باشند برای عمری به یکدیگر پیوند دهد (Barazandeh, 2007). تغییرات فرهنگی مهم در نیمه آخر قرن، تاثیر بسیار زیادی بر ازدواج و انتظارات و تجارب کسانی که با هم ازدواج می‌کردند یا روابط متعهدانه‌ی پایداری را آغاز می‌کردند، گذارده است (Khamseh, 2009). تحقیق Papalia (2000) نشان داد هنگامی که زوجین با یکدیگر در روابط صمیمانه قرار می‌گیرند، هر کدام با مجموعه‌ای از رؤیاها و انتظارات وارد رابطه می‌شوند. هنگامی که این رؤیاها و انتظارات با تنبیه و تجارب استرس‌زا جایگزین می‌شوند، رابطه صمیمانه متوقف می‌شود، انرژی عشق به آزرده‌گی و خشم تبدیل می‌شود و در نتیجه، منازعات فراوان، انتقادهای مکرر، پناه بردن به سکوت، عدم همراهی عاطفی و لاینحل ماندن مشکلات را پدید می‌آورد و به مرور به دلزدگی زناشویی^۱ منجر می‌شود (Oladi, 2011). Vanplet (2004) و Pines (1998) نشان دادند که دلزدگی زناشویی، حالت فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی است و زوج‌های متوقع را متاثر می‌سازد. این حالت زمانی بروز می‌کند که آنها متوجه می‌شوند علی‌رغم تلاششان، رابطه‌ی آنها به زندگی معنا نداده و نخواهد داد. دلزدگی زناشویی از عدم تناسب میان واقعیات و توقعات، ناشی می‌شود و میزان آن به میزان سازگاری زوج‌ها و باورهایشان بستگی دارد و یکی از مخاطرات ازدواج و روابط بین زن و شوهر است (Naderi, 2010). به تعبیری سرخوردگی و دلزدگی زناشویی، کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است (Sharifi, Karsvly, & Bshlydh, 2011). دلزدگی زناشویی شامل علائم تحلیل رفتگی مفرط جسمی است که به صورت خستگی، بی‌حوصلگی، ضعف، سردردهای مزمن، دل درد، کمبود اشتها یا پرخوری دیده می‌شود. تحلیل رفتگی عاطفی با احساس ناراحتی، بی‌میلی نسبت به حل مسائل، ناامیدی، غمگینی، احساس پوچی و بی‌معنایی، افسردگی، دلتنگی و فقدان تحرک، احساس در دام افتادن، بی‌ارزشی، آشفتگی عاطفی و هرگونه تفکرات مربوط به خودکشی مشخص می‌شود (Azvita & Krokkit, 1995). دلزدگی دارای علائمی مثل کمبود عمومی اشتیاق، عدم رضایت، فرسودگی عاطفی،

1. marital burnout

بی‌احساسی و کمبود علاقه است (Pines, 2011). Hamilton و Clayton (2010) دلزدگی زناشویی را اینگونه تعریف می‌کنند یک حالت فرسودگی جسمی، هیجانی و روانی اطلاق می‌شود که باعث زوال شخصیت و کاهش یافتن تمامیت فردی می‌شود. همچنین دلزدگی زناشویی گاهی اوقات به صورت تغییر زندگی و یک سری از انتظارات غیر واقعی ظاهر می‌شود (khodabakhshi & et al, 2014). یافته‌های پژوهشی Pines (1996) نشان می‌دهد که بسیاری از زنان رابطه زناشویی‌شان را بخش مهمی از زندگیشان می‌دانند و برای آن بیش از شغلشان اهمیت قائلند. زنان از روابط صمیمی انتظارات بیشتری دارند. رضایت و خوشنودی زنان از زندگی‌شان و وضعیت کلی سلامتشان بیش از مردان به سعادت زناشویی‌شان بستگی دارد. در نتیجه در صورت بروز مشکلات، زنان بیش از مردان در معرض استرس و ناراحتی قرار می‌گیرند (Goharirad, Afshar. 2002). پژوهشی نشان داد که بین زنان و مردان از نظر میزان دلزدگی زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان دلزدگی زناشویی در زنان بالاتر از مردان بود (Navidi, 2005).

Naeem در پژوهشی نشان داد که دلزدگی زناشویی و تعارضات زناشویی رابطه مثبت معنی‌داری با خشونت علیه زنان دارند (Naeim, 2008). نتایج پژوهش Lingard (2004) نشان داد که از میان متغیرهای خانوادگی و شغلی، متغیرهای خانوادگی منبع مهم‌تری از دلزدگی را تشکیل می‌دهد (Naderi, Eftekhar & Amolazadeh, 2010). همچنین نقش هجده جنبه از رابطه زناشویی در دلزدگی زناشویی توسط Pines (1996) مورد پژوهش واقع شد که نتایج نشان داد که متغیر نگرش مثبت نسبت به زندگی زناشویی به تنهایی ۵۰٪ پراکنش متغیر دلزدگی را پیش‌بینی می‌کند (Shadab, 2002). Baker (2009) در پژوهش خود نشان داد که رفتارهای مخالف دلزدگی زناشویی با سلامتی روانی و دلزدگی زناشویی زوجین با افسردگی رابطه معنی‌داری دارند. Baker و Westman (2008) نیز نشان دادند که دلزدگی در بیشتر روابط صمیمانه و نزدیک اتفاق می‌افتد.

نتایج پژوهشگران بیانگر وجود رابطه مثبت بین ویژگی شخصیت‌عصیت با دلزدگی زناشویی و رابطه منفی بین ویژگی‌های شخصیت برون‌گرایی، باز بودن، توافق و وجدانی بودن و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی همسران معنادار مرد بود (Naderi, Eftekhar & Amolazadeh, 2010).

همچنین نتایج تحقیق Oladi نشان داد بین رضایتمندی زناشویی با دلزدگی کلی، دلزدگی جسمی، دلزدگی روانی، دلزدگی عاطفی، نیاز آزادی، نیاز تفریح رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (Oladi, 2011). تحقیقی که روی ۱۶۰ کارمند متاهل دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد، نشان می‌دهد که سبک دلبستگی اضطرابی و سبک حل تعارض مسلط و اجتنابی با دلزدگی زناشویی رابطه مثبت

دارد (Karimi, Karami & dehghan, 2014)، تحقیق شود. khodabakhshi و همکاران (2014) بر روی ۲۰۰ زن (۱۰۰ نفر داری همسر دیابتی و ۱۰۰ نفر دارای همسر بدون دیابت) نشان داد، یکی از فاکتورهای مهمی که دلزدگی زناشویی و باورهای جنسی غلط را افزایش داده و احقاق جنسی زنان را کاهش می‌دهد، کژکاری جنسی شوهران آنها است. در واقع زنانی که شوهرانشان به بیماری مزمنی مثل دیابت مبتلا هستند احقاق جنسی کمتر و دلزدگی زناشویی بیشتری دارند همچنین نتایج تحقیق Kianfard و همکاران (2014) که بر روی ۲۰۰ نفر از کارمندان جهاد کشاورزی تهران انجام شد، نشان داد که رابطه معنادار منفی بین رضایت‌مندی جنسی با خرده مقیاس‌های دلزدگی جسمی، عاطفی و روانی آنها وجود دارد و فقدان دلزدگی زناشویی از فاکتورهای سلامت روان است و نقش مهمی را در زندگی زناشویی زوجین ایفا می‌کند.

داشتن یک رابطه زناشویی با نشاط مستلزم برقراری تعادل بین دو نیاز طبیعی، داشتن رابطه صمیمی و استقلال شخصی زوجین است. اما اگر بین دو نیاز تعادل برقرار نباشد، اغلب باعث ایجاد یک کشمکش حاصل از همدم طلبی / دوری‌گزینی^۱ می‌شود. فرد همدم طلب که به دنبال صمیمیت است، از نیاز خود به داشتن استقلال غافل است و از طرفی فرد دوری‌گزین که به دنبال داشتن استقلال است از نیاز خود به داشتن صمیمیت غافل می‌باشد (Lerner، 1986).

همدم طلبی و دوری‌گزینی به سازه‌ی کلی روابط بین اشخاص یا میزان فاصله یا «فضایی» مربوط است که اشخاص می‌خواهند بین آنها و دیگران وجود داشته باشد. «همدم طلبی» تجلی نیروهای پیوند یافتن و باهم بودن است، در حالی که «دوری‌گزینی» تجلی نیروهای فردیت است و بستگی به فضای خصوصی و پرهیز اشخاص از درگیر شدن عاطفی به خاطر محافظت از خویشن دارد (Sanaei, 2000).

هنگام بروز مشکلات در زندگی زناشویی، افراد همدم طلب تمایل دارند که افکار و احساسات خود را با همسرشان به اشتراک بگذارند اما هنگامی که درمی‌یابند که شریک زندگی شان نیاز به فضا و تنهایی بیشتری دارد احساس طرد شدگی و آسیب دیدگی می‌کنند. در مقابل فرد دوری‌گزین به دنبال داشتن فاصله فیزیکی و احساسی است. این افراد تمایل دارند که به خودشان متکی باشند. آنها روابط شخصی خود با سخت کار کردن و فعالیت خارج از رابطه زن و شوهری مدیریت می‌کنند و هنگامی که داشتن یک رابطه برایشان بیش از حد دشوار می‌شود تمایل دارند که به آن به طور کامل و ناگهانی پایان دهند (Lerner، 1986).

اکثر زوجین نوعی از رابطه همدم طلب - دوری‌گزین را دارند که در آن کسی که تمایل بیشتری برای احساس نزدیکی و صمیمیت جنسی دارد به سمت ایجاد رابطه با شریکش که به دنبال ایجاد فاصله برای راحت‌تر بودن خویش است، می‌رود، در نتیجه شریک دوری‌گزین خود را بیشتر کنار می‌کشد و باز شخص همدم طلب تلاش بیشتری برای ایجاد تماس و رابطه با وی می‌کند و این باز به فاصله‌گیری بیشتر فرد دوری‌گزین منتهی می‌شود و به این ترتیب این دو در یک الگوی مدورگونه بی‌پایان نسبت به یکدیگر واکنش نشان می‌دهند که ممکن است به صورت پیگیری انتقادی فرد همدم طلب و فرآیند فاصله‌گیری دفاعی از طرف مقابل درآید (Gottman & Levenson, 2002).

اگر چه این نقش‌ها ممکن است در این سناریو تغییر کند ولی آنچه ثابت است ترس از رهاشدگی و ترس از بودن با شریک زندگی در یک حالت خفه‌کننده است (Fogarty, 1978).

Baker (2012) اعتقاد دارد که هیچ کدام از دو الگوی همدم‌طلبی یا دوری‌گزینی اساساً «اشتباه» یا «بد» نیست. به این دلیل که هم افراد همدم طلب و هم افراد دوری‌گزین با سبک ارتباطی منحصر به فردشان به خوبی با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند. مشکل واقعی وقتی مطرح می‌شود که زوجین درک نکنند که سبک‌های ارتباطی متفاوتی دارند و رفتار یکدیگر را به صورت منفی برداشت کنند. در زوجینی که یکی همدم طلب و دیگری دوری‌گزین است، نوعی تعارض رخ می‌دهد که وقتی یکی از زوجین اجتناب می‌کند، دیگری اصرار به ایجاد رابطه کرده و شریکش را سرزنش می‌کند. تحقیقات به طور پیوسته‌ای نشان داده‌اند که رفتارهای این زوجین با عدم رضایتمندی زناشویی مرتبط است (Donato & et al, 2014).

نتایج تحقیق Christensen و Sherk (1991) که بین سه گروه زوجین غیر استرسی، زوجین درگیر درمان بالینی و زوجین در حال طلاق انجام شد نشان می‌دهد که دو گروه در حال طلاق و درمان بالینی که مضطرب‌تر از گروه اول (زوجین غیر استرسی) ارتباطات سازنده متقابل کمتر، اجتناب از ارتباطات بیشتر و تقاضا برای همدم‌طلبی / دوری‌گزینی ارتباطی بیشتر و تعارض بیشتری در فاصله‌گیری روانی در روابط خود داشتند.

Markman ، Stanly و Bloomberg (1994) دریافتند که مردان اغلب در هنگام ارتباط فیزیکی یا فعالیت‌های مشارکتی مثل رابطه جنسی، با هم روی نیمکتی نشستن، با هم ورزش نمودن یا نوعی بازی کردن تمایل بیشتری به همدم‌طلبی دارند. از طرف دیگر زنان تمایل دارند که صمیمیت و نزدیکی را بیشتر به صورت کلی تجربه کنند.

همچنین در ابتدای درمان زوجین به نظر می‌رسد که زنان به عنوان افراد همدم طلب، تعارض در

روابط خود با همسرانشان را که نسبت به دوری‌گزین‌ها کمتر رضایت بخش است را جدی‌تر می‌بینند (Forgaty, 1978). وی همچنین نشان داد که افراد همدم طلب به درمان به عنوان منبع تغییراتی که نیازهای مرتبط با نزدیکی و صمیمیت ایشان را تامین کند علاقه بیشتری نشان دادند.

در ایران پژوهشی نشان داد که بین همدم‌طلبی / دوری‌گزینی و رضایت‌مندی زناشویی رابطه معنادار وجود دارد همچنین Christensen در تحقیقی نشان داد که این الگو ارتباط قوی با نارضایتی از ازدواج دارد (Saati, 2001). از طرفی ارتباط محکمی نیز بین این الگو با جنسیت وجود دارد (Blanchard, 2008). پژوهشی در همین زمینه توسط Donato و همکاران (2014) که با هدف پژوهش بررسی رابطه طولی و همزمان بین الگوهای همدم‌طلب و دوری‌گزین با نارضایتی زناشویی که روی ۱۷۶ زوج با مدت ازدواج از یک تا ۵۵ سال انجام شد نشان داد، که بین الگوهای همدم‌طلب- دوری‌گزین با نارضایتی زناشویی هم رابطه همزمانی و هم طولی وجود دارد و نارضایتی زناشویی می‌تواند الگوی همدم‌طلب- دوری‌گزین را پیش‌بینی کند.

به طور کلی در یک تحقیق مروری که توسط Witt، Schrodtt و Shimkowski (2014) انجام شد که هدف آن بررسی رابطه میان الگوی تعاملی همدم‌طلب- دوری‌گزین با تعاملات و رابطه فردی بود، شواهد نشان می‌دهد رابطه‌ای معنی‌دار بین الگوی تعاملی همدم‌طلب- دوری‌گزین با روابط فردی وجود دارد. میزان این رابطه برای زنان همدم‌طلبی که شوهرانشان دوری‌گزین بودند ($r = 0/380$) نسبت به مردان همدم‌طلبی که همسرانشان دوری‌گزین بودند ($r = 0/413$) متفاوت بود. با توجه به تحقیقات انجام شده، پژوهش حاضر بدنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین دزدگی زناشویی و همدم‌طلبی- دوری‌گزینی تعامل معناداری وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین دزدگی زناشویی و دوری‌گزینی دانشجویان رابطه معنادار وجود دارد.
- ۲- بین دزدگی زناشویی و همدم‌طلبی دانشجویان رابطه معنادار وجود دارد.
- ۳- متغیرهای همدم‌طلبی و دوری‌گزینی می‌توانند به طور معناداری دزدگی زناشویی دانشجویان را پیش‌بینی کنند.

روش و ابزار

پرسشنامه همدم طلبی-دوری گزینی

مقیاس همدم طلبی - دوری گزینی^۱ یک مقیاس خودسنجی ۸۰ سوالی «بلی - خیر» است که توسط Bernstein و همکاران (1985) ساخته شد و برای اندازه گیری سازه ی «همدم طلبی» و «دوری گزینی» در روابط اشخاص است.

همسانی درونی این مقیاس با محاسبه ی همبستگی هر سوال با کل نمرات به دست آمده است. میانگین همبستگی هر سوال با کل سوال ها ۰/۳۱ است که همسانی درونی ضعیفی را نشان می‌دهد ولی آنچنان که همبستگی معنادار قابل پیش بینی با ابزارهای سنجش نقش، قاطعیت، احساس طلبی، درونگرایی - برونگرایی، نشان می‌دهد، این مقیاس از روایی سازه بسیار خوبی برخوردار است (Sanaei, 2000) در پژوهش Saati (2001) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس دوری گزینی ۰/۵۴ به دست آمده است همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس همدم طلبی ۰/۵۹ محاسبه شده است.

پرسشنامه دلزدگی زناشویی

پرسشنامه دلزدگی زناشویی^۲ یک ابزار خود سنجی است که توسط Pines (1996) با هدف اندازه گیری درجه دلزدگی زناشویی و همچنین دلزدگی در سه بعد جسمی، عاطفی و روانی، در بین زوجین ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که ۱۷ ماده آن شامل عبارات منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی ارزش بودن و ۴ ماده آن شامل عبارات مثبت مانند خوشحال بودن و پرنرژی بودن است. سوالات پرسشنامه در یک طیف لیکرتی ۷ گزینه‌ای از هرگز تا همیشه نمره گذاری می‌شوند. نمره گذاری ۴ ماده نیز به صورت معکوس انجام می‌شود و نمره بالاتر فرد در این مقیاس نشان دهنده دلزدگی بیشتر وی است. ضریب پایایی مقیاس با روش بازآزمایی در یک دوره یک ماهه برابر ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه ی بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است (Pines, 1996) روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه تعارضات زناشویی مناسب ($r = ۰/۵۱$) بوده است. Naeem (2009) در پژوهش خود پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب

1. Pursuing- Distancing Scale (P-D)

2. marital burnout

۰/۸۵ و ۰/۸۲ محاسبه نموده است همچنین در تحقیقی ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ محاسبه شد (Naderi & Azadmanesh, 2012).

یافته ها

در این بخش ابتدا به توصیف آماری داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه پرداخته شده و سپس فرضیه‌های مطرح شده مورد آزمون قرار گرفته است. به منظور توصیف داده‌های مذکور با استفاده از نرم افزار SPSS شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده‌اند. و در سطح استنباطی برای بررسی روابط از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

بررسی جمعیت شناختی

جدول ۱- وضعیت جمعیت شناختی آزمودنی ها

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد
سن	۱۸-۲۰	۱۱	۸/۶
	۲۱-۲۵	۶۹	۵۳/۹
	۳۶-۳۰	۳۶	۲۶/۶
	۳۱-۳۵	۹	۷
	۳۶-۴۰	۵	۳/۹
	کل	۱۲۸	۱۰۰
تحصیلات	کارشناسی	۶۱	۸/۶
	کارشناسی ارشد	۵۵	۵۳/۹
	دکتری	۳۶	۱۰/۲
	کل	۱۲۸	۱۰۰
رشته تحصیلی	علوم پایه	۱۲	۹
	علوم انسانی	۸۴	۶۶/۷
	فنی مهندسی	۷	۵/۶
	علوم پزشکی	۸	۶/۳
	زبان خارجه	۱۵	۱۱/۹
	کل	۱۲۸	۱۰۰
مدت ازدواج	دوران عقد کمتر از ۶ ماه	۲۰	۱۵/۶

۴۳	۵۵	دوران عقد بیشتر از ۶ ماه	
۲۸/۱	۳۶	زندگی مشترک	
۱۳/۳	۱۷	زندگی مشترک به همراه فرزند	
۱۰۰	۱۲۸	کل	

همانگونه که در جدول ۱ نشان داده شده است بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال و کمترین فراوانی در گروه سنی ۴۰-۳۶ سال، بیشترین فراوانی در سطح تحصیلی کارشناسی و کمترین فراوانی در سطح تحصیلی دکتری همچنین بیشترین فراوانی در رشته تحصیلی علوم انسانی و کمترین فراوانی در رشته تحصیلی علوم پزشکی و همین طور بیشترین فراوانی در سطح مدت ازدواج دوران عقد بیشتر از ۶ ماه و کمترین فراوانی در سطح زندگی مشترک و فرزند مشاهده می‌شود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای دلزدگی زناشویی، همدم طلبی و دوری گزینی در جدول ۲ نمایه شده است.

جدول ۲- آماره های توصیفی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
دلزدگی زناشویی	۲/۵۰	۰/۹۳	۱	۶/۳۳
همدم طلبی	۲۳/۹	۴/۳	۱۳	۳۲
دوری گزینی	۲۲	۳/۹	۱۱	۳۲

فرضیه های پژوهش

فرضیه اول- بین دلزدگی زناشویی و دوری گزینی دانشجویان رابطه معنادار وجود دارد.

در جدول ۳ ضرایب همبستگی دلزدگی جسمانی، عاطفی، روانی و دلزدگی کلی و دوری گزینی ارائه شده است.

جدول ۳- ضرایب همبستگی دلزدگی جسمانی، عاطفی و روانی و دلزدگی کلی با دوری گزینی

ضرایب همبستگی				شاخص آماری
دلزدگی کلی	دلزدگی عاطفی	دلزدگی روانی	دلزدگی جسمانی	متغیرها
*۰/۲۰	*۰/۲۱	*۰/۲۰	۰/۱۴	دوری گزینی

بر اساس نتایج مندرج در این جدول، دلزدگی عاطفی و روانی و دلزدگی کلی با دوری گزینی رابطه مثبت معناداری دارند ولی دلزدگی جسمانی با دوری گزینی رابطه معنادار ندارد. ($P < 0/05$)

فرضیه دوم- بین دلزدگی زناشویی و همدم طلبی دانشجویان رابطه معنادار وجود دارد.

در جدول ۴ ضرایب همبستگی دزدگی جسمانی، عاطفی، روانی و دزدگی کلی و همدم طلبی ارائه شده است.

جدول ۴- ضرایب همبستگی دزدگی جسمانی، عاطفی و روانی و دزدگی کلی با همدم طلبی

ضرایب همبستگی				شاخص آماری
دزدگی کلی	دزدگی عاطفی	دزدگی روانی	دزدگی جسمانی	متغیرها
*-۰/۲۵	*-۰/۲۶	*-۰/۲۷	-۰/۱۷	همدم طلبی

$$* p < 0/01$$

بر اساس نتایج مندرج در این جدول دزدگی عاطفی و روانی و دزدگی کلی با همدم طلبی رابطه منفی معناداری دارند ($p < 0/01$) ولی بین دزدگی جسمانی و همدم‌طلبی رابطه معناداری وجود ندارد ($p < 0/05$).

فرضیه سوم- متغیرهای همدم طلبی و دوری‌گزینی می‌توانند به طور معناداری دزدگی زناشویی دانشجویان را پیش‌بینی کنند.

جهت بررسی سهم همدم طلبی و دوری‌گزینی در تبیین دزدگی زناشویی از تحلیل رگرسیون ساده استفاده شد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس رگرسیون دزدگی زناشویی با استفاده از همدم طلبی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	R	2	ig
رگرسیون باقیمانده	۱۰۳/۲۱	۱۲۴	۰/۸۳	۸/۵۴	۰/۵	۰/۶۴	۰/۰۱
رگرسیون	۷/۱۱	۱	۷/۱۱				

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود مقدار F معنادار می‌باشد ($p < 0/01$). این بدان معناست که متغیر پیش‌بین همدم طلبی قادر به پیش‌بینی و تبیین درصد معناداری از واریانس دزدگی زناشویی به عنوان یک متغیر ملاک بوده است. به گونه‌ای که نتایج مندرج در این جدول نشان می‌دهد همدم طلبی ۰/۰۶۴ درصد واریانس دزدگی را تبیین کرده است.

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس رگرسیون دزدگی زناشویی با استفاده از دوری‌گزینی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	R	2	Sig
رگرسیون باقیمانده	۱۰۶/۱۴	۱۲۴	۰/۸۶	۴/۸۹	۰/۲۰	۰/۰۳۸	۰/۰۰۱
رگرسیون	۴/۱۸	۱	۷/۱۱				

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود مقدار F معنادار می‌باشد ($p < 0/05$). این بدان معناست که متغیر پیش بین دوری گزینی نیز قادر به پیش بینی و تبیین درصد معناداری از واریانس دزدگی زناشویی به عنوان یک متغیر ملاک بوده است. به گونه‌ای که نتایج مندرج در این جدول نشان می‌دهد دوری گزینی ۰/۳۸ درصد واریانس دزدگی را تبیین کرده است.

همچنین نتایج نشان دادند بین نمرات همدم طلبی، دوری گزینی دانشجویان در گروه‌های سنی، گروه‌های تحصیلی، رشته‌های تحصیلی و مدت زمان ازدواج‌های مختلف تعریف شده تفاوت معنادار وجود ندارد. همین‌طور بین نمرات دزدگی زناشویی کلی، دزدگی جسمانی، روانی و عاطفی دانشجویان در گروه‌های سنی، گروه‌های تحصیلی و رشته‌های تحصیلی مختلف تعریف شده تفاوت معنادار وجود ندارد ولی بین نمرات دزدگی کلی، جسمانی، روانی و عاطفی دانشجویان دوران عقد کمتر از ۶ ماه با دانشجویان دوران عقد بیشتر از ۶ ماه، دارای زندگی مشترک به همراه فرزند تفاوت معنادار وجود دارد. در واقع بر طبق نتایج بدست آمده، کمترین میزان دزدگی زناشویی در دانشجویان دوران عقد کمتر از ۶ ماه و بیشترین میزان دزدگی زناشویی در دانشجویان دارای زندگی مشترک به همراه فرزند دیده می‌شود.

بحث

هدف در تحقیق حاضر بررسی نقش همدم طلبی- دوری گزینی در پیش‌بینی دزدگی زناشویی دانشجویان زن متأهل است. نتایج تحقیق نشان داد که بین همدم طلبی و دزدگی زناشویی رابطه منفی معناداری وجود دارد و همچنین بین دوری گزینی و دزدگی زناشویی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این نتایج با تحقیق Pines (1996) که یکی از متغیرهایی که از ایجاد دزدگی زناشویی جلوگیری می‌کند را قدردانی میدانند همسو است و همچنین با نتایج تحقیق Donato و همکاران (2014) که نشان داد بین الگوهای همدم طلب - دوری گزین با نارضایتی زناشویی هم رابطه همزمانی و هم طولی وجود دارد و تحقیق Witt، Schrodtt و Shimkowski (2014) هم که در همین زمینه نشان می‌دهد الگوی تعاملی همدم طلب- دوری گزین با تعاملات و رابطه فردی رابطه‌ی معنی دار دارد همسویی دارد.

در تبیین این مطلب می‌توان این نکته را گفت که افراد همدم‌طلب از نظر احساسی بازترند و احساسات و افکار خود را راحت‌تر می‌توانند به زبان بیاورند و این باعث می‌شود که از بروز دزدگی در همسرشان پیشگیری کنند. همچنین همدم‌طلبی زمینه تنوع در زندگی می‌شود که باز این تنوع در زندگی باعث می‌شود تا دزدگی رخ ندهد. در واقع همدم‌طلبی باعث ایجاد احساس مثبت و تنوع در زندگی می‌-

گردد که زمینه یکنواختی را که منجر به خستگی و رنجیدگی میشود و رابطه زناشویی خوب را از بین میبرد، می‌کاهد.

همچنین طبق تعریف افراد دوری‌گزین به خاطر محافظت از فردیت خویش از درگیر شدن عاطفی با دیگران و از جمله همسر ممانعت می‌کنند که این خود باعث کم شدن صمیمیت میان آنها و دیگران می‌شود و می‌توان گفت سرانجام به دلزدگی و سرخوردگی زناشویی می‌انجامد.

ازدواج نقش اساسی در تعالی و سلامت روانی انسان‌ها دارد؛ به گونه‌ای که پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که معمولاً افراد متأهل، سالم‌تر و شادترند (Rosen- Grandon & Meyers, 2004). برای بسیاری، کسب خشنودی از رابطه زناشویی مهم‌ترین منبع خشنودی حتی مهم‌تر از منابعی همچون کار، دوستان و حتی فرزندان به شمار می‌آید (Rasoli, 2001).

با وجود این، بروز کشمکش‌ها در زندگی زناشویی امری عادی است. هنگامی که تعارض به میزان زیادی رخ دهد و زن و شوهر نتوانند به‌خوبی با آن کنار بیایند، پی‌آمدهای منفی فراوانی برای سلامت روانی و جسمی همسران و فرزندان آنها به بار خواهد آورد. افزون بر آن، بر بسیاری از کارکردهای مفید خانواده همچون تربیت فرزند، روابط میان والدین - فرزندان و حتی کارآمدی اجتماعی و اقتصادی همسران نیز تأثیر خواهد گذاشت. (Rasoli, 2001).

برطبق نتایج تحقیق Feeney (1999) وجود و ماهیت تفاوت‌های گزارش شده در نیاز شرکای زندگی به نزدیکی یا فاصله‌گیری از یکدیگر به وسیله متغیرهای رابطه جنسی و سبک‌های دلبستگی آنها پیش‌بینی می‌شود.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که متغیرهای همدم‌طلبی و دوری‌گزینی می‌توانند به طور معناداری دلزدگی زناشویی دانشجویان را پیش‌بینی می‌کنند. این نتایج با نتایج Donato و همکاران (2014) همسو است که نشان می‌دهد الگوی همدم‌طلب - دوری‌گزین می‌تواند نارضایتی زناشویی را پیش‌بینی کند. Pines (1996) یکی از متغیرهایی که از ایجاد دلزدگی جلوگیری می‌کند را «قدردانی» می‌داند. این احساس که از شخص قدردانی شده و به او احترام گذاشته شده است، سبب می‌شود تا فرد حس خوبی داشته باشد. در نظام حاکم بر زندگی زناشویی، هر چه یکی از طرفین بیش‌تر قدردانی کند، پاداش بیشتری نصیب نظام خواهد شد و هر دو نفر از این پاداش بهره خواهند برد (Goharirad & Afshar, 2005). پارامتر دیگری که تحقیقات ۱۵ ساله Pines (1996) نشان داد که از بروز دلزدگی زناشویی پیشگیری می‌کند «ایجاد تنوع در زندگی» است. یکنواختی می‌تواند به خستگی بینجامد و سبب رنجیدگی گردد. بدون وجود

تنوع، خستگی و یکنواختی حتی ممکن است روابط زناشویی خوب را از بین ببرد. از آنجا که افراد همدم طلب احتمالاً دوستان بیشتری دارند بهتر می‌توانند در زندگی‌شان تنوع ایجاد کنند و دچار روزمرگی و یکنواختی نشوند.

همچنین نتایج تحقیق Pines (1996) نشان داد که بین دلزدگی زناشویی افرادی که در دوران عقد کمتر از ۶ ماه بودند با کسانی که در دوران عقد بیشتر از ۶ ماه و زندگی مشترک و زندگی مشترک به همراه فرزند بودند تفاوت معناداری وجود دارد. دلزدگی زناشویی دانشجویان زن متأهل که در دوران عقد کمتر از ۶ ماه بودند از سه گروه دیگر کمتر بود. دلزدگی از عشق یک روند تدریجی است که به ندرت ناگهانی بروز می‌کند، در واقع صمیمیت و عشق به تدریج رنگ می‌بازد و همراه با آن احساس خستگی عمومی عارض می‌شود. برای افرادی که دچار دلزدگی شده‌اند زندگی تهی و بی‌معنا است و دیگر اهمیتی ندارد (Shadab, 2002). این حالت زمانی بروز می‌کند که آنها متوجه می‌شوند به رغم تلاش‌هایشان، رابطه‌شان به زندگی معنا نداده و نخواهد داد، از این رو شروع به احساس بیچاره بودن، ناامید بودن و دلزدگی می‌کنند (Pines, 2002). جمع‌شدن فرسودگی و آرمان‌زدایی و تنش‌های زندگی هر فردی باعث فرسودگی روانی می‌شود و سرانجام به دلزدگی می‌انجامد (Kianfard & et al, 2014).

بنابراین در مدت کمی پس از ازدواج امکان دلزدگی در روابط زناشویی کمتر است که این با نتیجه تحقیق Pines (1996) همسو است. از طرفی یکی از مواردی که روند بروز دلزدگی را سرعت می‌بخشد، بار مسئولیت‌های اضافی است. بار اضافی کیفی هنگامی است که فرد حس می‌کند وظیفه محول شده بیش از توانایی‌های اوست. چنین مشکلاتی با گذشت زمان حتی ممکن است ازدواجی خوب را از بین ببرند (Shadab, 2002).

مسئله با گذشت زمان و آغاز زندگی زناشویی مشترک و فرزنددار شدن مسئولیت زوجین بیشتر می‌شود که این خود می‌تواند عاملی برای بروز خستگی و دلزدگی شود که با نتایج تحقیق همسو می‌باشد. دلزدگی زناشویی یک امر اجتناب‌ناپذیر در زندگی زناشویی نیست. اما با توجه به اینکه پس از ازدواج شور و شوق اولیه فروکش می‌کند و مسائل جدید و مسئولیت‌های مختلفی که از قبل دو نفر وارد شده به رابطه ازدواج در زندگی تجربه نکرده‌اند بروز می‌کند، ممکن است در خیلی از زوجین دلزدگی مخصوصاً از نوع جسمانی دیده شود. که البته زوجین می‌توانند با توجه بیشتر و آموزش مهارت‌هایی از بروز و پیشروی آن جلوگیری کرده و زندگی شاد و با نشاطی را تجربه نمایند.

نتیجه

این تحقیق نشان داد که اولاً بین دلزدگی زناشویی و همدم طلبی - دوری گزینی رابطه معنادار وجود دارد و ثانياً همدم طلبی و دوری گزینی می‌تواند دلزدگی زناشویی را پیش‌بینی کند و این مطلب بیانگر نقش هر کدام از این متغیرها در دلزدگی زناشویی است.

References

- Aslani, K. (2004). *The role of communication skills on family efficiency in married students*. Journal of social welfare, 4(14), 103-124. (In persian)
- Azvita, L., Krokitt, A. (1995). *Burnout in couples*. Journal of Family Therapy; 5: 28-34.
- Bakker, A. B. (2009). *The crossover of burnout and its relation to partner health*. Stress and Health, 25:343-353.
- Baker, B. (2012). *Surviving a pursuer/distancer relationship*. <http://drbillbaker.com>
- Blanchard V. L. (2008). *Does marriage and relationship education improve couples' communication? A meta-analytic study*. [Unpublished MA Thesis]. Provo, Utah: Brigham Young University.
- Christensen, A., & Shenk, J. L. (1991). *Communication, conflict and psychological distance in non-distressed, clinic and divorcing couples*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 458-463.
- Clayton, A. H., Hamilton, D. V. (2010). *Female Sexual Dysfunction*. Psychiatric Clinics North Am. 33, 323-338.
- Donato, S., et al (2014). *Demand-Withdraw, Couple Satisfaction And Relationship Duration*. Social and Behavioral Sciences. 140, 200 – 206.
- Feeney, J. A. (1999). *Issues of closeness and distance in dating relationships: Effects of sex and attachment style*. Journal of Social and Personal Relationships, 16(5), 571-590.
- Fogarty, T. F. (1978). *The distancer and pursuer*. Georgetown family symposia. Washington D. C.: Georgetown University.
- Glasser, W., & Glasser, C. (2000). *Getting Together and Staying Together: Solving the Mystery of Marriage*. Translated by Barazandeh, H. & khoshnit Nico, S. Mashhad, Mohaghegh Press. (In persian)

- Gottman, J.M. (1999). *Rebound from Marital Conflict and Divorce Prediction*. Family Process, 38, 287-292.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2002). *A two-factor model for predicting when a couple will divorce: Exploratory analyses using 14-year longitudinal data*. Family Process, 41 (1), 83-96.
- Hamidi, A. (2009). *The effectiveness of Eric Berne's training in Transactional Analysis on increasing of marital adjustment*. Master's thesis, Islamic Azad University of Roudehen. (In persion)
- Karimi, P., Karami, J., & Dehghan, F. (2014). *The relationship of attachment styles and conflicts solving styles with marital burnout in married staff*. Journal of female and society 5(4), 53-69. (In persion)
- Khamse, A. (2009). *New strategies in couple therapy*. Tehran, Arjmand press. (In persion)
- khodabakhshi, K, A., et al (2014). *A holistic approach to psychological sexual. problems in women with diabetic husbands*. iran J Reprod Med.12(3), 175–182. (In persion)
- Kianfard, M., et al (2014). *Prediction of positive and negative affect from sexual satisfaction and couple burnout factors in the staff*. J. Life Sci. Biomed. 4(6), 536-540. (In persion)
- Lerner, Harriet. (1986). *"The Dance of Anger,"* Perennial Library, NY.
- Lingern, H. G. (2003). *Marital burnout*. <http://utahmarriage.Org>
- Markman,H., Stanly, S., & Bloomberg, s. l. (1994). *Fighting for your marriage : Positive steps for preventing divorce and preserving a lasting love*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Naderi, F., & Azadmanesh, P. (2012). *The comparison of marital burnout, family function and intimacy in woman and man staff*. Journal social psychology (new findings in psychology), 7(22). (In persion)
- Naderi, F., Eftekhar, Z., & amolazadeh, s. (2010). *Relationship of personality features and intimacy communications with marital burnout in spouse of addict's men*. Journal social psychology (new findings in psychology), 61- 78. (In persion)
- Naeem, S. (2008). *Marital Burnout relationship, intimate relationship with spouse and marital conflicts with violence against women in the city of Ilam*. Master's Thesis, Islamic Azad University of Ahvaz. (In persion)
- Navidi, f. (2005). *The investigation and comparison of relation of marital burnout with factors of organizational situation in educational staff and hospital nurses of Tehran*. master's thesis, Shahid Beheshti University. (In persion)
- Oladi, Z. (2011). *The effectiveness of group therapy based on reality therapy in reducing of burnout and increasing of marital satisfaction in married women*. Master's Thesis, Ferdowsi University of Mashhad. (In persion)
- Pines, A. M. (1996). *What do we do, that fantasy love do not lead to Burnout*. Translated by Shadab, F. (2002). Tehran, Quds Press.
- Pines, A. M. (1996). *Couple Burnout*. Translated by Gohari Rad, H. & Afshar, K. (2005), published by Radmehr.
- Pines, A. M. (2002). *Teacher burnout : a psychodynamic existential perspective*. Teacher and theaching: Theory and practice; 8:121-140.
- Pines, A. M., Neal, B., Hammer, L. B., & Icekson, T.(2011). *Job burnout and couple burnout in dual-earner couple in the sandwiched generation*. Journal of Social Psychology Quarterly , 74,361_386.

- Rasouli, M. (2001). *The relationship between communication patterns of couples and communication patterns of their parents in students of Tehran University*. master's thesis, University of Teacher Education. (In persion)
- Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattoe, J. A. (2004) . *The relationship between marital characteristics, marital interaction processes and marital satisfaction*. Journal of Counseling & Development, 82(1) 58-68.
- Saati, S. (2001). *Investigation of relationship between marital satisfaction and Pursuing and Distancing*. master's thesis, Islamic Azad University of Roudehen. (In persion)
- Sanaei, B. (2000). *Scales of family and marriage measures*: Publishing in besat Institute. (In persion)
- Schrodt, P., Witt, P. L., & Shimkowski, J. R. (2014). *A Meta-Analytical Review of the Demand/Withdraw Pattern of Interaction and its Associations with Individual, Relational, and Communicative Outcomes*. Communication Monographs. Volume 81, Issue 1, 28-58.
- Sharifi, M, Karsvly, S, & Bshlydh, K. (2011). *Attribution retraining effectiveness in reducing fatigue and the likelihood of divorce and marital couples divorce*. Journal of counseling and family therapy, 1(2), 212-225. (In persion)



اعتمادی، احمد؛ گل محمدیان، محسن (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد چندوجهی بر خودپنداره و اهمال کاری. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۲)، ۱۵۳-۱۳۸.

اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد چندوجهی بر خودپنداره و اهمال کاری

احمد اعتمادی،^۱ محسن گل محمدیان^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد چندوجهی لازاروس بر خودپنداره و اهمال کاری اجرا شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول در مقطع کارشناسی بود. ۳۰ نفر از جامعه مورد مطالعه که در پرسشنامه اهمال کاری نمره بالاتری کسب کرده بودند و خود پنداره پایین‌تری داشتند به شیوه تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و گواه گمارده شدند. پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه بود. برای گروه آزمایش ۸ جلسه مشاوره گروهی به شیوه چندوجهی برگزار شد. ابزارهای پژوهش شامل آزمون خودپنداره راجرز و پرسشنامه اهمال کاری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانوا) و تحلیل واریانس تک متغیره در متن مانوا انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر خودپنداره و اهمال کاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. دستاورد نهایی این پژوهش، اثربخشی کاربرد رویکرد چندوجهی بر مشکلات خود پنداره و اهمال کاری دانشجویان بود.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی چندوجهی، خودپنداره، اهمال کاری، دانشجویان دختر

۱. دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی تهران ahmad_etemadi@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه رازی کرمانشاه mgolmohammadian@gmail.com

مقدمه

حدود ۹۵ درصد از افراد جامعه گاه‌گاهی در کارهایشان اهمال‌کاری^۱ می‌کنند، اما برای ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد، اهمال‌کاری همیشگی و به‌صورت یک مساله جلوه می‌کند. دانشجویان از جمله اقشاری هستند که نیازمند مدیریت زمان در انجام تکالیف تحصیلی و غیر تحصیلی هستند. از جمله عواملی که می‌تواند تأثیر منفی بر خود پنداره دانشجویان داشته باشد اهمال‌کاری یا به تعویق انداختن تکالیف است. این وضعیت ممکن است سبب شود که تکالیف خود را به‌موقع انجام ندهند و در نتیجه بر موفقیت آنها تأثیر منفی داشته باشد. واژه لاتین اهمال‌کاری از دو واژه پرو- و کراسینوس تشکیل شده است (Steel, 2004) که پرو به معنای جلو و کراسینوس به معنای فردا می‌باشد (Emonz, 1995; taken from Shahnje, 2006).

Ellis & Knaus (2002) اهمال‌کاری را تمایل به اجتناب از فعالیت، محول نمودن انجام کار به آینده عذرخواهی برای توجیه تأخیر در انجام فعالیت تعریف نموده‌اند. عقب انداختن امری به دلیل ناخوشایندی آن نیز اهمال‌کاری نامیده شده است (Ferrari, Morales, Callaghan, Diaz, & Argumedo, 2007). همچنین اهمال‌کاری را تمایل به تعویق انداختن عمل در موقعیت‌های متعددی که برای رسیدن به اهداف ضروری به نظر می‌رسد تعریف کرده‌اند (Schouwenburg, Lay & Pychyl, 2004). بر طبق بررسی‌ها این صفت بر ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد در کشورهای مختلف تأثیر می‌گذارد (Ferrari et al, 2007; Callaghan & Newbegin, 2005). خود گزارش‌دهی دانشجویان نشان می‌دهد که ۸۰ تا ۹۵ درصد گرفتار برخی از انواع اهمال‌کاری هستند (Ellis & Nal, 2002; O'Brien, 2007; Translated by Farjad, 2007). گفته می‌شود که تقریباً ۵۰ درصد اهمال‌کاران به‌طور پایداری با مشکلاتی در تکالیف و دیگر کارهای خود مواجه می‌شوند (Onwuegbuzie, 2004; Haycock, 1993 Day, Mensink, & O'Sullivan, 2000). شکل معمول اهمال‌کاری دانشجویان در آغاز تکالیف شان می‌باشد و سپس مجبورند به‌شدت کار کنند تا در زمان خاصی آنها را به انجام برسانند. اهمال‌کاری یک پیش‌بین قوی برای رفتارهای تأخیری دانشجویان است (Lay, & Schouwenburg, 1993) و پیامدهای تعیین‌کننده‌ای از جمله نمرات ضعیف (Rothblum, Solomon, & Murakami, 1986)، ترک تحصیل و تأخیر در انجام پایان‌نامه را دارد (Muszynski & Akamatsu, 1991; Onwuegbuzie, 2004) در پژوهش خود سطح بالایی از اهمال‌کاری تحصیلی در بین دانشجویان ارشد را گزارش داد، بخشی که

1. procrastination

در طول انجام سه تکلیف درسی، ۴۱/۷، ۳۹/۳ و ۰/۶۰ درصد اهمال‌کاری داشتند. بنابراین، به نظر می‌رسد اهمال‌کاری مشکل بسیاری از دانشجویان باشد و با توجه به شیوع اهمال‌کاری و تأثیرات مخرب آن، اتخاذ روش‌هایی جهت کاهش آن ضروری می‌نماید.

نتایج مطالعات انجام‌شده پیرامون اهمال‌کاری نشان می‌دهد که اهمال‌کاری، با نگرانی‌های خاصی مثل ترس از شکست، اضطراب امتحان، اضطراب اجتماعی و کم‌رویی^۱ مرتبط است (Rothblum, 1984; Ferrari, 1991; Solomon & Buley, 1999). این امر نشان می‌دهد که فرد اهمال‌کار، معمولاً به دلیل نوعی اضطراب شخصی یا اجتماعی، رفتار پرهیز از کار و اهمال‌کاری را اتخاذ می‌کند. Rothblum & et al (1986) بیان می‌کنند که اهمال‌کاری تحصیلی با سطوح مساله‌زایی از اضطراب توأم است.

Rupert & Petzel, McCown (1987) دریافتند که افسردگی، روان‌رنجوری^۲ و احساسات مبتنی بر عدم کنترل بر شرایط و موقعیت‌ها با اهمال‌کاری رابطه دارد. بسیاری از تحقیقات انجام‌شده ترس از شکست را به‌عنوان یک زیربنای اهمال‌کاری پیشنهاد می‌کنند (Rothblum, 1990). درحالی‌که Saddler & Buley (1999) ترس از ارزیابی را به‌عنوان عامل زیربنایی اهمال‌کاری ذکر کرده‌اند. مرکز مشاوره دانشگاه ایالتی نیویورک در بوفالو بسیاری از دلایل آشکار و نه‌چندان آشکار اهمال‌کاری دانشجویان را در فهرستی ارائه می‌کند که به شرح زیر است: آنان ابتدا عوامل شخصیتی مانند مدیریت و کنترل زمانی ضعیف، حواس‌پرتی و مشکلات فردی کلی را به‌عنوان اهمال‌کاری ذکر می‌کنند. سپس عواملی مانند ترس از شکست، اضطراب و کمال‌گرایی^۳ را بیان می‌دارند. این عوامل در بیشتر تحقیقات مربوط به اهمال‌کاری مشترک هستند (Rothblum, 1984; Solomon & Ferrari, 1991; Lay, 1986).

ازجمله جوانب مهم وجودی انسان، تصور و پنداری است که فرد نسبت به خویش داشته دارد. اینکه فرد چه تصویری درباره‌ی خود و استعدادها و توانایی‌ها و کارآمدی خویش دارد در تعیین هدف و میزان موفقیت و شکست او مؤثر است (Bandura, 1986 taken from Lotfabadi, 2005). تصور فرد درباره‌ی خودش، کارآمدیش، استعدادها و توانایی‌هایش در تعیین هدف و میزان موفقیت و شکست وی مؤثر است. Dibajnia (2005) در پژوهشی نشان داد که بیش از ۰/۸۶ دانشجویان دارای خودپنداره‌ی ضعیف هستند که خودپنداره‌ی ضعیف در دانشجویان زن به نظرمی‌رسد به خاطر شرایط فرهنگی-اجتماعی و ساختار فیزیولوژیکی و عاطفی آنها باشد. همچنین پژوهش‌های متعددی ازجمله یافته‌های Navidian

1.shyness
2.neurosis
3.perfectionism

(1998) و بررسی‌های Baichob (1998) نشان داد که خودپنداره‌ی پسران بالاتر از خودپنداره‌ی دختران است (Dibajnia, 2005). یافته‌های فوق حاکی از اهمیت خود پنداره در موفقیت تحصیلی دانشجویان به‌ویژه دانشجویان دختر است.

بر اساس پژوهشی که Ferrari (1992) بر روی ۳۰۷ دانشجو اجرا نمود، نتایج نشان داد که اهمال‌کاران در مقایسه با غیر اهمال‌کاران خود بیانگری^۱، خودآگاهی^۲ و خود ناتوان‌سازی^۳ بیشتری را گزارش نمودند. افرادی که خلق پایین و وضعی دارند زمینه مساعدتری برای بروز اهمال‌کاری دارند حتی اگر رفتار آنها این گونه به نظر نرسد (Carver & Scheier, 1990; take from Shahnine, 2006).

Schouwenburg (2004) در یک تحلیل عاملی گزارش می‌کند که خود نظم دهی^۴ کم، احتمالاً با اهمال‌کاری ارتباط دارد و یا حداقل یک علت احتمالی برای رفتار اهمال‌کارانه است. Lum (2002) گزارش می‌کند که اهمال‌کاران انگیزه پیشرفت کمتری دارند. شواهدی تجربی، مبنی بر اینکه احتمالاً یک بخش ژنتیکی برای اهمال‌کاری وجود دارد، ارائه شده است. طی تحقیقات انجام‌شده یک ارتباط متوسط ۳۸ درصدی، بین اهمال‌کاری و سازمان‌دهی برای انجام تکلیف وجود دارد (Still, 2004). بین اهمال‌کاری و حواس‌پرتی ارتباط متوسط قوی ۰/۴۷ گزارش شده است. به‌علاوه Haycock (1993) حواس‌پرتی را به‌عنوان یکی از دلایل مهم اهمال‌کاری می‌داند. همچنین بین پنج عامل شخصیت و شکست‌های شناختی با اهمال‌کاری رابطه معنی‌دار بدست آمده است (Kagan, Cakir, Ilhan & Kandemeir, 2010).

Yasemiinejad, Seif & Golmohammadian (2011) در بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر اهمال‌کاری و پیشرفت تحصیلی دریافتند که این آموزش‌ها بر کاهش اهمال‌کاری دانشجویان مؤثر بوده است. Asgari, Mirmahdi & Mazloomi (2011) نشان دادند آموزش راهبردهای خودتنظیمی بر خود پنداره و پیشرفت تحصیلی ریاضی دانش آموزان دختر مؤثر است. یافته‌های پژوهش Zerat & Ghafoorian (2009) نیز نشان داد آموزش مهارت حل مساله بر خود پنداره تحصیلی دانش آموزان مؤثر است.

ازجمله روش‌های کاربردی برای حل مشکلات روان‌شناختی و تحصیلی یادگیرندگان که امروزه کاربرد فراوانی دارد، مشاوره‌ی گروهی است. یکی از رویکردهایی که در مشاوره گروهی کاربرد دارد

1.self -presentation
2.self -awareness
3.self- regulation
4.self - regulation

مشاوره به شیوه چندوجهی آرنولد لازاروس^۱ است. در این رویکرد با تکیه بر ابعاد هفت‌گانه شخصیت (BASIC-ID)، ارزیابی‌ها و نیمرخ‌های ابعادی و ساختاری، تحلیل دقیقی از مشکلات مراجع انجام می‌شود و سپس از خزانه فنون و با توجه به مشکلات در ابعاد هفت‌گانه اقدام به اخذ و اجرای فنون می‌شود (Janbozorgi & Noori, 2003). در حوزه بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه چندوجهی تحقیقات متعددی صورت گرفته است. Kwee (1984) اثربخشی درمان چندوجهی^۲ را روی ۴۴ بیمار وسواسی جبری و ۴۰ بیمار مبتلا به هراس با پیگیری ۹ ماهه نشان داد که ۶۴٪ از بیماران وسواسی نتایج مثبت کسب کردند و ۵۵٪ بیماران مبتلا به هراس دستاوردهای آنان را حفظ و فراتر از آنان رفته‌اند. Corey (2001) درمان چندوجهی کوتاه‌مدت را به شکل گروهی در مورد زنان مورد سوءاستفاده جنسی بررسی کرد پیگیری ۷/۴ ساله نشان داد اگرچه سطح متوسطی از علائم را دارا بودند ولی علائم این بیماران بهبود یافته بود. Geraver (1998) ۲۲ پژوهش کنترل‌شده که شامل ۱۷۴۴ بیمار بود نشان داد درمان چندوجهی از نظر کاهش نشانه‌های اضطراب و تنیدگی مؤثر بوده است.

Palmer (1997) درمانگری چندوجهی را به صورت موفقیت‌آمیز در مورد طیفی از اختلالات از جمله روان‌آشفته‌گی، هراس، اختلالات بدنی، اضطراب اجتماعی، درمان اعتیاد به الکل موثر یافته است. Charls & Manick (1991) دریافتند که مشاوره چندوجهی بر توان‌بخشی بیماران قلبی نسبت به روش تنش‌زدایی، تأثیر بیشتری داشته است. در کل اثربخشی مشاوره چندوجهی در موارد کاهش اضطراب امتحان (Maiden, 1998)، بهبود عملکرد امتحان (Rivert, 1987)، کاهش تنیدگی (Kelman, 1985)، بیش‌فعالی - کمبود توجه (Grazinko, 1993) و توان‌بخشی بیماران قلبی (Charls, 1991) مؤثر بوده است. Shnavaz (2010) در بررسی اثربخشی مشاوره چندوجهی بر سازگاری و فرسودگی شغلی کارکنان شرکت گاز استان خراسان شمالی نشان داد که این شیوه درمان برافزایش سازگاری شغلی و کاهش فرسودگی شغلی مؤثر بوده است.

Mehrani (2010) گزارش داد که درمان چندوجهی لازاروس بر بلوغ عاطفی دانش‌آموزان سال سوم متوسطه مؤثر بوده است. Abazari (2007) در بررسی اثربخشی مشاوره چندوجهی بر کاهش افسردگی زنان با پیگیری یک ماه پس از اتمام جلسات نشان داد که این تأثیرات ماندگار بوده است. Pourebrahim & et al (2004) ضمن مقایسه اثربخشی معنادرمانی با درمان چندوجهی در کاهش افسردگی نشان داد که هر دو روش در کاهش افسردگی مؤثر بوده‌اند. Janbozorgi (2003) نشان داد که

1. Lazarus, A.

2. multimodal counseling

درمان لازاروس بر سطح اضطراب و تنیدگی آزمودنی مؤثر بوده است. Biabangard (2002) ضمن مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی، درمان عقلانی عاطفی الیس و آرام‌سازی بر کاهش اضطراب دریافت این سه روش بر کاهش آن مؤثر بوده‌اند. همچنین درمان چندوجهی و آرامش‌آموزی در کاهش عوامل زیر بنایی مانند صفت اضطراب، اضطراب امتحان، مؤلفه‌های اضطراب شخصیتی که بیشتر جنبه شناختی دارند مانند گرایش به همکاری به صورت معنی‌داری مؤثر بوده است (Dabahgi & Dadsetan, 2001; take from Mehrani, 2010).

دانشجویان از گروه‌های مهم در هر کشور هستند که نقش مهمی در ساختن آینده، تعلیم و تربیت و تعالی کشورها ایفا می‌کنند. درحالی‌که حضور در دانشگاه برای عده‌ی کثیری از دانشجویان تجارب مثبتی به همراه دارد، برای برخی دیگر تکالیف تحصیلی از قبیل آزمون‌ها، مقالات، ارائه‌ی مطالب و غیره باتجربه‌ی تنیدگی همراه است (Farahani, 2008). بی‌تردید تجربه‌ی تنیدگی ناشی از مسائل تحصیلی، تأثیر منفی بر بهزیستی ذهنی، روان‌شناختی و جسمانی دانشجویان دارد و همچنین موجب اتلاف منابع مالی و انسانی فراوان می‌شود. از طرفی شواهد پیشینه پژوهشی حاکی از شیوع اهمال‌کاری در بین یادگیرندگان است. از طرفی رویکرد چندوجهی تاکنون در مورد موضوعات خود پنداره و اهمال‌کاری مورد آزمایش قرار نگرفته است. با توجه به شیوع اهمال‌کاری در بین دانشجویان و اثرات خود پنداره بر جوانب مختلف زندگی تحصیلی و غیر تحصیلی آنان و همچنین جدید بودن حوزه اهمال‌کاری در روانشناسی ایران، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه چندوجهی بر خود پنداره و اهمال‌کاری دانشجویان دختر می‌باشد. لذا با عنایت به هدف فوق این فرضیه که مشاوره گروهی به شیوه چندوجهی بر خودپنداره و اهمال‌کاری دانشجویان دختر مؤثر است تدوین شد.

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول بود که در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای صورت گرفت. به این منظور از جامعه موردنظر، دو برابر و نیم حجم نمونه آزمودنی‌ها انتخاب شدند، سپس پرسشنامه‌های پژوهش در مورد آنها اجرا شد و از میان آنها تعداد ۳۰ نفر واجد شرایط که بیشترین مشکلات را داشتند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری که یک گروه، گروه آزمایش و گروه دیگر گروه گواه بود گمارده شدند. برای اعضای گروه آزمایش، رویکرد مشاوره چندوجهی به مدت ۸ جلسه اجرا شد. این دانشجویان همگی از نظر سنی بین ۱۸ تا ۲۵ سال سن

داشتند. با توجه به ضرورت همگنی از نظر جنسیت، فقط دانشجویان دختر برای شرکت در مداخله انتخاب شدند. میانگین سنی آنها در گروه آزمایش ۲۱ و در گروه گواه ۲۲ سال بود. معیارها و شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از: کسب نمرات کم در پرسشنامه‌های خود پنداره و اهمال کاری و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: متأهل بودن و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی.

در این پژوهش گروه نمونه در قالب دو گروه (آزمایش و کنترل) از نظر متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، همتا سازی شدند. همچنین متغیر مستقل در این پژوهش رویکرد مشاوره گروهی به شیوه چندوجهی لازاروس و متغیر وابسته خودپنداره و اهمال کاری دانشجویان دختر بود. مصاحبه اولیه مبنی بر موافقت اعضا برای شرکت در گروه و انتخاب اعضا با پر کردن فرم مشخصات فردی صورت گرفت. در ادامه به عقد قرارداد با مراجعان اقدام شد. عقد قرارداد عبارت بود از توافق میان مشاور و مراجع درباره روابط درونی و مشترک بین آن دو (Navabinejad, 2005) حفظ نظم، رعایت احترام متقابل، کمک در جهت رفع مشکلات دیگر اعضا، گوش دادن به سایر اعضا، ضروری بودن طرح مشکلات، تعیین هدف قبل از ورود به گروه. هر هفته یک جلسه برگزار و زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. تحقیق حاضر از نوع تحقیق شبه آزمایشی بود که در آن ضمن اعمال متغیر (مشاوره گروهی یک شیوه چندوجهی) از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه خود پنداره راجرز: پرسشنامه خود پنداره توسط راجرز ساخته شد. این مقیاس دو فرم «الف - ب» دارد. فرم الف نشانه تصویر شخصی از خود است. به این ترتیب که آزمودنی برحسب اینکه از نظر هر صفت خود را چگونه می‌بیند خود را ارزیابی می‌کند. فرم ب نیز از نظر ترکیب درست همانند فرم الف است و آزمودنی برحسب اینکه در آینده انتظار دارد از نظر هر صفت چگونه باشد یا با توجه به صفات ایده‌آل خود را ارزیابی می‌کند. آزمون خودپنداره راجرز ۲۵ صفت دارد، که متضاد هر صفت در مقابل آن گذاشته شده است و برای هر صفت از ۱ تا ۷ نمره گذاری شده است. خودپنداره شامل نگرش، ادراک و برداشتی است که شخص از خود دارد. محور اصلی این پندار عبارت است از: نام شخص، احساسات او نسبت به اندام و بدن خود و تصور از جنسیت و سن. خودپنداره مثبت و عادی ۷-۰ و خودپنداره منفی نمره ۷ به بالا را شامل می‌شود. پایایی آن روی دانشجویان از طریق روش کرونباخ ۰/۸۴ و از طریق تنصیف ۰/۸۷ بدست آمده است (Miahindoost, 2002).

ب) پرسشنامه اهمال کاری: پرسشنامه اهمال کاری (Schwarzer, Schmitz & Diehil, 2000) پرسشنامه‌ای خود گزارشی مداد کاغذی ۱۰ سؤالی است که با طیف کاملاً درست، اغلب درست، به ندرت درست و کاملاً نادرست است (نمره گذاری ۰ تا ۳). Allameh (2005) ضریب روایی این پرسشنامه را از طریق همبسته کردن آن با سؤال‌های ملاک و پرسشنامه کمال گرایی بر روی ۱۰۰ دانش آموز بدست آورد که به ترتیب برابر ۶۶٪ و ۶۴٪ و در سطح ۰.۱ / $P >$ معنی دار هستند. (Schmitz, Schwarzer & Diehil, 2000) پایایی این ابزار را ۷۸٪ بدست آورده‌اند. (Shahnie yeyhagh, 2006) در پژوهش خود پایایی آن را به روش‌های ضرایب آلفای کرانباخ و و روش دونیم کردن اسپیرمن به ترتیب ۵۶٪ و ۵۳٪ به دست آورد.

ساختار جلسات مداخله

الف) جلسات ارزیابی:

۱. اجرای پیش‌آزمون‌های خود پنداره راجرز و اهمال کاری شواتزر.
۲. اجرای پس‌آزمون به فاصله یک هفته پس از اجرای آخرین جلسه آموزشی.

ب) جلسات مداخله:

- جلسه اول: معرفی اعضا، بیان قوانین گروه (از قبیل احترام، گوش دادن، رازداری و...). بیان تجارب خود از اهمال کاری، همچنین کار روی بعد رفتار^۱ و استفاده از تکنیک‌های تمرین‌های رفتاری، الگو گیری، خود نظارت گری و ضبط، مهار محرک‌ها، تغییر محیطی، مدیریت زمان، برنامه‌های تقویت در دستور کار قرار گرفت.
- جلسه دوم: کار روی بعد عاطفه^۲، تکنیک‌های بیان خشم، غلبه بر اضطراب، شناسایی احساس و صندلی خالی انجام شد.
- جلسه سوم: بیان احساسات در زمان اهمال کاری و احساس نسبت به خود. روی بعد احساس^۳ و تکنیک‌های آموزش تمرکز بر دریافت‌های حسی کار شد.

1.behavior
2.affection
3.sensation

- جلسه چهارم: ابتدا تجسم زمان‌هایی که کارها به موقع انجام شده و بیان احساسات مرتبط با آن. سپس بر روی بعد تصویرسازی^۱ و اجرای تکنیک‌های فن وایت برد، تجسم ضد شوک آینده، مواجهه تجسمی، تصویرسازی مثبت و فن تصور بالاترین حد (گامی جلوتر) تمرکز شد.
 - جلسه پنجم: بیان خودگویی‌های مثبت و منفی در رابطه با تعلل. کار روی بعد شناخت^۲ و اجرای تکنیک‌های کتاب‌درمانی یا آموزش مکتوب، پنجه درافکنی با تحریفات شناختی و باورهای غیرمنطقی، آموزش حل مساله و توقف فکر.
 - جلسه ششم: کار روی بعد روابط بین فردی^۳ و تکنیک‌های جرات‌آموزی، آموزش روابط اجتماعی و مهارت برقراری ارتباط، ایفای نقش، آموزش دوستی و صمیمیت.
 - جلسه هفتم: بیان ضرورت مدیریت زمان در فعالیت‌های روزمره. کار روی بعد زیست‌شناختی و سلامت جسمی^۴ و تکنیک‌های ورزش و تمرین‌های بدنی، رژیم غذایی برنامه‌ثبات و کاهش وزن، استراحت، آرامش، تفریح و تنظیم خواب.
 - جلسه هشتم: بررسی ابعاد هفت‌گانه BASIC-ID و پاسخ‌گویی به ابهامات آنها.
- در کلیه جلسات فوق، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد هفت‌گانه BASIC-ID بحث گروهی و تبادل نظر مختصر، کسب گزارش از تکالیف و پاسخ‌گویی به سؤالات و ابهامات آنان در دستور کار قرار گرفت. لازم به ذکر است که اجرای جلسات مداخله با همکاری یک دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره صورت گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کواریانس چند متغیره مانکوا^۵ برای پی بردن به تفاوت معنی‌دار بین نمره‌های خودپنداره و اهمال‌کاری گروه‌های آزمایش و گواه استفاده شد. چنانچه این تفاوت مشهود باشد برای پی بردن دقیق‌تر به این تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا استفاده شد.

1. imagery
2. cognition
3. interpersonal relationship
4. drug & biology
5. MANCOVA

یافته‌ها

جدول ۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

آماره‌ها	متغیر	مرحله	میانگین		انحراف معیار	
			گواه	آزمایش	گواه	آزمایش
خویشتن‌پنداری		پیش‌آزمون	۱۰/۸۰	۱۱	۲/۹۵	۲/۲۹
		پس‌آزمون	۱۰/۵۳	۷/۴۰	۲/۵۸	۳
اهمال‌کاری		پیش‌آزمون	۲۳/۶۰	۲۴/۴۷	۳/۶۶	۳/۵۸
		پس‌آزمون	۲۲/۲۰	۱۷/۶۰	۴/۳۱	۴/۲۵

جدول شماره ۱ فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای خویشتن‌پنداری و اهمال‌کاری را در دو گروه آزمایش و گواه در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین خویشتن‌پنداری در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر و کاهش چشمگیری کرده است در حالیکه در گروه گواه نمره خویشتن در پس‌آزمون تغییر چندانی نداشته است. به بیان دیگر فاصله‌ی بین خویشتن‌پنداری واقعی و ایده‌آل در گروه آزمایش کاهش چشمگیری داشته است، که نشان‌دهنده‌ی بالا رفتن خویشتن‌پنداری مثبت است. در حالیکه نمرات خودپنداره‌ی واقعی و ایده‌آل در گروه گواه تفاوت محسوسی نکرده است. میانگین اهمال‌کاری گروه آزمایش نیز در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش چشمگیری یافته است. برای بررسی معنی‌داری این تفاوت خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول زیر آورده شده است.

یافته‌های مربوط به فرضیه پژوهش

مشاوره گروهی به شیوه چندوجهی برافزایش خودپنداره و کاهش اهمال‌کاری دانشجویان دختر مؤثر است.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)

نام آزمون	مقدار	d.f	درجه آزادی خطا	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلای	۰/۴۳۳	۲	۲۷	۱۰/۳۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳	۰/۹۷۷
لامبدای ویلکس	۰/۵۶۷	۲	۲۷	۱۰/۳۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳	۰/۹۷۷
اثر هتلینگ	۰/۷۶۵	۲	۲۷	۱۰/۳۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳	۰/۹۷۷
بزرگترین ریشه	۰/۷۶۵	۲	۲۷	۱۰/۳۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳	۰/۹۷۷

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود میزان تأثیر درمان چندوجهی ۴۳٪ بوده است و این بدان معنا است که ۴۳ درصد واریانس نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته مربوط به عضویت گروهی بوده است. توان آماری ۰/۹۷۷ و سطح احتمال نزدیک به صفر، دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد. همچنین با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یک از متغیرهای وابسته (خویش‌پنداری و اهمال‌کاری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی‌بردن به این تفاوت نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانکوا

متغیر	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری p	اندازه اثر	توان آماری
خویش‌پنداری	۷۳/۶۳۳	۱	۷۳/۶۳۳	۱۲/۳۲۱	۰/۰۰۲	۰/۳۰۶	۰/۹۲۳
اهمال‌کاری	۱۵۸/۷۰۰	۱	۱۵۸/۷۰۰	۸/۶۴۵	۰/۰۰۷	۰/۲۳۶	۰/۸۱۰

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود در بررسی f حاصل از مقایسه نمره خویش‌پنداری و اهمال‌کاری به ترتیب برابر با $F=12/321$ و $P<0/002$ و $F=8/645$ و $P<0/007$ است. در حقیقت نتیجه مؤید آن است که بین دانشجویانی که درمان چندوجهی را دیده‌اند (گروه آزمایش) و دانشجویانی که درمان چندوجهی را دریافت نکرده‌اند (گروه گواه) از لحاظ خویش‌پنداری و اهمال‌کاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به عبارت دیگر درمان چندوجهی موجب افزایش میزان خویش‌پنداری و کاهش اهمال‌کاری گروه آزمایش شده است. همچنین همان‌طور که مشهود است میزان تأثیر درمان چندوجهی بالا بوده و توان آماری و سطح احتمال نزدیک به صفر نیز دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

نتیجه

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه چندوجهی بر خودپنداره و اهمال‌کاری دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی شهرستان دزفول انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل و آزمایش فرضیه‌های پژوهش نشان داد که این شیوه بر خود پنداره دانشجویان مؤثر بوده و بر کاهش اهمال‌کاری آنها تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های (Williams, 2001)

(Charls, & Manick 1991); (Palmer, 1998); (Geraver et al, 1998); (Corey 2001); (Shanavaz, 2010 take from Grazinko, 1993); (Ston, 1991); (Kelmann 2010) مبنی بر اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه چندوجهی همسو می‌باشد. همچنین (Rivert, 1987 & Maiden, 1998); (Shanavaz, 2010) نیز عنوان کردند که درمان چندوجهی بر کاهش اضطراب امتحان و بهبود عملکرد امتحان مؤثر بوده است که یافته‌های این پژوهش با این یافته‌ها نیز همسو می‌باشد. یافته‌های (Zerat & Ghafoorian 2009); (Asgari, et al 2011); (Yasemiinejad, et al 2011) نیز حاکی از اثربخشی روش‌های مهارت‌های زندگی و خودتنظیمی بر خود پنداره بوده است. تحقیقات (Abazari, 2007); (pourebrahim & et al, 2005); (Janbozorgy & Noori, 2003); (۲۰۰۲) (Biabangard, 2001); (Dabbaghi & Dadsetan, 2001); (Shanavaz, 2010) همگی حاکی از اثربخشی این شیوه درمان بر کاهش اضطراب و افسردگی بوده و حتی در برخی از آنها پیگیری‌های چندماهه نیز حاکی از ماندگاری این اثربخشی بوده است که با یافته پژوهش حاضر همسو می‌باشند.

از سوی دیگر، همان‌طور که در پیشینه آمد در بسیاری از تحقیقات به نقش و اهمیت خود پنداره در موفقیت یا عدم موفقیت تحصیلی اشاره شده است، به‌طوری‌که دانشجویان مشروطی خود پنداره ای منفی دارند. نگرش مثبت بزرگ‌ترین دارایی و مهم‌ترین رمز موفقیت انسان‌ها است و با توجه به اینکه خودپنداره تصویری است که فرد درباره خود استعدادها و توانایی‌ها و کارآمدی خویش دارد، خودپنداره فرد در تعیین هدف و میزان موفقیت و شکست او مؤثر است (Lotfabadi, 2005). در تبیین این نتایج اضافه می‌نماید که اهمال‌کاران عملاً همیشه خودشان را به خاطر سهل‌انگاری‌شان سرزنش می‌نمایند. لذا چنین احتمال می‌رود که رابطه علت معلولی حلقوی در این میان وجود داشته باشد و خود پنداره و اهمال کاری بسیار به هم مرتبط باشند. برای تأیید این مدعا (Haycock 1993) در پژوهشی از دانش آموزان خواست که بگویند بعد از اهمال کاری چه احساسی دارند؟ ۸۰ درصد از جواب‌های آنان منفی و حاکی از داشتن احساس نامطلوبی بود. در بررسی مشابه دیگری، یک نظرسنجی توسط یک تیم تحقیقاتی در زمینه اهمال کاری (۲۰۰۳) در مورد ۷۸۰۰ پاسخگو انجام شد که ۹۴ درصد آنها پی برده بودند که اهمال کاری اثر منفی خاصی روی شاد بودن آنها دارد و ۱۷ درصد از آنها گفته بودند که این پدیده بی‌نهایت منفی می‌باشد (Steel, 2004). در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان نمود که افراد با قرار گرفتن در گروه از احساس منحصر به فرد نبودن در زمینه اهمال کاری را تجربه نموده‌اند و بر اثر تعامل با اعضا گروه، نسبت به رفتار و احساسات خود بصیرت تازه‌ای پیدا می‌کند، مفهوم خود در افراد نیز از این بصیرت تأثیر می‌پذیرد. از طرفی نباید مزیت‌های انعطاف‌پذیری رویکرد مشاوره چندوجهی (با توجه به التقاط‌گرایی) و

جامع‌نگری آن را از نظر دور داشت که پیشینه پژوهش‌ها در این راستا نیز گویای اثربخشی آن بوده است. محدود بودن جامعه پژوهش به دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی دزفول از محدودیت‌های این تحقیق بود. محققان و مسئولان مراکز مشاوره دانشجویی لازم است که به آزمایش رویکردهای مختلف مشاوره و روان‌درمانی فردی و بخصوص گروهی در زمینه کاهش اهمال‌کاری بپردازند. همچنین آموزش مهارت‌های مدیریت زمان، اولویت‌بندی و خودتنظیمی می‌تواند یاریگر دانشجویان باشد. انجام پژوهش حاضر در دیگر مقاطع و روی پسران می‌تواند نتایج مفیدی را به بار آورد. بی‌شک بررسی عوامل اهمال‌کاری به شیوه جامع می‌تواند منجر به اتخاذ راه‌کارهایی به‌منظور افزایش پیشرفت تحصیلی و موفقیت آنها در جوانب مختلف شود. آموزش این فنون به مشاوران و اساتید که ارتباط مستقیم با دانشجویان دارند می‌تواند گام مؤثری در جهت کاهش اهمال‌کاری و زیان‌های مادی و معنوی آن باشد و در نتیجه به ارتقا سلامت و بهداشت دانشجویان کمک شود.

سپاسگزاری: بدین وسیله از کلیه دانشجویانی که ما را در این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی

می‌شود.

References

- Allameh , A. (2005). *The simple and multiple Correlation of self esleem Social anxiety, perfectionism, Procrastination with academic performance and test anxiety in female students of Ahwaz high school*. Unpublished Thesis, faculty of Educathion Psychology, Shahid Chamran Ahwaz University. (In Persian)
- Abazari,F. (2007). Study the effectiveness of multimodal group counseling on women depression. Unpublished Ma thesis in school counseling, Allame Tabatabaee University. (In Persian)
- Asgari , M., Mirmahdi, M. & Mazloomi, A. (2011). The effect of self-Controlled sterategies on academic self- concept and mathematic performance of female Students.*Journal of Educational Psychology*, 21 (7)1-36. (In Persian)
- Blatt, S. J. ,& Quinn, P. (1967). Punctual and procrastinating students: A A personal project-analytic and action control perspective, *Personality and Individual Differences*. 28,153–167.
- Biabangard, A. (2002). The effectiveness of lazarus multimodel therapy, ellis rational emotive therapy and relaxation on test anxiety in students. *Quarterly of thinking and behavior*,3,36-42. (In Persian)
- Day, V. , Mensink, D. , & O'Sullivan, M. (2000). Patterns of academic), Procrastination temptations, and incentives: the struggle between the present and the future in procrastinators and the punctual, *European Journal of Personality* ,16, 469–489.
- Díaz-Morales, J. F., Cohen, J. C., & Ferrari, J. R. (2008). An integrated view of personality styles related to avoidant procrastination. *Personality and Individual Differences*, 45, 554–558.

- Dibajnia, P. (2005). *The comparison of self- concern of freshmen and seniors of rehabilitation of Shahid Beheshti University Tarbiyat Modarres University*. The Articles College of the second seminar on Student Mental Health. (In Persian)
- Ellis, A. & Nal, J.W. (2007). *The phycology of procurers' titration*. Translated by, Mohammad Ali Farjad, Tehran: Roshd publication .
- Ellis, A. ,& Knaus, W. J. (1977). *Overcoming procrastination*, Institute for Rational Living, New York.
- Farahani, M. (2008). Individual differences in academic stress and mental wellbing , the role of Coping styles with stress. *Journal of BehavioralSciences*, 2(4) 34-297. (In Persian)
- Ferrari, J. R. (1991). Self-handicapping by procrastinators: Protecting self esteem, social-esteem, or both? *Journal of Research in Personality*, 25 .245-261.
- Ferrari, J. R. (1994). Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors ,*Personality and Individual Differences*, 17, 673-679.
- Ferrari, J. R. (1998). Procrastinators and perfect behavior: An exploratory factor analysis of self-presentation, self-awareness, and self handicapping components. *Journal of Research in Personality*, 26, 75-84.
- Ferrari, J. R. ,& Diaz-Morales, J. F. (2007). Procrastination: Different time orientations reflect different motives. *Journal of Research in Personality*, 41,707-714.
- Ferrari, J. R. , Diaz-Morales, J. F. , O'Callaghan, J. , Diaz, K. , & Argumedo, D. (2007). Frequent behavioral delay tendencies by adults: International prevalence rates of chronic procrastination. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 458-464.
- Ferrari, J. R. , Johnson, J. , & McCown, W. (1995). *Procrastination and task avoidance: Theory, research, and treatment*. New York: Plenum Press.
- Ferrari, J. R. , O'Callaghan, J. , & Newbegin, I. (2005). Prevalence of procrastination in the United States, United Kingdom, and Australia: Arousal and avoidance delays in adults. *North American Journal of Psychology*, 7, 1-6.
- Haycock, L. A. (1993). The cognitive mediation of procrastination, The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76, 317-324.
- Janbozorgi, M. & Noori, N. (2003).*Anxiety & Stress practices*. Tehran: Samt Publication. (In Persian)
- Kagan, M; Çakir, O; Ilhan, T ; Kandemir,M. (2010). The explanation of the academic procrastination behavior of university students with perfectionism, obsessive-compulsive and five factor personality traits.*Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences*,2 . 2121-2125.
- Lay, C H. (1986). At last, my research article on procrastination, *Journal of Research in Personality*, 20, 474-495.
- Lay, C. H. & Schouwenburg, H. C. (1993). Trait procrastination, time management, and academic behavior, *Journal of Social Behavior and Personality*, 8 , 647-662.
- Lay, C. H. (1986). At last my research article on procrastination, *Journal of Research in Personality* ,20,474-495.
- Lim, V. K. G. (2002). The IT way of loafing on the job: Cyber loafing, neutralizing, and organizational justice, *Journal of Organizational Behavior*,23 , 675-694.
- Lotfabadi, H. (2005).*Educational Psychology*, Tehran: Samt Publication.(In Persian)

- Mahindoost, Z. (2002). The relation between self- concept, locus of control and self-esteem with mental health in Illam university students, Tehran: Elmo Sanat University Pub. (In Persian)
- McCown, W. , Petzel, T. , & Rupert, P. (1987). An experimental study of some hypothesized behaviors and personality variables of college student procrastinators. *Personality and Individual Differences*, 8, 781–786.
- Mehrani, B. (2010). Effectiveness of Lazarus Multimodal Therapy on emotional development of female students in Lard city. Unpublished Ma thesis in school counseling, Allame Tabatabaee University. (In Persian)
- Muszynski S. Y. & Akamatsu, T. J. (1991). Delay in completion of doctoral dissertations in clinical psychology, *Professional Psychology: Research and Practice* 22 , 119–123.
- Navabinejad, SH. (2005). *Group Guidance & Counseling*. Tehran: samt Pup. (In Persian)
- O'Brien, W. K. (2002). Applying the Trans theoretical model to academic of *developmental psychology*. 43,1479-1512.
- Onwuegbuzie A. J. (2004). Academic procrastination and statistics anxiety, *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 29,3–19264.
- Pourebahram, T, Etemadi, A, Shafiabadi, A & Sarami, G. (2004). comparison of group counseling based on logotherapy with multimodeel individual therapy on depression. quarterly of new findings in counseling, 6(11) 48-68. (In Persian)
- Rothblum, E. D. Solomon, L. J., & Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators, *Journal of Counseling Psychology* 33 . 387–394.
- Saddler, C. D. ,& Buley, J. (1999). Predictors of academic procrastination in college students. *Psychological Reports*, 84, 686-688.
- Schouwenburg, H. C. (2004). Procrastination in academic settings: general introduction. In: H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl and J. R. Ferrari, Editors, *Counseling the procrastinator in academic settings*, American Psychological Association, Washington. 3–17.
- Schouwenburg, H. C. , Lay, C. H. , Pychyl, T. A. , & Ferrari, J. R. (2004). *Counseling the procrastinator in academic settings*. Washington: APA.
- Schwartz, R., Schmitz, G. & Diehl, M. (2000). Compensatory health beliefs. Scale development and psychometric properties. Available in www.psychology.mcgill.ca/perpg/fac/knaeuper/cnb.
- Shahnie yeyhagh, M. (2006). A Survey of Procrastination Prevalence and the effect of cognitive- behavioral and Behavioral management methods on its decrement on high school students of Ahawaz city. *Shahid chamran journal of Psychology*, 3(2)1-16. (In Persian)
- Shanavaz, M. (2010). *The effectiveness of Multi modal Counseling on Vocational Adjustment and Burnout of Employees of North khorasan Gas Company*. Unpublished thesis in Vocational counseling, Allameh Tabatabai University. (In Persian)
- Simpson, W. K & Pychyl, T, A. (2009). In search of the arousal procrastinator: Investigating the relation between procrastination, arousal-based personality traits and beliefs about procrastination motivations. *Journal of Personality and Individual Differences* 47 PP: 906–911.

- Solomon L. J. & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates, *Journal of Counseling Psychology*, 31, 503-509.
- Steel, P. (2004). *The nature of procrastination: A Meta analytic study*, retrieved July ۱۲, 2005, from http://www.ucalgary.ca/mg/research/media/2004_07. Pdf.
- Yasemiinejad, B., Seif, A., and Golmohammadian, M. (2011). The effectiveness, of training life skills on procrastation and academic performance, *Journal of Daneshvar Raftar*, 3(5) 21-36. (In Persian)
- Zerat, Z. & Ghafoorian, A. (2009). The effectiveness problem- solving skills training on academic self- concept of student's. *Teaching Strategies*, 2(1) 23-26.

The effectiveness of family-based play therapy on the improvement of mother
- child interaction and decreasing aggression in preschool Mashhad city

Maryam Sadat kiafar
Seyed Amir Amin yazdi*
Hossein karshki

Ferdowsi University

Abstract:

considering that mother - child interaction has an important role in child development or disorder, the aim of this study was to investigate the effectiveness of family-based play therapy on improvement of mother - child interaction and decrease of aggression in preschool children.

In a Quasi-experimental study with pre-post test, 27 children with symptoms of aggression were randomly assigned into experimental and control groups. Subjects of intervention groups received DIR/Floor time intervention and control group received education about safety on streets. mother-child interaction questionnaire and aggression questionnaire were applied. Data was analyzed using ANCOVA.

Findings showed that family-based play therapy, increased mother- child interaction significantly. In the domains of interaction, dependency and conflict decreased significantly but closeness didn't increase significantly. In addition, aggression in experiment group was significantly reduced compared with the control group. Interventions can effect on mother - child interaction improvement and aggression decrease in Children. It shows the necessity of comprehensive intervention in relation to variety of developmental challenges of childhood.

Keywords: DIR/Floor time, mother - child interaction, aggression, child, development, individual differences, emotional interaction.

* yazdi.amin@gmail.com

The effect of art therapy based on painting therapy in reducing the
symptoms of depression disorder in elementary School Boys

Mojtaba gholamzadeh*
Jalil babapour
Hassan Sabouri moghaddam

University of Tabriz

Abstract:

In this research we studied the effect of art therapy based on painting therapy in reducing the symptoms of depression disorder in elementary school children. It was an experimental study with pretest and posttest and control group. In this prospective study a group of 15 elementary school boys with symptoms of depression disorder were randomly assigned in two experimental and control groups. We applied CSI-4 Inventory and psychiatric interview. Art therapy program for 10 sessions of 90 minutes (twice weekly) was administered. The data was analyzed using analysis of covariance (ANCOVA). Findings indicated that the treatment effect of painting therapy on symptoms of depression disorder among elementary school boys with symptoms of depression disorder were more significant than control group ($P < 0/03$). We concluded that painting therapy could be effective in reducing the symptoms of boy's depression.

Keywords: art therapy, painting therapy, depression disorder.

*mojjill@yahoo.com

Efficacy of Panoura and Philipuo meta cognitive training program on mathematics function in children with mathematics learning disabilities of fourth grade in Isfahan

Razieh Abasian*

Ahmad Abedi

Zahra Seyfi

Sahar Nasr Azadani

University of Isfahan

Abstract:

The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of Panoura & Philipuo meta cognition training program on mathematical function of students with mathematic disabilities, Elementary fourth grade schools. In this study, single subject method with A-B design was used. Subjects are 3 students with mathematics learning disabilities in Primary schools that were selected through multi-stage cluster sampling. The instruments included the Wechsler intelligence test fourth edition, mathematics disabilities diagnosis list, and mathematics function tests. In this method, after the position of the baseline, the intervention began, and in the 12 sessions of individual intervention Panoura & Philipuo meta cognitive program were conducted. Our subjects were followed 1 months after the end of intervention for the 2 consecutive week at four sessions. According to descriptive statistics and visual analysis, the intervention had been affected in all three subjects (With PND 100% for both A and B subjects and PND 92% for C subjects). The results of this study showed that conducting Panoura metacognitive program can improve mathematics function of students with mathematics learning disability.

Keyword: math learning disability, math functions, Panoura & Philipuo metacognitive training program

*_r_a2166@yahoo.com .

The efficacy of Integrative Couple Therapy on depression, posttraumatic stress symptoms, forgiveness and intimate relationship of couples with men trespasser referred to counseling centers in Isfahan

^aJavad Karimi*

^bMansour Sodani

^bMahnaz Mehrabizade

^bAbdolkazem Neisi

^a University of Malayer

^b University of Shahid chamran

Abstract:

The purpose of this study was to determine the effect of Integrative Couple Therapy on reducing the damage caused by spouse infidelity. The statistical sample included in 30 couples that were selected through available sampling, and assigned randomly in the experimental (15 couples) and control group (14 couples). Measuring instrument was Beck depression inventory-II, PTSD symptoms scale self-report (PSS-SR), transgression-related interpersonal motivation and intimacy in committed relationships scale. The experiment group was exposed to 8 sessions of couple therapy. The data was analyzed by multivariate analyses of variance-one way (MANOVA-1 way). Our findings showed that Integrative Couple Therapy decreased depression and post-traumatic stress symptoms and increased forgiveness and intimate relationship.

Keywords: Integrative couple therapy, marital infidelity, depression, post-traumatic stress symptoms, forgiveness and intimate relationship.

* -dr.karimi10@yahoo.com

Effectiveness of Treatment Based on Emotional Processing
On the Improvement of Patients with Compulsive Washing:
A Case Study

Touraj Hashemi*
Ommolbanin Baikpour
Majid MahmoodAlilo
Naimeh MashinchiAbbasi

Tabriz University

Abstract:

The aim of this study was to examine the effectiveness of a treatment based on emotional processing on the improvement of compulsive washing symptoms. This study was a single case experimental design, which was conducted with multiple baselines. Using convenience sampling, two subjects were selected and were treated. Before treatment (baseline) and during the sessions as well as a one-month follow up, the subjects completed the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). Data were analyzed through visual analysis, the improvement rate, and the effect size. Findings showed that in subjects with compulsive washing, the improvement rate was 54. On the other hand, for the first and the second subjects, the effect sizes were 1.49 and 2.13 respectively. The target paper suggests that a treatment based on emotional processing is an effective way of treating compulsive washing. It causes cognitive changes that result in positive feelings and symptom relief respectively.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Compulsive washing, Treatment, Emotional processing

* tourajhashemi@yahoo.com

Comparison the relation between the dimensions of perfectionism
and social support with academic burnout in students of
Allameh Tabatabai University

^aMahmood Khabaz *

^aYusef Karimi

^bNader Karimian

^aAfshin Shahbakhsh

^aAllameh Tabatabaei University

^bInstitute of education research, Kurdistan

Abstract:

The aim of this study was to compare the dimensions of perfectionism and social support in students with high and low levels of academic burnout in 1389. This study was an applied research with survey method. By multi-stage cluster sampling 3 out of 8 colleges were selected randomly. Next 300 students were selected randomly. Finally 162 students were selected as the sample. Perfectionism dimensions (1991), social support (1986) and academic burnout questionnaires were applied. Data were analyzed using independent t test in SPSS21. The findings showed that social support and normal perfectionism in students with low academic burnout are higher than students with high academic burnout. There are requirements of the educational system, financial difficulties and uncertainty about future cause student's academic burnout.

Keywords: perfectionism, social support, academic burnout

*mkhabbazm@gmail.com

The effectiveness of coping skills training with stress on mental health and self-esteem in first year girl students of high schools in Yazd

Seyed Alireza Afshani*

Nasrin Abbasi

University of Yazd

Abstract:

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of stress coping skills training on mental health and self-esteem of the first year girl students of high schools in Yazd. Research method was quasi-experimental with pre-test, post-test design and follow-up testing with placebo and control group. The population of this study included girl students at first high schools of Yazd city. A sample of 90 these students were selected by simple random sampling and assigned into three groups (experimental, control and placebo). Stress management skills were trained to experimental group in 9 sessions of at most 75 minutes. Goldberg General Health Questionnaire -28 (GHQ-28) and Cooper Smith's self-esteem were applied. The results of one Anova showed that mental health ($F=4/738$, $P<0.05$) and self-esteem ($F=6/351$, $P<0.05$) were improved following the trainings. We concluded that training of stress coping skills is effective in improving mental health and self-esteem.

According to the research findings can be said that stress management skills training cause to increase mental health and self-esteem.

Keywords: stress management skills training, Mental health, Self-esteem.

* afshanalireza@yazd.ac.ir

The effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)
Technique in Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms

^aFiroozeh Ghazanfari*

^bRamin Sepahvand

^aLorestan University

^bIslamic Azad University of Hamadan

Abstract:

The main aim of this study was to examine the effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Technique on Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms. Three case (two men and one woman) were selected and treated through in hand sampling method. Empirical research with single case study and a multiple baseline was used. Participants in the pre-treatment phase (baseline) and the fourth (during treatment) and the eighth session (end of treatment), completed Obsessive Compulsive Scale - Scale and Maudsley, obsessive compulsive - compulsive Yale - Brown. In addition, 3 month after completion of treatment (follow p), scale, obsessive-compulsive Yale - Brown was completed. The results showed that Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Technique reduces obsessive – compulsive symptoms.

Keyword: Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Technique, Mindfulness, obsessive – compulsive

* firoozeh.ghazanfari@yahoo.com

The prediction of marital burnout through pursuing and
Distancing in married female students

^aRaheleh Mahdavian Far

^aMohammad javad Asghari ebrahimabad*

^bSoneh Ghanaat Bajgirani

^aUniversity of Mashhad

^bAllameh Tabatabai University

Abstract:

The purpose of this study was to investigate the relationship between marital burnout and pursuing-distancing among married female students. The present study is correlational research and its population is female married students of Ferdowsi University of Mashhad. In this research 126 students were selected through available sampling. They filled out questionnaires of Pines' marital burnout and pursuing-distancing. Data were analyzed using Pearson correlation matrix at descriptive level and simple regression test at inferential level. The findings showed significant negative correlation ($r=-0.25$, $p=0.004$) between marital burnout and pursuing and significant positive correlation between marital burnout and distancing ($r=0.195$, $p=0.029$). Therefore, we could conclude that marital burnout could be explained by pursuing and distancing tendencies.

Key Words: marital burnout, pursuing, distancing

* mjasghari@um.ac.ir

The effectiveness of group counseling based on Multimodal
counseling on self-concept and procrastination

^aAhmad Etemad*

^bMohsen Golmohammadian

^aAllameh Tabatabaie University

^bRazi university of Kermanshah

Abstract:

The aim of this study was to investigate the effectiveness of group counseling based on multimodal therapy on self-concept and procrastination of female students.

Our study was a semi-experimental, with pretest and posttest. The subjects of this study were all female undergraduate students of Dezful branch of Islamic Azad University. 30 subjects were randomly selected and assigned into 2 groups (of experimental and control). The instruments were Rogers self concept questionnaire (A & B forms) and procrastination scale (Schwartz, Schmitz & Diehl, 2000). The experimental group participated in 8 group counseling sessions based on Lazarus Multimodal Counseling therapy. Data were analyzed using MANCOVA and ANOVA. Analysis of data showed that there was a significant difference between the two groups in procrastination and self-concept. Altogether, findings indicated the effectiveness of application of multimodal approach in procrastination and self-concept problems.

Keywords: Multimodal group counseling, self concept, procrastination, female students

* ahmad_etemadi@yahoo.com

Table of contents

The effectiveness of family-based play therapy on the improvement of ... Maryam Sadat kiafar, Seyed Amir Amin yazdi, Hossein karshki	I
The effect of art therapy based on painting therapy in reducing the ... Mojtaba gholamzadeh, Jalil babapour, Hassan Sabouri moghaddam	II
Efficacy of Panoura and Philipuo metacognitive training program on ... Razieh Abasian, Ahmad Abedi, Zahra Seyfi, Sahar Nasr Azadani	III
The efficacy of Integrative Couple Therapy on depression, posttraumatic... Javad Karimi, Mansour Sodani, Mahnaz Mehrabizade, Abdolkazem Neisi	IV
Effectiveness of treatment based on Emotional Processing on the ... Touraj Hashemi, Ommolbanin Baikpour, Majid MahmoodAlilo, Naimeh Mashinchi Abbasi	V
Comparison the relation between the dimensions of perfectionism and ... Mahmood Khabaz, Yusef Karimi, Nader Karimian, Afshin Shahbakhsh	VI
The effectiveness of coping skills training with stress on mental health and... Seyed Alireza Afshani, Nasrin Abbasi	VII
The effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)... Firoozeh Ghazanfari, Ramin Sepahvand	VIII
The prediction of marital burnout throughpursuing and Distancing in Raheleh Mahdavian Far, Mohammad javad Asghari ebrahimabad, Soneh Ghanaat Bajgirani	IX
The effectiveness of group counseling based on Multimodal ... Ahmad Etemad, Mohsen Golmohammadian	X

Manager in charge and Chief Editor:

Professor, Bakhtiar Shabani Varaki, Ferdowsi University of Mashhad

Chief Editor:

Professor, Bahramali Ghanbari Hashemabadi, Ferdowsi University of Mashhad

Editorial Board:

- **Dr. Hamid Reza Aghamohammadian sharbaf**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Amir Amin Yazdi**
Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Noor Mohamad Bakhshani**
Associate Professor, University of Zahedan
- **Dr. Mohammad Ali Besharat**
Professor, University of Tehran
- **Dr. Fariborz, Dortaj**
Associate Professor, Allameh Tabataba'i University
- **Dr. Javad. Salehi Fadardi**
Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Seyed Mahmood Tabatabaee**
Professor, Medical Sciences University of Tehran
- **Dr. Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad

Excutive Manager : Ali Naghdi Davaloo

Technical Editor : 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 2, Autumn - Winter 2015

ISSN: 2251-6352

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

