



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۵، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۴

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

۹

- ۴ اثر بخشی الگوی راهنمایی و مشاوره قبل از ازدواج مبتنی بر رویکرد چند بعدی بومی نگر بر...
پرویز کریمی‌ثانی، معصومه اسمعیلی
- ۲۰ بررسی طرح‌واره‌های غالب و اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر درمان اختلال فوبی...
محمدنریمانی، معصومه خاوری
- ۴۱ اثر بخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر ملاک...
سیدعلی کیمیایی، جواد صالحی قدری، جواد غفوری نسب
- ۵۲ بررسی اثر بخشی مشاوره و درمان سوگ‌بار و یک‌کرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقا: سطح...
زهرانه منتهی‌پور، محمود گلزاری
- ۷۰ تاثیر آموزش شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، شادکامی...
سجاد بشیرپور، آزاده عباسی، عباس ابوالقاسمی
- ۸۶ بررسی اثر بخشی مداخله مبتنی بر بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی...
سیدمحسن اصغری، نکاح فاطمه بروک
- ۱۰۱ اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش...
عسکری اصغری گنجی، شکوه‌نوا بی‌نژاد
- ۱۱۶ اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر..
فرزاد نصیری، مجید محمودعلیلو، عباس بخشی‌پور رودسری
- ۱۳۴ رابطه مذهب با سلامت روان: نقش میانجی احساس شرم و گناه
زینب ربانی، ایمان الهی‌گدلی، محمود نجفی
- ۱۵۴ اثر بخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی
سمیه کهریزی، آسیه مرادی، خدایراده مؤمنی

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 ۵، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۴

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

داوران این شماره: دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرفاف، دکتر محمد جواد اصغری ابراهیم آباد، دکتر محسن اصغری نکاح، دکتر امیر امین یزدی، دکتر فرشاد بهاری، هانیه بیجاری، دکتر حسین حسن آبادی، آزاده عطاری، دکتر ابوالفضل غفاری، دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دکتر سید ابوالقاسم مهری نژاد، فاطمه میردروقی، دکتر ناصر یوسفی

کارشناس مجله : سید صادق علوی

ویراستار: دکتر حسین حسن آبادی

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 اثربخشی الگوی راهنمایی و مشاوره قبل از ازدواج مبتنی بر رویکرد چند بعدی بومی نگر ...
پروین کریمی ثانی، معصومه اسمعیلی
- ۲۰ بررسی طرح واره های غالب و اثربخشی طرح واره درمانی گروهی بر درمان اختلال فوبی...
محمد نریمانی، معصومه خاوری
- ۴۱ اثربخشی آموزش مهارت های پیش از ازدواج و مهارت های زندگی بر ملاک ...
سیدعلی کیمیایی، جواد صالحی فدردی، جواد غفوری نسب
- ۵۲ بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح...
زهرا نعمتی پور، محمود گلزاری
- ۷۰ تاثیر آموزش شیوه های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، شادکامی...
سجاد بشرپور، آزاده عباسی، عباس ابوالقاسمی
- ۸۶ بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر بازی های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی ...
سید محسن اصغری نکاح، فاطمه بروک
- ۱۰۱ اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش ...
عسکری اصغری گنجی، شکوه نوابی نژاد
- ۱۱۶ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر...
فرزاد نصیری، مجید محمودعلیلو، عباس بخشی پور رودسری
- ۱۳۴ رابطه مذهب با سلامت روان: نقش میانجی احساس شرم و گناه.
زینب ربانی، ایمان اله بیگدلی، محمود نجفی
- ۱۵۴ اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی.
سمیه کهریزی، آسیه مرادی، خدامراد مؤمنی



کیمیایی، سیدعلی؛ صالحی فدردی، جواد؛ غفوری نسب، جواد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۱)، ۴۱-۵۱.

اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد

سیدعلی کیمیایی^۱، جواد صالحی فدردی^۲، جواد غفوری نسب^۳

دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۸

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر بهبود ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود که ۲۸ نفر آنها پسر و ۵۲ نفر دختر بودند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. شرکت کنندگان به مدت ۱۶ ساعت تحت آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در ابتدا و انتهای دوره آموزشی، به پرسشنامه‌های هوش هیجانی بار-اون و ملاک‌های همسرگزینی پاسخ دادند. نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها بیانگر این است که نه تنها بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی و فرایندی انتخاب همسر دانشجویان همبستگی مثبت وجود دارد بلکه آموزش‌های ارائه شده بر افزایش هوش هیجانی مؤثر بوده است ($p < 0/01$). همچنین مشخص شد که آموزش‌های ارائه شده بر بهبود ملاک‌های همسرگزینی تأثیرگذار بوده است ($p < 0/01$). بنابراین می‌توان گفت، آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی نه تنها به تقویت هوش هیجانی می‌انجامد، بلکه با تعدیل ملاک‌های کمال‌گرایانه و بدبینانه در انتخاب همسر، افراد را در انتخاب مناسب‌ترین و نه بهترین همسر یاری می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های زندگی، مهارت‌های پیش از ازدواج، ملاک‌های همسرگزینی، هوش هیجانی

۱. دکتری مشاوره، دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، نویسنده مسؤل kimiaee@um.ac.ir

۲. دکتری روانشناسی سلامت، دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد. j.s.fadardi@um.ac.ir

۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مشاور مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد. Javad.Qafouri@outlook.com

مقدمه

ازدواج به عنوان آغازی بر تشکیل خانواده همواره مورد توجه صاحب نظران علوم انسانی و متخصصان مباحث مربوط به خانواده بوده و از این رو، یک رابطه انسانی پیچیده و بسیار ظریف است. از دلایل ازدواج می‌توان به عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضاء نیازهای عاطفی و روانی و افزایش شادی و خشنودی اشاره داشت. هر فردی که قصد ازدواج دارد بر اساس ملاک‌هایی که در ذهن خود دارد به انتخاب فرد موردنظرش مبادرت می‌ورزد.

در رابطه با ملاک‌های انتخاب همسر نظریه‌های متعددی وجود دارد که یکی از این نظریه‌ها نظریه انتخاب تصادفی است. بر این اساس انتخاب شریک زندگی همانند سایر تصمیمات اصلی زندگی فقط بر اساس تصادف اما در یک مجموعه محدود از افراد که عمدتاً شبیه به خود فرد هستند، صورت می‌گیرد (Likens & Telligent, 1993). نظریه دیگر، دیدگاه همتا همسری است که بر اساس آن، افراد در انتخاب همسر عمدتاً به شباهت‌های موجود میان خودشان توجه می‌کنند. به نظر Baron & Baron (1997) همسانی بین دو فرد آنها را به سوی هم جذب می‌کند و موجب قوام و دوام پیوند آنها با هم می‌شود. در نهایت نظریه تکمیل‌کنندگی وجود دارد که ابتدا توسط Winch در سال ۱۹۵۸ مطرح شد، به نقل از Akbaridehkordi (2006) ازدواج‌هایی موفق هستند که در آن ملاک‌های انتخاب به درستی رعایت شده باشند و طرفین از ملاک‌های خود، آگاهی و تعریفی روشن داشته باشند. به عبارت دیگر طرفین بایستی در انتخاب احساس آزادی داشته، از بلوغ عقلی و فکری لازم برخوردار بوده و بتوانند بین عقل و احساس خود تعادل ایجاد کنند. Fathiashtiani, & Ahmadi (2005). به طور کلی عوامل مؤثر بر انتظارات زناشویی عبارتند از خانواده مبدأ، فرهنگ Reid (2003)، روند اجتماعی شدن و ساختار فرصت‌ها Harris & Lee (2007). با این وجود اکثر افراد دیدگاه‌های غیرواقع‌بینانه‌ای نسبت به زندگی زناشویی دارند و انتظار دارند که همسر آنها تمام خلاءهایی که در دوران قبل از ازدواج داشتند را بر طرف کند Mansfield (2007). آموزش‌های پیش از ازدواج یکی از راه‌های پایین آوردن انتظارات غیرواقع‌بینانه می‌باشد (Sharp & Ganeng, 2004).

رضایت فرد از ازدواجش می‌تواند زمینه ساز رضایت او از خانواده و زندگی و در سطح کلان‌تر، موجب سلامت جامعه باشد Butler & Gardner (2003). برای رسیدن به این مهم بایستی انتخاب همسر مبتنی بر خودآگاهی صورت پذیرد. این معیار بیانگر آگاهی هیجانی فرد نسبت به عواطفش و تأثیرات آن، خودارزیابی صحیح و دقیق از محدودیت‌ها و نقاط قوت خود و اعتماد به نفس است. از جمله عوامل تأثیرگذار بر انتخاب‌های ما در مواقع گوناگون هوش هیجانی می‌باشد.

هوش هیجانی عبارتست از مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته (Salovey, Karouso & Siaronious, 2007; cited by Mohamadxani & Bashqareh, 2007) که به فرد کمک می‌کنند تا با درک، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساساتی که افکار را تسهیل می‌کنند آگاهی یابند (مایر، سالووی^۱، کاروسو^۲ و سیتارونیوس^۳، ۲۰۰۱، نقل از Vahidi & Vahidi, 2014). از طرف دیگر بار-اون^۴ به عنوان یکی از پیشگامان این حوزه، هوش هیجانی را دسته‌ای از مهارت‌ها، استعدادها و توانایی‌های غیرشناختی می‌داند که توانایی موفقیت فرد را در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی افزایش می‌دهد (baron, 2000). سالووی، بدل^۵، تیلور^۶ و مایر (۱۹۹۹؛ به نقل از Hanna و Nikolas, 2003) معتقدند که افراد دارای هوش هیجانی بالا در برقراری ارتباط با دنیای پیرامون خود و مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا موفق‌تر عمل می‌کنند. مفهوم هوش هیجانی به عنوان یک عامل سازمان دهنده برای تفکر و برنامه‌ریزی مریان تعلیم و تربیت به اثبات رسیده است و به کوشش‌های پراکنده‌ای که به عنوان پیشگیری اولیه محسوب می‌شود، انسجام بخشیده و آنها را در یک دیدگاه متحد ارایه می‌دهد. در مورد اکتساب هوش هیجانی می‌توان گفت که یادگیری مهارت‌های هیجانی از منزل و با تعامل کودک - والد شروع می‌شود؛ بنابراین فرصت‌های یادگیری مهارت‌های هیجانی همیشه مساوی نیست (برادبری و گریوز، به نقل از Ebrahimi, 2007).

با توجه به اینکه دستیابی به سازگاری زناشویی مستلزم وجود مجموعه‌ای از آگاهی‌ها و اطلاعات در زمینه انتخاب همسر است، بنابراین ضرورت آموزش‌های پیش از ازدواج برای کمک به افراد جهت کسب آگاهی و مهارت لازم، احساس می‌شود (Omidvar & et al, 2008). کارآمد بودن آموزش‌های پیش از ازدواج توسط پژوهشگران مختلفی تأیید شده است (Khamseh, 2001; Sharp & Ganeng, 2004; Stanley & et al, 2006). همچنین اخیراً تحقیقات گسترده‌ای در خصوص اختلال در هوش هیجانی و اثرات آن بر کیفیت زندگی، موفقیت شغلی و تحصیلی، مقاومت در برابر استرس، سلامتی و کیفیت روابط اجتماعی و ازدواجی صورت گرفته است (Nelis & et al, 2009; Astin, Kevind & Johnson, 2009; Tile, 2007; citedby Mamey & Heidari, 2012; Vanroy, 2006; Sakolfsky & Eigan, 2005 cited by Mohamadxani & Bashqareh, 2007).

اصولاً انسان برای زندگی اجتماعی خود به مهارت‌های متعددی نیازمند است که از آن جمله به مهارت‌های زندگی می‌توان اشاره کرد. مهارت‌های زندگی به زوجین کمک می‌کنند تا فزون ارتباطی صحیح

1. Salovy
2. Karouso
3. Sitaronious
4. Bar-on
5. Bedel
6. Taylor

و درک متقابل خود را افزایش دهند (Lavasani, 2005). مهارت‌های زندگی در کنار ارتقای سازگاری افراد با خود، دیگران و محیط زندگی‌شان، به آنها می‌آموزد که در طول زندگی به ویژه در موقعیت‌های پرخطر چگونه عاقلانه و صحیح رفتار کنند (Lavasani, 2005). بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های پیش از ازدواج بر ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود.

جامعه آماری، حجم نمونه، روش انجام پژوهش

جامعه آماری عبارت بودند از کلیه دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد که پس از دادن فراخوان، از بین افراد ثبت نام کننده برای دوره آموزشی، ۴۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۴۰ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. ملاک اصلی برای انتخاب اعضای نمونه، پایین بودن بودن نمره هوش هیجانی و همچنین نمره پایین در ملاک‌های محتوایی و فرایندی پرسشنامه ملاک‌های همسرگزینی بود. همچنین اعضای نمونه از لحاظ جنسیت و سال ورود به دانشگاه نیز مورد هم‌تاسازی قرار گرفتند. بدین صورت که در هر دو گروه تعداد خانم‌ها و آقایان بر اساس توزیع طبقه‌ای کنترل شد و همچنین تلاش شد تا نمونه‌گیری از بین دانشجویان سال‌های آخر دوره‌های کارشناسی و ارشد باشد. ملاک ورود به پژوهش نداشتن سابقه اختلالات روانی و نداشتن سابقه ازدواج بود که از طریق چک لیست ارزیابی کنترل شد. ابتدا هر دو گروه پرسشنامه‌های هوش هیجانی و ملاک‌های همسرگزینی را پاسخ دادند و سپس برنامه آموزشی طی دو روز کارگاه ۱۶ ساعته در زمینه‌های مهارت‌های زندگی و مهارت‌های پیش از ازدواج برای گروه آزمایش اجرا شد. در انتهای دوره هم آزمودنی‌ها مجدداً با ابزارهای معرفی شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، به افراد گروه کنترل نیز در پایان دوره، آموزش‌های لازم ارائه شد. ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

۱- پرسشنامه هوش هیجانی بار - اون: این مقیاس برای اولین بار توسط بار - اون در سال ۱۹۸۰

تنظیم شد. مقیاس هوش هیجانی او دارای پنج مقیاس (مهارت‌های درون فردی، مقابله با فشار، سازگاری، خلق و کار) و پانزده خرده مقیاس است. پاسخ‌های آزمون نیز در روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای در طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدودی، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. پایایی این آزمون به روش دو نیمه کردن ۰/۹۹ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ نرم شده است (Samoei & et al, 2005).

۲- پرسشنامه ملاک‌های همسرگزینی: یک پرسشنامه ۶۶ عبارتی که بر اساس مطالعه متون پژوهشی و نظری داخل و خارج کشور درباره همسرگزینی تهیه و تدوین شده است. عبارات پرسشنامه ۲ دسته ملاک محتوایی و فرایندی در همسرگزینی را مورد بررسی قرار می‌دهد. پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت به صورت نمرات ۱ تا ۵ برای «بسیار بی اهمیت» تا «بسیار مهم» با در نظر گرفتن دو موقعیت مهم «هنگام ازدواج» و «اکنون» نمره گذاری می‌شود. با توجه به چند ارزشی بودن پاسخ‌ها، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ اعتبار کل آزمون $0/88$ و اعتبار پرسشنامه در بعد فرایندی $0/85$ و در بعد محتوایی $0/74$ محاسبه شد. با استفاده از روش تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، رویی سازه پرسشنامه در دو عامل محتوایی و فرایندی، تبیین کننده $0/75$ واریانس کل پرسشنامه است (Sanaeizaker, 2008).

یافته‌های پژوهشی

هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان اثربخشی آموزش‌های مهارت‌های زندگی و مهارت‌های پیش از ازدواج بر ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان بود. در این بخش پس از بیان آمار توصیفی متغیرهای پژوهش، به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن و توزیع شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک جنسیت و گروه

گروه		جنسیت		سن	
		فراوانی	درصد فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	دختر	۲۳	۵۷	۲۲	۲/۵۵
	پسر	۱۷	۴۳	۲۶	۵/۰۹
آزمایش	دختر	۲۹	۷۲	۲۳	۲/۵۹
	پسر	۱۱	۲۸	۲۶	۵/۲

نتایج جدول ۱ بیانگر این است که ۵۷٪ شرکت کنندگان گروه کنترل دختر و ۴۳٪ پسر هستند و در گروه آزمایش نیز ۷۲٪ شرکت کنندگان دختر و ۲۸٪ پسر می‌باشند. همچنین میانگین سنی برای دختران در گروه کنترل ($M=22, SD=2/55$) و پسران ($M=26, SD=5/09$) و در گروه آزمایش برای دختران ($SD=2/59, M=23$) و برای پسران ($SD=5/2, M=26$) می‌باشد. جدول ۲ نشان دهنده میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در هر دو گروه در پیش/پس آزمون است. همچنین نتایج آزمون بررسی نرمال بودن داده‌ها نیز ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
S_x	X	S_x	X		
۱۶	۲۵۷	۱۶/۱۸	۲۵۷/۵۸	کنترل	هوش هیجانی
۱۱/۹۲	۲۷۶/۶۸	۱۴/۸۸	۲۶۰/۵۱	آزمایشی	
۵/۵۳	۴۱/۸۴	۵/۳۹	۴۲/۲۸	کنترل	ملاک‌های فرایندی
۴/۱۰	۵۲/۴۸	۳/۷۸	۴۳/۲۳	آزمایشی	
۴/۱۴	۴۵/۱۴	۴/۱۸	۴۵/۴	کنترل	ملاک‌های محتوایی
۴/۴۴	۴۹/۶	۳/۶۸	۴۷/۴۸	آزمایشی	

به منظور اطمینان از وجود رابطه علمی و خطی بین متغیرهای وابسته پژوهش ابتدا پژوهش گران به کمک آزمون همبستگی پیرسون رابطه بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی و فرایندی انتخاب همسر دانشجویان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج بدست آمده در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. بررسی همبستگی بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی و ملاک‌های فرایندی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
هوش هیجانی	ملاک‌های فرایندی	۰/۵۸	۰/۰۰۰	۴۰
	ملاک‌های محتوایی	۰/۴۰	۰/۰۰۰	۴۰

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که رابطه مستقیم و معناداری بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی ($r=0/40, P<0/001$) و ملاک‌های فرایندی ($r=0/58, P<0/001$) وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه در پس آزمون، مناسب‌ترین آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه می‌باشد. پیش از اجرای این آزمون، پیشفرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴. نتایج بررسی پیشفرض‌های مربوط به اجرای تحلیل کوواریانس یک راهه

متغیرها	همگنی واریانس‌ها		همگنی شیب‌های رگرسیونی	
	لوین	سطح معناداری	F کوواریانس	سطح معناداری
هوش هیجانی	۵/۲۱	۰/۰۲	۱۵۰/۲۹	۰/۰۰۰
ملاک‌های فرایندی	۷/۶۱	۰/۰۱	۳۹/۷۳	۰/۰۰۰
ملاک‌های محتوایی	۸	۰/۰۱	۴۲/۳۲	۰/۰۰۰

به دلیل رعایت نشدن پیشفرض‌های تحلیل کوواریانس، از آزمون تی همبسته و تی مستقل برای بررسی فرضیه‌ها استفاده شد. نتایج بدست آمده برای گروه کنترل نشان دهنده معنادار نشدن تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه کنترل در هوش هیجانی ($t=1/126, P>0/05$) و ملاک‌های محتوایی ($t=1/908, P>0/05$) و ملاک‌های فرایندی ($t=1/066, P>0/05$) می‌باشد.

جدول ۵. نتایج آزمون تی همبسته برای گروه کنترل در متغیرهای هوش هیجانی**و ملاک‌های همسرگزینی برای گروه کنترل**

متغیر	نمره t	درجه آزادی	معناداری
هوش هیجانی	۱/۱۲۶	۳۹	۰/۲۶۶
ملاک‌های محتوایی	۱/۹۰۸	۳۹	۰/۰۷
ملاک‌های فرایندی	۱/۰۶۶	۳۹	۰/۲۹۱

جدول ۶. نتایج آزمون تی همبسته برای گروه کنترل در متغیرهای هوش هیجانی**و ملاک‌های همسرگزینی برای گروه آزمایش**

متغیر	نمره t	درجه آزادی	معناداری
هوش هیجانی	۸/۶۴۷	۳۹	۰/۰۰۰
ملاک‌های محتوایی	۵/۸۹۸	۳۹	۰/۰۰۰
ملاک‌های فرایندی	۳/۴۲۶	۳۹	۰/۰۱

اما از سوی دیگر نتایج انجام آزمون تی همبسته برای گروه آزمایش نشان داد که تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش معنادار شده است. بر این اساس متغیرهای هوش هیجانی ($t=۸/۶۴۷, P<۰/۰۰۱$)، ملاک‌های محتوایی ($t=۵/۸۹۸, P<۰/۰۰۱$) و ملاک‌های فرایندی ($t=۳/۴۲۶, P>۰/۰۵$) دارای تفاوت معناداری در میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشند. برای بررسی اثربخشی آموزش‌های ارائه شده بر گروه آزمایش و همچنین مقایسه آن با گروه کنترل، تفاوت میانگین‌های متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون و پیش‌آزمون در هر دو گروه با هم مقایسه شد. این کار از طریق آزمون تی مستقل انجام شد.

جدول ۷. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه اختلاف نمرات پیش/پس آزمون**متغیرهای پژوهش در گروه کنترل و آزمایش**

متغیر	گروه	میانگین اختلاف پیش/پس آزمون	نمره t	درجه آزادی	معناداری
هوش هیجانی	کنترل	۰/۹۲	۸/۹۷	۷۸	۰/۰۰۰
	آزمایش	۲۱/۶۵			
ملاک‌های محتوایی	کنترل	۰/۱۵	۸/۷۶	۷۸	۰/۰۰۰
	آزمایش	۲/۶۵			
ملاک‌های فرایندی	کنترل	۰/۲۲	۳/۴۷	۷۸	۰/۰۰۱
	آزمایش	۷/۴۷			

با توجه به نتایج بدست آمده از اجرای آزمون تی مستقل مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین اختلاف پیش/پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروه کنترل و آزمایش معنادار شده است ($P < 0/01$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که آموزش‌های ارائه شده توانسته در بهبود ملاک‌های همسرگزینی و افزایش هوش هیجانی گروه آزمایش تأثیرگذار باشد.

نتیجه

هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر تقویت هوش هیجانی و ملاک‌های انتخاب همسر در دانشجویان بوده است. نتایج بدست آمده از تحلیل آماری حاکی از معنادار بودن اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر افزایش هوش هیجانی و ملاک‌های انتخاب همسر و همچنین وجود رابطه مستقیم و معنادار بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی و فرایندی است.

هوش هیجانی مؤلفه‌ای است که نشانگر توانایی افراد در درک احساسات و افکار به صورت کامل و ارزیابی مسائل به صورتی کارآمد است؛ به طوری که افراد توانمندی مقابله با استرس‌ها و چالش‌ها را پیدا می‌کنند. از سوی دیگر مهارت‌های زندگی توانایی‌های روانی اجتماعی هستند برای رفتار انطباقی و مؤثر که افراد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثری با ضروریات و چالش‌های زندگی روزمره مقابله کنند (WHO, 1997; cited by Yarmohamadivassel & et al, 2012). این توانایی‌ها افراد را قادر می‌سازد تا در رابطه با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود، مثبت و سازگارانه عمل کند و سلامت روانی خود را تأمین نماید (WHO, 1997; cited by Jahanimaleki & et al, 2010). پژوهش‌های انجام شده در داخل بیانگر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش مهارت‌های مقابله با استرس‌های زندگی است (Samari & Lae'lifaz, 2005). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده این است که افراد دارای سطح مهارت زندگی بالا، درباره توانایی‌های خود نگرش مثبت تری برای رویارویی با مسائل مهم دارند. همچنین مهارت‌های زندگی موجب افزایش قدرت تصمیم‌گیری و توانایی مسأله‌گشایی و در نهایت افزایش سلامت روان می‌شود (Jahanimaleki & et al, 2010). نتایج بدست آمده توسط Keshavarzafshar & et al (2010) نیز بیانگر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود الگوهای ارتباطی افراد است. مسأله‌ای که توسط Jakobsen (1997)، Bernstien & et al (1981)، Vinsent & et al (1990)، Shirali (2006) نیز تأیید شده است.

همچنین در این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر بهبود ملاک‌های همسرگزینی پرداخته شد که نتایج بیانگر معنادار بودن و تأیید این فرضیه است.

نتایج بدست آمده در این پژوهش همسو با نتایج بدست آمده توسط Omidvar & et al (2008) است که دریافتند آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج تأثیر معناداری بر افزایش عملکرد افراد در انتخاب همسر نسبت به گروه گواه دارد. هم چنین Olson & Grovatt (1968) و Doval (1965) دریافتند که آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج در نگرش‌ها، انتظارات و ادراک‌های دانشجویان نسبت به ازدواج ایجاد می‌کنند. ملاک‌های محتوایی عبارتند از خصوصیات انتسابی که همراه فرد هستند. نتایج پژوهش نشان‌دهنده بهبود میانگین شرکت کنندگان در این ملاک است. بدین معنا که افراد شرکت کننده، پس از اتمام دوره آموزشی توجه بیشتری به ملاک‌هایی نظیر سن، تحصیلات و شغل داشته‌اند. توجه به این ملاک‌ها و تلاش برای ایجاد تفاهم در این زمینه‌ها می‌تواند تضمین کننده سازگاری زناشویی در آینده باشد. یافته‌های Fathiashtiani & Ahmadi (2003) تأییدی بر این مسأله می‌باشد. در مقابل ملاک‌های فرایندی عبارتند از کنش‌ها و فرایندهای سازماندهی کننده سیستم خانواده مانند مهارت‌های حل مسأله، عشق، مسئولیت‌پذیری و دیگر عوامل. همانطور که اشاره شد، آموزش مهارت‌های زندگی توانسته است موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و تصمیم‌گیری شود و این مسأله موجب افزایش میانگین دانشجویان در ملاک‌های فرایندی شده است. توجه به این دسته ملاک‌ها موجب افزایش توانمندی افراد در سازگاری زناشویی می‌شود. در ازدواج‌های موفق یکسری نیازهای روانی از جمله عشق و علاقه، مصاحبت و همراهی و تأمین امنیت برآورده می‌شوند (Fathiashtiani & Ahmadi, 2003). زوجین در زندگی خود، چه در آغاز و چه در ادامه روند زندگی، با تکالیف متعددی روبرو می‌شوند که بایستی در جهت حل و فصل کارآمد آنها تلاش کنند. این فرایند قابل آموزش است (Hosaini, 1998; Minuchin, 2009) و بایستی از طریق آموزش شیوه‌ها و مهارت‌های مختلف برای تفاهم با همسر انجام پذیرد.

در نتیجه پژوهش حاضر نه تنها بر اهمیت آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی در بین جوانان تأکید می‌کند، بلکه نشان می‌دهد این آموزش‌ها به تقویت هوش هیجانی کمک نموده و با تعدیل ملاک‌های کمال‌گرایانه و بدبینانه جوانان در انتخاب همسر، آنها را در انتخابی واقع بینانه مبنی بر یافتن مناسب‌ترین و نه بهترین شریک برای زندگی، در فرایند انتخاب همسر یاری می‌دهد.

References

- Ali akbari dehkordi, M. (2006). Considering marriage factors in young females in Ahvaz. *Journal of Shahed university*. 14. 25. 24-33 (in Persian)
- Baron.R. Bayron.D. (1997).social psychology. A Viacom company
- Bradberi, T; Grievs, J. (2007). What is EQ and why it is most important then IQ? (Translated by: Hadi Ebrahimi). Tehran. Nasle no andish pub. (in Persian)
- Butler,M.h; & Gardner,B.C. (2003). adapting enactments to couple reactivity:Five developmental stages.*Journal of Marital and Family therapy*,29,311-327.
- Fathi ashtiani, A; Ahmadi, Kh.(2005). Considering seucced and unsucced marriages among collage students. *Journal of knowledge behaviors*. 11. 7. 9-11 (in Persian)
- Harris, K. M., & Lee, H. (2007). The development of marriage expectations, attitudes,desire from adolescence into young adulthood. Unpublished master thesis,University of North Carolina
- Hosaini, M. (1998). Marriage and family counseling. Tehran. Avaye nour pub [in Persian]
- Jahani maleki, S; Sharifi, M; Jahani maleki, R; Nazari Boulani, G. (2010). Relation among level of awareness about life skills with self-efficacy in students of Shahid beheshti university. *Journal of new researches in psychology*. 6. 22. 19-49 (in Persian)
- Jones. G. D; Nelson. E. S.(1999). Exceptions of marriage among college students from intact and non-intact homes. *Journal of divorce and remarriage*. 26. 1. 171-189
- Khamseh, A. (2001). Pre marriage training. Tehran. Women research house [in Persian]
- Lykken,D.T. &Tellegen, A.(1993). Is human mating adventitious or the result of lawful choice? *Journal of personality and social psychology*.65.1.56-58
- Mami, Sh; Vahidi, A. (2012). Relation among EQ and general intelligence with mental health of students of Ilam azad university. *Journal of Human sciences researches*. 4. 20. 59-76 [in Persian]
- Mansfield, J. (2007). Unrealistic marital expectations [On-Line]. Available:www.lamorapsych.com/knowledgebase/entry.
- Minuchin, S. (2001). Family and family therapy. (translated by; Baqersanaei). Tehran. Amirkabir pub (in Persian)
- Mohamadkhani,Sh; Bashqareh, R. (2007). Emotional intelligence and coping styles as predictors of general health. *Journal of research in psychological healthy*. 2.1.37-48
- Nelis, D.; Quoidbach, J.; Mikolajczak, M. &Hansenne M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible: *journal of personality and Individual differences*. P. 36-37.
- Olson, D. H., & Gravatt, E. (1968). Attitude change in a functional marriage course. *The Family Coordinator*, 17(2), 99-104.
- Olson. D. H; Gravatt. E.(1968). Attitude change in functional marriage course. *The family coordinator*. 17. 2. 99-104
- Omidvar, B; Fatehizadeh, M; Ahmadi, A. (2008). Considering effectiveness of pre marital trainings on marital expectations in married students of Shiraz. *Journal of researching in family*. 5. 18. 231-246. (in Persian)
- Quoidbach, J. &Hansenne, M. (2009). The impact of trait emotional intelligence on nursing team performance and cohesiveness. *Journal of professional nursing*, 25(1), 23-29.

- Reid, J. M. (2003). You want me what? Family and Consumer Science [On-Line]. Available: www.ohioline.osu.edu/flm.
- Samari, A; Lali faz, A. (2004). Considering effectiveness of life skills trainings on family stresses and social acceptance. Journal of mental health priciples. 7. 25. 47-55 (in Persian)
- Sharp, E.A; Ganeng , L.H.(2004). Raising awareness about marital expectations. Are unrealistic beliefs changed by integrative teaching? New haery C t:yale University press.
- Stanley. S. M; Amato. P. R; Johnson. C. A; Markman. H. J.(2006). Premarital education, marital quality and marital stability: findings from a large random household survey. Journal of family psychology. 20. 1. 117-126
- Vanroy, S. (2006). Emotional intelligence training and its effects on aggression in offender adolescents. Journal of personality. 37. P 68-70.
- Yar mohamadi vassel; M; Narenji ha, H; Rafiei, H. (2009). To design and evaluating life skills inventory in substance abusers. Journal of social walfare. 10. 39. 151-177 (in Persian)



نریمانی، محمد؛ خاوری، معصومه (۱۳۹۴). بررسی طرح واره‌های غالب و اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی بر درمان اختلال فوبی اجتماعی در دانش آموزان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۱)، ۴۰-۲۰.

بررسی طرح واره‌های غالب و اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی بر درمان اختلال فوبی اجتماعی در دانش آموزان

محمد نریمانی^۱، معصومه خاوری^۲

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۶ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین طرح واره‌های غالب و اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی بر درمان دانش آموزان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی بود. روش مطالعه آزمایشی، و طرح آن پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. به منظور انجام این پژوهش در مرحله شناسایی طرح واره‌ها، ۳۰ و مرحله درمان، ۱۶ دانش آموز دختر دارای فوبی اجتماعی به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس افراد نمونه در مرحله درمان بصورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) قرار داده شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از پرسشنامه‌های فوبیای اجتماعی و طرح واره. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۵ جلسه (۱۲۰ دقیقه‌ای) تحت طرح واره درمانی گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون T مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد: طرح واره درمانی گروهی شدت علائم فوبیای اجتماعی و طرح واره‌های محرومیت هیجانی، رهاسدگی/ بی‌ثباتی، شکست و ایثار را کاهش می‌دهد و فراوان‌ترین طرح واره‌ها: ایثار، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی، خویش‌داری و خود انطباقی ناکافی، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست، استحقاق و بزرگ منشی شناسایی شدند. به نظر می‌رسد طرح واره درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی اثربخش در کاهش علائم دانش آموزان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی در نظر گرفته شود. طرح واره درمانی گروهی می‌تواند در کاهش علائم اختلال فوبی اجتماعی در دانش آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی اثربخش باشد.

کلیدواژه‌ها: طرح واره درمانی، فوبی اجتماعی، طرح واره‌های ناسازگار اولیه

۱. استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، narimani@uma.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی آموزش و پرورش، m.khavari57@gmail.com

مقدمه

اختلال فوبی اجتماعی^۱ عبارت از ترس از موقعیت‌های اجتماعی، مشتمل بر موقعیت‌هایی که در آنها نوعی موشکافی یا ارتباط با غریبه‌ها وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی از این می‌ترسند که در موقعیت‌های اجتماعی مانند بودن در جمع افراد و سخنرانی کردن در حضور دیگران، دچار شرمساری^۲ شوند. آنها ممکن است ترس‌های خاصی در خصوص فعالیت‌هایی از قبیل نوشتن و غذا خوردن در جمع، یا نوعی ترس مبهم در رابطه با شرمسار شدن خود داشته باشند (Sadock, & Sadock, 2007). از جمله علایمی که در مبتلایان به اختلال فوبی اجتماعی به وفور دیده می‌شود می‌توان به سرخ شدن چهره و تعریق شدید اشاره نمود (Davison, Neale & kring, 2004). این نشانگان به شدت با آسیب‌پذیری برای چندین حالت روانپزشکی تضعیف‌کننده، مرتبط است (Stein et al., 2001).

روانشناسان بالینی و همه گیرشناسی عموماً توافق دارند که اختلال فوبی اجتماعی دارای یک شروع اولیه است. این شروع اغلب در دوران کودکی یا نوجوانی است و اوج سن آغاز حدوداً ۱۵/۵ ساله است (Timothy, & Barlom, 2007) و (Heimberg, Stein, Hiripi, & Kessler 2000) در تحقیقی نشان دادند که شیوع اختلال فوبی اجتماعی در ۴ دهه گذشته افزایش یافته است. میزان شیوع فوبی اجتماعی در ۱۲ ماه بین ۶/۸ تا ۷/۴ درصد و در طول عمر ۱۳/۳ درصد می‌باشد (Kessler et al., 2005). همچنین اختلال فوبی اجتماعی بین ۳ تا ۱۳ درصد در جمعیت بزرگسال، گزارش شده است (Murray et al., 2007). اختلال فوبی اجتماعی بعد از افسردگی اساسی (۱۷٪) و وابستگی به الکل (۱۴٪)، سومین اختلال روانی^۳ شایع آمریکا است (Crozier, & Alden, 2005).

نظریه‌های درمانی معاصر بر نقش فرایندهای شناختی در تداوم اختلال فوبی اجتماعی تأکید داشته‌اند (Hofmann, 2007). از جمله مهم‌ترین مداخله‌های رفتاری-شناختی می‌توان به درمان شناختی-رفتاری بک (Beck et al., 1979)، آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس^۴ (Meichenbaum, 1977) (1990)، درمانگری رفتاری هیجانی-عقلانی (Ellis, 1992, 1997)، به نقل از (Jon bozorgi, 2003) و طرح واره درمانی^۵ (Young, Klosko, & Weishaar (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, 2007)] اشاره نمود.

-
1. social phobia disorder
 2. embarrassment
 3. mental disorder
 4. stress inoculation training
 5. shema therapy

در مدل درمان رفتاری-شناختی هیمبرگ، پیشرفت درمانی به دنبال تغییر در طرح‌واره‌های شناختی روی می‌دهد، به ویژه هنگامی که به طور مستقیم باورهای نادرست بیمار اصلاح گردند و یا با بهره‌گیری از طرح‌واره‌های دیگر، غیرفعال شوند (Rapee, & Heimberg, 1997). طرح‌واره‌های اضطراب، مرکب از باورها و مفروضاتی در مورد خطر و ناتوانی در مقابله با آن هستند (Beck et al., 1979).

برخی از بیماران که برای درمان اختلالات محور I مثل اضطراب مراجعه می‌کنند، نمی‌توانند روند درمان رفتاری-شناختی را با موفقیت پشت سر بگذارند، یا به محض پایان درمان، مشکل شان عود می‌کند حال آنکه مفید بودن طرح‌واره درمانی در درمان اضطراب مزمن^۱ تأیید شده است (Young et al., 2003) [Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)].

طرح‌واره درمانی یکی از اولین رویکردهای جامع و یکپارچه^۲ است که جنبه‌هایی از مدل‌های شناختی، رفتاری، روان‌پویایی^۳، دلبستگی^۴ و گشتالت^۵ را درهم می‌آمیزد. طرح‌واره درمانی اگر چه مؤلفه‌های شناختی و درمانی را برای درمان ضروری می‌داند، با این حال به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی^۶ و روابط درمانی نیز اهمیت می‌دهد (Young et al., 2003) [Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)].

Young ۱۸ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه^۷ را معرفی کرده است که عبارتند از: رهاشدگی/ بی-ثباتی^۸، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری^۹، محرومیت هیجانی^{۱۰}، نقص/ شرم^{۱۱}، خودتحوّل نیافته/ گرفتار^{۱۲}، وابستگی/ بی‌کفایتی^{۱۳}، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^{۱۴}، انزوای اجتماعی/ بیگانگی^{۱۵}، شکست^{۱۶}، استحقاق/ بزرگ‌منشی^{۱۷}، خویش‌نوازی و خود-انضباطی ناکافی^{۱۸}، اطاعت^{۱۹}، ایثار^{۲۰}،

1. major anxiety
2. integrated
3. psychodynamic
4. attachment
5. geshtalt
6. experiential
7. earlier maladaptive schemas
8. abandonment/ instability
9. mistrust/ abuse
10. emotional deprivation
11. defectiveness/ shame
12. enmeshment/ undeveloped Self
13. dependence/incompetence
14. vulnerability to harm or illness
15. social isolation/ alienation
16. failure
17. entitlement/ grandiosity
18. insufficient self-control/ self-discipline
19. acting out
20. subjugation

پذیرش جویی/ جلب توجه^۱، منفی گرایی/ بدبینی^۲، بازداری هیجانی^۳، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی^۴ و تنبیه^۵. [Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)]

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اغلب زیر بنای نشانه‌های مزمن اختلالات محور I مثل اضطراب به شمار می‌آید. [Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)] برآورد کمی طرح‌واره ناهنجار در افراد نگران و غیر نگران اجتماعی حاکی از آن است که طرح‌واره‌های خود مربوط به ترس افراد نگران با درجاتی از ناهنجاری مشخص می‌شود (Wenzel et al., (2007)). مطالعه اختفاء ۶ خود در اضطراب اجتماعی، نشان داد که طرح‌واره برون رانی (انفصال) مرکزی ۷ با اضطراب اجتماعی رابطه دارد. طرح‌واره برون رانی مرکزی یک راه اصلی ۸ را برای ارزیابی مؤلفه‌ی شناختی مرکزی بالقوه اختلال اضطراب اجتماعی ارائه می‌دهد (Thomas et al., (2009)).

Pinto-Govveia et al., (2006) در مطالعه‌ای نشان دادند که بیماران فوبی اجتماعی نسبت به سایر بیماران اضطرابی سطوح بالایی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه‌ی بریدگی/ طرد (طرح‌واره‌های ناسازگار بی‌ثباتی/ رهاشدگی) و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی بد رفتاری، انزوای اجتماعی، نقص، استحقاق، محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه/ شرم را دارند.

افراد مبتلا به فوبی اجتماعی از دیدگاه‌های درمانی خاصی برای طرح‌واره‌های ناسازگار بهره می‌گیرند بدین صورت که با استفاده از درمان متمرکز بر طرح‌واره، نحوه به وجود آمدن این باورهای مرکزی را از طریق روش بازسازی شناختی با تمرکز بالای هیجانی-بین فردی ریشه‌یابی می‌کنند (Pinto-Govveia et al., (2006)).

طرح‌واره درمانی می‌تواند در درمان اختلالات اضطرابی و خلقی مؤثر باشد (به خصوص اگر با استفاده از مدل طرح‌واره باشد (Young, & Mattila, (2002)). چنانکه Wang et al., (2010) و Morrison, (2000) نشان دادند که بیمارانی که مشکلات دیرینه و پیچیده‌ای داشت علایم افسردگی و اضطرابش به حد نرمالی کاهش پیدا کرد.

در مطالعه Cockram, Drummond, & Lee., (2010) سربازان جنگ ویتنام مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به افرادی که چنین تشخیصی نداشتند نمرات طرح‌واره بالاتری دارا بودند، که

1. Approval- seeking/ recognition-seeking
2. negativity/ pessimism
3. emotional inhibition
4. unrelenting standards/ hypercriticalness
5. panitiveness
6. hiding
7. core Extrusion Schema
8. avenue

نشان دهنده اهمیت نقش طرح‌واره در گسترش و تداوم آن می‌باشد. در مطالعه بعدی آنان، با وجود سطوح مشابه طرح‌واره‌ها، و علایم افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه هر دو گروه در شروع درمان، گروهی از سربازان که طرح‌واره درمانی دریافت نمودند، در مقایسه با سربازانی که برنامه رفتاری شناختی را به اتمام رساندند، کاهش معنی‌داری بیشتری در میزان علایم اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب، افسردگی و ۱۷ طرح‌واره نشان دادند.

Nordahl, & Nysaeter, (2005) و Salavati, (2007) نشان دادند که طرح‌واره درمانی موجب کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است. (Brackema, & Spinhaven, 2008) نیز در بررسی اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی در درمان اختلالات اضطرابی با خوشه مرضی^۱ اختلالات شخصیت به این نتیجه رسیدند که درمان اختلالات دو محور با هر دو شیوه درمانی توأماً، مؤثرتر است. همچنین Hamid Pur et al., (2010) به این نتیجه رسید که طرح‌واره درمانی موجب کاهش شدت علایم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شده است. (Abedi, 2009) نیز نشان داد که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنی‌دار نمرات و علایم اضطراب دانش‌آموزان دختر سال سوم راهنمایی می‌شود.

با توجه به شیوع بالای اختلال فوبی اجتماعی، تبعات منفی این اختلال بر جنبه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی بیماران، تازگی شیوه‌ی درمانی و عدم وجود پژوهش در این زمینه در داخل و خارج از کشور با توجه به بررسی‌های به عمل آمده، انجام چنین تحقیقی ضرورت می‌یابد. از این رو در این پژوهش سعی بر این شد که برای اولین بار به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر کاهش شدت اختلال فوبی اجتماعی دانش‌آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به آن و ترمیم طرح‌واره‌های ناسازگار آنان پرداخته شود و به این سؤال پاسخ داده شود که؛ طرح‌واره‌های غالب مبتلایان به اختلال فوبی اجتماعی کدامند؟

روش

روش این مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر پایه‌ی دوم دبیرستان‌های دولتی شهرستان رزن استان همدان بودند که در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹ اشتغال به تحصیل داشتند. از این میان دانش‌آموزانی که دارای ضوابط ورود بودند، با روش تصادفی ساده ۳۰ نفر به منظور تعیین طرح‌واره‌های غالب گروهی و ۱۶ نفر از آنها (این

1. comorbid cluster

تعداد مناسب به نظر می‌رسد. (Gunilla Klensmeden, (2008)؛ Brackema, & Spinhaven, (2008) به عنوان نمونه مقدماتی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. هر چند که پژوهشگر ابتدا نمونه پژوهش را ۱۰ نفر در هر گروه انتخاب کرد تا پیامدهای افت آزمودنی نیز در نظر گرفته شده باشد.

ضوابط ورود: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال فوبی اجتماعی براساس *DSM-IV-IR*، تشخیص اختلال فوبی اجتماعی تشخیص اصلی و اولیه باشد، تکمیل فرم رضایت درمان.

معیارهای خروج: غیبت بیش از ۲ جلسه.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر بکار برده شد.

۱- مصاحبه ساختار یافته بالینی:

مصاحبه ساختار یافته بالینی ابزاری به منظور تشخیص گذاری براساس ملاک‌های تشخیص چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی است. این ابزار دو نسخه اصلی دارد: *SCID-I* که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان پزشکی (محور یک در *DSM-IV*) می‌پردازد. *SCID-II* این فرم به ارزیابی اختلال‌های شخصیت (محور دو در *DSM-IV*) می‌پردازد. (Bakhtiari, (2000 ضریب پایایی *SCID-II* را در جمعیت ایرانی به روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش کرده است.

۲- پرسشنامه فوبی اجتماعی:

این مقیاس نخستین بار توسط Connor, et al., (2000) به منظور ارزیابی فوبی اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک می‌باشد. هر ماده یا سؤال براساس مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای درجه بندی می‌گردد. Connor, et al., (2000) پایایی به روش باز آزمایی پرسشنامه را برابر ضریب همبستگی در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۸۹، همسانی درونی یا ضریب آلفا را برابر ۰/۹۴، روایی همگرا در مقایسه با نمرات مقیاس فوبیای اجتماعی فرم کوتاه^۱، (Davison, Neale, & Kring, (2004؛ به نقل از Connor, et al., (2000 با ضرایب همبستگی در دامنه‌ای از ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ و اعتبار سازه‌ای را مطلوب گزارش کرده‌اند.

همچنین روایی سازه در مقایسه‌ی نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال فوبی اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص اختلال روانی، بررسی شده که تفاوت معناداری با هم نشان داده‌اند و این حاکی از روایی سازه‌ی بالای این پرسشنامه می‌باشد Connor, et

(2000) al., نقطه‌ی برش این پرسشنامه ۱۹، با کارآیی یا دقت تشخیصی ۰/۷۹ می‌باشد Davison, Neale, (2004) Kring, &؛ به نقل از Connor, et al., (2000) . Abdi, (2003) در پژوهش خود همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است.

۳- پرسشنامه طرح واره یانگ (فرم کوتاه):

پرسشنامه طرح واره یانگ فرم کوتاه Schmidt, et al., (1995) یک ابزار اندازه‌گیری خودگزارشی به منظور ارزیابی طرح واره‌ها است. این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم می‌باشد که پانزده طرح واره‌ی ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. هر آیتم بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرح واره را می‌سنجد. چنانچه میانگین نمره هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۳ باشد آن طرح واره ناکارآمد خواهد بود (Nordhal, Holth, & Haugum, 2005).

Rijkeboe, van den Berghb, & van den Bout, (2005) ضریب پایایی پرسشنامه را بین دو نیمه

۰/۸۷ تا ۰/۶۸ و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی ۶ هفته را ۰/۸۳ گزارش کردند.

اعتبار پرسشنامه به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۶ بود (Waller, Meyer & Hanian, 2002)؛ به نقل از Sadughi, et al., (2007). اعتبار پرسشنامه در بررسی Sadughi, et al., (2007) به وسیله‌ی آلفای کرونباخ در دامنه‌ی ای از ۶۰ تا ۹۰ و آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ به دست آمد و دقت در طبقه‌بندی آزمودنی‌ها را ۰/۸۷ گزارش شده است، که نشان دهنده‌ی روایی تشخیص این مقیاس می‌باشد.

روش اجرای جلسات درمانی بدین صورت بود که: طی یک جلسه گروهی منطبق با درمان و هدف پژوهشی درمان توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی ورود به درمان توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید و به آنها اطمینان داده شد که کلیه‌ی اطلاعات آنان نزد درمانگر محفوظ خواهد ماند. سپس برای همه‌ی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های فوبی اجتماعی و طرح واره یانگ (فرم کوتاه) به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. در مرحله بعدی آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند و با گروه طرح واره درمانی قرار داد درمانی بسته شد. لازم به ذکر است که با سه جلسه غیبت، آزمودنی از گروه درمان خارج می‌شد. طرح واره درمانی گروهی دو بار در هفته به مدت دو ساعت، و کلاً ۱۵ جلسه Brackema, & Spinhaven, (2008) توسط پژوهشگر بر اساس پروتکل درمانی ارائه شده توسط Young, et al., (2003) (جدول ۱) ارائه گردید. همچنین به آزمودنی‌های گروه کنترل گفته شد که حدود سه ماه دیگر از آنها جهت ارزیابی مجدداً دعوت به عمل می‌آید. در طی جلسات گروهی پرسشنامه‌های طرح واره برای درمان گروه طرح واره درمانی شامل پرسشنامه‌های فرزند‌پروری

یانگ، اجتناب یانگ- ریگ، جبران یانگ و پرسشنامه چند وجهی سرگذشت زندگی، مورد استفاده قرار گرفت. هنگامی که جلسات طرح واره درمانی گروهی به اتمام رسید، مجدداً همه آزمودنی‌های از نظر متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفتند و داده‌های به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون، آماده‌ی تحلیل آماری شدند. لازم به ذکر است که تا پایان جلسات طرح واره درمانی ۲ نفر از گروه طرح واره درمانی به دلیل غیبت بیش از ۲ جلسه در تحلیل آماری لحاظ نشدند و ۲ نفر نیز از گروه کنترل در پس آزمون شرکت نکردند.

جدول ۱. پروتکل جلسات طرح واره درمانی گروهی

جلسه	هدف	شرح
۱	برقراری ارتباط، بیان هدف پژوهش و منطق درمان و اجرای پیش آزمون	
۲	۱- شناخت الگوهای ناکارآمد زندگی ۲- شناخت و برانگیختن طرح واره های ناسازگار اولیه ۳- درک ریشه های تحولی طرح واره ها در دوران کودکی و نوجوانی ۴- شناخت پاسخها و سبک های مقابله ای ۵- سنجش خلق و خو ۶- مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح واره محور	
۳	تکنیک‌های شناختی ۱- آزمون اعتبار طرح واره ۲- تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح واره ۳- ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای بیمار ۴- برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح واره ۵- تدوین و ساخت کارت های آموزشی ۶- تکمیل فرم ثبت طرح واره	

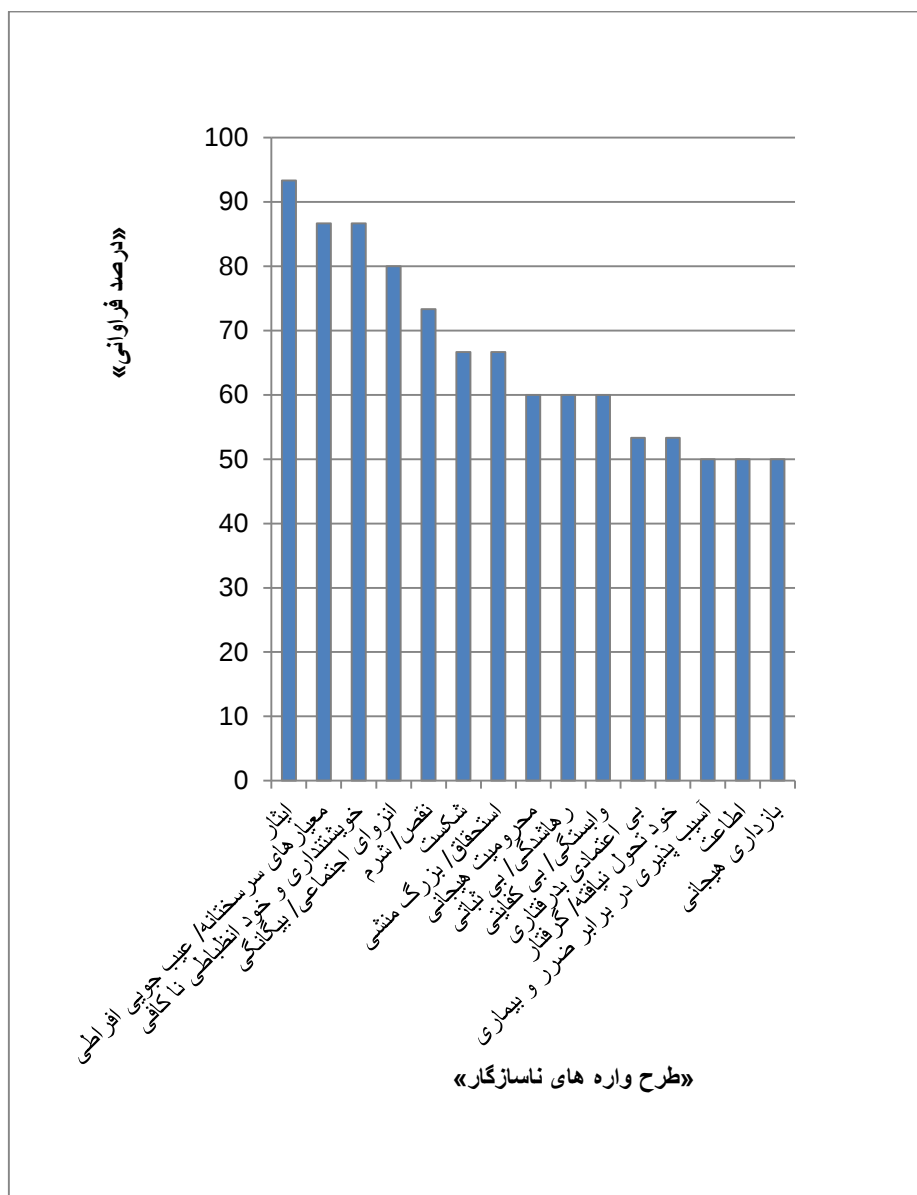
تکنیک‌های تجربی ۱- ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان ۲- انجام گفتگوهای خیالی ۳- بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی ۴- تصویر سازی ذهنی وقایع آسیب‌زا ۵- نوشتن نامه به عنوان تکلیف خانگی ۶- تصویر سازی ذهنی به منظور الگو شکنی		
۱- شناخت رفتارهای خاص به عنوان آماج احتمالی تغییر ۲- اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی ۳- ایجاد ارتباط بین رفتار آماجی و ریشه‌های تحولی دوران کودکی ۴- بررسی مزایا و معایب ادامه رفتارها ۵- رویارو سازی همدلانه ۶- تهیه کارت آموزشی ۷- تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش ۸- توافق در انجام تکالیف خانگی و مرور و بررسی آن در جلسه بعد	تکنیک‌های رفتاری	ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی پژوهش (راز داری و کسب رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در طرح واره درمانی) انجام گردید.

روش آماری برای تجزیه و تحلیل تفاوت گروه کنترل و آزمایشی جهت تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش آزمون T مستقل بوده است.

یافته‌ها

همه آزمودنی‌ها جنسیت، دامنه سنی و تحصیلات مشابهی داشتند و در زمان انجام پژوهش در پایه دوم دبیرستان‌های دولتی شهرستان رزن استان همدان تحصیل می‌کردند. آزمودنی‌ها از نظر زیر گروه‌های تشخیصی اختلال فوبی اجتماعی شامل ۴ نفر از نوع منتشر و ۱۲ نفر از نوع غیرمنتشر بودند و توزیع آنها در هر دو گروه مورد مطالعه وضعیت نسبتاً مشابهی داشت، از نظر وجود تشخیص‌های توأم، با توجه به اعمال ملاک‌های شمول در انتخاب آنها، هیچ کدام از آنها اختلال توأم در محور یک و دو نداشتند.



نمودار ۱. درصد فراوانی طرح واره های ناسازگار اولیه دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی

درصد فراوانی طرح واره‌های ناسازگار در دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی با توجه به نمودار ۱ به ترتیب بیشترین فراوانی عبارتند از: طرح واره های ایثار (۹۳/۷۵٪)، معیار-های سرسخته/ عیب جویی افراطی (۸۶/۵٪)، خویشترداری و خود انطباطی ناکافی (۸۶/۵٪)، انزوای

اجتماعی / بیگانگی (۸۱/۲۵٪)، نقص / شرم (۷۵٪)، شکست (۶۸/۷۵٪)، استحقاق / بزرگ منشی (۶۸/۷۵٪)، محرومیت هیجانی (۶۲/۵٪)، رهاشدگی / بی ثباتی (۶۲/۵٪)، وابستگی / بی کفایتی (۶۲/۵٪)، بی اعتمادی / بدرفتاری (۵۶/۲۵٪)، خود تحول نیافته / گرفتار (۵۶/۲۵٪)، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری (۵۰٪)، اطاعت (۵۰٪)، بازداری هیجانی (۵۰٪)

جدول ۲. مقایسه میانگین تفاضل نمرات مؤلفه‌ی فوبی اجتماعی در میان گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه‌ها	میانگین	F	آزمون همسانی واریانس‌ها		T	سطح معنی‌داری
				سطح معنی‌داری	F		
فوبی اجتماعی	آزمایش	۱۸/۳۷	۷/۶۵	۰/۰۲	۲/۱۶	۲/۴۱	۰/۰۱
	کنترل	۱۱/۶۲	۱۱/۹				

مقایسه میانگین تفاضل نمرات مؤلفه‌ی فوبی اجتماعی در میان گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات فوبی اجتماعی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار بدست آمد ($t=2/41$, $p=0/01$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات تفاضل فوبی اجتماعی گروه آزمایش (۱۸/۳۷) بیشتر از میانگین نمرات فوبی اجتماعی گروه کنترل (۱۱/۶۲) بود.

جدول ۳. مقایسه میانگین تفاضل نمرات مؤلفه‌های طرح‌واره در میان گروه‌های آزمایش و کنترل

ردیف	متغیرها	گروه‌ها	میانگین	F	آزمون همسانی واریانس‌ها		T	سطح معنی‌داری
					سطح معنی‌داری	F		
	طرح‌واره کلی	آزمایش	۸۷/۱۲	۲۵/۹۹	۰/۰۲	۶/۳۱	۴/۲۹	۰/۰۰۱
		کنترل	۲۰/۳۷	۴۶/۳۵				
	طرح‌واره محرومیت هیجانی	آزمایش	۷/۳۷	۴/۶۷	۰/۰۷	۳/۸۲	۶	۰/۰۰۰
		کنترل	-۲/۳۷	۱/۰۶				
	طرح‌واره	آزمایش	۶/۶۲	۳/۹۹	۰/۱۲	۲/۶۸	۴/۹۹	۰/۰۰۰

				۲/۵۴	-۱/۷۵	کنترل	رهاشدگی/ بی ثباتی	
۰/۰۳	۲/۳۳	۰/۱۴	۲/۳۶	۳/۹۲	۶/۳۷	آزمایش	طرح واره بی اعتمادی/	
				۶/۸۳	-۰/۱۲	کنترل	بدرفتاری	
۰/۲۴	۱/۲۲	۰/۶۶/	۰/۲۰	۵/۴۰	۸/۱۲	آزمایش	طرح واره انزوای	
				۶/۳۹	۴/۵۰	کنترل	اجتماعی/ بیگانگی	
۰/۴۴	۰/۷۸	۰/۰۲	۶/۸۵	۷/۲۳	۶/۸۷	آزمایش	طرح واره	
				۳/۵۸	۴/۶۲	کنترل	نقص/شرم	
۰/۰۰۲	۳/۶۹	۰/۲۹	۱/۲۰	۳/۸۸	۷/۳۷	آزمایش	طرح واره	
				۲/۲۶	۱/۵۰	کنترل	شکست	
۰/۱۱	۱/۶۸	۰/۳۰	۱/۱۳	۴/۶۲	۷/۶۲	آزمایش	طرح واره وابستگی/	
				۷	۲/۶۲	کنترل	بی کفایتی	
۰/۲۷	۱/۱۳	۰/۲۰	۱/۷۵	۳/۷۷	۴/۳۷	آزمایش	طرح واره آسیب پذیری	
				۵/۳۶	۱/۷۵	کنترل	در برابر ضرر و بیماری	
۰/۲۴	۱/۲۰	۰/۰۸	۳/۴۱	۳/۷۷	۴/۲۵	آزمایش	طرح واره خود تحول	۰
				۷/۳۲	۰/۷۵	کنترل	نیافته /گرفتار	
۰/۷۶	۰/۲۹	۰/۰۱	۷/۷۷	۴/۱۷	۴/۵۰	آزمایش	طرح واره	

۱	اطاعت	کنترل	۶/۱۲	۱۴/۷۷		–	
۲	طرح واره	آزمایش	۴/۳۷	۳/۶۶	۲/۳۳	۰/۱۴	۳/۲۸
	ایثار	کنترل	–۰/۶۲	۲/۲۶			۰/۰۰۵
۳	طرح واره	آزمایش	۵/۱۲	۴/۰۱	۴/۰۷	۰/۰۸۶	۱/۲۱
	بازداری هیجانی	کنترل	۱/۲۵	۸/۰۸			۰/۲۴
۴	طرح واره معیارهای سرسختانه/عیر	آزمایش	۵/۷۵	۵/۵۷	۰/۳۱	۰/۵۸	۱/۲۵
	ب جویی افراطی	کنترل	۲/۳۷	۵/۲۰			۰/۲۳
۵	طرح واره استحقاق/ بزرگ منشی	آزمایش	۲/۵۰	۳/۰۲	۱/۸۹	۰/۱۹	۲/۴۳
		کنترل	–۲/۲۵	۴/۶۲			۰/۰۲
۶	طرح واره خویشنداری و خود انضباطی ناکافی	آزمایش	۵/۸۷	۴/۵۱	۰/۳۲	۰/۵۷	۱/۷۳
		کنترل	۲	۴/۴۴			۰/۱۰

مقایسه میانگین تفاضل نمرات مؤلفه‌ی فوبی اجتماعی در میان گروه‌های آزمایش و کنترل در

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات طرح واره کلی گروه آزمایش و کنترل ($t=4/98$) و طرح واره‌های محرومیت هیجانی ($t=6$)، رهاشدگی/بی‌ثباتی ($t=4/99$)، شکست ($t=3/69$)، ایثار ($t=3/28$) در سطح $p=0/001$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این صورت که میانگین نمرات تفاضل طرح واره کلی ($87/12$) و طرح واره‌های محرومیت هیجانی ($7/37$)، رهاشدگی/بی‌ثباتی ($6/62$)، شکست ($7/37$)، ایثار

(۴/۳۷) در گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات طرح واره کلی (۲۰/۳۷) و طرح واره‌های محرومیت هیجانی (۲/۳۷)، رهاشدگی/بی‌ثباتی (۱/۷۵-)، شکست (۱/۵)، ایثار (۰/۶۲-) در گروه کنترل بود.

بین میانگین نمرات طرح واره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری ($t=2/33$)، استحقاق/بزرگ منشی ($t=2/43$) گروه آزمایش و کنترل در سطح $p=0/05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این صورت که میانگین نمرات تفاضل طرح واره کلی (۲۰/۳۷) و طرح واره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری (۶/۳۷)، استحقاق/بزرگ منشی (۲/۵) در گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات طرح واره کلی (۸۸/۱۲) و بی‌اعتمادی/بدرفتاری (۰/۱۲-)، استحقاق/بزرگ منشی (۲/۲۵-) در گروه کنترل بود.

بین میانگین نمرات تفاضل طرح واره انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/گرفتار، اطاعت، بازداري هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی و خویش‌اندازی/خود انضباطی ناکافی تفاوت معنی‌داری بدست نیامد.

نتیجه

همانگونه که ذکر گردید، هدف عمده‌ی این پژوهش ابتدا ارائه تابلوی توصیفی از طرح واره‌های ناسازگار اولیه‌ی غالب دانش‌آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی است. هدف بعدی، بررسی اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی در کاهش شدت علائم دانش‌آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی است.

بررسی طرح واره‌های غالب در گروه نمونه پژوهش حاضر، بیانگر این مطلب می‌باشد که فراوان‌ترین طرح واره‌ها به ترتیب عبارتند از: ایثار، معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی، خویش‌اندازی و خود انضباطی ناکافی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، استحقاق و بزرگ منشی. همچنین، طرح واره آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت و بازداري هیجانی، کمترین میزان فراوانی را در جامعه دانش‌آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی دارند. به نظر می‌رسد که نتایج مطالعه حاضر، تا حدودی با مطالعه Beck, & Emery, (1985) و Pinto-Gouveia et al., (2006) همخوانی دارد.

فوبی اجتماعی با دامنه گسترده باورهای مرکزی همبستگی زیادی دارد (Pinto-Gouveia et al., 2006). سنجش طرح واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند اطلاعات مهمی درباره باورهای مرکزی مرتبط با فوبی اجتماعی فراهم آورد. در طرح واره ایثار، تمرکز افراطی بر ارضاء نیازهای دیگران در زندگی روزمره است، که به قیمت عدم ارضای نیازهای خود فرد تمام می‌شود. رایج‌ترین دلایل انجام این کار عبارتند از:

جلوگیری از آسیب رساندن به دیگران، جلوگیری از احساس گناه ناشی از خودخواهی یا تداوم ارتباط با افراد نیازمند. این امر اغلب از حساسیت بیش از حد نسبت به درد و رنج دیگران ناشی می‌شود. چنین طرح واره‌ای منجر به این احساس می‌شود که نیازهای فرد ایثارگر به قدر کافی ارضاء نمی‌شود و همچنین باعث رنجش افرادی می‌شود که او از آن‌ها نگهداری می‌کند.

در طرح واره معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی، باور اساسی مبنی بر اینکه فرد برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه درباره رفتار و عملکرد خود، باید کوشش فراوانی به خرج دهد و این کار معمولاً برای جلوگیری از انتقاد صورت می‌گیرد. این طرح واره اغلب منجر به نقص‌های جدی در احساس لذت، آرامش، سلامتی، احساس ارزشمندی، پیشرفت یا روابط رضایت‌مندانه می‌شود و موجب توجه غیر معمول فرد به جزئیات یا ارزیابی کمتر از حد عملکرد خود در مقایسه با عملکرد دیگران می‌پردازد.

در مدل باورهای ناکارآمد Beck, et al., (1985) نیز سه گروه از باورهای ناکارآمد شامل معیارهای سرسختانه برای عملکرد اجتماعی، باورهای شرطی در رابطه با ارزیابی اجتماعی و باورهای غیر مشروط در مورد خود ارایه نموده‌اند.

در طرح واره خویشنداری و خود انضباطی ناکافی، مشکلات مستمر در خویشتن - داری مناسب، تحمل نکردن ناکامی‌ها در راه دستیابی به اهداف شخصی و یا ناتوانی در جلوگیری از بیان هیجان‌ها و تکانه‌ها را دارد. در شکل‌های خفیف‌تر، بیمار به شدت از ناراحتی اجتناب می‌کند.

در طرح واره انزوای اجتماعی/بیگانگی، فرد احساس می‌کند که از جهان کناره‌گیری کرده و با دیگران متفاوت است یا این که به جامعه و گروه خاصی تعلق خاطر ندارد. در طرح واره نقص/شرم، احساس اینکه فرد در مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت‌اش، انسانی ناقص، نامطلوب، بد، حقیر و بی ارزش است یا اینکه در نظر افراد مهم زندگی‌اش، فردی منفور و نامطلوب به حساب می‌آید. همچنین این طرح واره، حساسیت بیش از حد نسبت به انتقاد، طرد، سرزنش، کم رویی، مقایسه‌های نابجا، احساس ناامنی در حضور دیگران و حس شرمندگی در ارتباط با عیب و نقص‌های درونی را در بر می‌گیرد. این نقاط ضعف ممکن است شخصی (تکانه‌های خشم تمایلات جنسی غیر قابل پذیرش، خودخواهی) یا عمومی (ظاهر جسمی نامطلوب و مشکلات اجتماعی) باشند. در طرح واره شکست، باور به این که فرد شکست خورده است یا در آینده شکست خواهد خورد و اینکه شکست برای او اجتناب ناپذیر است. فرد در مقایسه با همسالانش در حوزه‌های پیشرفت (مثل تحصیل، شغل، ورزش و ...) غالباً احساس بی‌کفایتی می‌کند. اغلب شامل این باور است که شخص دیوانه، بی‌استعداد، نالایق و نادان است و نسبت به دیگران موفقیت

کمتری دارد. در طرح‌واره استحقاق و بزرگ منشی، فردی که چنین طرح واره‌ای دارد معتقد است که نسبت به دیگران یک سر و گردن بالاتر است، حقوق ویژه‌ای برای خودش قائل است و تعهدی نسبت به رعایت اصول روابط متقابل که راهنمای تعاملات اجتماعی بهنجار هستند، ندارد. Pinto-Gouveia et al., (2006) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بیماران فوبی اجتماعی نسبت به سایر بیماران اضطرابی سطوح بالایی از طرح واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه‌ی بریدگی/ طرد (طرح واره‌های ناسازگار بی‌ثباتی/ رهاشدگی) را نشان دادند. آنها همچنین طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص، استحقاق، محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه/ شرم را مشخص نمودند. طرح واره‌هایی که آنها در مطالعات خود گزارش کرده‌اند، اکثراً در درجات بالای فراوانی در جامعه دانش‌آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی مطرح است.

تأثیر طرح واره درمانی گروهی در درمان اختلال فوبی اجتماعی دانش‌آموزان دبیرستانی دختر بیانگر این مطلب است که روند طرح واره درمانی گروهی موجب کاهش شدت علائم اختلال فوبی اجتماعی در دانش‌آموزان دبیرستانی دختر شده است، نتایج آزمون T مستقل نشان داد که تفاوت میانگین نمرات فوبی اجتماعی گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود. به عبارت دیگر، میانگین نمرات تفاضل فوبی اجتماعی گروه آزمایش، بیشتر از میانگین نمرات تفاضل فوبی اجتماعی گروه کنترل بود.

این یافته همسویی بسیار زیادی با نتایج پژوهشهای مرتبط، دارد. مطالعات Nordahl, & Nysaeter, (2005) و (2007) Salavati, نشان داده است که طرح واره درمانی موجب کاهش اضطراب شده است. Brackema, & Spinhaven, (2008) نیز در بررسی اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و طرح واره درمانی در درمان اختلالات اضطرابی با خوسه مرضی اختلالات شخصیت به این نتیجه رسیدند که درمان اختلالات دو محور با هر دو شیوه درمانی توأماً، مؤثرتر است. Abedi, (2009) نشان داد که طرح واره درمانی موجب کاهش معنی دار نمرات و علائم اضطراب دانش‌آموزان دختر سال سوم راهنمایی می‌شود. Morrison, (2000) و Wang et al., (2010) به این نتیجه رسید که علائم اضطراب بیمارانی که مشکلات دیرینه و پیچیده‌ای داشتند، به حد نرمالی کاهش پیدا کرد. Cockram, et al., (2010) نشان دادند که علائم اختلال اضطراب سربازان جنگ ویتنامی که طرح واره درمانی دریافت نمودند، در مقایسه با سربازانی که برنامه رفتاری شناختی را به اتمام رساندند، کاهش معنی داری بیشتری در میزان اضطراب و

۱۷ طرح واره نشان دادند. (Hamid Pur et al., (2010 به این نتیجه رسید که طرح واره درمانی در کاهش شدت علائم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز مؤثر واقع شده است.

طرح واره‌های ناسازگار اولیه اغلب زیر بنای نشانه‌های مزمن اختلالات محور I مثل اضطراب به شمار می‌آید [Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)]. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی از دیدگاه‌های درمانی خاصی برای طرح واره‌های ناسازگار بهره می‌گیرند بدین صورت که با استفاده از درمان متمرکز بر طرح واره نحوه به وجود آمدن این باورهای مرکزی را از طریق روش بازسازی شناختی با تمرکز بالای هیجانی-بین فردی ریشه‌یابی می‌کنند (Pinto-Gouveia et al., (2006 همچنین مفید بودن طرح واره درمانی در درمان اضطراب مزمن تأیید شده است (Young et al., (2003 Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)].

فرضیه پژوهش این بود که طرح واره درمانی گروهی در ترمیم طرح واره‌های ناسازگار اولیه دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی مؤثر است. با توجه به این که هدف عمده ی طرح واره درمانی، ترمیم طرح واره می‌باشد (Young et al., (2003 Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)]. لذا، پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی در ترمیم طرح واره‌ها پرداخت.

بررسی اثربخشی طرح واره درمانی گروهی در ترمیم طرح واره‌های ناسازگار اولیه دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی نشان داد که طرح واره درمانی گروهی موجب ترمیم طرح واره‌های ناسازگار اولیه این بیماران شده است. نتایج آزمون T مستقل نشان داد که روند طرح واره درمانی گروهی موجب کاهش طرح واره‌های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، شکست و ایثار دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی شده است. بدین صورت که تفاوت میانگین نمرات طرح واره‌های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، شکست و ایثار گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود. به عبارت دیگر، میانگین نمرات تفاضل طرح واره-های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، شکست و ایثار گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات تفاضل طرح واره‌های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، شکست و ایثار گروه کنترل بود.

همچنین طرح واره درمانی گروهی موجب کاهش طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی/ بد رفتاری و استحقاق/ بزرگ منشی دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی شده است. بدین صورت که تفاوت میانگین نمرات طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی/ بد رفتاری و استحقاق/

بزرگ منشی گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود. به عبارت دیگر میانگین نمرات تفاضل طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و استحقاق/ بزرگ منشی گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات تفاضل طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و استحقاق/ بزرگ منشی گروه کنترل بود.

در حالی که طرح واره درمانی گروهی موجب کاهش طرح واره‌های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداري هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی و خویش‌شناری/ خود انضباطی ناکافی دانش‌آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی نشده است. بدین صورت که تفاوت میانگین نمرات طرح واره‌های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداري هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی و خویش‌شناری/ خود انضباطی ناکافی گروه آزمایش و کنترل معنی دار نبود. به عبارت دیگر میانگین نمرات تفاضل طرح واره‌های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداري هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی و خویش‌شناری/ خود انضباطی ناکافی گروه آزمایش از میانگین نمرات تفاضل طرح واره‌های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداري هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی و خویش‌شناری/ خود انضباطی ناکافی گروه کنترل بیشتر نبود. می‌توان گفت که نتیجه حاضر با مطالعه Salavati, (2007) همخوانی دارد. صلوای به این نتیجه رسید که طرح واره درمانی موجب ترمیم طرح واره‌های ناسازگار اولیه در درمان بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی شد.

به طور کلی می‌توان ادعا کرد که طرح واره درمانی گروهی می‌تواند در کاهش علایم اختلال فوبی اجتماعی در دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی اثربخش باشد و ترمیم طرح واره در اثر طرح واره درمانی صورت می‌گیرد که این امر به بهبود وضعیت بیمار کمک می‌کند.

در مجموع، این پژوهش از مدل طرح واره یانگ (Young, 1999) در درمان اختلالات محور I حمایت می‌کند و در راستای مطالعات صورت گرفته در زمینه اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی می-

باشد، ولی همچنان مطالعات بیشتری را طلب می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که طرح واره درمانی به عنوان روش درمانی کارآمد توسط روانشناسان در درمان افراد مبتلا به فوبی اجتماعی استفاده شود.

References

- Abdi, R. (2003). Interpretation bias in social anxiety disorder. Clinical Psychology Master's thesis, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, (In persion).
- Abedi, Samia (2009). Surveying the Effect of Schema Therapy on Anxiety of grade three pre-high school female students. Master Thesis Psychology, Allameh Tabatabaei University, (In persion).
- Bakhtiari, M. (2000). Surveying the Mental disorders in people with body deformities. Master Thesis Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, (In persion).
- Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R.L.). (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, NY: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford.
- Brackeman, D., & Spinhaven, B. "(2008). RCT of Cognitive Therapy and Schematherapy for comorbid anxiety and cluster c personality disorders. ZON-Mw, The Netherland Organization for Health Research and Development Lieden University; Pieter de la Court gebouw.
- Cockram, D.M., Drummond, P.D., & Lee, C.W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 165-182.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*; 176:379-386.
- Crozier, W.R., & Alden, L.E. (2005). Editors, The essential handbook of social anxiety for clinicians, John Wiley & Sons, West Sussex, UK, pp. 33-55.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2004). Abnormal Psychology. 9th Edition. New York: John Wiley & Sons.
- Gunilla Klensmeden Fosse .(2008). MD PhD Group Schema Therapy St. Olavs Hospital Trondheim University Hospital,
- Hamid Pur, H., dolat shahi, B., Pour Shahbaz, A., & Dadkhah, A. (2010). Efficiency and effectiveness of schema therapy in the treatment of patients with generalized anxiety disorder. *Iran Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol. XVI, No. 4, pp. 420 -431, (In persion).
- Heimberg, R.G., Stein, M.B., Hiripi, E., Kessler, R.C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *Eur Psychiatry*. Feb;15(1):29-37.
- Hofmann, S.G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*;36:195-209.

- Jon bozorgi, M. (2003). Treatment methods of anxiety and stress (stress). Tehran: Institute for Humanities and study books Taday'oun (Samt) , (In persian).
- Kessler, RC., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62 (6): 593-602.
- Morrison, N. (2000). Schema-focused cognitive therapy for complex long-standing problems: a single-case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 269-283.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., Sack, C: (2007). The effects of maternal social phobia ... *J Child Psychol Psychiatry*;48:45-52.
- Nordahl, H.M., Nysaeter, T.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*;36:254-64.
- Nordhal, H.M., Holth, H., Haugum, J.A. (2005). Early Maladaptive Schenas in Patient With or Without Personality Disorder: Dos Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Pinto-Gouveia, José1., Castilho, Paula., Galhardo, Ana., Cunha, Marina. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, Volume 30, Number 5, October , pp. 571-584(14)
- Rapee, RM., & Heimberg, RG. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther* 35 (8): 741-56.
- Rijkeboer, M.M., van den Berghb, H., van den Bouta, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus nonclinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 36: 129-144.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A., (2007). Kaplan & Saddock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadughi, Z., Agilar Vafaei, M9, Rasoul Zadeh Tabatabaei, S.K., Esfahanian, N. (2007). Assessing the validity of the short version of the Young Schema Questionnaire. *Iran Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol. XIV, No. 2, pp. 219-214, (In persian).
- Salavati, M. (2007). Prevailing stereotypes and effectiveness of schema therapy in female patients with borderline personality disorder. *Iran Clinical Psychology PhD thesis*, University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute , (In persian).
- Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J.E., & Telch, M.J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas, *Cognitive Therapy and Research* 19, pp
- Stein, MB., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., Wittchen, HU. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 58 (3): 251-256.
- Thomas, R. (2009). Hiding the Self and Social Anxiety : The Core Extrusion Schema Measure *Cognitive Therapy And research* ISSN 0147-5916 CODENCTHRD 8 , vol. 33, no1, pp. 90-109 [20 page(s) (article)] (1 p.1/2)
- Timothy, B.A., & D.H., Barlow. (2007). Article: Casebook in Abnormal Psychology, 3d ed. (Brief Article) (Book Review) Thomson Publications, Calif.
- Wang, C.E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of

- clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 389-396.
- Wenzel, A., Brendle, J.R., Kerr, P.L., Purat, D. Ferraro, F. Richard, A. (2007). Quantitative Estimate of Schema Abnormality in Socially Anxious and Non- Anxious Individuals . *Cognitive Behavior Therapy*, Volume 36, Issue 4; pages 220 – 229.
- Young, J.E. & Mattila, D.E. (2002). Schema-focussed therapy for depression, in *Comparative Treatments of Depression* (eds M.A. Reinecke and M.R.Davison). New York: Springer, pp. 291-316.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders: A Schema focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: professional Resource press.
- Young, J.E., (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Translation: Sahebi, A., & Hamid Poor, H. (2005). Tehran: Agah, (In persian).
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A Practitioner's Guide*. Translation: Hamid Poor, H., & Andoz, Z. (2007). Tehran: Arjmand, (In persian).



کیمیایی، سیدعلی؛ صالحی فدردی، جواد؛ غفوری نسب، جواد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵۱(۱)، ۴۱-۵۱.

اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد

سیدعلی کیمیایی^۱، جواد صالحی فدردی^۲، جواد غفوری نسب^۳

دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۸

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر بهبود ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود که ۲۸ نفر آنها پسر و ۵۲ نفر دختر بودند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. شرکت کنندگان به مدت ۱۶ ساعت تحت آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در ابتدا و انتهای دوره آموزشی، به پرسشنامه‌های هوش هیجانی بار-اون و ملاک‌های همسرگزینی پاسخ دادند. نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها بیانگر این است که نه تنها بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی و فرایندی انتخاب همسر دانشجویان همبستگی مثبت وجود دارد بلکه آموزش‌های ارائه شده بر افزایش هوش هیجانی مؤثر بوده است ($p < 0/01$). همچنین مشخص شد که آموزش‌های ارائه شده بر بهبود ملاک‌های همسرگزینی تأثیرگذار بوده است ($p < 0/01$). بنابراین می‌توان گفت، آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی نه تنها به تقویت هوش هیجانی می‌انجامد، بلکه با تعدیل ملاک‌های کمال‌گرایانه و بدبینانه در انتخاب همسر، افراد را در انتخاب مناسب‌ترین و نه بهترین همسر یاری می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های زندگی، مهارت‌های پیش از ازدواج، ملاک‌های همسرگزینی، هوش هیجانی

۱. دکتری مشاوره، دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، نویسنده مسؤل kimiaee@um.ac.ir

۲. دکتری روانشناسی سلامت، دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد. j.s.fadardi@um.ac.ir

۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مشاور مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد. Javad.Qafouri@outlook.com

مقدمه

ازدواج به عنوان آغازی بر تشکیل خانواده همواره مورد توجه صاحب نظران علوم انسانی و متخصصان مباحث مربوط به خانواده بوده و از این رو، یک رابطه انسانی پیچیده و بسیار ظریف است. از دلایل ازدواج می‌توان به عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضاء نیازهای عاطفی و روانی و افزایش شادی و خشنودی اشاره داشت. هر فردی که قصد ازدواج دارد بر اساس ملاک‌هایی که در ذهن خود دارد به انتخاب فرد موردنظرش مبادرت می‌ورزد.

در رابطه با ملاک‌های انتخاب همسر نظریه‌های متعددی وجود دارد که یکی از این نظریه‌ها نظریه انتخاب تصادفی است. بر این اساس انتخاب شریک زندگی همانند سایر تصمیمات اصلی زندگی فقط بر اساس تصادف اما در یک مجموعه محدود از افراد که عمدتاً شبیه به خود فرد هستند، صورت می‌گیرد (Likens & Telligent, 1993). نظریه دیگر، دیدگاه همتا همسری است که بر اساس آن، افراد در انتخاب همسر عمدتاً به شباهت‌های موجود میان خودشان توجه می‌کنند. به نظر Baron & Baron (1997) همسانی بین دو فرد آنها را به سوی هم جذب می‌کند و موجب قوام و دوام پیوند آنها با هم می‌شود. در نهایت نظریه تکمیل‌کنندگی وجود دارد که ابتدا توسط Winch در سال ۱۹۵۸ مطرح شد، به نقل از Akbaridehkordi (2006) ازدواج‌هایی موفق هستند که در آن ملاک‌های انتخاب به درستی رعایت شده باشند و طرفین از ملاک‌های خود، آگاهی و تعریفی روشن داشته باشند. به عبارت دیگر طرفین بایستی در انتخاب احساس آزادی داشته، از بلوغ عقلی و فکری لازم برخوردار بوده و بتوانند بین عقل و احساس خود تعادل ایجاد کنند. Fathiashtiani, & Ahmadi (2005). به طور کلی عوامل مؤثر بر انتظارات زناشویی عبارتند از خانواده مبدأ، فرهنگ Reid (2003)، روند اجتماعی شدن و ساختار فرصت‌ها Harris & Lee (2007). با این وجود اکثر افراد دیدگاه‌های غیرواقع‌بینانه‌ای نسبت به زندگی زناشویی دارند و انتظار دارند که همسر آنها تمام خلاءهایی که در دوران قبل از ازدواج داشتند را بر طرف کند Mansfield (2007). آموزش‌های پیش از ازدواج یکی از راه‌های پایین آوردن انتظارات غیرواقع‌بینانه می‌باشد (Sharp & Ganeng, 2004).

رضایت فرد از ازدواجش می‌تواند زمینه ساز رضایت او از خانواده و زندگی و در سطح کلان‌تر، موجب سلامت جامعه باشد Butler & Gardner (2003). برای رسیدن به این مهم بایستی انتخاب همسر مبتنی بر خودآگاهی صورت پذیرد. این معیار بیانگر آگاهی هیجانی فرد نسبت به عواطفش و تأثیرات آن، خودارزیابی صحیح و دقیق از محدودیت‌ها و نقاط قوت خود و اعتماد به نفس است. از جمله عوامل تأثیرگذار بر انتخاب‌های ما در مواقع گوناگون هوش هیجانی می‌باشد.

هوش هیجانی عبارتست از مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته (Salovey, Karouso & Siaronious, 2007; cited by Mohamadxani & Bashqareh, 2007) که به فرد کمک می‌کنند تا با درک، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساساتی که افکار را تسهیل می‌کنند آگاهی یابند (مایر، سالووی^۱، کاروسو^۲ و سیتارونیوس^۳، ۲۰۰۱، نقل از Vahidi & Vahidi, 2014). از طرف دیگر بار-اون^۴ به عنوان یکی از پیشگامان این حوزه، هوش هیجانی را دسته‌ای از مهارت‌ها، استعدادها و توانایی‌های غیرشناختی می‌داند که توانایی موفقیت فرد را در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی افزایش می‌دهد (baron, 2000). سالووی، بدل^۵، تیلور^۶ و مایر (۱۹۹۹؛ به نقل از Hanna و Nikolas, 2003) معتقدند که افراد دارای هوش هیجانی بالا در برقراری ارتباط با دنیای پیرامون خود و مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا موفق‌تر عمل می‌کنند. مفهوم هوش هیجانی به عنوان یک عامل سازمان دهنده برای تفکر و برنامه‌ریزی مریان تعلیم و تربیت به اثبات رسیده است و به کوشش‌های پراکنده‌ای که به عنوان پیشگیری اولیه محسوب می‌شود، انسجام بخشیده و آنها را در یک دیدگاه متحد ارایه می‌دهد. در مورد اکتساب هوش هیجانی می‌توان گفت که یادگیری مهارت‌های هیجانی از منزل و با تعامل کودک - والد شروع می‌شود؛ بنابراین فرصت‌های یادگیری مهارت‌های هیجانی همیشه مساوی نیست (برادبری و گریوز، به نقل از Ebrahimi, 2007).

با توجه به اینکه دستیابی به سازگاری زناشویی مستلزم وجود مجموعه‌ای از آگاهی‌ها و اطلاعات در زمینه انتخاب همسر است، بنابراین ضرورت آموزش‌های پیش از ازدواج برای کمک به افراد جهت کسب آگاهی و مهارت لازم، احساس می‌شود (Omidvar & et al, 2008). کارآمد بودن آموزش‌های پیش از ازدواج توسط پژوهشگران مختلفی تأیید شده است (Khamseh, 2001; Sharp & Ganeng, 2004; Stanley & et al, 2006). همچنین اخیراً تحقیقات گسترده‌ای در خصوص اختلال در هوش هیجانی و اثرات آن بر کیفیت زندگی، موفقیت شغلی و تحصیلی، مقاومت در برابر استرس، سلامتی و کیفیت روابط اجتماعی و ازدواجی صورت گرفته است (Nelis & et al, 2009; Astin, Kevind & Johnson, 2009; Tile, 2007; citedby Mamey & Heidari, 2012; Vanroy, 2006; Sakolfsky & Eigan, 2005 cited by Mohamadxani & Bashqareh, 2007).

اصولاً انسان برای زندگی اجتماعی خود به مهارت‌های متعددی نیازمند است که از آن جمله به مهارت‌های زندگی می‌توان اشاره کرد. مهارت‌های زندگی به زوجین کمک می‌کنند تا فنون ارتباطی صحیح

1. Salovy
2. Karouso
3. Sitaronious
4. Bar-on
5. Bedel
6. Taylor

و درک متقابل خود را افزایش دهند (Lavasani, 2005). مهارت‌های زندگی در کنار ارتقای سازگاری افراد با خود، دیگران و محیط زندگی شان، به آنها می‌آموزد که در طول زندگی به ویژه در موقعیت‌های پرخطر چگونه عاقلانه و صحیح رفتار کنند (Lavasani, 2005). بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های پیش از ازدواج بر ملاک‌های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود.

جامعه آماری، حجم نمونه، روش انجام پژوهش

جامعه آماری عبارت بودند از کلیه دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد که پس از دادن فراخوان، از بین افراد ثبت نام کننده برای دوره آموزشی، ۴۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۴۰ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. ملاک اصلی برای انتخاب اعضای نمونه، پایین بودن بودن نمره هوش هیجانی و همچنین نمره پایین در ملاک‌های محتوایی و فرایندی پرسشنامه ملاک‌های همسرگزینی بود. همچنین اعضای نمونه از لحاظ جنسیت و سال ورود به دانشگاه نیز مورد هم‌تاسازی قرار گرفتند. بدین صورت که در هر دو گروه تعداد خانم‌ها و آقایان بر اساس توزیع طبقه‌ای کنترل شد و همچنین تلاش شد تا نمونه‌گیری از بین دانشجویان سال‌های آخر دوره‌های کارشناسی و ارشد باشد. ملاک ورود به پژوهش نداشتن سابقه اختلالات روانی و نداشتن سابقه ازدواج بود که از طریق چک لیست ارزیابی کنترل شد. ابتدا هر دو گروه پرسشنامه‌های هوش هیجانی و ملاک‌های همسرگزینی را پاسخ دادند و سپس برنامه آموزشی طی دو روز کارگاه ۱۶ ساعته در زمینه‌های مهارت‌های زندگی و مهارت‌های پیش از ازدواج برای گروه آزمایش اجرا شد. در انتهای دوره هم آزمودنی‌ها مجدداً با ابزارهای معرفی شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، به افراد گروه کنترل نیز در پایان دوره، آموزش‌های لازم ارائه شد. ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

۱- پرسشنامه هوش هیجانی بار - اون: این مقیاس برای اولین بار توسط بار - اون در سال ۱۹۸۰

تنظیم شد. مقیاس هوش هیجانی او دارای پنج مقیاس (مهارت‌های درون فردی، مقابله با فشار، سازگاری، خلق و کار) و پانزده خرده مقیاس است. پاسخ‌های آزمون نیز در روی یک مقیاس ۵ درجه ای در طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدودی، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. پایایی این آزمون به روش دو نیمه کردن ۰/۹۹ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ نرم شده است (Samoei & et al, 2005).

۲- پرسشنامه ملاک های همسرگزینی: یک پرسشنامه ۶۶ عبارتی که بر اساس مطالعه متون پژوهشی و نظری داخل و خارج کشور درباره همسرگزینی تهیه و تدوین شده است. عبارات پرسشنامه ۲ دسته ملاک محتوایی و فرایندی در همسرگزینی را مورد بررسی قرار می دهد. پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت به صورت نمرات ۱ تا ۵ برای «بسیار بی اهمیت» تا «بسیار مهم» با در نظر گرفتن دو موقعیت مهم «هنگام ازدواج» و «اکنون» نمره گذاری می شود. با توجه به چند ارزشی بودن پاسخ‌ها، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ اعتبار کل آزمون $0/88$ و اعتبار پرسشنامه در بعد فرایندی $0/85$ و در بعد محتوایی $0/74$ محاسبه شد. با استفاده از روش تحلیل عاملی با روش مؤلفه های اصلی و چرخش واریماکس، روایی سازه پرسشنامه در دو عامل محتوایی و فرایندی، تبیین کننده $0/75$ واریانس کل پرسشنامه است (Sanaeizaker, 2008).

یافته‌های پژوهشی

هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان اثربخشی آموزش های مهارت های زندگی و مهارت های پیش از ازدواج بر ملاک های همسرگزینی و هوش هیجانی دانشجویان بود. در این بخش پس از بیان آمار توصیفی متغیرهای پژوهش، به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخته شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن و توزیع شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک جنسیت و گروه

گروه		جنسیت		سن	
		فراوانی	درصد فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	دختر	۲۳	۵۷	۲۲	۲/۵۵
	پسر	۱۷	۴۳	۲۶	۵/۰۹
آزمایش	دختر	۲۹	۷۲	۲۳	۲/۵۹
	پسر	۱۱	۲۸	۲۶	۵/۲

نتایج جدول ۱ بیانگر این است که ۵۷٪ شرکت کنندگان گروه کنترل دختر و ۴۳٪ پسر هستند و در گروه آزمایش نیز ۷۲٪ شرکت کنندگان دختر و ۲۸٪ پسر می باشند. همچنین میانگین سنی برای دختران در گروه کنترل ($M=22, SD=2/55$) و پسران ($M=26, SD=5/09$) و در گروه آزمایش برای دختران ($SD=2/59, M=23$) و برای پسران ($SD=5/2, M=26$) می باشد. جدول ۲ نشان دهنده میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در هر دو گروه در پیش/پس آزمون است. همچنین نتایج آزمون بررسی نرمال بودن داده ها نیز ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
S_x	$\bar{X}$	S_x	$\bar{X}$		
۱۶	۲۵۷	۱۶/۱۸	۲۵۷/۵۸	کنترل	هوش هیجانی
۱۱/۹۲	۲۷۶/۶۸	۱۴/۸۸	۲۶۰/۵۱	آزمایشی	
۵/۵۳	۴۱/۸۴	۵/۳۹	۴۲/۲۸	کنترل	ملاک‌های فرایندی
۴/۱۰	۵۲/۴۸	۳/۷۸	۴۳/۲۳	آزمایشی	
۴/۱۴	۴۵/۱۴	۴/۱۸	۴۵/۴	کنترل	ملاک‌های محتوایی
۴/۴۴	۴۹/۶	۳/۶۸	۴۷/۴۸	آزمایشی	

به منظور اطمینان از وجود رابطه علمی و خطی بین متغیرهای وابسته پژوهش ابتدا پژوهش گران به کمک آزمون همبستگی پیرسون رابطه بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی و فرایندی انتخاب همسر دانشجویان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج بدست آمده در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. بررسی همبستگی بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی و ملاک‌های فرایندی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
هوش هیجانی	ملاک‌های فرایندی	۰/۵۸	۰/۰۰۰	۴۰
	ملاک‌های محتوایی	۰/۴۰	۰/۰۰۰	۴۰

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که رابطه مستقیم و معناداری بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی ($r=0/40, P<0/001$) و ملاک‌های فرایندی ($r=0/58, P<0/001$) وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه در پس آزمون، مناسب‌ترین آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه می‌باشد. پیش از اجرای این آزمون، پیشفرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴. نتایج بررسی پیشفرض‌های مربوط به اجرای تحلیل کوواریانس یک راهه

متغیرها	همگنی واریانس‌ها		همگنی شیب‌های رگرسیونی	
	لوین	سطح معناداری	F کوواریانس	سطح معناداری
هوش هیجانی	۵/۲۱	۰/۰۲	۱۵۰/۲۹	۰/۰۰۰
ملاک‌های فرایندی	۷/۶۱	۰/۰۱	۳۹/۷۳	۰/۰۰۰
ملاک‌های محتوایی	۸	۰/۰۱	۴۲/۳۲	۰/۰۰۰

به دلیل رعایت نشدن پیشفرض‌های تحلیل کوواریانس، از آزمون تی همبسته و تی مستقل برای بررسی فرضیه‌ها استفاده شد. نتایج بدست آمده برای گروه کنترل نشان دهنده معنادار نشدن تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه کنترل در هوش هیجانی ($t=1/126, P>0/05$) و ملاک‌های محتوایی ($t=1/908, P>0/05$) و ملاک‌های فرایندی ($t=1/066, P>0/05$) می‌باشد.

جدول ۵. نتایج آزمون تی همبسته برای گروه کنترل در متغیرهای هوش هیجانی

و ملاک‌های همسرگزینی برای گروه کنترل

متغیر	نمره t	درجه آزادی	معناداری
هوش هیجانی	۱/۱۲۶	۳۹	۰/۲۶۶
ملاک‌های محتوایی	۱/۹۰۸	۳۹	۰/۰۷
ملاک‌های فرایندی	۱/۰۶۶	۳۹	۰/۲۹۱

جدول ۶. نتایج آزمون تی همبسته برای گروه کنترل در متغیرهای هوش هیجانی

و ملاک‌های همسرگزینی برای گروه آزمایش

متغیر	نمره t	درجه آزادی	معناداری
هوش هیجانی	۸/۶۴۷	۳۹	۰/۰۰۰
ملاک‌های محتوایی	۵/۸۹۸	۳۹	۰/۰۰۰
ملاک‌های فرایندی	۳/۴۲۶	۳۹	۰/۰۱

اما از سوی دیگر نتایج انجام آزمون تی همبسته برای گروه آزمایش نشان داد که تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش معنادار شده است. بر این اساس متغیرهای هوش هیجانی ($t=8/647, P<0/001$)، ملاک‌های محتوایی ($t=5/898, P<0/001$) و ملاک‌های فرایندی ($t=3/426, P>0/05$) دارای تفاوت معناداری در میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشند. برای بررسی اثربخشی آموزش‌های ارائه شده بر گروه آزمایش و همچنین مقایسه آن با گروه کنترل، تفاوت میانگین‌های متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون و پیش‌آزمون در هر دو گروه با هم مقایسه شد. این کار از طریق آزمون تی مستقل انجام شد.

جدول ۷. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه اختلاف نمرات پیش/پس آزمون

متغیرهای پژوهش در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	میانگین اختلاف پیش/پس آزمون	نمره t	درجه آزادی	معناداری
هوش هیجانی	کنترل	۰/۹۲	۸/۹۷	۷۸	۰/۰۰۰
	آزمایش	۲۱/۶۵			
ملاک‌های محتوایی	کنترل	۰/۱۵	۸/۷۶	۷۸	۰/۰۰۰
	آزمایش	۲/۶۵			
ملاک‌های فرایندی	کنترل	۰/۲۲	۳/۴۷	۷۸	۰/۰۰۱
	آزمایش	۷/۴۷			

با توجه به نتایج بدست آمده از اجرای آزمون تی مستقل مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین اختلاف پیش/پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروه کنترل و آزمایش معنادار شده است ($P < 0/01$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که آموزش‌های ارائه شده توانسته در بهبود ملاک‌های همسرگزینی و افزایش هوش هیجانی گروه آزمایش تأثیرگذار باشد.

نتیجه

هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر تقویت هوش هیجانی و ملاک‌های انتخاب همسر در دانشجویان بوده است. نتایج بدست آمده از تحلیل آماری حاکی از معنادار بودن اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر افزایش هوش هیجانی و ملاک‌های انتخاب همسر و همچنین وجود رابطه مستقیم و معنادار بین هوش هیجانی و ملاک‌های محتوایی و فرایندی است.

هوش هیجانی مؤلفه‌ای است که نشانگر توانایی افراد در درک احساسات و افکار به صورت کامل و ارزیابی مسائل به صورتی کارآمد است؛ به طوری که افراد توانمندی مقابله با استرس‌ها و چالش‌ها را پیدا می‌کنند. از سوی دیگر مهارت‌های زندگی توانایی‌های روانی اجتماعی هستند برای رفتار انطباقی و مؤثر که افراد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثری با ضروریات و چالش‌های زندگی روزمره مقابله کنند (WHO, 1997; cited by Yarmohamadivassel & et al, 2012). این توانایی‌ها افراد را قادر می‌سازد تا در رابطه با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود، مثبت و سازگارانه عمل کند و سلامت روانی خود را تأمین نماید (WHO, 1997; cited by Jahanimaleki & et al, 2010). پژوهش‌های انجام شده در داخل بیانگر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش مهارت‌های مقابله با استرس‌های زندگی است (Samari & Lae'lifaz, 2005). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده این است که افراد دارای سطح مهارت زندگی بالا، درباره توانایی‌های خود نگرش مثبت تری برای رویارویی با مسائل مهم دارند. همچنین مهارت‌های زندگی موجب افزایش قدرت تصمیم‌گیری و توانایی مسأله‌گشایی و در نهایت افزایش سلامت روان می‌شود (Jahanimaleki & et al, 2010). نتایج بدست آمده توسط Keshavarzafshar & et al (2010) نیز بیانگر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود الگوهای ارتباطی افراد است. مسأله‌ای که توسط Jakobsen (1997)، Bernstien & et al (1981)، Vinsent & et al (1990)، Shirali (2006) نیز تأیید شده است.

همچنین در این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی بر بهبود ملاک‌های همسرگزینی پرداخته شد که نتایج بیانگر معنادار بودن و تأیید این فرضیه است.

نتایج بدست آمده در این پژوهش همسو با نتایج بدست آمده توسط Omidvar & et al (2008) است که دریافتند آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج تأثیر معناداری بر افزایش عملکرد افراد در انتخاب همسر نسبت به گروه گواه دارد. هم چنین Olson & Grovatt (1968) و Doval (1965) دریافتند که آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج در نگرش‌ها، انتظارات و ادراک‌های دانشجویان نسبت به ازدواج ایجاد می‌کنند. ملاک‌های محتوایی عبارتند از خصوصیات انتسابی که همراه فرد هستند. نتایج پژوهش نشان‌دهنده بهبود میانگین شرکت کنندگان در این ملاک است. بدین معنا که افراد شرکت کننده، پس از اتمام دوره آموزشی توجه بیشتری به ملاک‌هایی نظیر سن، تحصیلات و شغل داشته اند. توجه به این ملاک‌ها و تلاش برای ایجاد تفاهم در این زمینه‌ها می‌تواند تضمین کننده سازگاری زناشویی در آینده باشد. یافته‌های Fathiashtiani & Ahmadi (2003) تأییدی بر این مسأله می‌باشد. در مقابل ملاک‌های فرایندی عبارتند از کنش‌ها و فرایندهای سازماندهی کننده سیستم خانواده مانند مهارت‌های حل مسأله، عشق، مسئولیت‌پذیری و دیگر عوامل. همانطور که اشاره شد، آموزش مهارت‌های زندگی توانسته است موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و تصمیم گیری شود و این مسأله موجب افزایش میانگین دانشجویان در ملاک‌های فرایندی شده است. توجه به این دسته ملاک‌ها موجب افزایش توانمندی افراد در سازگاری زناشویی می‌شود. در ازدواج‌های موفق یکسری نیازهای روانی از جمله عشق و علاقه، مصاحبت و همراهی و تأمین امنیت برآورده می‌شوند (Fathiashtiani & Ahmadi, 2003). زوجین در زندگی خود، چه در آغاز و چه در ادامه روند زندگی، با تکالیف متعددی روبرو می‌شوند که بایستی در جهت حل و فصل کارآمد آنها تلاش کنند. این فرایند قابل آموزش است (Hosaini, 1998; Minuchin, 2009) و بایستی از طریق آموزش شیوه‌ها و مهارت‌های مختلف برای تفاهم با همسر انجام پذیرد.

در نتیجه پژوهش حاضر نه تنها بر اهمیت آموزش مهارت‌های پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی در بین جوانان تأکید می‌کند، بلکه نشان می‌دهد این آموزش‌ها به تقویت هوش هیجانی کمک نموده و با تعدیل ملاک‌های کمال‌گرایانه و بدبینانه جوانان در انتخاب همسر، آنها را در انتخابی واقع بینانه مبنی بر یافتن مناسب‌ترین و نه بهترین شریک برای زندگی، در فرایند انتخاب همسر یاری می‌دهد.

References

- Ali akbari dehkordi, M. (2006). Considering marriage factors in young females in Ahvaz. Journal of Shahed university. 14. 25. 24-33 (in Persian)
- Baron.R. Bayron.D. (1997).social psychology. A Viacom company
- Bradberi, T; Grievs, J. (2007). What is EQ and why it is most important then IQ? (Translated by: Hadi Ebrahimi). Tehran. Nasle no andish pub. (in Persian)
- Butler,M.h; & Gardner,B.C. (2003). adapting enactments to couple reactivity:Five developmental stages.Journal of Marital and Family therapy,29,311-327.
- Fathi ashtiani, A; Ahmadi, Kh.(2005). Considering succed and unsucced marriages among collage students. Journal of knowledge behaviors. 11. 7. 9-11 (in Persian)
- Harris, K. M., & Lee, H. (2007). The development of marriage expectations, attitudes,desire from adolescence into young adulthood. Unpublished master thesis,University of North Carolina
- Hosaini, M. (1998). Marriage and family counseling. Tehran. Avaye nour pub [in Persian]
- Jahani maleki, S; Sharifi, M; Jahani maleki, R; Nazari Boulani, G. (2010). Relation among level of awareness about life skills with self-efficacy in students of Shahid beheshti university. Journal of new researches in psychology. 6. 22. 19-49 (in Persian)
- Jones. G. D; Nelson. E. S.(1999). Exceptions of marriage among college students from intact and non-intact homes. Journal of divorce and remarriage. 26. 1. 171-189
- Khamseh, A. (2001). Pre marriage training. Tehran. Women research house [in Persian]
- Lykken,D.T. &Tellegen, A.(1993). Is human mating adventitious or the result of lawful choice? Journal of personality and social psychology.65.1.56-58
- Mami, Sh; Vahidi, A. (2012). Relation among EQ and general intelligence with mental health of students of Ilam azad university. Journal of Human sciences researches. 4. 20. 59-76 [in Persian]
- Mansfield, J. (2007). Unrealistic marital expectations [On-Line]. Available:www.lamorapsych.com/knowledgebase/entry.
- Minuchin, S. (2001). Family and family therapy. (translated by; Baqersanaei). Tehran. Amirkabir pub (in Persian)
- Mohamadkhani,Sh; Bashqareh, R. (2007). Emotional intelligence and coping styles as predictors of general health. Journal of research in psychological healthy. 2.1.37-48
- Nelis, D.; Quoidbach, J.; Mikolajczak, M. &Hansenne M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible: journal of personality and Individual differences. P. 36-37.
- Olson, D. H., & Gravatt, E. (1968). Attitude change in a functional marriage course. The Family Coordinator, 17(2), 99-104.
- Olson. D. H; Gravatt. E.(1968). Attitude change in functional marriage course. The family coordinator. 17. 2. 99-104
- Omidvar, B; Fatehizadeh, M; Ahmadi, A. (2008). Considering effectiveness of pre marital trainings on marital expectations in married students of Shiraz. Journal of researching in family. 5. 18. 231-246. (in Persian)
- Quoidbach, J. &Hansenne, M. (2009). The impact of trait emotional intelligence on nursing team performance and cohesiveness. Journal of professional nursing, 25(1), 23-29.
- Reid, J. M. (2003).You want me what? Family and Consumer Science [On-Line].Available: www.ohioline.osu.edu/flm.

- Samari, A; Lali faz, A. (2004). Considering effectiveness of life skills trainings on family stresses and social acceptance. *Journal of mental health principles*. 7. 25. 47-55 (in Persian)
- Sharp, E.A; Ganeng , L.H.(2004). Raising awareness about marital expectations. Are unrealistic beliefs changed by integrative teaching? New haery C t:yale University press.
- Stanley. S. M; Amato. P. R; Johnson. C. A; Markman. H. J.(2006). Premarital education, marital quality and marital stability: findings from a large random household survey. *Journal of family psychology*. 20. 1. 117-126
- Vanroy, S. (2006). Emotional intelligence training and its effects on aggression in offender adolescents. *Journal of personality*. 37. P 68-70.
- Yar mohamadi vassel; M; Narenji ha, H; Rafiei, H. (2009). To design and evaluating life skills inventory in substance abusers. *Journal of social welfare*. 10. 39. 151-177 (in Persian)

نعمتی پور، زهرا؛ گلزاری، محمود (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزند. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۱)، ۵۲-۶۹.



بررسی اثر بخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزند

زهرا نعمتی پور^۱، محمود گلزاری^۲

دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی، بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دار فرزند، انجام شد. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. ابزار مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. جامعه آماری پژوهش مادران داغ‌دار فرزندی بودند که مدت سه ماه تا یکسال از مرگ فرزندانشان می‌گذشت و نمرات کیفیت زندگی آن‌ها پایین‌تر از یک انحراف معیار از میانگین جامعه بود. در این پژوهش ۱۸ مادر داغ‌دیده بوسیله نمونه‌گیری داوطلبانه تعیین شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، بصورت یک جلسه در هفته، برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. نتایج تحلیل واریانس داده‌ها نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی کیفیت زندگی معنادار بوده است و مداخله درمانی به طور معناداری موجب ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده گردیده است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده موثر است.

کلید واژه‌ها: مشاوره سوگ، درمان سوگ، دین، کیفیت زندگی.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، z_nematipour@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی تهران، mahmoud.golzari@gmail.com

مقدمه

فقدان محبوب، تنش زاترین^۱ واقعه‌ای است که هر فرد می‌تواند در زندگی خود تجربه کند (Boelen, 2006) سخت‌ترین و دردناک‌ترین تجربه داغدیدگی، از دست دادن فرزند است (Nassbaumer&Russel, 2003)؛ از دست دادن فرزند، سوگی بخصوص و بی‌مانند است که از انواع دیگر سوگ شدیدتر است و منجر به ایجاد نشانه‌های جدی‌تری می‌شود که مدت بیشتری نیز باقی می‌مانند. مرگ کودک موجب برهم خوردن تعادل خانواده می‌شود و تأثیرات نامطلوب این فقدان بر توازن خانواده، می‌تواند برای سال‌های متمادی بر جای بماند (Worden, 1992). به علاوه مرگ فرزند، از عوامل مهم خطر آفرین برای ایجاد سوگ پیچیده یا پاتولوژیک^۲ است (Kersting, 2011). سوگ پیچیده یا پاتولوژیک، شکل طولانی شده و درمانده کننده سوگ است که به دلیل پیچیده شدن عوامل شناختی، رفتاری و محیطی - اجتماعی ایجاد می‌شود (Shear, 2007). سوگ پاتولوژیک اختلال عمده‌ای را در کیفیت زندگی ایجاد می‌کند و در فردی که دچار این نشانگان شده است، خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، سوء مصرف مواد و الکل همچنین خودکشی، افزایش پیدا می‌کند (Simon, 2007). شدت سوگ پاتولوژیک، با گذر زمان و حتی پس از سال‌ها که از واقعه سوگ می‌گذرد، کاهش پیدا نمی‌کند و به طور خود به خودی درمان نمی‌یابد (Fujisawa, 2010). این طولانی شدن زمان برای سازگاری با فقدان، درجاتی از ناتوانی در عملکردهای فردی و اجتماعی را برای فرد داغدیده به دنبال دارد که در نهایت می‌تواند اثرات نامطلوبی بر ساختار خانواده و حتی جامعه داشته باشد (Worden, 1992).

همان‌طور که اشاره شد، سوگ تأثیرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی افراد داغدیده دارد. اکثر متخصصین معتقدند که به طور کلی کیفیت زندگی دارای پنج بعد پذیرفته شده است: ۱- فیزیکی، ۲- نشانه‌های روانی، ۳- اجتماعی، ۴- جسمی (نشانه‌های مربوط به بیماری و درمان)، ۵- احساس بهتر بودن از لحاظ روانی (Sadeqi, 2009). به طور کلی تأثیری که سوگ بر هر یک از ابعاد کیفیت زندگی می‌گذارد، عبارت است از: از لحاظ بعد فیزیکی و جسمی، رایج‌ترین احساس‌ها بدنی گزارش شده توسط کسانی که برای مشاوره سوگ مراجعه می‌کنند، عبارتند از: فشار سینه، گرفتگی گلو، حساسیت مفرط به سر و صدا، ضعف عضلات، فقدان انرژی، اختلال خواب، اختلال در اشتها و درد سوگ که هم شامل درد جسمانی عینی (که بسیار نیز شایع است) و هم شامل درد رفتاری و هیجانی، است. از لحاظ بعد نشانه‌های روانی، هیجان‌ها و احساسات منفی که فرد داغدیده تجربه می‌کند، عبارتند از: غمگینی، خشم، احساس گناه و سرزنش

1. Stressful

2. Complicated Grief

خود، اضطراب، درماندگی، شوک، بی‌احساسی و بی‌لذتی. از لحاظ بعد اجتماعی، تمایل به کناره‌گیری از دیگران و فقدان علاقه به دنیای بیرون برای کسانی که متحمل فقدان شده‌اند، امری شایع است. از لحاظ احساس بهتر بودن از نظر روانی (که به این مفهوم اشاره دارد که زندگی فرد تا چه اندازه دارای هدف و معنا است)، فقدان ناشی از مرگ می‌تواند ارزش‌های بنیادی و عقاید فلسفی درباره زندگی فرد را به چالش اندازد، به طوری که فرد به دنبال معنایی برای فقدان و تغییرات زندگی ملزم با آن است، تا بتواند آن را معنادار سازد و مجدداً بر زندگی خود تسلط پیدا کند (Worden, 1992).

در رابطه با سوگ و داغیدگی دو رویکرد مداخله‌ای متمایز وجود دارد: مشاوره سوگ و درمان سوگ. مشاوره سوگ عبارت است از کمک به فرد داغیده جهت تسهیل سوگ بی‌عارضه یا بهنجار، تا تکالیف سوگواری در چهارچوب زمانی مناسب انجام شده و هر گونه اشتغال ذهنی ناتمام با متوفی برطرف شود. درمان سوگ عبارت است از تکنیک‌های ویژه‌ای که برای کمک به کسانی که دچار سوگ پاتولوژیک هستند یا در معرض خطر ابتلا به آن قرار دارند، به کار می‌رود (Worden, 1992). Houwen و همکاران (2010)، در زمینه مشاوره سوگ و تسهیل فرآیند سوگواری، پژوهشی در قالب مداخله اینترنتی کوتاه مدت کمک به خود^۱، انجام دادند که این مداخله از طریق پست الکترونی، صورت گرفت؛ نتایج این پژوهش نشان داد که نوشتن احساسات در مورد متوفی، باعث کاهش دل‌تنگی، افزایش هیجان‌های مثبت و تسهیل فرآیند سوگواری در افراد سوگواری می‌شود، ولی این عمل روی کاهش علائم سوگ، تأثیری ندارد. در زمینه درمان سوگ، Kissane و همکاران (2006) در پژوهشی، درمان سوگ متمرکز بر خانواده را بر روی خانواده‌هایی که در معرض خطر ضعیف شدن کارکرد روانی-اجتماعی بودند، انجام دادند؛ این درمان در طی ۳ ماه با بهبود قابل توجهی در افسردگی و نشانه‌های سوگ پاتولوژیک اعضای ۸ خانواده شرکت کننده در طرح پژوهشی همراه بود؛ Neimeyer و همکاران (2010)، درمان سازندگی گرای سوگ^۲ که بر ایجاد معنا در زندگی داغیدگان تأکید دارد را، بر کاهش نشانه‌های سوگ این افراد موثر ارزیابی کردند. Solomon & Rando (2010)، از روان‌درمانی تجربی-حمایتی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR)، برای درمان سوگ استفاده کردند؛ این پژوهش نشان داد، ۸ مرحله این مداخله درمانی می‌تواند برای یکپارچه سازی خاطرات و تجربیات پریشان کننده و غم بار مرتبط با فقدان، تسهیل درون سازی^۳ و انطباق^۴ با فقدان و پیشروی در فرآیند سوگواری کمک کننده باشد. امروزه شواهد مبتنی بر این

1. Brief Internet-Based Self-Help Intervention

2. Constructivist Grief Therapy

3. Assimilation

4. Accommodation

امر که درمان انتخابی برای سوگ، درمان شناختی- رفتاری^۱ است، افزایش پیدا کرده است (Boelen, 2006). در این راستا، Boelen و همکاران (2007)، در پژوهشی به مقایسه درمان شناختی- رفتاری و مشاوره حمایتی^۲ پرداختند و نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری که آموزش روانی و بازسازی شناختی را با هم ترکیب می کند، برای درمان سوگ و برطرف ساختن نشانه های سوگ و افسردگی افراد موثر است. Shear و همکاران (2005)، درمان شناختی- رفتاری را بر نشانه های سوگ پاتولوژیک و بهبود وضعیت سلامت روان افراد سوگوار، موثر ارزیابی کردند. مداخلات شناختی- رفتاری صورت گرفته در پژوهش آن ها عبارت بودند از: بازسازی شناختی، تمرین برقراری ارتباط با فرد از دست رفته، کمک به ایجاد هدف و معنا در زندگی، برنامه ریزی وقایع لذت بخش در زندگی. همچنین Bennett و همکاران (2012) مداخله شناختی- رفتاری را بر روی مادرانی که دچار سقط جنین شده بودند، انجام دادند که در نتیجه آن علائم سوگ در مادران کاهش یافت. Spuij و همکاران (2012) نیز در پژوهشی، مداخله شناختی- رفتاری ۹ جلسه ای را بر روی کودکان مبتلا به سوگ طولانی شده، به همراه ۵ جلسه مشاوره روی والدین آن ها، ارزیابی کردند و این مطالعه نشان داد که این مداخله درمانی، کاهش علائم سوگ در این کودکان را در پی داشته است. پژوهش های دیگری نیز، درمان شناختی- رفتاری را بر بازایی حافظه خودکار زندگی نامه ای^۳، کاهش علائم سوگ و جلوگیری از ایجاد سوگ پاتولوژیک، موثر ارزیابی کردند (Wagner & Mearcker, 2008 ؛ De Groot, 2007 ؛ Murray, 2008 ؛ Maccallum & Bryant, 2011). محققان معتقدند که مفیدترین و منطقی ترین راهی که از طریق آن بتوان بیشترین کمک را به افرادی که در معرض خطر ابتلا به سوگ پاتولوژیک هستند، صورت داد، این است که بر روی راهبردهای مقابله ای آن ها تمرکز شود (Robinson & Marwit, 2006). در این راستا Cox و همکاران (2007)، با آموزش مهارت های مقابله با فشار روانی حاصل از سوگ به نوجوانان بوسنیایی جنگ زده، به کاهش نشانه های سوگ و بهبود سطح سلامت روان آن ها کمک کردند. Pargament دین را به عنوان راهبردی برای مقابله یا کنار آمدن^۴ با فشار روانی و حل مشکلات شخصی معرفی کرد (Wulff, 1997). میزان نقشی که دین در عقاید و علائق فرد دارد، به طور جدی ادراک فرد را از فشارهای زندگی تغییر می دهد و باعث می شود فرد وقایع آسیب زا را بهتر تحمل کند و آن ها را کمتر تهدید کننده و بیشتر قابل کنترل و مدیریت ادراک کند (Moreira, 2006). در این زمینه Azhar & Vama (1995)، پژوهشی با هدف بررسی اثر روان درمانی مذهبی،

1. Cognitive Behavior Therapy

2. Supportive counseling

3. Autobiographical Memory

4. Coping

به عنوان روشی برای مدیریت داغدیدگی، انجام دادند که در آن بیماران داغداری که اعتقادات مذهبی بالاتری داشتند، وقتی که روان درمانی مذهبی به رویکرد درمانی شناختی- رفتاری اضافه شده بود، بهبود سریع‌تری را نشان دادند. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از اثر بخش بودن این مداخلات در بهبود نشانه‌های سوگ و در نتیجه آن، ارتقاء سطح کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن است. در این پژوهش، از هر دو روش مداخله برای سوگ، یعنی هم مشاوره سوگ و هم درمان سوگ، استفاده شده است. مداخله درمانی که در پژوهش حاضر بر روی مادران داغدیده صورت گرفته است، یک مداخله ابداعی است که برگرفته از رویکرد شناختی- رفتاری به درمان است. به این صورت که در این مداخله، به افراد کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه وارد شدن این مصیبت در آن‌ها ایجاد شده، تغییر بدهند. وجه تمایز این پژوهش با پژوهش‌های دیگری که در زمینه درمان شناختی- رفتاری سوگ صورت گرفته است، این است که تغییر در الگوی افکار ناکارآمد افراد داغدیده با استفاده از آموزه‌های دینی و با هدف ایجاد نگرشی واقع بینانه و اسلامی به مساله فقدان صورت گرفته است. در این مداخله، دین به عنوان یکی از راهبردهای موثر مقابله با مصائب و سختی‌ها (Pasandideh, 2005)، در نظر گرفته شده است. ضرورت استفاده از مداخله‌ای با رویکرد دینی در پژوهش حاضر، بدین علت احساس شد که فرهنگ جامعه ایران، یک فرهنگ اسلامی است که آموزه‌ها و اعتقادات دینی، به طور چشمگیری با زندگی مردم آمیخته شده است (Faqihi, 2005) و در عین حال، در زمینه بهداشت روانی، این عقیده به طور رایج وجود دارد که روان درمانی‌های مبتنی بر فرهنگ، موثرتر و از نظر پذیرش درمانی برترند (Teseng, 2004)؛ در حالی که بر اساس بررسی‌های انجام شده، پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه کاهش شدت تجربه سوگ در ایران- شامل: تاثیر فیلم درمانی بر کاهش شدت تجربه سوگ نوجوانان دختر داغدیده (Moulaei, 2009) و اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ ناشی از واقعه زلزله بم (MahmoudiQaraei, 2006) از راهبردهای مقابله‌ای که به طور ویژه برخاسته از فرهنگ دینی و اسلامی ما باشد، استفاده نشده است. به علاوه، تحقیقات نشان می‌دهند که باورها و مداخلات معنوی و مذهبی می‌تواند در پیشگیری و بهبود طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن و کنار آمدن با مرگ عزیزان، موثر باشد (Richards & Bergin, 2005). در زمینه سوگ، نیاز به مداخله‌ای با رویکردی دینی، بیشتر از سایر اختلالات روانشناختی احساس می‌شود. زیرا فقدان فرد محبوب باعث ایجاد احساس گم گشتگی در اعتقادات، جهت و هدف زندگی فرد سوگواری می‌شود که این امر، خود عاملی در جهت ایجاد احساس گناه بیشتر و طولانی شدن سوگ است (Worden, 1992).

علت انجام پژوهش حاضر بر روی مادران داغ‌دیده این است که تحقیقات نشان می‌دهد، افرادی که زمان بیشتری را با فرد متوفی گذرانده‌اند و دلبستگی بیشتری با او داشته‌اند، به طور قابل توجهی، امکان بیشتری برای تجربه سوگ پاتولوژیک نشان می‌دهند (Ferrario & Piredda, 2004). در میان اعضای خانواده، مادر به دلیل نزدیکی بیشتر به فرزند، سوگ را با شدت بیشتری تجربه کرده و احتمال عارضه‌دار شدن سوگ در وی، بیش از سایر افراد خانواده است. در عین حال، مادران نقش مهمی را در کمک به برقراری تعادل در خانواده، بعد از وقوع این بحران زندگی، دارا هستند (Stroebe, 2006).

براساس آن چه گفته شد، سوال پژوهش حاضر این است که آیا مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزند موثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از مادران داغ‌دیده‌ای که کودکانشان را در مرکز طبی کودکان شهر تهران از دست داده بودند و مدت سه ماه تا یک سال از مرگ کودکانشان گذشته بود. مدنظر قرار دادن مدت حداقل سه ماه و حداکثر یک سال از زمان مرگ کودک، به این دلیل بود که مداخله درمانی سوگ نباید با فاصله زمانی خیلی کوتاه پس از وقوع فقدان صورت بگیرد، زیرا ممکن است جلوی فرآیند سوگواری طبیعی را بگیرد. در عین حال مداخله زمانی بیشترین تاثیر را دارد که سوگ پیچیده‌تر شده و یا خطر پیچیده‌تر شدن سوگ بالا است (Wittouck, 2010). در این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه (در دسترس) استفاده شد. نمونه‌گیری به این صورت انجام گرفت که از مسئولین مرکز طبی کودکان خواسته شد تا فهرستی از تمامی خانواده‌هایی که از زمان مرگ کودکانشان مدت سه ماه تا یک سال گذشته بود، در اختیار قرار دهند که این فهرست شامل حدود ۱۲۰ خانواده بود که در میان آن‌ها حدود ۷۰ خانواده ساکن تهران و بقیه ساکن دیگر شهرهای ایران بودند. با تمامی خانواده‌های ساکن تهران برای تشکیل گروه آزمایش و شرکت در جلسات آموزشی، تماس گرفته شد که در میان آن‌ها تنها ۲۳ مادر داغ‌دیده، برای شرکت در دوره آموزشی، ابراز تمایل کردند. ملاک‌های ورود به نمونه شامل این موارد بودند: ۱) باید نمره کل کیفیت زندگی، در پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)، براساس پژوهش Montazeri و همکاران (2005)، بیش از یک انحراف معیار پایین تر از میانگین جامعه باشد ۲) تحصیلات دیپلم به بالا باشد. از میان ۲۳ داوطلب شرکت در طرح پژوهشی، تنها ۱۸ مادر سوگوار واجد ملاک ورود به نمونه بودند. میانگین سن مادران شرکت کننده در این طرح پژوهشی ۳۶ سال با انحراف معیار (± 8) بود و همگی آن‌ها خانه دار بودند. افراد واجد ملاک‌های ورود به

نمونه، به طور تصادفی در دو گروه ۹ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر روی افراد گروه آزمایش انجام شد و پس از اتمام برنامه درمانی، پس از آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی^۱ است. پرسشنامه کیفیت زندگی برای نخستین بار در سال ۱۹۹۲ توسط Ware و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ پرسش است که ۸ بعد از کیفیت زندگی را می‌سنجد. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی سلامت فرد از دو جهت وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت گانه این پرسشنامه، بدست می‌آید. هشت نیمرخ سلامت، شامل چهار نیمرخ است که نمرات مولفه‌های جسمانی^۲ را تشکیل می‌دهد و چهار نیمرخ دیگر نمرات جزء روانی^۳ را تشکیل می‌دهد. مولفه‌های جسمانی شامل: عملکرد جسمانی^۴ (PF)، محدودیت‌های نقش جسمانی^۵ (RP)، دردهای بدنی^۶ (BP)، سلامت جسمانی عمومی^۷ (GH)، مولفه‌های جزء روانی نیز شامل: نیروی حیاتی یا انرژی و زنده دلی^۸ (VT)، عملکرد اجتماعی^۹ (SF)، محدودیت‌های ناشی از نقش هیجانی^{۱۰} (RE) و سلامت روانی^{۱۱} (MH) است که تمامی این اجزا وابسته به هم می‌باشند (Mallinson, 2005). در این پرسشنامه به استثنای یک سوال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را در طی دوره ای یکساله بررسی می‌نماید، بقیه سوالات در محاسبه امتیاز یک مقیاس مشخص بکار برده می‌شود. در مورد برخی سوالات، امتیازات مجدداً کدبندی می‌شوند چنان که تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا می‌کنند. برای نمره‌گذاری ابتدا باید هر یک از عبارات پرسشنامه، از صفر تا ۱۰۰ ارزش‌گذاری شود، سپس امتیاز عبارات هر زیر مقیاس را با هم جمع کرده و میانگین هر زیر مقیاس را بدست می‌آوریم که عدد به دست آمده نشان دهنده درصد میزان سلامتی در آن بعد است. بنابراین هر چه نمره در یک زیرمقیاس بالاتر باشد، نشان دهنده سلامتی بیشتر در آن بعد است. برای محاسبه نمره کل که نشان دهنده میزان کلی سطح کیفیت زندگی است، مجموع اعداد بدست آمده از هر زیر مقیاس را با نمره عبارت شماره ۲ جمع کرده و تقسیم بر ۹ می‌کنیم (Montazeri و همکاران، 2005). این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی

1. Short Form Health Survey (SF-36)

2. Physical Component Scores (PCS)

3. Mental Component Scores (MCS)

4. Physical Functioning

5. Role-Limitations-Physical

6. Bodily Pain

7. General Medical Health

8. Vitality

9. Social Functioning

10. Role-Limitations-Eotional

11. Mental Health

سیاست های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی، کارایی خود را ثابت کرده است (Mallinson, 2005). پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران تایید شده است ($\alpha \geq 0.7$) (Manzari, 2005).

طول مدت مداخله درمانی سوگ بهتر است بین ۸ تا ۱۰ جلسه در نظر گرفته شود (Worden, 1992). لذا مداخله مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام گرفت. همان طور که پیشتر بیان شد، در این پژوهش، از هر دو روش مداخله برای سوگ، یعنی هم مشاوره سوگ و هم درمان سوگ، استفاده شده است؛ به طوری که دو جلسه ابتدایی دوره درمانی، به صورت مشاوره سوگ و جهت تسهیل فرآیند سوگواری بوده است و جلسات سوم تا دهم، به مداخلات درمانی سوگ اختصاص یافته است. علت تخصیص دو جلسه ابتدایی به مشاوره سوگ، این است که بسیاری از افراد داغدیده برای اجتناب از تحمل درد سوگ، دوره سوگواری خود را کوتاه کرده و سعی در استفاده از مکانیسم های دفاعی ناپخته ای همچون انکار دارند و یا اطرافیان آنها به اشتباه، به نحوی از سوگواری فرد ممانعت به عمل می آورند؛ لذا در این دو جلسه، تکالیف سوگواری و لزوم گذراندن آنها، بر اساس روش Worden (1992)، شرح داده شد و تمرین های عملی لازم، جهت کمک به تسهیل طی کردن این تکالیف، ارائه شد؛ از جلسه سوم تا پایان دوره درمان، مداخلات مربوط به درمان سوگ انجام شد که مداخله درمانی پژوهش حاضر، یک مداخله ابداعی است که برگرفته از رویکرد شناختی- رفتاری به درمان می باشد؛ به این صورت که در این مداخله درمانی، با استفاده از تکنیک های شناختی- رفتاری سوگ به مادران داغدیده کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه وارد شدن این مصیبت در آنها ایجاد شده، تغییر بدهند. در این مداخله درمانی، سعی بر آن بود که ابتدا با کمک گرفتن از فن شناخت درمانی «ثبت افکار ایجاد کننده هیجانات»، به ماهیت بسیاری از این افکار تحریف شده پی برده شود. سپس با استفاده از آموزه های دینی و اسلامی، به بازسازی شناختی، تغییر افکار ناکارآمد، ایجاد یک جهان بینی واقع بینانه و کمک به ایجاد هدفی والا در زندگی پرداخته شد و از فنون شناخته شده تغییر رفتار در درمان سوگ نیز، جهت تغییر رفتارهای ناکارآمد استفاده شد.

ساختار جلسات به این صورت بود که در ابتدای هر جلسه، به مدت ۱۵ دقیقه، به بررسی تکالیف ارائه شده در جلسه قبل پرداخته می شد، سپس مدت ۶۰ دقیقه به توضیح درس مربوط به هر جلسه و بحث و گفتگو پیرامون مطالب ارائه شده، با تاکید بر مشکلات و تجربیات شخصی افراد، اختصاص داده می شد؛ در پایان هر جلسه نیز، به مدت ۱۵ دقیقه، تکالیف جلسه آینده توضیح داده می شد. در بعضی از جلسات، برخی نکات آموزشی، در قالب اشعار حافظ مرتبط با موضوع مورد بحث، ارائه شد. بدین صورت که ابتدا کل

غزل حافظ توسط اعضای گروه همخوانی می‌شد و سپس بیت های کلیدی مورد نظر در غزل، با استفاده از آیات و روایات اسلامی بسط داده می‌شد. از این حیث اشعار حافظ برای جلسات درمانی انتخاب شد که علاوه بر زیبایی و تاثیر گذار بودن این اشعار، حافظ نیز فرزند خود را در جوانی از دست داده بود و نحوه مقابله او با این فقدان، به عنوان الگویی برای مادران داغ‌دیده، مسمر ثمر تشخیص داده شد. علاوه بر این، Stepakoff (2009)، روش شعر خوانی را به عنوان یکی از روش‌هایی که به برونریزی هیجانی داغ‌دگان کمک می‌کند، معرفی می‌کند.

در جدول شماره ۱ شرح مختصری از برنامه جلسات درمانی ارائه می‌شود. مطلع غزل‌های مورد

استفاده در جلسات نیز در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی

شماره جلسات	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
جلسه اول	معرفی طرح و توضیح زمانبندی و قوانین جلسات- خواندن غزل و توضیح مختصری در مورد جهان بینی حافظ- معرفی افراد گروه به یکدیگر و بیان تجربه فقدانشان.	پر کردن برگه «بیت چگونگی ایجاد هیجانات توسط افکار»؛ صحبت درباره واقعه فقدان و بهره‌گیری از حمایت اطرافیان.
جلسه دوم	بررسی تکالیف؛ توضیح موارد زیر: داغ‌دگی و آثار آن؛ واکنش‌های سوگ بهنجار و پاتالوژیک؛ فشار روانی و ضرورت مقابله با آن؛ گریستن و تاثیر آن در تخلیه هیجانی؛ چهار تکلیف سوگ؛ بررسی میزان پیشروی اعضا در تکالیف سوگ.	رفتن بر سر مزار فرزند؛ تهیه دفتر خاطراتی از فرزند و نوشتن نامه به او؛ توصیه به عدم مصرف دارو و تحمل دردهای معمول؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه سوم	بررسی تکالیف؛ همخوانی غزل و طرح موارد زیر در قالب غزل: قدرتمند شدن در برابر مصائب با تکیه بر منبع قدرت الهی؛ افزایش توان فرد صابر؛ تقدم وارد آمدن صبر بر بلا؛ استعانت از روزه و نماز؛ پایان پذیر بودن سختی‌ها و انتظار گشایش.	گرفتن یک روز روزه در هفته جاری و نوشتن احساسی که بعد از گرفتن روزه در اعضا ایجاد شد؛ مطالعه جزوه معنای سختی‌ها.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ توضیح معنا و فلسفه سختی‌ها در اسلام؛ چالش با افکار ایجاد کننده احساس گناه با استفاده از تکنیک شناختی واقعیت آزمایی.	مطالعه جزوه واقعیت شناسی دنیا؛ انجام ورزش روزانه حداقل به مدت ۲۰ دقیقه.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ توضیح موارد زیر: واقعیت شناسی دنیا؛ کارکرد روانی زهد؛ صبر، راهبرد مقابله با فشار روانی؛ آثار صبر؛ تعریف بی‌تابی کردن و آثار آن؛ چرخه معیوب	تهیه جدول برنامه روزانه؛ اختصاص دادن زمان مشخص برای فکر کردن به واقعه فقدان؛ مطالعه غزل جلسه آینده.

	عدم انجام فعالیت و شدت یافتن افسردگی؛ باورهای طولانی کننده سوگ.	
جلسه هشتم	بررسی تکالیف؛ همخوانی غزل و طرح موارد زیر در قالب غزل: ناپایداری نعمت های دنیا؛ آثار دلبستگی به دنیا؛ غنیمت شمردن فرصت ها؛ مثبت نگری دینی؛ شکرگزاری؛ هنر کوچک کردن سختی ها.	تهیه فهرست ۵۰ تایی از نعمت های الهی و تفکر درباره آن ها پیش از آغاز نمازهای پنجگانه و نوشتن احساس خود؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف انجام شده؛ همخوانی غزل و بیان عوامل ایجاد نشاط یا شادی های موقت در زندگی در قالب غزل؛ آموزش تن آرامی پیشرونده.	انجام هر روزه تن آرامی (حداقل روزی یک مرتبه).
جلسه هشتم	بررسی تکلیف انجام شده؛ توضیح مطالب زیر: قضا و قدر؛ فلسفه دعا در اسلام و نحوه استجابت دعا؛ بیان چگونگی واکنش الگوهای صبر در برابر واقعه فقدان؛ مالک بودن یا امانتدار بودن انسان، در قبال نعمت های الهی؛ پاداش صبر در برابر مصیبت.	مطالعه زندگی یکی از صابران طول تاریخ و نحوه واکنش او در برابر واقعه فقدان محبوب و یادداشت نتایج مطالعه.
جلسه نهم	بررسی تکلیف انجام شده؛ توضیح موارد زیر: خلاصه ای از مبحث رویکرد وجودی در درمان روانشناختی؛ اشکال مختلف معنا، در زندگی؛ ضرورت ایجاد معنا در زندگی؛ بیان راه هایی جهت با معنا کردن زندگی در جهت کسب رضای خداوند؛ مقام رضا به قضای الهی.	سر زدن به مراکز بهزیستی و گذراندن ساعاتی در کنار بچه ها و یادداشت احساس خود بعد از انجام تکلیف؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه دهم	بررسی تکلیف انجام شده؛ توضیح موارد زیر: تعریف افسردگی به عنوان حالت متضاد شادی و رضایت خاطر؛ تعریف اضطراب به عنوان حالت متضاد آرامش؛ راه های ایجاد افسردگی و اضطراب با توجه به متون دینی و روانشناختی؛ راه های برطرف کردن اضطراب و افسردگی از دیدگاه اسلام؛ حسن ختام جلسات، همخوانی غزل مربوط به جلسه دهم.	توضیح در مورد گروه های همیاری متشکل از افراد داغدیده و در این راستا پیشنهاد به مادران جهت ادامه ارتباط با یکدیگر و تشکیل گروه همیاری.

جدول ۲. مطلع غزل های مورد استفاده در جلسات درمانی

شماره جلسات	مطلع غزل
-------------	----------

جلسه اول	بلبلی خون دلی خورد و گلی حاصل کرد/ باد غیرت به صددش خار پریشان دل کرد
جلسه سوم	دردم از یار است و درمان نیز هم/ دل فدای او شد و جان نیز هم
جلسه ششم	رسید مژده که ایام غم نخواهد ماند/ چنان نماند چنین نیز هم نخواهد ماند
جلسه هفتم	ز کوی یار می‌آید نسیم باد نروزی/ از این باد ار مدد خواهی چراغ دل برافروزی
جلسه دهم	بیا تا گل برافشانیم و می در ساغر اندازیم/ فلک را سقف بشکافیم و طرحی نو دراندازیم

یافته‌های پژوهش

به منظور تحلیل آماری داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، مقدار F مشاهده شده برای متغیر گروه با تعدیل اثر پیش آزمون برابر با $۳۰۴۴۹/۰۰۷$ و سطح معنی داری آن نیز $۰/۰۰۰۱$ می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل است. لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است و چون اثر متغیر کمکی (نمره پیش آزمون) معنادار نیست می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش در نتیجه اثر مداخله است و تکرار آزمون در آن نقشی نداشته است. به این ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخش بودن مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

	گروه آزمایش		گروه کنترل		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۲/۷۷۸	۷/۸۹۲	۱۹/۴۴۴	۳۲/۸۶۷	۱۱/۱۱۱	۲۵/۳۰۷
پس آزمون	۸۵/۵۵۶	۲۹/۶۲۷۳	۵/۵۵۶	۱۶/۶۶۶۷	۴۵/۵۵۶	۴۵/۹۷۴

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد تأثیر مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر کیفیت زندگی ($df t=18$)

منبع واریانس	مجموع مربعات	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱۸۷۴/۱۷۴	۱۸۷۴/۱۷۴	۳/۸۱۴	۰/۰۷
گروه	۳۰۴۴۹/۰۰۷	۳۰۴۴۹/۰۰۷	۶۱/۹۷۰	۰/۰۰۰۱
خطا	۷۳۷۰/۲۷۰	۴۹۱/۳۵۱		

نتیجه

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی بود که بر روی ۹ مادر داغدیده فرزند، انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Spuijz و همکاران (2012)، Bennett و همکاران (2012)، Solomon & Rando (2012)، Maccallum & Bryant (2011)، Houwen و همکاران (2010)، Neimeyer و همکاران (2010)، Wagner و همکاران (2008)، Murray و همکاران (2008)، Boelen و همکاران (2007)، De Groot و همکاران (2007)، Cox و همکاران (2007)، Kissane و همکاران (2006)، Shear و همکاران (2005) و Azhar & Vama (1995) همخوانی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که با توجه به پژوهش‌های ذکر شده، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری سوگ بارها مورد تأکید قرار گرفته است، به طوری که امروزه درمان انتخابی برای سوگ، درمان شناختی-رفتاری در نظر گرفته می‌شود (Boelen, 2006). لذا تکنیک درمان سوگ به کارگرفته شده در مداخله ابداعی این پژوهش، به صورت تکنیک شناختی-رفتاری تعیین شد. همچنین مداخلاتی که در جهت مشاوره سوگ و تسهیل فرآیند سوگواری در پژوهش حاضر در نظر گرفته شده، مطابق با بررسی‌های انجام شده در پژوهش Stroebe و همکاران (2005) است؛ آن‌ها در پژوهش خود، موثرترین مشاوره سوگ را به صورت مداخله‌ای تعریف می‌کنند که به فرد داغدیده جهت برخورداری از حمایت اجتماعی، ابراز هیجانی^۱ و شکل‌دهی مجدد به معنای فقدان کمک کند. لذا مداخلات مشاوره سوگ صورت گرفته در این پژوهش، عبارت بودند از: کمک به واقعیت بخشیدن به فقدان، کمک به بیان عواطف نهفته و ابراز نشده، کمک برای غلبه موثر بر موانع مختلف موجود بر سر راه سازگاری مجدد پس از فقدان، ترغیب مادران داغدیده به بهره‌گیری از حمایت عاطفی دیگران و شکل‌دهی مجدد به معنای مرگ فرزند با استفاده از منابع معتبر دینی.

همان‌طور که پیشتر اشاره شد، پرسشنامه کیفیت زندگی دارای هشت نیم رخ سلامت است که چهار نیم رخ آن، جزء جسمانی و چهار نیم رخ دیگر، جزء روانی را تشکیل می‌دهد. بنابراین تبیین و تفسیر فرضیه پژوهش حاضر، در قالب بررسی تأثیر مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر دو بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی، صورت می‌گیرد.

بعد روانی کیفیت زندگی، دربرگیرنده سلامت روانی و محدودیت‌های ایجاد شده برای فرد به خاطر مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی است (Robinson & Marwit, 2006). لذا در جهت کاهش

1. Emotional disclosure

میزان افسردگی مادران، در این مداخله درمانی، مداخلات شناختی- رفتاری با رویکرد دینی، بر روی نشانه‌های عاطفی افسردگی (شامل: غمگینی، احساس گناه، تحریک‌پذیری و کناره‌گیری اجتماعی) و نشانه‌های شناختی افسردگی (شامل: ناامیدی نسبت به آینده و انتظار تنبیه)، انجام شد که در نتیجه‌ی ایجاد تغییر در الگوهای تفکر تحریف شده‌ی ایجادکننده این نشانه‌ها، بهبود در نشانه‌های جسمانی افسردگی (شامل: کم شدن انرژی، تغییر در الگوی خواب، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها و کاهش علایق جنسی) مشاهده شد که در واقع مولفه‌های روانی و جسمانی کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند. در این مداخله درمانی، برای کاهش افسردگی از روش بازسازی شناختی، استفاده شد. فرض زیربنایی در این تکنیک، آن است که افکار ما بر احساساتمان تاثیر می‌گذارد؛ در این تکنیک که برای درمان سوگ بسیار مهم می‌باشد، شناسایی این افکار و واقعیت آزمایی آن‌ها از لحاظ تعمیم افراطی یا سوگیرانه بودن، می‌تواند از احساسات ملال‌آمیز ایجاد شده توسط افکار غیر منطقی، مانند افسردگی، اضطراب یا خشم، بکاهد (Worden, 1992). به منظور بهره‌گیری از این تکنیک و برای کمک به مادران جهت شناسایی این افکار تحریف شده، در قالب تکلیف خانگی، از مادران خواسته شد تا در طول هفته، هرگاه دچار هیجان‌های ناخوشایند مذکور شدند، افکار به وجود آورنده این هیجان‌ها را، وارد برگه ثبت «چگونگی ایجاد هیجان‌ها توسط افکار» (Leahy, 2000) کنند. این روش باعث شد تا به تمامی افکاری که باعث ایجاد احساسات ناخوشایند در مادران شده بود، پی‌برده و در طرح مداخله درمانی، بخش‌هایی جهت کمک به ایجاد تغییر در این افکار در نظر گرفته شود. کاهش احساس گناه غیر منطقی مادران در مورد کوتاهی در مورد فرزندانشان، با استفاده از تکنیک شناختی واقعیت آزمایی، صورت گرفت. تحریک‌پذیری و خشم مادران نیز، با بیان علل ایجادکننده خشم در دوران داغدیدگی و همچنین راه‌های کنترل خشم طبق روش Worden (1992)، کاهش یافت. برای ایجاد امید نسبت به آینده، به بحث و گفتگو پیرامون مساله پایان پذیر بودن سختی‌ها و انتظار گشایش، پرداخته شد. مداخله دیگری که بر روی کاهش میزان افسردگی صورت گرفت، توضیح سیکل معیوب رخوت و بی‌حالی و افزایش افسردگی بود (Burns, 1998) که برای برطرف کردن رخوت، از راهبرد رفتاری در درمان افسردگی، یعنی روش بازنگری فعالیت‌ها، برنامه ریزی فعالیت‌ها و گنجانیدن فعالیت‌های لذت بخش در برنامه هفتگی (Hawton, 1989)، استفاده شد. با توجه به این که انتخاب هدف و معنایی والا در زندگی، از عوامل موثر در پیشگیری و درمان افسردگی از دیدگاه اسلام است (Kalantari, 1999)، جلسه‌ای نیز برای کمک به ایجاد معنا در زندگی مادران، اختصاص داده شد. در این جلسه معنا و هدف زندگی به این صورت تعریف شد که اولاً باید با ارزش‌تر از خود زندگی بوده تا ارزش تلاش کردن برای رسیدن به آن

وجود داشته باشد و ثنیا معنای زندگی باید پایدار باشد و در نتیجه این هدف و معنا، چیزی جز دستیابی به رضایت خداوند در تمامی وجوه زندگی نیست (Pasandideh, 2005). علاوه بر این، راه‌های ایجاد افسردگی از دیدگاه اسلام و راه‌های دستیابی به شادی پایدار و رضایت از زندگی، با استناد به آیات قرآن، (Faqih, 2005) توضیح داده شد.

برای بهبود بعد اجتماعی، این امر مورد توجه قرار گرفت که بهترین راه کنار آمدن با فقدان، حضور در محیط اجتماعی است که در آن فرد داغ‌دیده مورد حمایت عاطفی قرار گیرد (Stroebe, 2005). لذا در اولین تکلیف خانگی، از مادران خواسته شد که تا پایان دوره درمانی، در برنامه هفتگی خود، برای گذراندن ساعاتی در کنار یکی از دوستان یا بستگان حمایت‌گر و صحبت درباره واقعه فقدان فرزند خود، برنامه ریزی داشته باشند.

در این طرح درمانی، مداخلاتی برای سازگار کردن مادران با مرگ فرزندانشان و کاهش اضطراب و فشار روانی ناشی از فقدان نیز انجام شد؛ بدین صورت که در جلسات درمانی، سعی بر آن بود که افراد داغ‌دیده از تخلیه و برون‌ریزی هیجانی، به سمت اصلاح هیجانی سوق داده شوند. بنابراین در جلسه اول، مادران به بیان تجربه فقدان خویش پرداختند و از حمایت عاطفی اعضای جلسه برخوردار شدند. در جلسات درمانی، علاوه بر این که در مورد تاثیر گریستن در تخلیه هیجانی و تعادل شیمیایی بدن، توضیح داده شد (Greenberg, 2002)، این مساله مورد تاکید قرار گرفت که گریه کردن در سوگ عزیزان، در دین اسلام مورد نکوهش قرار نگرفته است و بدین صورت عقاید خرافی در این زمینه نیز اصلاح گردید. تهیه دفتر خاطراتی از فرزند از دست رفته و نوشتن نامه به او نیز، به عنوان راه‌هایی جهت تسهیل برون‌ریزی هیجانی (Worden, 1992)، پیشنهاد گردید. از آنجا که Fitzgerald (2000)، ورزش کردن و استفاده از تکنیک‌های آرمیدگی را، به عنوان روش‌های موثری جهت کاهش فشار روانی و خشم دوران داغ‌دیدی، پیشنهاد می‌کند؛ لذا در مورد تاثیر ورزش کردن در کاهش فشار روانی توضیح داده شد و یک جلسه نیز به آموزش تن آرامی پیشرونده و تمرین آن، اختصاص داده شد.

همچنین در این مداخله درمانی، صبر به عنوان مهمترین راهبرد مقابله ای مذهبی که فرد را در رویارویی با بحران ها یاری می‌کند (Pasandideh, 2005)، معرفی شد و مباحثی جهت پرورش صبر، با استفاده از قرآن و منابع معتبر دینی مطرح شد و جزوه‌هایی برای مطالعه در مورد این مضامین، به اعضای شرکت کننده در جلسات، داده شد. مباحث مطرح شده عبارت بودند از: واقعیت شناسی دنیا، مقایسه زمانی دنیا در برابر آخرت، وعده همراهی خداوند با صابران، مبحث مالک بودن یا امانتدار بودن انسان در قبال

نعمت‌های الهی، مبحث قضا و قدر، تصادفی نبودن و خارج از برنامه نبودن وقایع دنیا، تقویت معرفت به حکمت و خیرخواهی خداوند، اعتماد و تکیه کردن به منبع قدرت الهی، توجه به این امر که خداوند توان بر دباری می‌دهد و افزایش توان فرد صابر، تقدم وارد آمدن صبر بر بلا، موازنه و برابر بودن میزان صبر با میزان مصیبت و استعانت از روزه و نماز. همچنین برای پرورش صبر، از مثبت‌نگری دینی به معنای مثبت‌نگری واقع‌بینانه، استفاده شد. مراد از این مثبت‌نگری، تخیل مثبتی که پشتوانه‌ای از واقعیت ندارد، نیست. بلکه مثبت‌نگری دینی، مبتنی بر کشف واقعیت‌های خوشایند موجود در زندگی است (Pasandideh, 2005). بر این اساس، شکرگزاری به عنوان یکی از راه‌های کاهش فشار روانی معرفی شد (Greenberg, 2002) و نحوه شکرگزاری واقعی نیز، توضیح داده شد. برای پرورش صبر، کاهش اضطراب و کمک به ایجاد آرامش پایدار در زندگی، موارد زیر با استفاده از قرآن و منابع معتبر دینی، مطرح شدند: کارکرد روانی زهد، انفاق و کارکرد آن در کمک به قطع وابستگی به دنیا و عمل به دستورات الهی در تمامی وجوه زندگی. برای پرورش صبر، همچنین داستان صبوری‌های الگوها و اسطوره‌های صبر، جهت سرمشق‌گیری و همانند سازی با آنان، بیان شدند که این روش، از شیوه‌های قرآن کریم برای پرورش صبر است (Khosravani, 1986).

به طور کلی، در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش نشان داد که با توجه به تاثیرات نامطلوبی که سوگ بر کلیه ابعاد کیفیت زندگی افراد داغ‌دیده می‌گذارد، انجام مداخلاتی در جهت تسهیل سوگ و کاهش اثرات آن، ارتقاء سطح کلی کیفیت زندگی داغ‌دیدگان را به دنبال دارد. در سطح عملی نیز، یافته‌های این پژوهش مؤید این مطلب است که در صورتی که به طور همزمان، مداخلات مشاوره‌ای سوگ، همراه با مداخلات درمانی سوگ، بر روی کسانی که در معرض خطر ابتلا به سوگ پیچیده (پاتولوژیک) قرار دارند، انجام شود، نشانه‌های سوگ در آن‌ها کاهش می‌یابد و در صورتی که این مداخلات بر روی آن‌ها صورت نگیرد، نشانه‌های سوگ در آن‌ها تشدید شده و سطح کیفیت زندگی آن‌ها بیش از پیش پایین می‌آید؛ همچنین پژوهش حاضر بر موثر بودن مداخلات سوگ مبتنی بر فرهنگ، بر کاهش نشانه‌های سوگ و ارتقاء سطح کیفیت زندگی داغ‌دیدگان تاکید می‌کند.

عمده‌ترین محدودیت پژوهش حاضر این است که مسلماً تمامی شرکت‌کنندگان در طرح پژوهشی، از لحاظ شرایط زندگی و مشکلاتی که به طور کلی بر کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار است (مانند سطح سلامت جسمانی و روانی پیش از وقوع فقدان، مشکلات خانوادگی و زناشویی، مشکلات اقتصادی و شغلی و...)، در شرایط یکسانی قرار نداشتند و امکان ایجاد این یکسان‌سازی، به دلیل محدودیت در بررسی تمامی جوانب زندگی افراد، همچنین محدودتر شدن تعداد افراد شرکت‌کننده در طرح پژوهشی (به دلیل تعداد کم افراد

داوطلب برای شرکت در طرح پژوهشی، وجود نداشت. لذا پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های مشابه آتی، با ارزیابی‌های بیشتری در جهت همسان سازی افراد مورد مطالعه، همراه باشد. همچنین با توجه به تأثیرات نامطلوبی که مرگ یکی از افراد خانواده، بر کیفیت زندگی افراد بازمانده می‌گذارد و نیاز جدی آن‌ها به کمک حرفه‌ای روانشناختی و اثربخش بودن مداخله درمانی این پژوهش، پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی جهت بررسی اثربخشی این مداخله درمانی (البته با ایجاد تغییراتی در طرح درمانی)، برای برطرف کردن آثار داغدیدگی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی داغدیدگان سوگ همسر یا والدین نیز، صورت گیرد.

References

- Azhar, M.Z., & Vama, S.L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatry Scand*, 91(4), 233-245.
- Bennett, S.M., Ehrenreich, J., Litz, B.T., Boisseau, C.L., Barlow D.H. (2012). Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Prenatal Grief. *Cognitive & Behavior Practice*, 19(1), 161-173.
- Boelen, P.A., & Prigerson, H.G. (2006). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Arch Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 25(7), 444-452.
- Boelen, P.A., De Keijser, J., Vanden, H.M.A., & Vanden, B.J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 75(1), 277-284.
- Burns, D. (1998). *Feeling Good*. Translated by Qarachedaqi, M. (2007). Dayereh Publications. Tehran. (in Persian)
- Cox, J.D., Burlingame, G.M., Campbell, J.E., Layne, C.M., & Katzenbach, R.J. (2007). Effectiveness of a trauma: Grief-focused group intervention: A qualitative study with war-exposed Bosnian adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 319-345.
- De Groot, M., De Keijsjer, J., Neelemen, J., Kerkhof, A., Nolen, w., & Burger, H. (2007). Cognitive behavior therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomized controlled trail. *BMJ*, 334(7601), 994-1003.
- Faqihi, A.N. (2005). Cognitive behavioral therapy in etiology and treatment of depression, comparison of Islamic approach to the traditional approach. Third congress of Counseling from Islamic perspective, young and soul. 12-15. (in Persian)
- Ferrario, R., & Piredda, A. (2004). Counselling: a new door opens for cancer patients. *European Journal of Cancer Supplement*, 1 (5), 382-399.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorder*, 127(2), 352-358.
- Greenberg, J.S. (2002). *Comprehensive Stress Management*. Translated by Dehqani, M. (2008). Roshd Publications. Tehran. (in Persian)
- Hafez, S.M. Khatibrahbar, Kh. (2006). *Court of Sessions*. Safi Publications. Tehran. (in Persian)

- Hawton, K. (1989). Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems, A Practical Guide. Translated by Qasemzadeh, H. (2007). Arjmand Publications. Tehran. (in Persian)
- Houwen, K., Vander, S., Henk, B., Vanden, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behavior Research & Therapy*, 48(5), 359-367.
- Kalantari, M. (1999). Islamic thought in clinical psychology. Behavioral Sciences Research Center in the realm of Islam. Isfahan Univ. of Medical Science. (in Persian)
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorder*, 131(3), 339-343.
- Kissane, D.W., Mchenzie, M., & Bloch, S. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 1208-1218.
- Khosravani, A.M. (1986). Khosravi Interpretation. Eslamieh Publications. Qom. (in Persian)
- Leahy, R.L. (2000). Cognitive Therapy Techniques. Translated by Fata, L. (2008). Danjeh Publications. Tehran. (in Persian)
- Maccallum, F., & Bryant, R.A. (2011) Autobiographical memory following cognitive behavior therapy for complicated grief. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42 (26), 31-56.
- MahmoudiQaraei, j. (2006). The Effect of group play therapy in Symptoms and pathology associated with grief Due to the trauma of the earthquake in 3 to 6 y.o. children of Bam. *Journal of Pediatrics*. 16(2):137-142. (in Persian)
- Mallinson, S. (2002). Listening to respondents: A qualitative assessment of the short-form 36 health status questionnaire. *Social Science & Med*, 54(1), 11-21.
- Montazeri, A. Gashtasbi, A. Vahdaninia, M. (2005). Translation, Assess the reliability and validity of Persian SF-36 standard tool. *Payesh journal*. (1)5:49-56 (in Persian)
- Moreira, A.A. (2006). Religiousness and mental health; A review. *Review of Brass psychiatry*, 28(3), 242-250.
- Moulaei, a. (2009). Effect of film therapy in Reduce the intensity of grief bereaved 17- 19 Y.O adolescent girls of Tehran. Thesis In partial fulfillment of MSc degree. Beheshti Univ. (in Persian)
- Murray, L.K., Cohen, J.A., Ellis, B.H., & Mannarino, A. (2008). Cognitive behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth. *Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 585-604.
- Nassbaumer, A., & Russel, R.I.R. (2003). Bereavement support unexpected death in children. *Journal of Counseling*, 36(3), 308-315.
- Neimeyer, R.A., Burke, L.A., Mackay, M.M., Van, D.S., & Jessica, G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(1), 73-83.
- Pasandideh, A. (2005). Satisfaction With Life. Darollahadis Publications. Qom. (in Persian)
- Richards, P.S., & Bergin, A.E. (2005). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling & Psychology*, 34(2), 197-204.

- Robinson, T., & Marwit, S.J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief involvement among bereaved mothers. *Death Study*, 20(4), 677–696.
- Sadeqi, M. (2009). Effect of training life skills in the life quality of Isfahan young orphans. Thesis In partial fulfillment of MSc degree. Esfahan Payame Noor Univ. (in Persian)
- Shear, K.M., Frank, E., & Houck, P.R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Arch Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 257(8), 453–461.
- Shear, K.M., Frank, E., Houck, P.R., & Reynolds, C.F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 29(3), 2601–2608.
- Simon, N.M. (2007). The Prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprisal Psychiatry*, 48 (5), 395–399.
- Solomon, R.M., Rando T.A. (2012). Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines. *European Review of applied psychology*, 62(4), 231–239.
- Spuij, M., Huiberts A.V. & Boelen P.A. (2012). Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief in Children: Feasibility and Multiple Baseline Study. *Cognitive & Behavior Practice*, 20(1), 63–78.
- Stepakoff, S. (2009). From destruction to creation, from silence to speech: Poetry therapy principles and practices for working with suicide grief. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (9), 105–113.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Med*, 23(3), 2440–2451.
- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M.S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 395–414.
- Teseng, W. (2004). Culture and psychotherapy; Asian perspective. *Journal of Mental Health*, 13(12), 151–161.
- Wagner, B., & Maercker, A. (2008). An internet-based cognitive-behavioral preventive intervention for complicated grief: a pilot study. *G Ital Med Lav Ergon*, 32(2), 46–58.
- Warden, J.w., Davies, B., & Mccown, D. (1999). Comparing parent loss with sibling loss. *Death study*, 23, 10–15.
- Wittouck, C., Van, A.S., De Jagere, E., Portzky, G., & Van, H.K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 69–78.
- Worden, J.W. (1992). Grief Counseling & Grief Therapy. Translated by Firoozbakht, M. (1995). Abjad Publications. Tehran. (in Persian)
- Wulff, D.M. (1997). Psychology of Religion. Translated by Dehghani, M. (2007). Roshd Publications. Tehran. (in Persian)



بشرپور، سجاد؛ عباسی، آزاده؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۴). تاثیر آموزش شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۱)، ۸۵-۷۰.

تاثیر آموزش شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست

سجاد بشرپور^۱، آزاده عباسی^۲، عباس ابوالقاسمی^۳

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی و بهبود شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست بود. روش این پژوهش، شبه آزمایشی با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر اردبیل در سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند ($N=113$). از این جامعه تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و بعد از انجام مصاحبه بالینی در سه گروه ۱۵ نفری آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری، آموزش تنظیم هیجان و گواه به تصادف جایگزین شدند. هر سه گروه در مراحل پیش و پس از آزمون به پرسش‌نامه‌های ناامیدی، شادکامی و عزت نفس پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات سه گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری، تنظیم هیجان و گروه گواه در ناامیدی، شادکامی و عزت نفس وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که در شادکامی و ناامیدی هر دو شیوه‌ی آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان به یک اندازه اثربخش بودند ولی روش تنظیم هیجان بر عزت نفس اثربخش نبود. با توجه مشکلات کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در اکتساب طبیعی مهارت‌های رفتاری و هیجانی ضروری برای رشد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و تنظیم هیجان در افزایش میزان شادکامی و کاهش ناامیدی این کودکان و نوجوانان می‌تواند سودمند باشد.

کلید واژه‌ها: مقابله شناختی رفتاری، تنظیم هیجان، بی‌سرپرستی و بدسرپرستی، ناامیدی، شادکامی، عزت نفس.

۱. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، basharpoor_sajjad@uma.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، abbasi.azadeh1369@gmail.com

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، abolghasemi1344@guilan.ac

مقدمه

بی‌سرپرستی و بدسرپرستی کودکان^۱، مفهوم پیچیده اجتماعی، فرهنگی و انسانی است که ریشه در جوامع بشری قدیم دارد و به موازات این قدمت، حمایت از این قبیل کودکان همواره در کانون توجه بوده تا اینکه از اوایل قرن شانزدهم میلادی در همه کشورهای غربی موضوع رسیدگی به ایتام به صورت سازمان یافته مورد توجه قرار گرفته است (Sanati Nia, 1992). اگرچه جنگ، زلزله، سیل، گرسنگی، قحطی، بیماری‌های واگیر، مرگ و میر طبیعی والدین و ... هنوز از عوامل مهم بی‌سرپرستی کودکان هستند، اما امروزه در اثر عوامل متعدد، رفتارهای فردی و اجتماعی تغییر کرده و نهادهای فرهنگی و مذهبی در زندگی اجتماعی رنگ باخته‌اند تا جاییکه عوامل دیگری چون اعتیاد، الکل و فحشاء به علل فوق اضافه شده و مراقبت از کودکان را به واسطه بدسرپرستی و آزار و غفلت از این کودکان برجسته کرده است. آمارهای موجود در دفتر امور شبه خانواده سازمان بهزیستی کشور بیانگر آن است که حدود ۷۰ درصد کودکان مقیم مراکز شبانه‌روزی را کودکان بدسرپرست تشکیل می‌دهند (Office of the orphan, 2005). کودکان بی‌سرپرست کودکانی هستند که در اثر عواملی چون عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی پدر یا مادر، آزارهای جسمی و روحی و... به استناد ماده ۱۳۷۳ قانون مدنی به عنوان کودک فاقد سرپرست موثر و با صلاحیت و به موجب حکم دادگاه به مراکز نگهداری شبانه‌روزی منتقل می‌شوند. اما پدیده بدسرپرستی همچنان بر این قبیل کودکان سایه افکنده و موجب شده تا آنان در مقایسه با کودکان واجد سرپرست در وضعیت نامناسب‌تر جسمی و عاطفی قرار گیرند. زیرا اغلب آنان به دلیل وضعیت نامناسب خانوادگی در شرایط حاد عاطفی و جسمانی به سر می‌برند. مزاحمت‌های احتمالی والدین اصلی و عدم حمایت همه‌جانبه قانون از خانواده‌های متقاضی سرپرستی، عدم اجازه قوانین موجود در خصوص سرپرستی دائم برای کودکان بدسرپرست از جمله عوامل تقلیل تعداد متقاضیان سرپرستی است که متأسفانه این کودکان را محکوم به اقامت‌های طولانی‌مدت در مراکز شبانه‌روزی می‌کند. این درحالی است که بر اساس تحقیقات به عمل آمده، این مراکز شبانه‌روزی علی‌رغم تأمین امکانات مادی، پاسخگوی نیازهای روحی-روانی کودکان نیستند و در مقایسه با نهاد خانواده کارآیی ضعیف‌تری در پرورش روحی و جسمانی کودکان دارند (Rezai, Fatima, 2006). کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست که از عاطفه مادرانه و عشق و روابط صمیمی والدین محروم بوده‌اند غالباً از اختلالات عاطفی، ناایمنی، احساس وابستگی یا طرد، گروه‌گریزی یا گروه‌گرایی حاد رنج می‌برند. بنابراین با توجه به اهمیت خانواده در ایجاد دلبستگی

1. orphan's and irresponsible children

ایمن، می‌توان گفت فقدان آن در مراکز شبه خانواده می‌تواند کودکان اینگونه مراکز را در معرض پیامدهای منفی روان شناختی قرار دهد (Zadeh Mohammadi, 2007). برای کاستن از این عوارض نیز برخی مداخلات روان شناختی مطرح شده‌اند.

در سال‌های اخیر در زمینه درمان آشفتگی‌های هیجانی و مشکلات رفتاری، کاربرد روشهای شناختی رفتاری، در درمان گروهی از اختلالات دوره نوجوانی از قبیل افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات تغذیه، اختلالات تکانه‌ای و اختلالات رفتاری کاملاً مفید و موثر بوده است. ویژگی‌های درمان شناختی رفتاری نظیر ارتباط کاری تجربی و گروهی، فعال بودن، هدفدار بودن، متمرکز بودن بر مشکل، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تاکید بر بازخورد، به ویژه برای درمان مراجعان نوجوان بسیار متناسب است (Zareb, 2004). از مهمترین مؤلفه‌های درمان شناختی رفتاری آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌باشد. مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری مهارت‌هایی هستند که برای افزایش توانایی‌های روانی اجتماعی افراد آموزش داده می‌شوند و فرد را قادر می‌سازند تا به طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی روبه‌رو شود. هدف از آموزش این مهارتها افزایش توانمندی‌های روانی اجتماعی و در نهایت پیش‌گیری از رفتارهای آسیب‌زننده به بهداشت و ارتقای سطح سلامت روانی افراد است. این توانایی‌ها فرد را قادر می‌سازد تا در رابطه با سایر انسانها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و موجب ارتقای رشد شخصی و اجتماعی و پیش‌گیری از مشکلات روانی اجتماعی گردد (Nick Parvar, 2004) از آنجا که مهارت‌های مقابله‌ای نیز به عنوان تلاش‌های رفتاری شناختی برای مدیریت استرس فیزیولوژیکی و روانشناختی تعریف شده است، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری می‌تواند در مقابله مؤثر افراد با استرس مؤثر باشد (Lazarus, 1993).

(Meuret, 2012) نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری بر استمرار پیامدهای درمان مواجهه سازی برای اختلال پانیک همراه با آگورافوبیا تأثیر مثبت دارد. (Chinaveh, 2012) با مقایسه اثربخشی آموزش مهارت مقابله‌ای حل مسئله دریافت که آموزش حل مسئله منجر به بهبود سازگاری اجتماعی در نوجوانان می‌گردد (Rus-Calafell, 2013) با آموزش مهارت‌های اجتماعی شناختی رفتاری بر گروهی از بیماران سرپایی اسکیزوفرنی نشان دادند که آزمودنی‌های گروه آزمایش بهبودی‌های معنی‌داری در علائم آسیب شناسی روانی، آشفتگی اجتماعی، شناخت اجتماعی، کناره‌گیری اجتماعی، ارتباط میان فردی و کیفیت زندگی در مقایسه با گروه گواه داشتند.

(Hundt & Mignogna, 2013) نیز به این نتیجه رسیدند که فراوانی و کیفیت استفاده از مهارت-

های شناختی رفتاری بر پیامدهای درمانی افسردگی نقش واسطه‌ای دارد و باعث اثربخشی بیشتر درمان افسردگی می‌گردد. (Ma & At al, 2013) با مقایسه دو گروه از بیماران وسواسی تحت درمان با دارو درمانی و دارو درمانی به همراه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی به نمرات پایین وسواس در گروه دوم در هفته‌های یک تا چهار بعد از درمان دست یافتند. (Krattenmacher & At al, 2014) با بررسی ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی در نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که بین میزان استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و سلامت روانی این کودکان ارتباط مثبت وجود دارد. در پژوهش (Mazaheri, 2007) به تأثیر آموزش گروهی رفتاری و رفتاری شناختی بر عزت نفس دانشجویان تأثیر معنی‌داری داشته است. با توجه به اینکه هیجان نقش مهمی در بروز و دوام اختلالات روانی دارد آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان به عنوان راهبردی برای کاهش علائم اختلالات روانی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. توانایی مقابله با هیجان‌ها فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد و نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتارها را بداند و بتواند واکنش مناسب به هیجان‌هایش نشان دهد. افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب می‌شود (Gratz & Gunderson, 2006). آموزش تنظیم هیجان (Gross, 2002) عبارت است از کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات. تنظیم هیجان به عنوان یک فاکتور مهم جهت عملکرد سازگارانه لازم است و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه منجر به نتایج منفی از جمله بهزیستی پایین John, (2003) Gross) بیماری‌های جسمانی می‌شود نتایج (Joormann, 2010) نشان می‌دهند که تفاوت‌های فردی در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان نقش مهمی در افسردگی دارند و نارسایی‌های گواه شناختی افراد به استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در این بیماری مرتبط است. (Quoidbach, Berry, 2010) Hansenne) با بررسی تأثیر راهبردهای مثبت و سازگارانه‌ی تنظیم هیجان در دو مولفه بهزیستی روانشناختی (کاهش پریشانی و رضایت از زندگی) نشان دادند که گفتن به دیگران (یا اشتراک‌گذاری یک رویداد مثبت با دیگران) موجب رضایت از زندگی و درگیر شدن در نشخوار یک رویداد مثبت منجر به کاهش پریشانی می‌شود. (Ruiz-Aranda, 2012) در مطالعه با هدف تأثیر آموزش هوش هیجانی در سلامت روانی نوجوانان نشان دادند دانش‌آموزانی که در برنامه آموزشی هوش هیجانی شرکت داشتند علائم بالینی کمتری در مقایسه با دانش‌آموزان گروه گواه نشان دادند (Schuppert, 2012) در مطالعه‌ای با عنوان آموزش تنظیم هیجان برای نوجوانان دارای صفات اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان تأثیر یکسانی با درمان‌های معمول اختلال شخصیت مرزی دارد، در این مطالعه گروه درمان

تنظیم هیجان در پیگیری ۱۲ ماهه اختلال، بهبودی بیشتری نشان دادن (Ornaghi, 2014) نشان داد که آموزش فهم هیجانی به کودکان سنین مدرسه منجر به افزایش شناخت اجتماعی کودکان می‌گردد. در مطالعه (Abolghasemi & at al, 2012) آشکار شد که دو روش آموزش شناختی رفتاری و تنظیم هیجان در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان مؤثر می‌باشند، در این مطالعه اثربخشی روش شناختی رفتاری از روش تنظیم هیجان در کاهش اضطراب امتحان بیشتر بود. نتایج پژوهش (Narimani & at al, 2013) نشان داد که روش تنظیم هیجان تأثیر مثبتی بر بهبود سلامت روانی جانبازان شیمیایی دارد. (Tozende Jani & at al, 2012) نیز نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری در کاهش اضطراب و افزایش سازگاری با کودکان مبتلا به لکنت زبان موثر می‌باشد.

از شواهد موجود چنین بر می‌آید که عدم مراقبت عاطفی پیوسته از کودک دلیلی برای عدم انطباق کودک و مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی، رشدی و اجتماعی او می‌باشد (Akpulu, 2007). با توجه به شرایط خاص زندگی کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست و جهت پیشگیری از پیامدهای بی‌سرپرستی و بدسرپرستی به نظر می‌رسد که یادگیری و کسب مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان برای این افراد مفید باشد. با توجه به اهمیت موضوع پژوهش حاضر با تأثیر آموزش مقابله‌ای شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، بهبود شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر اردبیل انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با گروه گواه بود. در این پژوهش روش‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و تنظیم هیجان به عنوان متغیرهای مستقل و ناامیدی، شادکامی و عزت نفس به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند.

آزمودنی‌ها

کلیه کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۸ ساله ساکن مراکز نگهداری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند ($N=83$). تعداد ۴۵ نفر از این کودکان و نوجوانان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در سه گروه آموزش شیوه‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری ($n=15$)، تنظیم هیجان ($n=15$)

و گروه گواه ($n=15$) جایگزین شدند. برای جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های محور یک در DSM-IV (SCID):

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات روانی، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط (Frest at al, 1995) برای اختلالات محور ۱ DSM-IV تهیه شده است (Frest at al, 1995) نقل از (Sharifi, 2007). (Tran & Hagga, 2002 به نقل از Smith, Tran, 2004) ضریب پایایی ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. (Sharifi, 2007) پس از ترجمه این مصاحبه به زبان فارسی، آن را روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (پایایی بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی نیز خوب بود. ضریب کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود. نتایج پژوهش آنها نشان داد که این ابزار از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار است. این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روان شناختی آزمودنی‌ها (اضطرابی، خلقی، تجزیه ای و سایر اختلالات در صورت مشاهده علائم) و تأیید تشخیص آزمون SCL-90 R استفاده شد.

۲- مقیاس ناامیدی بک (BHS):^۱ مقیاس ناامیدی بک در سال ۱۹۷۹ جهت بررسی و اندازه-

گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. از این مقیاس برای سنجش میزان یأس و ناامیدی استفاده می‌شود. این آزمون دارای ۲۰ عبارت است که نشانگر طرز فکر و روحیه فرد می‌باشند. عبارات به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شوند. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. روایی و پایایی این آزمون در مطالعات مختلف به ویژه در زمینه گرایش‌های خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته و همبستگی‌های مختلفی از ۰/۳۶ تا ۰/۷۶ با مقیاس افسردگی بک، ۰/۵۶ با مقیاس بالینی ناامیدی و ۰/۷۴ با وجود افکار و گرایش‌های خودکشی نشان داده شده است. مقیاس ناامیدی توان بالایی در اندازه‌گیری ساختارهای ناامیدی و توقعات منفی نشان داده است. روایی و پایایی این آزمون در مرکز مطالعات شناختی و رفتاری بیمارستان روزبه تهران هم بررسی شده که نتایج حاکی از روایی و پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است (Shams, 2011; Abbas abadi, 2005).

1. Beck Hopelessness Scale

۳-مقیاس شادکامی آکسفورد^۱: این مقیاس را (Argyle, 1989) ساخت و شامل ۲۹ سوال است. هر سوال شامل چهار عبارت است که هر سوال در مقیاس لیکرت چهار نقطه ای از صفر تا ۳ نمره داده می شود. بنابراین نمره هر آزمودنی از صفر تا ۸۷ در نوسان است (Argyle & at al, 1995). ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی (Furnham, 1990) آلفای ۰/۹۰ را با ۱۰۱ آزمودنی و (Francis & at al, 1998) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند

(Alipur, Noorbala, 2000) نیز آلفای ۰/۹۲ را برای این پرسش‌نامه بدست آوردند. Nejad, Hadi (2010) نشان دادند که نمره کلی این پرسش‌نامه همبستگی بالایی با پنج عامل شخصیتی دارد، نتایج تحلیل عاملی این مطالعه نیز به استخراج ۷ عامل از این پرسش‌نامه منجر شد که ۰/۳۳ واریانس سؤالها را تبیین کردند.

۴-مقیاس عزت نفس روزنبرگ: این مقیاس از ۱۰ ماده تشکیل شده و به وسیله روزنبرگ برای اندازه گیری عزت نفس کلی تهیه شده است (Rosenberg, 1965). در این مقیاس از آزمودنی خواسته می‌شود تا هر ده عبارت را به دقت خوانده و به عبارتی که در مورد او صادق است، پاسخ مثبت و به عبارتی که در مورد او صدق نمی‌کند پاسخ منفی دهد. در این پرسش‌نامه نمره بالا نشان‌دهنده عزت نفس بیشتر و نمره پایین نشان‌دهنده عزت نفس کمتر می‌باشد (Mohammadi, 2006). ضرایب آلفای کرونباخ و دونیمه سازی این مقیاس و ضرایب بازآزمایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ را بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز ۰/۶۹ و ۰/۶۸ و ضرایب بازآزمایی مقیاس فوق را با فاصله یک هفته ۰/۷۷، دو هفته ۰/۷۳ و سه هفته ۰/۷۸ گزارش کردند گزارش کردند که همه ضرایب بازآزمایی به دست آمده معنادار بود.

شیوه اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از نمونه‌گیری، اعضای نمونه در سه گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری (n=۱۵)، تنظیم هیجان (n=۱۵)، و گروه گواه (n=۱۵) به تصادف جایگزین شدند. سپس پرسش‌نامه‌های عزت نفس، شادکامی و ناامیدی به عنوان پیش‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد، در مرحله بعد بسته‌های آموزشی مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و تنظیم هیجان روی گروه‌های آزمایشی اجرا گردید در نهایت از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و میانگین نمرات پس

آزمون سه گروه با استفاده از آزمون کووایانس تحلیل شد. لازم به ذکر است که سکونت حداقل سه سال در مرکز نگهداری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست، داشتن معیارهای تشخیصی یکی از اختلالات محور ۱ بر اساس مصاحبه بالینی معیارهای ورود نمونه بودند و داشتن عقب‌ماندگی ذهنی و عدم همکاری داوطلبانه در پژوهش معیارهای خروج در نظر گرفته شده بودند. برای رعایت اخلاق پژوهشی از ابتدای پژوهش آزمودنی‌ها از اختیار لازم جهت ادامه شرکت در پژوهش برخوردار بوده و کاملاً داوطلبانه در پژوهش شرکت داشتند و وقت جلسه بعدی نیز با هماهنگی آنها تعیین می‌شد، اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها کاملاً محفوظ نگاه داشته شد و بعد از اتمام تحقیق برای کمک به گروه گواه و افرادی که پاسخ‌دهی ضعیفی به درمان گروهی داشتند، خدمات مشاوره‌ای رایگان ارائه شد. محتوای هر کدام از بسته-های آموزشی به صورت زیر بود:

برنامه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری که توسط Erguner-Tekinalp (2004) با هدف ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری طراحی شده طی ۸ جلسه آموزش داده شد. اجرای این برنامه آموزشی در طی ۴ هفته و در هر هفته ۲ جلسه یک ساعته به شرح زیر انجام گرفت. جلسه اول: آشنایی و برقراری ارتباط، اجرای پیش آزمون، بیان توضیحاتی درباره هدف آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری، جلسه دوم: آموزش مهارت خودآگاهی، جلسه سوم: آموزش مهارت همدلی و چگونگی کاربرد آن در زندگی روزمره، جلسه چهارم: آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر، جلسه پنجم: آموزش مهارت برقراری ارتباط بین فردی، جلسه ششم: آموزش مهارت‌های افزایش عزت نفس، جلسه هفتم: آموزش مهارت مدیریت بر هیجانات و جلسه هشتم: آموزش مهارت مدیریت استرس، کمک به افراد برای شناسایی استرس، اثر استرس روی زندگی و فهمیدن اهمیت و کارایی مقابله با استرس می باشد و در نهایت جلسه هشتم با اجرای پس آزمون به اتمام رسید. بسته آموزش تنظیم هیجانی نیز که توسط (Gratz, 2006) تهیه شده در ۸ جلسه آموزش داده شد هر جلسه با مرور آموزشها و پیگیری نحوه انجام تکالیف در منزل آغاز شد. پس از آن گام‌های بعدی به افراد آموزش داده شد در پایان هر جلسه نیز به پرسش‌های آزمودنی‌ها پاسخ داده می‌شد. تکمیل گام‌های این آموزش در ۸ جلسه یک ساعته به شرح زیر انجام گرفت. جلسه اول: اجرای پیش آزمون و مفهوم سازی مشکلات و توضیح هدف و منطق آموزش، جلسه دوم: آموزش آگاهی از هیجانات مثبت، جلسه سوم: آموزش آگاهی از هیجانات منفی، جلسه چهارم: آموزش پذیرش هیجانات مثبت، جلسه پنجم: آموزش پذیرش هیجانات منفی، جلسه ششم: آموزش ابراز هیجانی، جلسه هفتم: آموزش ارزیابی مجدد هیجانات و ابراز هیجان و جلسه هشتم: جمع بندی جلسات

آموزشی و تمرین مرور جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه فهرست علائم روانی به پایان رسید.

یافته‌ها

تعداد ۴۵ نفر از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست در سه گروه مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری، تنظیم هیجان و گواه مورد مطالعه قرار گرفتند که جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی آنها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه بندی

گروه‌ها		گروه مهارت‌های مقابله‌ای		تنظیم هیجان		گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	پسر	۶	۴۰	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳
	دختر	۹	۶۰	۱۱	۷۳/۳	۱۰	۶۶/۷
مقطع تحصیلی	ابتدایی	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	۵	۳۳/۳
	راهنمایی	۷	۴۶/۷	۸	۵۳/۳	۸	۵۳/۳
	دبیرستان	۴	۲۷/۷	۴	۲۶/۷	۲	۱۳/۳
سن	میانگین	۱۵/۳۴		۱۴/۴۱		۱۴/۸۱	
	انحراف معیار	۲/۱		۱/۹۹		۲/۳۴	

جدول ۱ توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی جنسیت، پایه تحصیلی و میانگین و انحراف استاندارد سن آنها به تفکیک گروه بندی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه آزمودنی

در مقیاس‌های ناامیدی، شادکامی و عزت نفس

عضویت گروهی نوع آزمون		مهارت‌های شناختی رفتاری		تنظیم هیجان		گواه	
		SD	M	SD	M	SD	M
پیش‌آزمون	ناامیدی	۱۲/۹۴	۳/۶۴	۸/۴۷	۴/۰۶	۷/۸۰	۲/۴۹
	شادکامی	۴۰/۷	۴/۴۴	۳۵/۴۷	۱۳/۲۵	۴۱/۶۷	۱۵/۱۲
	عزت نفس	۲۶/۷۴	۵/۹۹	۳۲	۶/۰۶	۲۹/۹۴	۶/۰۳
پس‌آزمون	ناامیدی	۴/۱۴	۲/۴۲	۴/۴۷	۲/۷۵	۷/۲۷	۲/۷۹
	شادکامی	۶۱/۳۴	۱۱/۶۰	۶۳/۳۴	۱۳/۷۷	۴۶/۵۴	۵۱/۱۴
	عزت نفس	۳۵/۸۷	۵/۳۸	۳۲/۹	۱/۹۸	۳۰/۳	۶/۰۲

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات هریک از خرده مقیاس‌های آزمون فهرست علائم ۹۰ سوالی و نمره کلی آن را در سه گروه آزمودنی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون کوواریانس برای مقایسه نمرات سه گروه در پس آزمون ناامیدی، شادکامی و عزت نفس

نوع آمار	وزن تاثیر	معداری	F	میانگین نمرات	درجه آزادی	میانگین نمرات	مقیاس وابسته	رنگ
۱/۰۰	۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۹/۴۱	۹۵/۰۸	۱	۹۵/۰۸	ناامیدی	پیش آزمون
۰/۸۵	۰/۱۹	۰/۰۰۴	۹/۹۷	۱۳۹۱/۶۳	۱	۱۳۹۱/۶۳	شادکامی	
۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۰۳۷	۰/۸۶۶	۱	۰/۸۶۶	عزت نفس	
۱/۰۰	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۱۶/۴۰	۸۰/۳۴	۲	۱۶۰/۶۸	ناامیدی	عضویت گروهی
۱/۰۰	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۰/۵۴	۱۵۶۴/۷۲	۲	۳۱۲۹/۴۳	شادکامی	
۰/۷۷	۰/۱۹	۰/۰۱۴	۴/۷۶	۱۱۱/۷۰	۲	۲۲۳/۳۹	عزت نفس	

مطابق جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات سه گروه آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری، تنظیم هیجان و گروه گواه در مقیاس ناامیدی ($F=۱۶/۴۰$; $P<۰/۰۰۰$)، مقیاس شادکامی ($F=۱۰/۵۴$; $P<۰/۰۰۰$) و همچنین مقیاس عزت نفس ($F=۴/۷۶$; $P<۰/۰۱۴$) وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو میانگین گروه‌ها بر اساس تفاوت میانگین و سطح معنی‌داری

متغیرها	گروه‌ها	مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری	گواه
ناامیدی	تنظیم هیجان	۲/۴۸ ($P=۰/۰۳۱$)	-۲/۹۰ ($P=۰/۰۰۳$)*
	مهارت‌های شناختی رفتاری	-	-۵/۳۷ ($P<۰/۰۰۰$)*
	گواه	-	-
شادکامی	تنظیم هیجان	۴/۴۹ ($P=۱/۰۰۰$)	-۱۹/۸۱ ($P<۰/۰۰۰$)*
	مهارت‌های شناختی رفتاری	-	۱۵/۳۲ ($P<۰/۰۰۴$)*
	گواه	-	-
عزت نفس	تنظیم هیجان	-۲/۹۵ ($P=۰/۰۳۹$)	-۲/۶۵ ($P=۰/۰۴۴$)
	مهارت‌های شناختی رفتاری	-	۵/۶۰ ($P<۰/۰۰۱$)*
	گواه	-	-

طبق جدول ۴، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد که در نمرات ناامیدی، شادکامی و عزت نفس آموزش مهارت مقابله شناختی رفتاری اثربخش بود. اما آموزش تنظیم هیجان در مقیاس عزت نفس اثربخش نبود. هر دو شیوه‌ی آموزشی مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان به یک اندازه در مقیاس شادکامی و ناامیدی اثربخش بودند.

نتیجه

کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست که از عاطفه مادرانه و محبت و روابط صمیمی والدین محروم بوده‌اند غالباً از اختلالات عاطفی، ناایمنی، احساس وابستگی یا طرد، گروه‌گریزی یا گروه‌گرایی حاد رنج می‌برند. در این پژوهش تاثیر آموزش مقابله‌ای شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی و بهبود شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست ساکن در مرکز بهزیستی شهر اردبیل مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون سه گروه آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان و گواه در متغیر ناامیدی وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که دو روش آموزشی به یک اندازه بر بهبود ناامیدی این اثر بخش بودند. این نتایج همسو با نتایج (Meuret, 2012)، (Chinaveh, 2012)، (Ma, 2013) و (Krattenmacher & at, 2014) در خصوص اثربخشی آموزش شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری بر ابعاد مختلف سلامت روانی و نتایج (Quoidbach, Berry, Hansenne, 2010)، (Ruiz-Aranda, 2012)، (Schuppert 2012) (Ornaghi, 2014)، (Abolghasemi at al, 2012)، (Tozende Jani at al, 2013) (Narimani at al, 2013) در خصوص اثربخشی مهارت‌های تنظیم هیجان بر ابعاد مختلف سلامت روانی می‌باشد. ناامیدی، نظامی از طرحواره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد (Ipek, 2010). که به خودپنداره و کفایت اجتماعی فرد آسیب می‌رساند (Dueb, 2005). به دلیل اینکه کودکان و نوجوانان در این سن از عاطفه و حمایت والدین محروم هستند، همچنین با توجه به شرایط اجتماعی خاصی که در محیط شبه خانواده دارند خوش‌بینی کمتری نسبت به آینده داشته و بیشتر در معرض ناامیدی قرار دارند. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری با تقویت خودآگاهی، افزایش توان مدیریت استرس می‌تواند منجر به کاهش ناامیدی و افزایش خوش‌بینی گردد و آموزش تنظیم هیجان نیز به طریق آموزش چگونگی مدیریت هیجانات و بهبود ارتباط بیشتر و ایجاد و افزایش هیجانات مثبت می‌تواند در کاهش ناامیدی تأثیر داشته باشد.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون سه

گروه در مقیاس شادکامی وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نیز آشکار کرد که این دو روش به یک اندازه در افزایش شادکامی مؤثر بودند. این نتایج همسو با نتایج (Chinaveh, 2012) (Meuret, 2012) (Ma Krattenmacher & At al, 2014) در خصوص اثربخشی آموزش شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری بر ابعاد مختلف سلامت روانی و نتایج (Quoidbach, Berry, Hansenne, 2010) (Abolghasem at al, 2012) (Ornaghi, 2014) (Schuppert, 2012) (Ruiz-Aranda 2012) (Tozende Jani at al, 2012) (Narimani at al, 2013) در خصوص اثربخشی مهارت‌های تنظیم هیجان بر ابعاد مختلف سلامت روانی می‌باشد. شادی یعنی توانایی تجربه هیجانهای مثبت. از آنجا که هر دو شیوه مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر افزایش هیجانان مثبت تأکید دارند، آموزش این روشها می‌تواند به افزایش شادکامی منجر شود.

نتایج تحلیل کوواریانس همچنین نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات پس آزمون سه گروه در مقیاس عزت نفس وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نیز آشکار کرد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و گروه گواه وجود دارد ولی تفاوتی بین گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه گواه یافت نشد، به این معنا که روش تنظیم هیجان تأثیر معنی‌داری بر عزت نفس نداشت. این نتایج با مطالعات (Chinaveh, 2012) (Meuret, 2012) (Ma At al, 2013) و (Krattenmacher & at al, 2014) در خصوص اثربخشی آموزش شیوه‌ی مقابله شناختی رفتاری بر ابعاد مختلف سلامت روانی همخوان بوده ولی با نتایج (Quoidbach, Berry, Hansenne, 2010) (Tozende Jani at al, (Abolghasemi at al, 2012) (Ornaghi, 2014) (Schuppert (Ruiz-Aranda 2012) (Narimani at al, 2013) در خصوص اثربخشی مهارت‌های تنظیم هیجان بر ابعاد مختلف سلامت روانی ناهمخوان می‌باشد. کودکان و نوجوانان بد سرپرست و بی سرپرست به دلیل دریافت ناکافی بازخورد از عملکرد موفقیت‌آمیز خود کمتر احساس کفایت و عزت نفس کرده و بدین ترتیب به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر و روابط بین فردی بیشتر احتمال دارد در معرض کمبود عزت نفس قرار داشته باشند. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری دارای مؤلفه‌هایی همچون مهارت‌های خودآگاهی و افزایش عزت نفس، مهارت‌های روابط بین فردی، مهارت‌های ارتباط مؤثر می‌باشد که از عناصر اصلی مهارت‌های شناختی رفتاری می‌باشند. لذا با در نظر داشتن دو بعد شناخت و رفتار در آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌توان انتظار داشت که این روش اثربخشی بیشتری بر عزت نفس داشته باشد. در خصوص اثر بخش نبودن روش تنظیم هیجان بر بهبود عزت نفس می‌توان گفت از آنجا که عزت نفس از جمله صفات روان شناختی نسبتاً ثابت می‌باشد لذا تغییر آن نیازمند مداخله عمیق در سطح شناخت و رفتار به صورت توأم

می‌باشد از آنجا که در روش تنظیم هیجان نیز بیشتر بر تغییر حالات هیجانی تأکید می‌شود نه ویژگی‌های با ثبات. این امر می‌تواند توجه‌کننده اثر بخش نبودن روش تنظیم هیجان بر عزت نفس باشد.

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش تنظیم هیجان و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری در بهبود میزان ناامیدی، شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست مؤثر می‌باشد. این پژوهش چند محدودیت نیز داشت: اولاً در دسترس نبودن اعضای نمونه در یک مکان که باعث شد آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به صورت سه گروه ۵ نفره تحت آموزش قرار بگیرند، دوماً هر دو شیوه مداخله توسط یک نفر انجام گرفت لذا بهتر است برای افزایش اعتبار نتایج در تحقیقات آینده روشهای آموزش توسط متخصصین متفاوتی ارائه گردد، نتایج این پژوهش آموزش تنظیم هیجان را جهت پیشگیری از پیامدهای بی‌سرپرستی و بد سرپرستی پیشنهاد می‌کند.

References

- Argyle, M., Martin, M., & Lu, L. (1995). *Testing for stress and happiness: The role of social cognitive factors*. In C. D. Spielberger, & I. G. Sarason, (Eds), *Stress and emotion*, Washington, DC: Taylor & Francis.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). *Happiness as a function of personality and social encounters*. In J. P. Forgas, & J. M. Innes (Eds.), *Recent Advances in Social Psychology: an international perspective* (pp.189-203). North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Akpalu, A. (2007). Adoption of children and contribution of the Osu children's Home in Ghana. *Children and Youth Services Review*, 29(8), 1070–1084.
- Abolghasemi, A. Beigi, P & Narimani, M (2012). The effectiveness of two teaching method of cognitive- behavioral and emotion regulation skills in efficiency and academic adjustment of students with test anxiety. *Journal of educational psychology*. Page 22-34. in Persian.
- Abbas Abad, Muhammad (2005). Comparative evaluation of emotional intelligence and despair in adolescents 14 to 18 years living in orphan welfare organization in terms of duration with normal adolescents in Kerman province Master's thesis published, Allameh Tabataba'i University. in Persian.
- Alipur, Ahmad, Noorbala, Ali (2000). A preliminary study on reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory in Students of Tehran University, *Monthly thoughts and behavior*, 1378, No. 1 and 2. in Persian
- Chinaveh, M. (2013). The Effectiveness of Problem-solving on Coping Skills and Psychological Adjustment. The 3rd World Conference on Psychology, *Counseling and Guidance*, 9, 4–9.
- Dueb, J. 2005. *Suicidal Children*. An un-published thesis for Master of Education The faculty of Education Lethbridge Alberta, B.S.W University of Calgary.
- Erguner-Tekinalp, B., & Akkok, F. (2004). The Effects of a Coping Skills Training Program on the Coping Skills, Hopelessness, and Stress Levels of Mothers of Children with Autism. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 26(3), 261-262.

- Furnham, A., & Brewin, C.G. (1990). Personality and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11, 761-763.
- Frest, M. Spitz, R. Gibon, M. Williams, J. (1995). Structured clinical interview for Axis 1 disorders. In DSM-IV. Sharifi, vandad & et al. Translators. Tehran, Mehr Kavian publication (2006). in Persian.
- Ipek, N. 2010. The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. *Journal of Elementary Education Online*, 9(1):23-30
- Gratz, K.L., Gunderson, J.G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gross, J. J. (2002). *Wise emotion regulation*. In L. Felderman Barrett & P. Salorey (Eds.), *The Wisdom of fillings: Psychological Processes in emotion intelligence*. 297-318. New York: Guilford.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24 (2), 281-298.
- Hundt, N.E., Mignogna, J. (2013). The Relationship Between Use of CBT Skills and Depression Treatment Outcome: A Theoretical and Methodological Review of the Literature. *Behavior Therapy*, 44 (1), 12-26.
- Hadi Nejad Hassan, Zarei, F. (2010). Reliability, validity and standardization of Oxford Happiness Questionnaire. *Psychological Research*, Volume 12, Number 1, 2, pp. 62-77.
- Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K., Flechtner, H.H., Bergelt, C., Romer, G. Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 252-259.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Mohammadi, N. (2006) A preliminary study of the validity and reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale *Journal of Iranian Psychologists*, First Year, No. 4, pp. 313-320.). in Persian.
- Mazaheri, Akram, baghban, Iran, gardener, Iran; Fatehizadeh, Mary (2007). The impact of behavioral and cognitive-behavioral group training practices self-esteem of students dormitory Knowledge and research in psychology, No. 29, pp. 128-117. in Persian.
- Ma, J.D., Wang, C.H., Li, H.F., Zhang, X.L., Zhang, Y.L., Hou, Y.H., Liu, X.H., Hu, X.Z. (2013). Cognitive-coping therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 47(11), 1785-1790.
- McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: Ameta-analysis. *Journal of Abnormal child psychology*, 34, 527-543.
- Meuret, A.E., Wolitzky-Taylor, K.B., Twohig, M.P., & Craske, M.G. (2012). Coping Skills and Exposure Therapy in Panic Disorder and Agoraphobia: Latest Advances and Future Directions. *Behavior Therapy*, 43(2), 271-284.

- Narimani, M. Arian Pouran, S. Abolghasemi, A. Ahadi, B. (2013). The effectiveness of mindfulness-awareness training and emotion regulation on affection and mood of chemically injures. Research journal of medical sciences university, Arak Branch. Year 15. No 51. in Persian.
- Nick Parvar., R. (2004). Trading with life skills training program. Tehran: Welfare Organization. in Persian
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J. Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabaté, J., Caqueo-Urizar, A. (2013). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, 143(2-3), 327-336.
- Ornaghi, V., Brockmeier, J., & Grazzani, I. (2014). Enhancing social cognition by training children in emotion understanding: A primary school study. *Journal of Experimental Child Psychology*, 119, 26-39.
- Quoidbach, J., Berry, E., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49, 368-373.
- Office of the orphan (2005). Annual Statistics Office orphan, Tehran Welfare Organization. in Persian.
- Rosenberg, M. (1965). Social and the adolescent Self Image. Princeton, NJ, princeton University Press.
- Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Salguero, J. M., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., & Balluerka, N. (2012). Short- and Midterm Effects of Emotional Intelligence Training on Adolescent Mental Health. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 462-467.
- Rezaei, Fatima. (2006). Strengthening legal practices in family care program. Journal of Educational Information Center and scientific sources and orphan care Boarding office, Welfare Organization, the first issue. in Persian.
- Sanati nia, A., (1992) in the course of arbitration, First Edition, Tehran, publishing, public relations Welfare Organization. in Persian.
- Schuppert, H.M., Timmerman, M. E., Bloo, J., Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M.G., & Nauta, M.H. (2012). Emotion Regulation Training for Adolescents With Borderline Personality Disorder Traits: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1314-1323.
- Sharifi, V.; Asadi, Mohammad Mohammadi, Mohammad Reza Amini, August, Freedom, Hussein, Semnan, Joseph, Shabani Amir, November, Zahra, the referee Ashtiani, Rosita, Wise Schuster, Mitra (2007). Reliability and ability to run the Farsi version Clinical Interview for Diagnostic Sakhtar Yafth. DSM-IV SCID. News journal Cognitive Science, No. 6, pp. 10-22. in Persian.
- Shams, Soraya (2001). The effect of cognitive behavioral group therapy on suicidal desire, despair, self-concept and style of documents suicidal adolescents in Tehran Master's thesis published, Allameh Tabatabai University. in Persian.
- Tozendejani, Hasan. Naeimi, Hoda. Ahmadpour, Mahbobeh (2012). The survey of the impact of cognitive – behavioral confronting skills in anxiety and children's adjustment with tongue tie. Research in rehabilitation sciences. No2. Pages 128-134. in Persian.

- Zareb, zhant(2004). Assessment and cognitive behavior therapy in adolescents. Translation of Mohammad Khodayari Fard and Yaeamin Abedini. Tehran. in Persian.
- Zadeh Mohammadi, Ali, King Khosravi, Ghaffar, Sdralsadat, SJ; Birashk, updated. (2007). The effect of music therapy in reducing the behavioral and emotional disorders orphans and irresponsible. Journal of Psychology, 38, year 10, No. 2, pp. 224\ in Persian.



اصغری نکاح، سیدمحسن؛ بروک، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست مقیم شیرخوارگاه. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۱)، ۸۶-۱۰۰.

بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست مقیم شیرخوارگاه

سیدمحسن اصغری نکاح^۱، فاطمه بروک^۲

دریافت: ۱۳۹۳/۳/۱۳ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۷

چکیده

در این پژوهش اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر بازی‌های زبان‌شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی کودکان مقیم شیرخوارگاه یا مرکز شبه خانواده بررسی شد. نمونه‌ای شامل ۲۴ کودک پسر بی سرپرست و بدسرپرست سنین ۴-۵ سال بود که در مراکز شبه خانواده نگهداری بود که به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند و پرسشنامه آگاهی واج شناختی که شامل خرده مقیاس آگاهی هجایی، آگاهی درون هجایی و آگاهی واجی بود به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد و کودکان گروه آزمایش ده جلسه بازی درمانی مبتنی بر بازی‌های زبان‌شناختی را دریافت کردند. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد کودکانی که بازی‌های زبان شناختی را دریافت کرده بودند، در پس‌آزمون افزایش معناداری در آگاهی واج شناختی در مقایسه با گروه گواه داشتند. یافته‌های این پژوهش حکایت از آن دارد که ارائه برنامه‌های آموزشی-توانبخشی در قالب بازی‌های زبان شناختی می‌تواند موجب افزایش آگاهی واج شناختی و ظرفیت‌های زبان شناختی کودکان مقیم شبه خانواده شود و می‌تواند در کار بالینی در قلمرو پیشگیری و ترمیم زمینه‌سازهای مشکلات خواندن در پرورشگاه‌ها و مهدهای کودک بکارگرفته شود.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی، بازی‌های زبان شناختی، آگاهی واج شناختی، کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست.

۱. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول)، asghari-n@um.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد تربیت جام، مشهد، ایران

مقدمه

توجه به رشد کودکان از ابعاد مختلفی حایز اهمیت است، کودکان که آینده ساز اجتماع خویش هستند زمانی فرد مفیدی برای جامعه خواهند بود که در محیط خانوادگی سالم، رشد دهنده و ایمن تربیت شده باشند، لیکن در این میان برخی از کودکان از موهبت رشد در محیط خانواده محروم‌اند و رشد آنها با شرایط چالش‌انگیزی مواجه می‌گردد (Aslipoor, 2013). یکی از مشکلات زندگی اجتماعی وجود کودکانی است که به دلایلی بی‌سرپرست شده‌اند. اکثر کودکان بی‌سرپرست به سبب حوادث و وقایع گوناگون والدین خود یا یکی از آنها را از دست داده‌اند و یا به دلایلی والدین شایستگی لازم برای تربیت فرزندان خویش را ندارند و فاقد اقوام سببی یا نسبی که قادر به به سرپرستی ایشان باشند، هستند. پس از گسستن خانواده به سبب طلاق یا مرگ یکی از والدین بسیار دیده شده که کودکان معصوم به بهانه فقر یا عدم توانایی یکی از والدین یا ازدواج مجدد آنها به موسسات نگهداری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست سپرده شده‌اند و از نعمت داشتن خانواده محروم گشته‌اند (Nazai, 2008). زندگی در پرورشگاه، چالش‌های متعددی را در فرایند رشد کودک بوجود می‌آورد که بر جنبه‌های مختلف رشد روانشناختی کودکان تاثیر نامطلوبی بر جای می‌گذارد (Aslipoor, 2013)، کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم شیرخوارگاه به دلیل محرومیت از محیط طبیعی خانواده با آسیب‌ها و محرومیت‌های مختلفی مواجه می‌شوند، در همین زمینه پژوهشی با هدف مقایسه رشد مهارت‌های حرکتی درشت در دو بخش جابه‌جایی و کنترل شیء کودکان پیش دبستانی محیط رشد محروم، به بررسی کودکان شیرخوارگاه آمنه با کودکان عادی برخوردار از محیط رشد غنی یا محیط عادی پرداختند. نتایج نشان دادند که کودکان دارای تجارب و آموزش‌های حرکتی متنوع در مقایسه با کودکان شیرخوارگاهی که محروم از چنین آموزش‌هایی هستند در حرکات درشت از نظر کیفی از عملکرد حرکتی بهتر و بیشتری برخوردارند. (Farsi&etal, 2011).

همچنین باید خاطر نشان ساخت که زندگی در شیرخوارگاه و مراکز نگهداری از کودکان از برخی جهات حتی نسبت به کودکانی که در خانواده‌های محروم زندگی می‌کنند نیز دچار محدودیت‌های و کاستی‌های بیشتری هستند و این شرایط بر وضعیت هیجانی و نگرش کودکان و از نظر کمی و کیفی نیز بر دیگر جنبه‌های رشد تاثیر منفی می‌گذارد، در همین راستا پژوهشی در جهت بررسی ویژگی‌های روانشناختی دانش آموزان پرورشگاهی وساکن در خانواده انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد بین کودکان مقیم پرورشگاه و کودکان مناطق محروم در مولفه‌های نگرش نسبت به والدین، به ویژه پدر، همانندسازی با خواهر یا برادر، وجود اضطراب، موضوع ترس، روش والدین در آموزش مفاهیم اخلاقی تفاوت معناداری

وجود دارد و در تمامی این زمینه‌ها کودکان مقیم پرورشگاه وضعیت نامطلوب‌تری برخوردار بودند و زندگی در پرورشگاه، بر ابعاد مختلف رشد کودکان تاثیر منفی بر جای می‌گذارد (Aslipoor, 2013) که یکی از این ابعاد مهم رشد زبان شناختی کودکان مقیم شیرخوارگاه می‌باشد.

رشد زبان شناختی کودکان از آن بابت اهمیت ویژه‌ای دارد که زمینه ساز رشد در سایر ابعاد شناختی، اجتماعی و هیجانی است. کمیت و کیفیت تعاملات زبانی کودکان با والدین و محیط خانه عامل اساسی در ایجاد فرصت‌هایی برای رشد زبان و مهارت‌های سوادآموزی (خواندن و نوشتن) کودکان است (Kym & etal, 2007; Lucchese, Tamis-lemonda 2007; Cater & etal, 2009).

پژوهش‌های مختلفی مشکلات زبانی و تحصیلی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست که ساکن مراکز شبانه روزی هستند را گزارش نموده‌اند. از جمله آنکه بیش از نیمی از کودکان پرورشگاه دچار تاخیرات زبانی و گفتاری هستند و از میان ۳٪ کودکان ۲٪ اختلالات زبانی و ۱۰ درصد از ۱۲٪ کودکان اختلالات گفتاری دارند (Pears & etal, 2011).

همچنین در بررسی محرومیت محیط زبانی در شیرخوارگاه آمه نتایج نشان می‌دهد این کودکان مقیم پرورشگاه نسبت به کودکان مهد کودک در بیان مفاهیم زبانی در سطح پایین‌تری قرار دارند که بخاطر فقدان محیط مناسب برای کاربرد مفاهیم بیانی آموخته شده و عدم تشویق و عدم دریافت پاداش برای برقراری ارتباط کلامی می‌باشد و همچنین غنای واژگانی این کودکان بسیار کم و پایین و میانگین طول گفته (شاخص مهارت نحوی) نسبت به کودکان گروه گواه (مهد کودک) بسیار کوتاه-تر است (Mehdipoor, 1992).

این در حالی است که رشد زبان^۱ و کسب مهارت‌های زبانی^۲ مناسب از جمله آگاهی واج شناختی و خزانه واژگانی غنی یک از مولفه‌های مهم رشد شناختی است که در روابط اجتماعی و در عملکرد تحصیلی و یادگیری آموزشگاهی آینده کودکان نقش به سزایی دارد (Cater, chard, Yool, 2009; Pears, Heywood, Kim, Fisher, 2011).

آگاهی واج شناختی^۳ به توانایی فرد برای تجزیه و تحلیل، باز شناسی، تغییر و دستکاری واجهای موجود در زبان گفتاری، بدون توجه به اندازه واحد واژه و معنی آن اطلاق می‌شود. این مهارت نوعی توانایی منفرد و یکپارچه مربوط به رشد در سال‌های پیش دبستانی و سال‌های اولیه مدرسه محسوب می‌شود که خود به صورت مهارت‌های مختلف در سرتاسر رشد گفتار و زبان تظاهر می‌یابد. آگاهی واج

1. Language Development

2. Language Skills

3. Phonological Awareness

شناختی نقش بنیادی در رشد مهارت‌های زبان شناختی کودک و از جمله جایگاه ویژه‌ای در اکتساب خواندن و نوشتن دارد. نظریه‌ها و پژوهش‌های مختلف نقش آگاه واج شناختی را در رشد خواندن و نوشتن مورد تاکید قرار داده‌اند (Larrivee, Gailon, 2005; Plaza, Cohen, 2004, Soleymani, 1998; Schimer, Kim, 2008; Keyyopp, Helenyopp, 2009; Ashtari, Shirazi, 2004; Cats, 1999; Soleymani & etal, 2009; Carolyn, 1998, 2004).

درخصوص سطوح آگاهی واج شناختی می‌توان گفت، از آنجا که یک کلمه ممکن است حداقل به سه شکل به صداها سازنده اش تقطیع شود. حداقل سه نوع آگاهی واج شناختی وجود دارد. که عبارتند از: هجا^۱، واج^۲ و واحدهای درون هجایی (قافیه و تجانس)^۳ (Dastjerdi, Soleymani, 1995).

کودکی که از لحاظ مهارت‌های آگاهی واج شناختی به رشد مطلوب رسیده است می‌تواند دو کلمه هم قافیه را تشخیص دهد و کلمه را براساس آغازه^۴ و پایان دهنده (یا پساوند)^۵ کلمه تجزیه کند، می‌تواند کلمه‌ها را به واج‌های تشکیل دهنده آنها تقسیم کند و برای تشکیل کلمه واج‌ها را با یکدیگر ترکیب کند. در واقع در سطح قافیه کودک تفاوت‌ها و شباهت‌های اجزای یک هجا را مورد مقایسه قرار می‌دهد. آگاهی واج شناختی یکی از مهم‌ترین اجزاء بررسی یکپارچگی نظام پردازش گفتار^۶ است و از این روی بررسی آگاهی واج شناختی یک جزء ضروری در ارزیابی‌های زبان روان شناختی کودکان می‌باشد. آزمون‌ها و تکالیف آگاهی واج شناختی با آشکار کردن سطوح مختلف مشکلات و محدودیت‌های پردازشی، به تبیین و توصیف توانایی‌های پردازشی کودکان می‌پردازند و نیز می‌توانند کودکانی را که در معرض آسیب‌های رشد زبان و گفتار و یا در معرض خطر ابتلا به مشکلات خواندن و نوشتاری هستند را شناسایی کنند.

لذا مطالعه رشد کودکان مقیم شیرخوارگاه و مراکز نگهداری و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای بهبود و تقویت جنبه‌های مختلف رشد ایشان یکی از حیطه‌های مورد توجه متخصصان روانشناسی در پژوهش‌های توسعه‌ای و کاربردی در حوزه رشد زبان و مداخلات روان شناختی برای کودکان است (Pears, Heywood, Kim, Fisher, 2011).

-
1. Syllabic
 2. Phoneme
 3. Rhyme & sound
 4. Onset
 5. Rime
 6. Speech Processing System

بررسی مسایل کودکان بی‌سرپرست و توجه به محرومیت‌های رشدی از جمله مشکلات رشد زبان شناختی کودکان مقیم شیرخوارگاه وقتی اهمیت بیشتری می‌یابد که جامعه مسئول مستقیم زمینه سازی برای رشد و آموزش و پرورش آنهاست و در صورتی که نیازهای اساسی این کودکان برآورده نشود، پایه‌های شخصیت آنان نیز متزلزل شده و مشکلات بسیاری به صورت شخصی و اجتماعی خواهد داشت و فقدان توانمندی در زمینه مهارت‌های زبانی و سوادآموزی در کودکان آنها را با مشکلات بسیاری در زمینه تحصیلی، رفتاری و هیجانی مواجه می‌سازد بدین ترتیب اقدامات پیشگیرانه و مداخله اولیه، برای بهبود عملکرد آنان ضرورتی دوچندان می‌یابد و باتوجه به اینکه مهمترین زمان برای آموزش مهارت‌های پیش نیاز خواندن و نوشتن سنین کودکی اولیه و پیش دبستانی می‌باشد، و از طرفی با توجه به اینکه بازی ابعاد مختلف رشد زبان شناختی را درگیر می‌سازد (Clawson, 2002). لذا به نظر می‌رسد توانمندسازی کودکان مقیم شیرخوارگاه به صورت غیرمستقیم و از طریق بازی می‌تواند از یک سو به عنوان نوعی پیشگیری و از جهتی یک برنامه غنی‌سازی رشد محسوب شود.

از آنجا که بازی به عنوان یک فعالیت طبیعی و هیجان انگیز بستر مناسبی برای تعاملی فعال کودک با محیط و با افراد مختلف فراهم می‌سازد لذا همانگونه که برخی صاحب نظران و پژوهشگران اشاره می‌نمایند (Clawson, 2002; Rosenberg, 2006; Zandi, 1992) از جنبه نظری مداخلاتی که کودک را درگیر بازی‌های مرتبط با مولفه‌های زبان شناختی می‌سازند و زمینه فعالیت‌های بازی گونه را برای کودک فراهم می‌آورند می‌توانند به غنی‌سازی مهارت‌های زبانشناختی کودک کمک نمایند.

به عبارتی منطق نظری بازی‌های زبان شناختی آن است که در قالب بازی مهارت‌های اساسی مورد نیاز کودک را در بستر تعامل و فعالیت و تکرار و تمرین هدفمند پرورش دهد. برخی صاحب نظران بر این اعتقادند که بازی‌های زبانی چهار مهارت اساسی: (۱) رشد مهارت‌های شناختی؛ (۲) رشد بازی‌های خلاق؛ (۳) رشد زبان شفاهی؛ (۴) رشد مهارت‌ها و مفاهیم سوادآموزی اولیه مانند تشخیص و تمایز گذاری صدا، هجاها را برای رشد کودک فراهم می‌آورند (Clawson, 2002). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بازی‌های زبان شناختی می‌تواند زمینه ساز ارتقا مهارت‌های اساسی سوادآموزی همچون آگاهی واج شناختی و تشخیص الفبا باشد. وقتی کودک در بازی‌های زبان شناختی شرکت می‌کند، می‌تواند مفاهیم اساسی زبان شناختی را تشخیص دهد و همین امر آنها را توانمند می‌سازد قبل از اینکه آموزش رسمی خواندن و نوشتن را شروع کنند، در این زمینه آگاهی لازم و پیش نیازها را دارا باشند (Rosenberg, 2006).

از طرفی بازی را می‌توان نقطه شروع و مهمترین عامل آمادگی با ارزش برای شروع زبان شناختی می‌دانست. برنامه‌های زبان آموزی ضمن بازی هدف اصلی برنامه پیش از دبستان است (Zandi, 1992). از این رو به نظر می‌رسد مداخلات در قالب بازی‌های زبانی می‌تواند باعث بهبود دامنه لغات، تلفظ و گفتار صحیح گردد (Bouillon, 1974 به نقل از Suzan & Danger, 2003).

همچنین (Clawson, 2002) ضمن بررسی یک مطالعه که توسط (Sokoloff, 1959) انجام شده بود، اظهار می‌دارد که بازی‌ها زبان شناختی زمینه ساز بهبود توانایی‌های اجتماعی، قابلیت فهم گفتار، صدا و دامنه لغات در کودکان است.

لذا پژوهش حاضر هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی کودکان مقیم شبه خانواده را مدنظر قرار داده است و با ارائه ده جلسه بازی‌های زبان شناختی برای کودکان محروم از سرپرستی خانواده به بررسی این فرض پرداخت که آیا بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست تاثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های کاربردی است و روش آن شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۴ کودک پسر (۴-۵ سال) بود، که در مراکز کودکان بی سرپرست و بدسرپرست نگهداری می‌شدند، نمونه پژوهش به صورت دردسترس انتخاب و به تصادف به دو گروه انتساب یافت به عبارتی با توجه به ماهیت نگهداری کودکان در شیرخوارگاه مشارکت کنندگان به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و سپس بصورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۲ نفر) و آزمایشی (۱۲ نفر) جای گرفتند و برای گروه آزمایش، برنامه مداخله که بازی‌های زبان شناختی بود طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا گردید.

فرایند اجرایی پژوهش بدین ترتیب بود که با مراجعه به اداره بهزیستی استان خراسان رضوی و توضیح فرایند کلی پژوهش، مجوز برای ورود به شیرخوارگاه و مرکز شبه خانواده حضرت علی (ع) اخذ گردید، جهت رعایت حقوق کودکان و رعایت مسایل مربوط به اخلاق پژوهشی، در گفت و گوی اولیه با مسئولین و مراقبان نیز هماهنگی لازم به عمل آمده و موارد توصیه شده از طرف آنها جهت همراهی روند جاری نگهداری کودکان از جمله برنامه استراحت و رسیدگی‌های مراقبان به کودکان لحاظ گردید تا آنجا که کمترین تداخل در برنامه‌های کودکان پیش آید و جهت رعایت حقوق هویتی کودکان هیچ گونه تصویر و فیلمی از برنامه مداخله و از کودکان تهیه نگردید ضمن آن که در طی مداخله در هر زمان

امکان دسترسی به کودکان و رسیدگی برای مراقبان اصلی و مسئولان فراهم بود و آزمون‌ها با رعایت محرمانه بودن اطلاعات کودکان اجرا شدند مرحله اول پژوهش که اجرای پیش آزمون (آزمون آگاهی واج شناختی) بوده برای هر دو گروه اجرا شد، سپس بعد از اجرای برنامه مداخله برای گروه آزمایش (بازی های زبان شناختی) از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

آزمون آگاهی واج شناختی

این آزمون که توسط سلیمانی و دستجردی (۱۳۸۹) ساخته و هنجاریابی شده صورت گرفت. این آزمون شامل سه خرده مقیاس آگاهی هجایی (شامل تقطیع هجا)، آگاهی درون هجایی (شامل تجانس و قافیه) و آگاهی واجی (شامل ترکیب واجی) که هر کدام دارای ۱۰ سوال می‌باشد و شیوه نمره‌دهی به صورت یک (برای پاسخ صحیح) و صفر (برای پاسخ غلط) می‌باشد. پایایی آزمون توسط آلفای کربنباخ محاسبه شده ۰/۹۸ و روایی ۰/۹۰ می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. نیز شامل طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای فعالیت‌های باز، شعر و قصه با محوریت غنی سازی فعالیت‌های زبان شناختی بود، اهداف هر جلسه به اختصار به شرح ذیل بود:

ردیف	اهداف	نمونه بازی
۱	برقراری ارتباط و غنی سازی تعامل کودکان در گروه، انسجام بخشی اولیه، بیان قواعد کلی	بازی پرتاپ توپ در حلقه، و آموزش نجرباف
۲	توانمندسازی کودکان برای آگاهی هجایی آشنایی با شیوه شکستن کلمه و تقطیع هجایی	قصه و نمایش خلاق خرگوش گرسنه
۳	غنی سازی آگاهی درون هجایی، تمرین تشخیص تجانس	فعالیت‌های عینی بازی گونه در بازی‌هایی از جمله بگرد و پیداکن
۴	تثبیت آگاهی هجایی و درون هجایی با مرور و تمرین جلسات قبل، ایجاد فضا برای تکرار بازی های قبلی و با تمرکز بر کودکانی که کمتر فعال بوده‌اند	
۵	توانمند سازی آگاهی واجی و مهارت‌های ترکیب واجی	بازی موشی میره تو لونه
۶	تثبیت و عمق بخشیدن به تشخیص قافیه و ترکیب واجی از طریق مرور و تمرین جلسات قبلی	بازی آموزش نجرباف برای تسلط و یادگیری بهتر ترکیب واجی
۷	غنی سازی آگاهی واجی، توانمندسازی در تشخیص کلمات دارای	بازی چرخانک و رابطه

	واج آغازین یکسان	
۸	آموزش و تقویت آگاهی درون هجایی، با انواع مختلف تمرین‌های تشخیص قافیه	بازی یخ شو باز شو.
۹	پرورش و توانمند سازی کودکان در آگاهی واجی، تمرین و تسلط یابی در زمینه شناسایی واج پایانی یکسان در کلمات	بازی داغ داغ و استفاده از شعرو سرود های کودکانه.
۱۰	مرور و جمع بندی و آماده کردن گروه برای اتمام جلسات	

یافته‌ها

جهت ترسیم نمای مناسبی از وضعیت جمعیت شناختی مشارکت کنندگان ابتدا داده‌های مربوط به توزیع سنی و وضعیت هوشبهر کلامی کودکان در جدول (۱) ارائه می شود و در ادامه نیز داده‌های وضعیت آگاهی واج شناختی دو گروه در مرحله پیش و پس آزمون ارائه و مورد بررسی و تحلیل قرار می گیرد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات هوشبهر کلامی آزمون و کسلر

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین مقدار	کمترین مقدار
آزمایش	۱۰۴٫۸۳۳	۶٫۴۷	۱۱۵	۹۷
گواه	۱۰۵٫۱۶۷	۶٫۱۷۶	۱۱۴	۹۸

مندرجات جدول (۱) نشان می‌دهد آزمودنی‌های به تفکیک گروه آزمایش و گواه از نظر هوشبهر هر دو گروه از وضعیت مشابهی برخوردار بودند و در دامنه هوشبهر ۹۷ تا ۱۱۵ قرار داشتند و همانگونه که مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد بهره هوشی کلامی گروه آزمایش و گواه تفاوت زیادی ندارند و هم‌تا با هم هستند. همان گونه که توزیع سنی مشارکت کنندگان در جدول (۲) مشاهده می‌شود در پژوهش حاضر، میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش ۴/۴۱ و ۰/۵۱ و همچنین میانگین و انحراف استاندارد گروه گواه ۴/۵۰ و ۰/۵۲ است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد سنی آزمودنی‌های به تفکیک گروه آزمایش و گواه

انحراف استاندارد	میانگین	دامنه سنی	فراوانی	گروه
۰/۵۱	۴/۴۱	۴-۵	۱۲	آزمایش
۰/۵۲	۴/۵۰	۴-۵	۱۲	کنترل

شایان ذکر است داده‌های مزبور نشان می‌دهد که توزیع سنی در دو گروه آزمایش و گواه نیز متناسب بود به نحوی که توزیع سنی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌داد که ۵۸/۳۳

درصد افراد گروه آزمایش متعلق به گروه سنی ۴ سال و ۴۱/۶۶ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش متعلق به گروه سنی ۵ سال می‌باشند. همچنین ۵۰ درصد افراد گروه گواه دارای سن ۴ سال و ۵۰ درصد افراد این گروه متعلق به گروه سنی ۵ سال می‌باشند.

جهت بررسی توصیفی نمره کل آگاهی واج‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن، جدول (۴ و ۳) ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره کل آگاهی واج‌شناختی دو گروه در پیش و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
آگاهی واج‌شناختی	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۹۱	۲/۴۲
		کنترل	۱۶/۰۰	۲/۴۱
		کنترل	۱۶/۰۰	۲/۴۱
	پس آزمون	آزمایش	۲۹/۸۳	۲/۱۲
		کنترل	۱۷/۲۵	۲/۴۹

با نگاهی به مندرجات جدول (۳) مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل گروه آزمایش در پیش آزمون آگاهی واج‌شناختی ۱۶/۹۱ با انحراف استاندارد ۲/۴۲ و در گروه گواه ۱۶/۰۰ با انحراف استاندارد ۲/۴۱ می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل گروه آزمایش در پس آزمون ۲۹/۸۳ با انحراف استاندارد ۲/۱۲ و در گروه گواه ۱۷/۲۵ با انحراف استاندارد ۲/۴۹ می‌باشد.

همچنان که داده‌های جدول شماره (۳) نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه آزمایش در پس آزمون برای متغیر آگاهی واج‌شناختی افزایش یافته است اما نمرات گروه گواه تغییر محسوسی نداشته است.

همانطور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های آگاهی واج‌شناختی در پیش آزمون گروه آزمایش کمتر از میانگین نمرات آن‌ها در پس آزمون می‌باشد و میانگین نمرات این گروه در پس آزمون افزایش یافته است اما میانگین خرده مقیاس‌ها در پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه تقریباً برابر است و تغییر معناداری مشاهده نمی‌گردد. این امر نشانگر اثربخشی بازی‌های زبان شناختی بر خرده مقیاس‌های آزمون آگاهی واج‌شناختی می‌باشد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های آگاهی واج شناختی دو گروه در پیش و پس آزمون

خرده مقیاس ها	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
آگاهی واجی	پیش آزمون	آزمایش	۳/۳۳	۰/۴۹
		گواه	۳/۰۰	۰/۶۰
	پس آزمون	آزمایش	۶/۱۶	۰/۹۳
		گواه	۳/۳۳	۰/۵۷
آگاهی هجایی	پیش آزمون	آزمایش	۶/۰۰	۰/۹۵
		گواه	۵/۴۱	۱/۱۶
	پس آزمون	آزمایش	۹/۶۶	۰/۶۵
		گواه	۶/۰۰	۱/۱۲
آگاهی درون هجایی	پیش آزمون	آزمایش	۷/۸۳	۱/۸۰
		گواه	۷/۵۸	۱/۳۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۴/۷۵	۲/۵۲
		گواه	۸/۱۶	۱/۳۳

فرضیه اصلی پژوهش این بود که بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی کودکان بی-سرپرست و بدسرپرست تاثیر دارد. همچنان که نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد تاثیر عضویت گروهی (متغیر مستقل) بر نمره کل آگاهی واج شناختی معنی دار است ($P < 0/01$) و بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی دار وجود دارد. میزان تاثیر بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی ۹۳ درصد بوده است که نشان دهنده مطلوبیت میزان تاثیر آموزش بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت آموزش بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واج شناختی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست موثر بوده است. توان آماری ۱/۰۰ برای نمره کل آگاهی واج شناختی نیز نشانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد.

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس برای نمره کل آزمون آگاهی واج شناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
نمره کل آگاهی واج شناختی	گروه	۸۲۶/۷۶۴	۱	۸۲۶/۷۶۴	۲۹۲/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۳	۱/۰۰

فرضیه‌های فرعی پژوهش این بود که بازی‌های زبان شناختی مبتنی بر آگاهی واج شناختی بر آگاهی واجی، آگاهی هجایی و آگاهی درون هجای کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست تاثیر دارد. همچنان که نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد تاثیر عضویت گروهی (متغیر مستقل) بر آگاهی واجی، آگاهی هجایی و آگاهی درون هجایی معنی‌دار است ($P < 0/001$) و بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. میزان تاثیر بازی‌های زبان شناختی بر آگاهی واجی ۷۸، بر آگاهی هجایی ۸۶ و بر آگاهی درون هجایی ۷۹ درصد بوده است که نشان دهنده مطلوبیت میزان تاثیر آموزش بازی‌های زبان شناختی بر رشد آگاهی واجی، آگاهی هجایی و آگاهی درون هجایی می‌باشد. به عبارت دیگر با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۱ که کمتر از ۰/۰۱ است، تفاوت میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون معنادار است و لذا بازی‌های زبان شناختی مبتنی بر آگاهی واج شناختی بر آگاهی هجایی و آگاهی درون هجایی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست تاثیر دارد.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس برای خرده مقیاس‌های آزمون آگاهی واج شناختی

متغیر	SS	df	MS	F	Sig	η^2
آگاهی واجی	۳۸/۷۸۸	۱	۳۸/۷۸۸	۷۶/۳۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
آگاهی هجایی	۶۶/۲۳۵	۱	۶۶/۲۳۵	۹۰/۲۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۶
آگاهی درون هجایی	۲۴۵/۳۷۵	۱	۲۴۵/۳۷۵	۷۸/۳۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۹

نتیجه

کودکان مقیم شیرخوارگاه با محرومیت‌های رشدی مختلفی مواجه هستند و در این میان مشکلات زبان شناختی و از جمله مهارت‌های واج شناختی کودکان نیازمند رسیدگی ویژه و ارائه مداخلات توانمندسازی به هنگامی هستند و بازی‌های زبان شناختی که کنش‌های مختلف زبان و از جمله آگاهی واج شناختی را فعال نموده و کودک را در مسیر بکارگیری و تکرار و تمرین آنها قرار می‌دهد، می‌تواند مفید واقع شود. منطق نظری بازی‌های زبان شناختی آن است که بازی‌های زبان شناختی با فراهم آوردن بستری برای درگیر شدن کودک با فعالیت‌های تعاملی مبتنی بر مولفه‌های رشد زبان نظیر شنیدن و تولید واج‌ها و تبادل مفاهیم و کلمات و تولید جملات آهنگین در قالب بازی مهارت‌های اساسی مورد نیاز کودک را در بستر تعامل و فعالیت و تکرار و تمرین هدفمند پرورش دهد.

بنابراین همانگونه که مطرح شد پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر بازی‌های زبانشناختی بر رشد آگاهی واج شناختی کودکان مقیم شیرخوارگاه یا مرکز شبه خانواده انجام پذیرفت و بدین منظور نمونه‌ای شامل ۲۴ کودک پسر بی‌سرپرست و بدسرپرست سنین ۴-۵ سال که در مراکز شبه خانواده نگهداری می‌شدند انتخاب گردیدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) انتساب یافتند پیش آزمون و پس آزمون رای دو گروه اجرا شد و کودکان گروه آزمایش ده جلسه بازی درمانی مبتنی بر بازی‌های زبانشناختی را دریافت کردند و نتایج از طریق آزمون تحلیل کوواریانس آنکوا مورد تجربه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج آزمون آنکوا در پژوهش حاضر نشان داد که آگاهی واج شناختی کودکانی که بازی‌های زبان شناختی را دریافت کرده‌اند، در مقایسه با گروه گواه در پس آزمون از افزایش معنا داری ($p < 0.001$, $F = 292.14$) برخوردار بوده است که حکایت از اثربخشی برنامه مداخله در حیطه آگاهی واج شناختی کودکان بی‌سرپرست در این پژوهش دارد که این یافته با منطق نظری و برخی شواهد پژوهشی همخوانی دارد. که از آن جمله می‌توان به پژوهش (Ely and Maccab, 1994) اشاره کرد، که به بررسی نقش بازی‌های زبانی کودک بر رشد مهارت‌های سواد آموزی و فرازبانی پرداختند و دریافتند که بازی‌های زبانشناختی به طور مثبت و معنادار به رشد مهارت‌های خواندن اولیه و رشد فرازبانی کمک می‌کند (Rosenberg, 2006). نیز اظهار می‌دارد شرکت در بازی‌های زبان شناختی موجب رشد مفاهیم اساسی خواندن و نوشتن (آگاهی واج شناختی) می‌گردد و این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد، همچنین پژوهش (Shaply & Jackson, 1993) با تاکید بر طراحی بازی‌های زبانی به عنوان عامل تاثیرگذار بر رشد مهارت واژگانی (معنا شناسی) و خواندن و نوشتن نشان داد که بازی‌های زبانی موجب بهبود عملکرد کودکان در این مهارت‌ها می‌شود، پژوهش (Lucchese, Tamis-lemonda, 2007) نیز هماهنگی با یافته پژوهش فوق می‌باشد.

همچنین یافته‌های این پژوهش ناظر بر آن است که بازی‌های زبان شناختی موجب بهبود و رشد آگاهی واجی گردیده است و پژوهش (Brown, 1991 به نقل از Suza and Danger, 2003)، نیز نشان داد که اجرای مداخله‌ای ۱۷ جلسه بازی درمانی در مورد کودکانی که مشکلات واج شناختی داشتند موجب بهبود قابل ملاحظه‌ای در آگاهی واج شناختی کودکان گردیده است و این یافته‌ها همسو با پژوهش حاضر است. همچنین می‌توان به پژوهش‌های (ahmer, 2010; Pears & etal, 2011; Pirzadi & etal, 2012; Carroll & etal, 2003 Mostaghemezhadeh (Soleymani, 1994; Torgessen, 1994; نیز اشاره کرد که

دریافتند بازی درمانی و آموزش آگاهی واجی می‌تواند تاثیر مثبت در مهارت‌های واج شناختی داشته باشد که به نوعی با یافته‌های پژوهش حاضر هم راستا است.

از یافته‌های دیگر این پژوهش افزایش عملکرد کودکان در آگاهی هجایی بوده است که همسو با پژوهش (Brooks & Benjamin, 1989) است که نشان داد با اجرای ۱۲ جلسه بازی درمانی (از طریق ایفای نقش) توانستند تاخیرات مهارت زبانی و بیانی و پیش نیازهای خواندن و نوشتن از جمله (آگاهی هجایی) کودکان را بهبود بخشیده و با گذشت زمان ثبات در درمان کاملاً مشهود بوده است (Clawson, 2002). نیز اظهار می‌دارد که بازی‌های زبانی موجب رشد مفاهیم سوادآموزی از جمله صدا، هجاو... می‌گردد که این نتایج همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین (Anthony & etal, 2007; Ionigan & etal, 2000; Skibbe & etal, 2011; Troya, 2004; Brown, 1991) به نقل از (Suzan & Danger, 2003) به نتایج اثربخش و مثبت بازی‌های زبانشناختی بر رشد آگاهی واج شناختی دست یافتند.

همچنین رشد و توانمندی کودکان در آگاهی درون هجایی از طریق بازی مطابق با پژوهش (Keyyopp & Hellenyopp, 2009) می‌باشد. آنها دریافتند که استفاده از شعر و معما و بازی موجب بهبود و رشد آگاهی درون هجایی می‌گردد و این نتایج مطابق با نتایج پژوهش حاضر است. همچنین (Crow, 1994) به بررسی بازی‌های زبانی بر رشد مهارت‌های زبانی و واج شناختی پرداخت و به نتایج مشابه با پژوهش حاضر دست یافت، که اثربخشی بازی‌های زبان شناختی و بازی درمانی را بر رشد آگاهی درون هجایی بیان می‌کند.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر ناظر بر آن است که با توجه به اثربخشی مداخله مبتنی بر بازی های زبان شناختی برای کودکان محروم از محیط خانواده، علی‌رغم تلاش‌ها و زحمات مختلف دست اندرکاران و مربیان شیرخوارگاه، محیط شیرخوارگاه محدود بودن تعداد افراد شرکت‌کننده، طیف سنی کودکان، منحصر بفرد بودن نمونه پژوهش به پسران، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی با لحاظ کردن این موارد بر توان تعمیم‌پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این برنامه آموزشی را برای کودکان دوزبانه و کودکان نارسا خوان و کودکانی که مشکلات زبانی دارند نیز اجرا شود.

References

- Ashtari, A.; Shirazi, T. (2004). Comparison phonological awareness rapid naming between dyslexia children and normal, *Journal of Rehabilitation*, 3(5) 18-31. (In Persian)
- Aslipoor, A.; Kafie, M.; Khosrojaheid, M. (2013). Applying apperception test to comparing psychological characteristics of foster students and normal in families, *Journal of Mehr School Psychology*, 2(5) 6-22. (In Persian)
- Anthony, S.; Williams, J.M.; David, R.; Francis, R. (2007). Phonological processing and emergent literacy in younger and older preschool children. *Ann. of Dyslexia*, 57: 113-137.
- Brooks, A., & Benjamin, B. (1989). The use of structured play therapy in the remediation of grammatical deficits in language delayed children. *Journal of childhood communication disorder*, 12(2), 171-186.
- Carroll, Juila M.; Snowling and Stevenson Jim. (2003). The development of phonological awareness in preschool children. *Journal Developmental psychology*. 39(5) 913-92.
- Carolyn, Ch. (1998). Preschool language and metalinguistic skill are linked to reading success. *Journal Applied psycholinguistic*. Vol. 19, No 30, P 433 – 446.
- Crow, J. (1994). Play therapy with low achievers in reading.
- Cater, D.R.; Chard, D.J.; Yool, J. (2009). A Family strengths Approach to early language and literacy Development. *Journal Early childhood education* 36-519-526.
- Clawson, M. (2002). Play of language, minority children in an early childhood setting. *Journal of conceptual social-cognitive, and contextual issues in the fields of play*. 4: 93-116.
- Dahmer, M. (2010). Phonological awareness in the kindergarten classroom how do teachers perceive this essential link from oral communication to reading skill development.
- Dastjerdi, M.; Soleymani, Z. (1998). What is phonological awareness? *Journal study in exceptional children*, 6(4) 931-954. (In Persian)
- Ely, R.; Maccabe, A. (1994). The language play of kindergarten children. *Journal First language*. Vol. 14, No 40. 19-35.
- Farsi, A.; Abdoli, B.; Faal, N.; Kaviani, M. (2012). The comparison gross motor skills development of preschool children with and without motor experience. *Journal development & motor learning*, 13(5) 29-44. (In Persian)
- Fayyaz, A.; Kiani, J. (2011). Survey on the mental health of students of the adolescents in Shahid Dastgheib and Namazi orphanages of Shiraz. *Journal exceptional person psychology* 2(3) 19-48. (In Persian)
- Gailon, G. (2005). Facilitating phoneme awareness Development in 3- and 4-year-old children with speech impairment. *Journal language speech, And Hearing Services in school*. 36. 308-314.
- Hart, Betty; Risley, Todd. (1995). Meaning difference in the everyday experience of young American children. *Journal early education for all*.
- Key, Yopp, H.; Helenyopp, R. (2009). Phonological awareness in child's play. Beyond the *Journal young children on the web journey*.
- Larriee, L.S. & Catts. (1999). Early reading achievement in children with expressive phonological disorder. *American Journal of speech language pathology* 8. 118-128.
- Lonigan, C.J.; Burgess, S.R.; Anthony, J.L. (2000). Development of emergent literacy and early skill in preschool children. Evidence from latent variable longitudinal study. *Journal Developmental psychology*. 36, 596-613.

- Lucchese, F ; and tamis –Lemonda, c. (2007). Fostering language development in children from disadvantaged backgrounds. National science Grant BCS.10-22.
- Mohebi, C; Mohammadi, A; Ghasemi, N. (2011). Compersion of maladjustment indicator using machover draw-a-person test and behavioral disorder in orphans versus non orphans, *Journal armaghane danesh*, 16(6):578-586. (In Persian)
- Mehdipour Shahrivar, N. (1992). The effect environmental privation on development speech and language orphans center, thesis Tehran. (In Persian)
- Mostaghimzadeh, A; Soleymani, Z. (1994). The effect phonological awareness on reading skill gairl mental retardation in second grade school, *Journal oudiotery*, 21(11)83-92. (In Persian)
- Nazari, I. (1999). Supporting of orphans children, *Journal nedaysadegh*. (In Persian)
- Pears, K ; Heywood, C ; Kim, H ; Fisher, Ph. (2011). Pre reading deficit in children foster care. *Journal School psychology review*. 40(1): 140.
- Plaza, M. & Cohen, H. (2004). predictive influence of phonological processing morphological syntactic skill and naming speed on spelling performed. *Journal Brain and cognition*. 55(2):368-375.
- Pakdaman, A; Arof, P. (2011). Evaluation of an oral health program designed for preschool children in ameneh center, *Journal dm*, 25(1)56-61. (In Persian)
- Pirzadi, H; Chobari, B; Shokoohi, M; Yekta, F; Yaryari, S; Hasanzadeh, A. (2012). The impact of teaching phonemic awareness by means of direct instruction on reading achievement of student with reading disorder, *Journal exceptional children*, 2(1)83-93. (In Persian)
- Rosenberg, m. (2006). Building phonemic awareness and alphabet recognition through purposeful play. *Journal scholastic sound & letter time*.
- Schimer, C R ; Fontoura, D ; Mines, M, L. (2004). Language learning disorder. *Journal de pediatria*. 80 (2)..
- Shaiply, D., Jackson, . (1993). play-based curriculum for life learning. *Journal empowering children*, 41, 35-48.
- Soleymani, Z; Arami, A; Mahmoud Bakhteyari, B; Jalaee, Sh. (1998). Relation phonological awareness and diction score in second grade school, *Journal Advances in cognitive science*, 10(21)11-28. (In Persian)
- Skibbe, L. ; Connor, C; Morrison, F ; Jewkes , A M. (2011). Schooling effect on preschool self-regulation , early Literacy and language growth . *Journal Early childhood research quarterly*. 26(4): 42-49 .
- Suzan, E. ; Danger Bs, Ms. (2003). Child- centered group play therapy with children with speech difficulties
- Torgessen, J. S. (1994). Longitudinal studies of phonological processing and reading. *Journal of Disability*. 2(5): 276 – 286.
- Troia, G. A. (2004). Phonological awareness intervention research a critical review experimental methodology . *Journal reading research quarterly*. 34, 28-52.
- Zandi, B. (1992). Learning language. Publication: Samt. (In Persian)



اصغری گنجی، عسکری؛ نوایی نژاد، شکوه (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۱)، ۱۱۵-۱۰۱.

اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی

عسکری اصغری گنجی^۱، شکوه نوایی نژاد^۲

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۹ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۷

چکیده:

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی است. روش پژوهش، از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل دانشجویان متأهل دانشگاه فرهنگیان بابل بود. نمونه اولیه شامل ۱۰۰ زوج بود، که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. سپس از این جامعه، زوج هایی که در ابزار پژوهشی (مقیاس رضایت زناشویی و منبع کنترل) نمرات شان از میانگین نمونه کمتر بود، ۲۰ زوج انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه (۱۰ زوج در گروه آزمایش و ۱۰ زوج در گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی، تست رضایت زناشویی انریچ و مقیاس منبع کنترل راتر بود. داده ها با روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شد. یافته های پژوهش نشان داد که، آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بوده است. بنابراین، مداخله آموزشی مبتنی بر منبع کنترل درونی می تواند به عنوان یکی از روش های مداخله ای برای زوج هایی که از نارضایتی زناشویی رنج می برند مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: مهارت های ارتباطی، منبع کنترل درونی، رضایت زناشویی.

۱. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه فرهنگیان، بابل، ایران، (نویسنده مسئول)، asghariganji@yahoo.com

۲. استاد گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، navabinejad@yahoo.com

مقدمه

به جرأت می‌توان گفت که همه در فکر آن هستند که همسر مناسب انتخاب کنند و زندگی زناشویی رضایت بخش و پایداری داشته باشند. آرزویی که نیل به آن در عصر حاضر بسیار دشوار و یا غیر ممکن به نظر می‌رسد. افزایش آمار طلاق در دنیای معاصر نشانگر این مدعاست. روز به روز، ازدواج‌های غیررضایت‌بخش و ناموفق بیش‌تری به طلاق ختم می‌شود (Bali, Dhingra & Baru, 2010).

با وجود آن که هیچ زوجی با هدف جدایی، ازدواج نمی‌کند و تقریباً همه زوج‌ها به امید یک زندگی زناشویی رضایت بخش و پایدار پیمان می‌بندند، اما دیری نمی‌گذرد که آنچه با شادی و خوشی شروع می‌شود به یأس و تنهایی منتهی می‌شود. بسیاری از زن و شوهرها تصمیم می‌گیرند زندگی زناشویی خود را پایان دهند و چندی بعد، همین رابطه را با فرد دیگری شروع می‌کنند. کسانی که طلاق گرفته‌اند، علی‌رغم تجربه تلخی که داشته‌اند حدود ۶۵/۵ درصد زنان و ۷۰ درصد مردان مجدداً ازدواج می‌کنند و حدود ۵۰ درصد افرادی که برای بار دوم ازدواج کرده‌اند، دوباره طلاق می‌گیرند. آنچه آنها در بار اول و در هر بار ازدواج تقریباً همیشه تجربه می‌کنند، وقفه و اوفول روابط زناشویی شادمانه و رضایت بخش است (Glasser, 2011).

نارضایتی زناشویی^۱ و فروپاشی خانواده هزینه‌های گزافی پدید می‌آورد. زوج‌هایی که نارضایتی زناشویی^۲ دارند بیشتر احتمال دارد دچار درگیری لفظی و فیزیکی، خشونت خانگی، ربط جنسی بدون صمیمیت، اعتیاد به موادمخدر، سوء رفتار با همسر، خیانت به همسر، اضطراب، افسردگی و خودکشی شوند و از مشکلات پزشکی حاد و مزمن چون کارکرد ایمنی مختل و فشار خون و چربی خون بالا رنج ببرند و نسبت به رفتارهای پر خطر مثل بیماری‌های مقاربتی جنسی و تصادفات آسیب‌پذیرتر گردند (Scuka, 2011). در زمینه علل ناسازگاری و نارضایتی زناشویی و روش‌های درمان آن پژوهش‌های متعددی به عمل آمده است. یک فرض عمومی، مبنی بر اینکه مشکلات زناشویی، ناشی از نقص مهارت‌های ارتباطی زوجین است، وجود دارد (Nazari, 1993). این عقیده‌ی کلی که مهارت‌های برقراری ارتباط تعیین‌کننده‌ی اصلی رضایت زناشویی است توسط نظریه‌های زوج درمانی و پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس نظریه انتخاب^۳ گلاسر، بجز بیماری، فقر، سایر مشکلات انسانی مانند خشونت، بزهکاری، بد

1. marital dissatisfaction

2. marital maladjustment

3. Choice Theory

رفتاری با فرزندان، ضرب و شتم همسر، اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، روابط جنسی نامشروع و دیگر مشکلات هیجانی، همگی ناشی از روابط ناخشنود هستند (Glasser, 2011).

پژوهش های انجام شده نشان می دهند مسائل و مشکلات ارتباطی، منبع اصلی مشکلات بین فردی است و بسیاری از مشکلات زناشویی ناشی از ارتباط غیر مؤثری است که نتیجه ی آن احساس ناکامی و خشم به خاطر عدم برآورده شدن انتظارات و آرزوهای نهفته می باشد (Bali, Dhingra & Baru, 2010). مشکلات ارتباطی از مهم ترین عوامل بروز ناسازگاری و نارضایتی در زندگی زناشویی بشمار می رود، به طوری که شایع ترین مشکلی که توسط زوج های ناراضی مطرح می شود، عدم موفقیت در برقراری ارتباط است (Murat & Karaban, 2007). نتایج پژوهش نشان می دهد نارضایتی زناشویی حاصل وجود مشکل در رابطه است (Olson & miller, 2007). Bird و Melville (1994) در پی مرور مقالات متعدد مشاهده نمودند که تعداد زیادی از آنها آشکارا یا ضمنی بر اهمیت مهارت های ارتباطی در تعارض های زناشویی تأکید داشته و یافته های شان آن را تأیید کرده است. Baumeister و Twenge (2002)، در پژوهش ها و مطالعات خود دریافته اند که تعارض زناشویی بطور مستقیم ناشی از نقض در مهارت های ارتباطی یک یا هر دو زوج است. به همین دلیل Brezsnayak (2001) و Glasser (2012) اظهار می دارند، مرکز و هسته ی درمان مشکلات زناشویی اصلاح مهارت های ارتباطی است. بر این اساس، زوجین برای دستیابی به احساس رضایتمندی در زندگی مشترک به یک رابطه خوب و معنادار نیازمندند.

رویکردهای گوناگون جدیدی در زمینه آموزش مهارت های ارتباطی با هدف بهبود و غنی سازی روابط زناشویی به وجود آمده است. نظریه منبع کنترل^۱ راتر^۲ و نظریه انتخاب گلاسر از جمله رویکردهای جدیدی است که در زمینه آموزش مهارت های ارتباطی انسانی به ویژه روابط زوجین طراحی شده است. منبع کنترل به عنوان یک سازه ی روان شناختی برای نخستین بار توسط راتر در سال ۱۹۵۴ مطرح شد و گسترش یافت. راتر در جریان یک برنامه پژوهش گسترده دریافت که برخی از افراد معتقدند تقویت کننده ها به رفتار و اعمال خودشان بستگی دارد، در حالی که دیگران باور دارند که تقویت کننده های آنها به وسیله ی دیگران و نیروهای بیرونی کنترل می شود. او در ابتدا این مفهوم را کنترل تقویت و بعد منبع کنترل نامید (Rotter, 1999).

رشد و گسترش منبع کنترل، از زمانی افزایش یافته است که پژوهشگرانی مشغول مطالعه و تحقیق در زمینه ی درک علل رفتار در آزمایشگاه بوده اند. در این میان ویلیام گلاسر در اواخر دهه ی ۷۰ به

1. Locus of control

2. Rotter

سیستم نظریه کنترل از طریق نوشته‌های ویلیام پاورز معرفی شد. Glasser (1998) با ابداع نظریه‌ی جدیدی در روان‌شناسی به نام نظریه‌ی انتخاب، کمک شایانی به درک رفتار انسان در شرایط و موقعیت‌های گوناگون نموده است.

بر اساس نظریه‌ی انتخاب Glasser (2013)، زوجین، هنگامی در رابطه‌ی زناشویی دچار مشکل می‌شوند که می‌کوشند همدیگر را کنترل کنند. کنترل کردن و کنترل شدن به خوشبختی زوجین آسیب جدی می‌زند. اغلب زوج‌ها، روش‌های نامناسبی را برای پرداختن به موضوع کنترل به کار می‌برند، زوج‌هایی که نشانه‌های ناسازگاری و نارضایتی زناشویی را از خود بروز می‌دهند، روش‌های ارتباطی مخرب را برای کنترل یکدیگر به کار می‌برند. او نام این روان‌شناسی جهانی که روابط را تخریب می‌کند چون اختیار را می‌گیرد، روان‌شناسی کنترل بیرونی^۱ نامیده است. این روان‌شناسی به این جهت جهانی است که اکثر انسان‌ها ازدواج می‌کنند و وقتی در زندگی زناشویی خود به مشکل برخورد می‌کنند، به روش‌های ارتباطی مخرب روان‌شناسی کنترل بیرونی متوسل می‌شوند. متأسفانه این گونه افراد، کم نیستند، ۹۹/۹۹ درصد مردم جهان به دلیل کنترل بیرونی که در کنار آمدن با دیگران دچار مشکل می‌شوند. این عادت منحصر به ازدواج نیست، اما در زندگی زناشویی شدیدتر خود را نشان می‌دهد. به نظر Glasser (2007)، آنچه رابطه‌ی زناشویی را تخریب می‌کند، رفتارهای مخرب کنترل بیرونی (انتقاد کردن، سرزنش کردن، شکایت کردن، غرغر کردن، تهدید کردن، تنبیه کردن و باج دهی برای کنترل کردن دیگری) است که زن و شوهر معمولاً پس از ازدواج نسبت به یکدیگر به کار می‌گیرند. اگر زن و شوهر در روابط زناشویی از این رفتارهای تخریب‌گر رابطه را انتخاب کنند، پس از مدتی هر دو نفر از زندگی مشترک احساس ناخشنودی و بدبختی می‌کنند.

بر طبق نظریه انتخاب، اکثر افراد ناخشنودی، درد، فلاکت، بدبختی، شکست، عدم موفقیت و مشکلات روزانه خود را به عامل بیرونی مثل همسر، رئیس، حقوق کم، دولت، پدر، مادر، معلم، دوستان، همسایه بد و ... نسبت می‌دهند، در حالی که بنابر دلایل عملی، اکثر کارهایی که انجام می‌دهیم، از جمله احساس بدبختی، افسردگی و ناراحتی را نیز خودمان انتخاب می‌کنیم. دیگران (عوامل بیرونی) نه می‌توانند ما را ناراحت، افسرده و بدبخت کنند و نه خشنود و خوش بخت (Glasser, 2012).

نظریه انتخاب بر این فرض استوار است که ما تمامی افکار و رفتارهای مان را از جمله احساس بدبختی مان را انتخاب می‌کنیم. دیگران نه می‌توانند ما را بدبخت کنند و نه خوشبخت. تمام آنچه ما می‌توانیم از دیگران بگیریم یا به آن‌ها بدهیم، اطلاعات است. اما اطلاعات فی‌نفسه و به خودی خود نمی‌تواند ما را

و ادار به انجام کاری یا داشتن احساسی کند. اطلاعات وارد مغز ما می شود و ما آن را پردازش می کنیم و آنگاه خود تصمیم می گیریم چه کار کنیم.

بنابراین، روان شناسی کنترل درونی بر این اندیشه استوار است که زوجین خودشان مسئول انتخاب ها، تصمیم گیری ها، هدف ها و میزان رضایتمندی شان در زندگی خویش هستند. رویدادهای خارجی و دیگران بر ما کنترل ندارند، مگر آنکه خود اجازه دهیم آنان ما را کنترل کنند. در هر ارتباطی از هر نوع و شکلی، هر کس صرفاً می تواند خود را تغییر دهد و نه دیگری را. هر چه افراد بکوشند رفتار خود را تغییر دهند نه آنکه دیگران را، روابط بین آنان بهتر و بهبود خواهد یافت. در این رویکرد بهترین شیوه بهبود رابطه زن و شوهر از طریق انتخاب روش های ارتباطی مفید و سازنده روان شناسی کنترل درونی (گوش کردن، حمایت کردن، تشویق نمودن، احترام گذاردن، اعتماد کردن، پذیرفتن فرد همان گونه که هست و گفتگوی همیشگی بر سر اختلافات) است.

در مورد منبع کنترل درونی و بیرونی که شباهت بسیاری به مفهوم منبع کنترل راتر و نظریه انتخاب گلاسر دارد، پژوهش های کمی انجام شده است. مطابق این پژوهش ها وجود و افزایش مهارت های ارتباطی کنترل درونی موجب افزایش رضایت و سازگاری زناشویی می گردد. Hunler (2003)، در پژوهشی نقش مهارت های ارتباطی منبع کنترل درونی را در رضایت زناشویی مورد مطالعه قرار داد و به این نتیجه دست یافت که بین متغیرهای مهارت های ارتباطی منبع کنترل درونی و مهارت حل مسئله با رضایت زناشویی همبستگی های معنی داری وجود دارد. همچنین مشخص شد که دو متغیر فوق، میزان بالایی از رضایت زناشویی را تبیین می کنند. Camp و Ganong (1995)، در یک پژوهش نشان دادند زمانی که هم در زن و هم در مرد مهارت های ارتباطی منبع کنترل درونی افزایش یابد، رضایت و سازگاری زناشویی افزایش می یابد. همچنین مشخص شده است که برای زوج های دارای منبع کنترل درونی بیشتر، احتمال کمتری وجود دارد که انتظار داشته باشیم ازدواج شان به طلاق منتهی گردد (Lachman & Weaver, 1998).

Bradbury و Fincham (1990)، نشان دادند که زوجین آشفته وقایع و حوادث منفی زندگی زناشویی را پایدار و فراگیر دانسته آن را عمدتاً متوجه همسر خویش می دانند و علاوه بر آن رفتار منفی همسر خود را عمدی، خود انگیزه و قابل سرزنش می دانند. آنها همچنین نشان دادند که رفتارهای تعارض آمیز با الگوهای اسنادی مرتبط است. Scuka (2011)، گزارش داد زوجینی که درصد کنترل همدیگر هستند مقدار بیشتری از روش های سرزنش آمیز علیه همدیگر استفاده می کنند، و سطح سازگاری و رضایت

زناشویی آنها نیز پایین است، در عوض در ازدواجی که هر یک از همسران معتقد به کنترل رفتار خویش است میزان سرزنش و ایراد گرفتن به همسر اندک و سطح رضایت و سازگاری زناشویی بالاتر است. همچنین گزارش داده شده است که رضایت‌بخش‌ترین و کم‌نزاع‌ترین ازدواج در میان زوجینی اتفاق می‌افتد که احساس می‌کنند بر روی حوادث زناشویی کنترل دارند (Bali, Dhingra & Baru, 2010).

مرور بر پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد که پژوهشگران ایرانی بیشتر از نظر بنیادی و علت‌شناسی ناسازگاری و نارضایتی زن و شوهرها به تحقیق پرداخته‌اند و به جنبه کاربردی و مشاوره با زوج‌های ناسازگار توجه چندانی نداشته‌اند. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی در جامعه ایران است. براین اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی و ابعاد آن تأثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر، از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و از نظر میزان کنترل محقق بر متغیرهای تحقیق از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دانشجویان متأهل دانشگاه فرهنگیان بابل در رشته‌های الهیات، ادبیات، حرفه و فن، ریاضی، آموزش ابتدایی و علوم تربیتی بود. نمونه اولیه شامل ۱۰۰ زوج بود، که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. سپس از این جامعه، زوج‌هایی که در ابزار پژوهشی (مقیاس رضایت زناشویی و منبع کنترل) نمرات شان از میانگین نمونه کمتر بود، ۲۰ زوج انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه (۱۰ زوج در گروه آزمایش و ۱۰ زوج در گروه کنترل) جایگزین شدند.

ابزار پژوهش: در این پژوهش برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه از سه ابزار زیر استفاده شده است:

۱- **مصاحبه تشخیصی:** به منظور توجیه کار، جلب اعتماد آزمودنی‌ها، اهداف و فرایند آموزش و ارزیابی این که آیا نمونه‌ها متناسب با اهداف پژوهش می‌باشند، انجام شد. همچنین در مصاحبه به موارد زیر توجه شد: کسب نمره در مقیاس منبع کنترل راتر (I-E) بالاتر از ۹، کسب نمره در مقیاس رضایت زناشویی انریچ کم‌تر از ۱۵۰، عدم وجود اختلال روان‌شناختی یا سابقه بیماری روانی، طول مدت ازدواج

بالا تر از ۲ سال، هیچ کدام از زوجین به بیماری سخت و صعب العلاج مبتلاء نباشند، عدم اعتیاد به مواد مخدر و هیچ کدام از زوجین طرحی برای طلاق نداشته باشند.

۲- آزمون رضایت زناشویی انریچ: این آزمون ترجمه‌ی متن اصلی پرسشنامه‌ی انریچ است، که توسط Olson (2002) طراحی و تدوین گردیده است. این مقیاس به عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوج‌هایی که در جستجوی مشاوره زناشویی و غنی‌سازی زندگی زناشویی بودند به کار گرفته شد. به اعتقاد Olson (2007)، این مقیاس به تغییراتی که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد و به تغییرات خانواده حساس است. هر یک از موضوع‌های این آزمون در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم زندگی زناشویی است. ارزیابی این زمینه‌ها در درون رابطه‌ی زناشویی می‌تواند مشکلات بالقوه‌ی زوج‌ها را توصیف یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی آنها را مشخص نماید. Olson (2002)، اعتبار آن را با استفاده از روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. Olson (2007)، در یک کار پژوهشی میزان اعتبار و کاربرد کلینیکی سیاهه‌ی انریچ را مورد بررسی قرار دادند. بررسی‌ها نشان داد که توانایی تمیز زوجین خوشبخت از زوجین غیرخوشبخت از طریق این مقیاس ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ است. در کشور ایران، Soleimanian و Navvabinejad (1994)، همبستگی درونی آزمون رضایت زناشویی را برای فرم ۱۱۵ سؤالی ۰/۹۳ و برای فرم ۴۷ سؤالی ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش از پرسشنامه کوتاه ۴۷ سؤالی استفاده شد.

۳- مقیاس منبع کنترل راتر (I - E): این مقیاس توسط Rotter (1966) برای ارزیابی انتظارات تعمیم‌یافته فرد در زمینه‌ی منبع کنترل درونی - بیرونی (I - E) تقویت طراحی و تدوین شده است. روایی و پایایی منبع کنترل راتر، تاکنون توسط محققان متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. راتر در سال ۱۹۶۶، پایایی مقیاس فوق را به روش تصنیفی که بر روی دانشجویان دانشگاه اوهایو در امریکا صورت گرفت، برابر ۰/۷۳ و پایایی با روش کودر ریچاردسون با شرکت ۴۰۰ آزمودنی را برابر ۰/۷۰ گزارش کرد. در ایران نیز Movaffgh (1993) ضریب پایایی مقیاس منبع کنترل راتر را با روش کودر ریچاردسون برابر ۰/۶۲۸ و با روش دو نیمه‌ای گاتمن برابر با ۰/۶۳۴ و همچنین ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از فرمول اسپیرمن براون برابر با ۰/۶۳۵ به دست آورده است.

شیوه اجرا

پس از مشخص شدن نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و کنترل، جلسه‌های آموزش مهارت های ارتباطی کنترل درونی برای گروه آزمایش انجام شد و گروه کنترل در معرض آموزش قرار نگرفت. مداخله آموزشی مبتنی مهارت ارتباطی کنترل درونی در ۱۴ جلسه و مدت زمان هر جلسه ۲ ساعت

و تواتر جلسه‌ها هفته‌ای یکبار بود. پس از اتمام دوره‌ی آموزش، مجدداً آزمون رضایت زناشویی و منبع کنترل بر روی دو گروه آزمایش و کنترل به عنوان پس آزمون اجرا شد. سپس نتایج پیش آزمون و پس آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ساختار جلسات آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل

محتوا و اهداف آموزشی مهارت‌های ارتباطی منبع کنترل درونی در چهارده جلسه به شرح زیر است:

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه
جلسه اول	برقراری ارتباط و ارایه منطق درمان	آماده سازی زوج‌ها برای آشنایی با هم و با رهبر گروه. بیان اصول، اهداف و قواعد حاکم بر جلسات.
جلسه دوم	ارزیابی اولیه زوجین	مصاحبه تشخیصی و اجرای پیش آزمون‌ها (تست منبع کنترل راتر و تست رضایت زناشویی انریچ).
جلسه سوم	آسیب شناسی مشکلات زناشویی	آماده سازی زوجین جهت بررسی عوامل مؤثر در نارضایتی از زندگی زناشویی
جلسه چهارم	شناسایی عوامل نارضایتی زناشویی از طریق منبع کنترل	ارایه و تبیین الگوهای ارتباطی روان شناسی کنترل بیرونی به عنوان علت اصلی نارضایتی از زندگی زناشویی
جلسه پنجم	افزایش شناخت زوجین در مورد انتخاب افکار و اعمال	کمک به زوجین در پذیرش مسئولیت انتخاب‌ها و اعمال تصدیق نشده خود که اساس چرخه‌های منفی تعاملات زناشویی است.
جلسه ششم	قاب‌گیری مجدد به مشکلات زناشویی از طریق منبع کنترل	درک جدید و بینش عمیق‌تر نسبت به کارکرد‌های روان شناختی الگوهای کنترل بیرونی به عنوان چرخه‌های منفی تعاملات زناشویی
جلسه هفتم	تغییر وضعیت تعاملی	طرح ریزی و برنامه ریزی مناسب برای بهبود روابط زناشویی.
جلسه هشتم	توصیف و تبیین وظایف زوجین در اجرای برنامه	آشنایی زوجین با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش مسئولیت‌پذیری آنها در قبال انتخاب رفتارهایی که منجر به گرایش رضایت زناشویی می‌شوند.
جلسه نهم	تعهد و مسئولیت‌پذیری زوجین در اجرای برنامه	ارایه تکالیف تا جلسه بعد و گرفتن تعهد کتبی از زوجین برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچ گونه عذر و بهانه.
جلسه دهم	تنظیم روابط زناشویی	بهبود ارتباط زناشویی، از طریق کاهش و حذف روش‌های ارتباطی مخرب کنترل بیرونی (انتقاد، سرزنش، شکایت، غرغر، تهدید، تنبیه و رشوه دادن).
جلسه یازدهم	تحکیم روابط زناشویی	کاربرد روش‌های ارتباطی مهرورزی کنترل درونی در روابط فی مابین (گوش دادن، حمایت، تشویق، احترام، اعتماد، پذیرش و

		گفتگوی همیشگی بر سر اختلافات) به منظور افزایش رضایت و پایداری زندگی زناشویی.
جلسه دوازدهم	کنترل و ارزیابی اقدامات	دریافت بازخورد از جلسات قبل، تأکید مجدد بر قبول مسئولیت، کمک به زوجین برای جایگزین کردن الگوهای ارتباطی کنترل درونی در روابط بین فردی
جلسه سیزدهم	ادامه تحکیم روابط زناشویی	تشویق زوجین در استمرار تمرین و کاربرد هفت روش ارتباطی روان شناسی کنترل درونی در روابط زناشویی
جلسه چهاردهم	اختتام جلسات	جمع بندی و خاتمه درمان، اجرای پس آزمون ها و تعیین زمان مرحله پیگیری

یافته ها

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس که برای بررسی تفاوت بین گروه های پژوهش در ابعاد رضایت زناشویی استفاده شد و نتایج زیر به دست آمد:

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات کل رضایت زناشویی با مهمترین خرده مقیاس های آن در گروه آزمایش بر حسب جنسیت

گروه							آزمایش
آزمون							پس آزمون
شاخص ها	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ارتباط زناشویی	مرد	۱۰	۷/۲۹	۱/۷۲	۱۰	۹/۶۹	۲/۹۶
	زن	۱۰	۷/۸۸	۱/۷۶	۱۰	۹/۴۸	۲/۹۸
ارتباط با خانواده همسر و دوستان	مرد	۱۰	۶/۴۱	۱/۹۶	۱۰	۸/۴۲	۳/۵۱
	زن	۱۰	۶/۵۸	۱/۹۸	۱۰	۹/۳۹	۳/۲۱
روابط جنسی	مرد	۱۰	۷/۶۳	۲/۳۰	۱۰	۱۰/۱۱	۵/۵۰
	زن	۱۰	۸/۱۹	۳/۸۰	۱۰	۹/۴۱	۳/۰۲
مدیریت مالی	مرد	۱۰	۷/۹۱	۲/۷۰	۱۰	۹/۸۲	۴/۷۱
	زن	۱۰	۸/۷۴	۲/۳۱	۱۰	۱۲/۵۹	۳/۴۰
حل تعارض	مرد	۱۰	۱۳/۱۱	۳/۰۶	۱۰	۲۲/۱۱	۵/۳۱
	زن	۱۰	۱۳/۵۵	۴/۱۴	۱۰	۲۲/۷۹	۶/۸۰
اوقات فراغت	مرد	۱۰	۱۴/۵۰	۴/۵۱	۱۰	۲۰/۶۱	۵/۵۱

۵/۴۰	۱۸/۶۰	۱۰	۵/۱۷	۱۵/۶۱	۱۰	زن	
------	-------	----	------	-------	----	----	--

اطلاعات توصیفی مداخله آموزشی مهارت‌های ارتباطی در گروه آزمایش مبتنی بر منبع کنترل درونی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش میانگین نمرات پس آزمون رضایت زناشویی و خرده مقیاس‌های آن بیشتر از میانگین همان نمرات در پیش آزمون است، بدین معنی که در ابعاد ارتباط زناشویی، روابط جنسی، حل تعارض، مدیریت مالی، ارتباط با خانواده همسر و اوقات فراغت تفاوت، آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بوده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کل رضایت زناشویی

با مهمترین خرده مقیاس‌های آن در گروه کنترل بر حسب جنسیت

آزمایش							گروه
پس آزمون			پیش آزمون				آزمون
انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	جنس	شاخص‌ها
۲/۱۱	۱۱/۵۹	۱۰	۱/۹۰	۱۲/۵۱	۱۰	مرد	ارتباط زناشویی
۱/۷۱	۱۱/۳۰	۱۰	۲/۰۷	۱۲/۱۱	۱۰	زن	
۲/۱۸	۱۷/۶۰	۱۰	۲/۳۷	۱۸/۵۱	۱۰	مرد	ارتباط با خانواده همسر و دوستان
۲/۳۰	۱۸	۱۰	۲/۶۰	۱۹	۱۰	زن	
۱/۷۱	۱۵/۵۰	۱۰	۲/۲۹	۱۶/۱۱	۱۰	مرد	روابط جنسی
۱/۹۱	۱۵/۱۰	۱۰	۱/۹۰	۱۵/۹۰	۱۰	زن	
۲/۰۶	۱۴/۵۱	۱۰	۲/۷۳	۱۵/۲۱	۱۰	مرد	مدیریت مالی
۱/۵۸	۱۴/۴۳	۱۰	۱/۹۷	۱۵/۰۴	۱۰	زن	
۲/۱۴	۲۰/۲۱	۱۰	۲/۵۴	۲۰/۵۰	۱۰	مرد	حل تعارض
۲/۲۲	۲۱/۵۰	۱۰	۱/۸۲	۲۰/۷۰	۱۰	زن	
۲/۱۴	۱۹/۸۰	۱۰	۲/۳۹	۲۰/۸۰	۱۰	مرد	اوقات فراغت
۲/۱۶	۱۹/۷۰	۱۰	۲/۳۲	۲۰/۵۰	۱۰	زن	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه کنترل میانگین نمرات پس آزمون رضایت زناشویی و

خرده مقیاس‌های آن با میانگین همان نمرات در پیش آزمون تفاوت چندانی وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت بین گروه‌های پژوهش در ابعاد رضایت زناشویی

توان آماری	میزان تغییر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرها
۱	۰/۶۷	۰/۰۰۰	۷۹/۰۲	۸۲/۰۱	۱	۸۲/۰۱	ارتباط زناشویی
۱	۰/۶۳	۰/۰۰۰	۶۴/۶۶	۱۰۴/۳۰	۱	۱۰۴/۳۰	ارتباط با خانواده همسر و دوستان
۱	۰/۸۳	۰/۰۰۰	۱۸۷/۱۸	۲۰۲/۰۶	۱	۲۰۲/۰۶	روابط جنسی
۱	۰/۸۸	۰/۰۰۰	۲۸۸/۰۱	۱۵۶/۹۸	۱	۱۵۶/۹۸	مدیریت مالی
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۰	۱۴۶/۰۵	۱۶۴/۰۳	۱	۲۶۴/۰۳	حل تعارض
۱	۰/۸۴	۰/۰۰۰	۱۹۵/۹۹	۴۵۸/۲۰	۱	۴۵۸/۲۰	اوقات فراغت

پس از کنترل اثر پیش آزمون، تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل در نمره رضایت زناشویی و ابعاد آن در مرحله پس از آزمون دو گروه بررسی شد. با توجه به نتایج جدول ۳، نتیجه گرفته می شود در گروه آزمایش که آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل را دریافت کرده اند در ابعاد ارتباط زناشویی، روابط جنسی، حل تعارض، مدیریت مالی، ارتباط با خانواده همسر و اوقات فراغت تفاوت معنی داری وجود دارد. می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی بر مهمترین خرده مقیاس های رضایت زناشویی مؤثر بوده است.

نتیجه

در پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی زوجین مورد بررسی قرار گرفت. مقایسه نتایج گروه آزمایش با گروه کنترل نشان داد که، آموزش مهارت های ارتباطی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی زوجین مؤثر بوده است، بدین معنا که با افزایش کنترل درونی در گروه آزمایش، نارضایتی و ناسازگاری زناشویی، کاهش و در بهبود رابطه فی مابین، رابطه جنسی، ارتباط با خانواده همسر و دوستان، اوقات فراغت، امور مالی، حل تعارض و نقش های مساوات طلبانه مؤثر بوده است. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که با افزایش مهارت های ارتباطی منبع کنترل درونی زوجین، میزان رضایت از زندگی زناشویی آنان نیز افزایش می یابد.

نتایج این پژوهش با اصل نظریه انتخاب Glasser (2012) که مدعی است کاهش رفتارهای مخرب کنترل بیرونی (انتقاد کردن، سرزنش کردن، شکایت کردن، غرغر کردن، تهدید کردن، تنبیه کردن و باج دهی برای کنترل کردن دیگری) موجب کاهش ناسازگاری و نارضایتی زناشویی می گردد، هماهنگ است.

همچنین نتایج این پژوهش با نظر Gottman (1999)، که معتقد است زوجین وقتی رابطه‌ای زناشویی ناسازگارانه و غیررضایت‌بخش دارند که تعاملات منفی خاصی (انتقاد، بی‌احترامی، حالت و رفتار تهاجمی و تدافعی، و قهر) داشته باشند، همخوانی دارد.

همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های Pervin (1998)، Camp و Ganong (1997)، Rose (1991)، Agostini و Spanhol (1993)، Myers (1999)، Berg-Cross (2001)، Hunler (2002)، Bali، Dhingra و Baru (2010) و Scuka (2011) همسو است. بر طبق این پژوهش‌ها، افزایش منبع کنترل درونی، موجب افزایش سازگاری و رضایت زناشویی می‌گردد. Pervin (1998)، گزارش می‌کند که بین افزایش منبع کنترل درونی زوجین با رضایت زناشویی آنان همبستگی مثبت وجود دارد. Camp و Ganong (1997)، در یک پژوهش نشان دادند زمانی که هم در زن و هم در مرد منبع کنترل درونی افزایش یابد، رضایت زناشویی آنان افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه‌ی Scuka (2011) در ارتباط با منبع کنترل و رضایت زناشویی نشان می‌دهد، زوج‌هایی که دارای منبع کنترل درونی هستند، سازگاری زناشویی بالایی در زندگی دارند. همچنین نتایج تحقیقات Agostini و Spanhol (1993)، نشان داد زوج‌های دارای منبع کنترل درونی، دارای سازگاری و رضایت بیشتری از زندگی زناشویی خود در مقایسه‌ی با زوج‌های دارای منبع کنترل بیرونی بودند. نتایج مطالعه‌ی Dhingra، Baru و Bali (2010)، نشان داد، زوجینی که در صدد کنترل همدیگر هستند مقدار بیشتری از روش‌های ارتباطی سرزنش آمیز علیه همدیگر استفاده می‌کنند، و سطح سازگاری و رضایت از زندگی زناشویی آنان نیز پایین است، بر عکس در ازدواجی که هر یک از همسران معتقد به کنترل رفتار خویش است، میزان سرزنش و ایراد گرفتن به همسر اندک و سطح سازگاری و رضایت از زندگی زناشویی بالاتر است. همچنین مطالعات نشان می‌دهد رضایت بخش‌ترین و کم‌جدال‌ترین ازدواج‌ها در میان زوج‌هایی اتفاق می‌افتد که احساس می‌کنند بر روی حوادث زندگی زناشویی کنترل دارند (Myers، 1999). نتایج پژوهش Hünler (2002)، نشان داد، زوج‌های دارای منبع کنترل بیرونی با فراوانی بالاتر تاکتیک‌های منفی برای حل و فصل جدال و درگیری، سطوح بالاتر رفتار تهاجمی و پرخاشگری کلامی، خشونت فیزیکی، و با سبک پاسخ عصبانی که با سطوح پایین‌تر رضایت زناشویی مرتبط می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت یک ساختار شناختی اصولی که ممکن است در روابط انسانی بویژه ارتباط زناشویی خیلی مهم باشد، منبع کنترل است. آموزه‌ی اصلی منبع کنترل این است که ما انسان‌ها بیش از آنچه تصور می‌کنیم بر زندگی خود کنترل داریم. هیچ یک از رفتارهای ما تصادفی نیست و شیوه رفتار ما با زندگی، کاملاً اختیاری است و ما همیشه به هنگام «انتخاب» هر رفتار، تمام تلاش خود را به کار

می گیریم تا چیزی را «انتخاب» کنیم که در آن لحظه بهترین گزینه در دسترس است. اعتقاد به داشتن منبع کنترل درونی به معنی آن است که آنچه در زندگی انجام می دهیم، انتخاب می کنیم و در خصوص انتخاب های خود مسئول هستیم. مسئولیت پذیری به نوبه خود به عمل منتهی می شود. وقتی افراد مسئولیت رفتارهای خود را می پذیرند، آنگاه تعیین کننده اصلی زندگی شان می باشند و می توانند افکار، احساس و رفتارهای خود را تغییر دهند. در واقع مسئولیت پذیری به بهبود وضعیت زندگی و افزایش سازگاری، شادکامی و رضایتمندی خواهد بود.

رویکرد های منبع کنترل و انتخاب، به افراد می آموزد که خوشبختی و موفقیت آن ها در زندگی بستگی به شانس و محیط ندارد بلکه وجود کنترل درونی فرد است که می تواند زمینه ساز خوشبختی و بدبختی او شود. افزایش کنترل درونی باعث افزایش مسئولیت پذیری و در نتیجه زمینه ساز سازگاری و رضایت زناشویی می شود. یکی دیگر از دلایل اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی منبع کنترل درونی، افزایش توان حل مسئله در زوجین است. این رویکرد درمانی به زوجین می آموزد که در برابر مسائل و مشکلات زندگی زناشویی نباید فرار کرد و یار مسئولیت آن را به دیگران نسبت داد، بلکه باید مسئولیت مشکلات پیش آمده را پذیرفت و در راستای حل آن تمام توان خود را به کار بست.

بنابراین، با توجه به نتایج و تبیین های بالا می توان نتیجه گرفت که یکی از فنون مناسب برای بهبود نارضایتی زناشویی، مداخله آموزشی مبتنی بر منبع کنترل درونی است. از این مدل می توان به زوجینی که از نارضایتی زناشویی رنج می برند و به طلاق فکر می کنند، استفاده کرد تا مشکلات زناشویی شان را حل نمایند. بدین طریق می توان تا حدود زیادی از وقوع پدیده شوم طلاق پیشگیری و کنترل کرد.

پیشنهادهای محدودیت ها

با توجه به اثر بخشی مداخله آموزشی مبتنی بر منبع کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی در این پژوهش، پیشنهاد می شود تأثیر این روش در زوج های ناسازگار و در آستانه طلاق مورد بررسی قرار گیرد. عدم امکان کنترل بعضی متغیرهای مزاحم مانند: سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی از جمله محدودیت های این پژوهش می باشد.

References

Agostini, P. and Spanhol, R. (1993). Locus of control and marital satisfaction. Journal Psychology, 24, 14-24.

- Bali, A., Dhingra, R., & Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Science*, 24(1), 73-76.
- Berg-Cross, L. (2001). *Couples therapy*. Binghamton: The Haworth Press, Inc.
- Baumeister, R.F. & Twenge, J.M. (2002). Cultural suppression of female sexuality. *Review of General Psychology*, 6(2), 166-203.
- Bradbury, T.N. & Fincham, F.D. (1992). Attributions and behavior in marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 613-628.
- Brezsnyak, M. (2001). Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. Unpublished doctoral dissertation, University of Colorado.
- Bird G, Melville K, 1994. *Families and intimate relationships*. London: McGraw-Hill. Inc. 83(3): 556-573.
- Camp, P. L. & Ganong L. H. (1997). Locus of control and marital satisfaction in long-tern Marriages. *Families in Society*, 78.
- Day, R. (2003). *Introduction to family processes*. London, Lawrence Erlbaum association. Inc. Publisher.
- Ginsberg, B.G. (2006). Relationship Enhancement couple therapy and couple group therapy. *Group*, 30(2), 5-24.
- Glasser, W. (1994). *Control Theory Manager*. New York: Harper & Row. (In Persian).
- Glasser, W. (1998) *Choice Theory: A New psychology of personal Freedom*. New York: Harper Collins. (In Persian).
- Glasser, W. (2000). *Counseling with choice theory a new reality therapy*. New York, Harper Collins Publisher. (In Persian).
- Glasser W, Glasser C, 2007. Eight lessons for happier marital life. Translation by Mehrdad Firouzbakht, Tehran. Virayesh Publications. 111-115. (In Persian).
- Glasser, W. (2012). *The Language of Choice Theory*. New York, Harper Collins Publisher. (In Persian).
- Glasser, W. (2013). *The Choice Theory chart workbook*. New York, Harper Collins Publisher. (In Persian).
- Gottman, J.M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*, 7(1), 57-75.
- Gottman, J.M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of family psychology*: 1, 57-75. (In Persian).
- Gottman, John. (1999). *The Seven principles for making marriage work* (New York: Crown, 1999). (In Persian).
- Hünler, O.S. & Gençöz, T. (2003). Boyun eğici davranışlar ve evlilik doyumu ilişkisi: Algılanan evlilik problemleri çözümünün rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51), 99-108.
- Lachman M E, Weaver S L. (1998). Socio-demographic variations in the sense of control by domain: Findings from the MacArthur Studies of midlife. *Psychology and Aging*. 13 (4): 33-37.
- Movaffagh, Kh. (1393). Finding the norm for Rotter's internal-external (I-E) locus of control scale in Mashhad city. M.A. thesis in psychology. Tehran: University of Allameh Taba-tabayee. (In Persian).
- Murat.Y.B, & Karaban, T.F. (2007). Effect of a couple communication program on marital adjustment. *Dio:10/3112/jafn.2007.01.060053*.

- Myers, S. (1999). Marital strains and marital quality: The role of high and low locus of control. *Journal of Marriage & Family*, 61(2), 45-48.
- Nazari, Mohammad. (2008). the essentials of couple therapy and family therapy, Tehran: Scientific publication. (In Persian).
- Olson, H., & Miller, s. (2007). Integrating prepare/ enrich and couple communication programs: A Longitudinal follow-up study.
- Olson, M. (2002). Emotional processes following disclosure of an extramarital affair. *Journal of Marital and Family Therapy*, Oct. 2002.
- Pervin, L. A. & John, O.P. (1998). *Personality theory and research*. New York, John Wiley.
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rotter, J.B. (196۶). *Social learning and clinical psychology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Rotter J B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*. 45(4): 489-493.
- Sayers, S.L.; Kohn, C.S. & Fresco, D.M. (2001). Marital conflict and depression in the context of marital discord. *Cognitive therapy and Research*, 25(6). December.
- Scuka.R.F. (2011). The radical nature of the relationship enhancement expressive skill and its implications for therapy and psycho education. *The family Journal* .19(1), 30-35.
- Soleimanian, A. E. Navvabinejad, Shokouh. (1994). Studying the effect of illogical thoughts on marital dissatisfaction. M.A. thesis in consultation. Tehran: Teacher training university. (In Persian).

نصیری، فرزاد؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۱)، ۱۳۳-۱۱۶.



اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر

فرزاد نصیری^۱، مجید محمودعلیلو^۲، عباس بخشی پور رودسری^۳

دریافت: ۱۳۹۳/۸/۶ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۳۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر (GAD) است. این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه‌ی چندگانه‌ی پلکانی اجرا شد. ۲ نفر از مبتلایان به GAD بر اساس ملاک‌های ورود و احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمان شدند و تحت درمان MBCT قرار گرفتند. جهت ثبت شدت نشانه‌ها از پرسشنامه‌های نگرانی ایالت پن، افسردگی بک، اضطراب بک و مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر استفاده شد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر، کاهش نگرانی، کاهش اضطراب و کاهش نمرات افسردگی شد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق به کارگیری تمرین مختلف می‌تواند به بهبود مبتلایان به اضطراب فراگیر منجر شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی، افسردگی

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول)، nasiri@stu.um.ac.ir

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۳. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

اضطراب^۱، فرد را در برابر خطر هشیار می‌کند و هیجانی است که در ابتدای کودکی نمایان می‌شود، در طول تحول ادامه می‌یابد و کارکردی سازگارانه را در جهت تسهیل ردیابی و دوری از تهدید فراهم می‌آورد. با این وجود اضطراب زمانی به عنوان یک مشکل تلقی می‌گردد که با کارکردهای روزمره تداخل پیدا می‌کند و یا زمانی که به شکل مداوم و پایا اتفاق می‌افتد (APA, 2000). با وجود اینکه اضطراب به عنوان یک علامت تشخیصی، تاریخچه‌ای کهن دارد اما اصطلاح اختلال اضطراب فراگیر^۲، نخستین بار به عنوان یک ملاک تشخیصی در ویرایش سوم کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) و سرانجام در سال ۱۹۹۴ با آخرین تغییرات و اصلاحات صورت گرفته در DSM-IV معرفی گردید.

اختلال اضطراب فراگیر اختلال مزمن و شایعی است (Stein, 2004) که میزان همبودی^۳ بالایی با سایر اختلالات دارد. فرد مبتلا به این اختلال نگرانی^۴ بیش از حد، شدید و طولانی مدتی را تجربه می‌کند و ممکن است با علائمی از قبیل بی‌قراری، دشواری در تمرکز کردن یا خالی شدن ذهن، تحریک پذیری، تنش عضلانی و اختلال در خواب نیز دست و پنجه نرم کند (Bennett, 2011). شیوع در طول عمر برای اختلال اضطراب فراگیر ۵/۷ درصد است و تشخیص آن، مرتبط با آشفتگی شدید در فعالیت‌های شغلی و اجتماعی است (Kessler et al., 2005). بررسی‌های به عمل آمده نشان داده است که شیوع بسیار بالای این اختلال مشکلات زیادی در کارکرد شغلی، بین فردی، مالی، تحصیلی، زناشویی و مراقبتی افراد مبتلا ایجاد کرده و از طرف دیگر مقادیر بالایی از خدمات بهداشتی را ایجاد می‌کند (Roemer et al., 2014). علی‌رغم آسیب‌ها و صدمات فراوان ناشی از این اختلال، در مقایسه با اختلال‌های اضطرابی دیگر، دانش نظری اندکی درباره‌ی آن وجود دارد و درمان‌های اختصاصی برای آن از نظر بالینی ارزیابی نشده‌اند و بنابراین از نظر تکوینی هنوز در مرحله‌ی اکتشافی و آزمایشی قرار دارند. در سال ۱۹۹۵، انجمن روان‌شناسی آمریکا، گروهی را مأمور کرد تا به بررسی مداخلات روان‌شناختی بپردازند که پشتوانه‌ی تجربی محکمی دارند (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998). نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری، درمان انتخابی GAD است (Barlow & Hofmann, 1997). هر چند نشان داده شد که این درمان در بهبود GAD از کارآیی لازم برخوردار است، با این وجود در مطالعات پیگیری، تنها ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به GAD به بهبودی معنادار بالینی دست یافتند (Borkovec & Newman, 1998). این یافته بسیاری از صاحب‌نظران

1. anxiety

2. Generalized anxiety disorder

3. Comorbidity

4. Worry

حوزه‌ی درمان شناختی رفتاری را وادار به گمانه‌زنی و طراحی پژوهش کرد. با اینکه درمان شناختی رفتاری موجود، در حال حاضر از حمایت تجربی بالایی برخوردار است، محدودیت‌های خاص خود را دارد (Rygh & Sanderson, 2004) و برای بهبود بسیاری از مراجعان ناکافی است (Dugas & Robichaud, 2007). از همین رو بررسی میزان اثربخشی سایر درمان‌های نوین به ویژه درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم در بهبود این اختلال ضروری به نظر می‌رسد.

ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)^۱ که توسط Kabat-Zinn و همکارانش در دانشگاه ماساچوست تدوین شد (Kabat-Zinn, 1990)، به افراد کمک می‌کند تا ذهن آگاهی را از طریق تمرین متمرکز ایجاد کنند. MBSR یک رویکرد مراجع‌محور، ساختاریافته و متمرکز است که به طور موفقیت‌آمیزی در محیط‌های کلینیکی، بیمارستان‌ها و مدارس به کار رفته است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) از MBSR مشتق شده است. تأکید عمده‌ی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، ایجاد موقعیت‌هایی برای بیماران است تا به صورت آگاهانه و مستقیم با تجاربشان ارتباط برقرار کنند. ذهن آگاهی به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه‌هاست به طوری که بهتر بتوانیم آن‌ها را مدیریت و تنظیم کنیم. به عبارت دیگر ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف می‌شود (Segal, Williams, & Teasdale, 2012) که از طریق تمرین منظم ایجاد می‌شود و بر روی آگاهی به محتوای ذهن تأکید می‌کند. در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه‌ی ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد (Williams et al., 2008). این درمان یک مداخله‌ی کوتاه‌مدت هشت جلسه‌ای و ساختاریافته است که ویژگی مهم آن، آموزش به صورت عملی است. در این برنامه‌ی درمانی، شرکت‌کنندگان ابتدا تمرین را تجربه می‌کنند و پس از آن تلاش می‌کنند معنی آن را درک کنند. در واقع تمرین کردن، هسته‌ی اصلی درمان است (Segal et al., 2012). هدف این درمان، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و بدون قضاوت است (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، شامل مجموعه تمارین مختلف، از جمله تمرین خوردن ذهن آگاهانه^۳، آموزش مقدماتی در مورد اختلال،

1. Mindfulness-Based Stress Reduction

2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

3. Mindful eating

تمرین وارسی بدن^۱، راه رفتن ذهن آگاهانه^۲ و چند تمرین شناخت درمانی است که رابطه‌ی بین افکار، احساس و حواس بدن را نشان می‌دهند. تمام این تمرین‌ها به نوعی، توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامونی را در لحظه‌ی حاضر امکان‌پذیر می‌سازند (Teasdale & Williams, 2013). ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی تعمیدی و تمرکز بر لحظه‌ی کنونی در توجه فرد نیاز دارد که توجه متمرکز بر لحظه‌ی حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه‌ی کنونی، شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود (Segal et al., 2012).

Roemer و Orsillo (2002)؛ به نقل از Evans et al., 2008) خاطر نشان کردند از آنجا که ماهیت نگرانی معطوف به آینده است، آموزش در لحظه‌ی حال آگاهی ذهن می‌تواند چاره‌ای مناسب برای افراد مبتلا به GAD باشد. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا حالت معطوف به مشاهده به سمت محتوای هشیاری را بهبود بخشند و از همین رو می‌تواند یک استراتژی مقابله‌ای شناختی رفتاری مفید باشد. در مطالعه‌ی Roemer و همکاران (2009)، تحت عنوان ذهن آگاهی و مشکلات تنظیم هیجانی در اختلال GAD، که بر روی ۱۶ فرد مبتلا به GAD انجام شد، نتایج حاکی از این بود که افراد مبتلا به این اختلال سطوح پایین‌تری از ذهن آگاهی را نسبت به افراد عادی نشان می‌دهند. در مطالعه‌ی Arch و Craske (2010) که به بررسی نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرسورها در بیماران اضطرابی و سالم پرداخته شد، ۴۶ فرد مبتلا به اختلالات اضطرابی با ۴۴ فرد عادی مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج حاکی از نقش پیش‌بینی‌کننده‌ی ویژگی ذهن آگاهی در پاسخ به استرسورها بود. به علاوه برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود اختلالات اضطرابی از قبیل پانیک (Kim et al., 2010) و فوبی اجتماعی (Kocovski, Fleming, & Rector, 2009) می‌شود و یا به طور کلی بهبود علائم اضطرابی (Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010) را به همراه دارد.

یک توجیه برای درمان GAD وابسته به این واقعیت است که علی‌رغم درمان‌های مؤثر، دوام و پایداری نشانه‌های باقی‌مانده‌ی^۳ GAD یک مشکل محسوب می‌شود. این گونه به نظر می‌رسد که ایجاد ذهن آگاهی در افراد مبتلا به GAD سودمند خواهد بود و عقیده بر این است که تمارین ذهن آگاهی موجب تمرکززدایی و رهایی از الگوهای تکراری فکر کردن (از جمله نگرانی و نشخوار فکری) می‌شوند (Craigie, Rees, Marsh, & Nathan, 2008). تمرین ذهن آگاهی ممکن است چالش‌های خاصی را برای افراد مبتلا

1. Body scan
2. Mindful walking
3. Residual

به GAD که محتوای هشپاری ذهنی‌شان در اکثر اوقات دور از آگاهی لحظه به لحظه‌ی حال حاضر است عرضه کند (Evans et al., 2008). با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلال GAD و مشکلات متعدد و قابل توجه ناشی از این اختلال و با توجه به نتایج متفاوت مطرح‌شده در مورد کارآیی روش‌های درمانی موجود، ضرورت بررسی یک مدل درمانی کارآمد برای اختلال اضطراب فراگیر امری ضروری است. از همین رو مطالعه‌ی حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان MBCT که بر روی تمرین‌های متمرکز بر ذهن آگاهی و اصول یکپارچه‌ی درمان رفتاری شناختی تمرکز می‌کند می‌تواند درمانی قابل قبول و مؤثر برای بیماران باشد که از GAD رنج می‌برند؟

روش پژوهش

این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه‌ی چندگانه‌ی پلکانی (Gall, Borg, & Gall, 1996) اجرا شد. از بیماران در طی چند مرحله، خطوط پایه گرفته شد. همگام با جلسه‌ی دوم بیمار اول، طرح درمانی بیمار دوم آغاز شد. در طول درمان و همچنین پس از خاتمه‌ی درمان نیز علائم مورد بررسی قرار گرفت و بدین صورت روند تغییر بیماران بررسی شد. افراد مبتلا به GAD در شهر تبریز، که در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۱ به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند، جامعه‌ی کلی را تشکیل می‌دادند. گروه نمونه نیز تعدادی از افراد مبتلا به GAD بودند که بر اساس ملاک‌های زیر و احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمان شدند.

ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش شامل این موارد بود: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای GAD به تشخیص روانشناس بالینی یا روان‌پزشک / عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش / در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش / داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال / دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم / موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه‌ی کتبی / توانایی صحبت به زبان فارسی.

ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل این موارد بود: داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد / دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور دو / مخالفت بیمار برای همکاری در هر زمان از پژوهش / وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد / سابقه‌ی دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر و عدم توانایی انجام تکالیف منزل.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پن^۱ (PSWQ): پرسشنامه‌ی نگرانی ایالتی پنسیلوانیا دارای ۱۶ گویه‌ی پنج گزینه‌ای (از طیف اصلاً صدق نمی‌کند تا کاملاً صدق می‌کند) است و دارای پرسش‌هایی مانند «همیشه نگرانم، موقعیت‌های زیادی مرا نگران می‌کند» می‌باشد. دامنه‌ی نمره‌ها در این مقیاس از ۱۶ تا ۶۴ است و نمره‌ی بیشتر، نشانه‌ی تجربه‌ی نگرانی بیشتر است. در ایران، پایایی آزمون به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی به فاصله‌ی چهار هفته، ۰/۷۷ گزارش شده است (Shirinzade, Dastgiri, Gudarzi, Ghanizadeh, & Taghavi, 2008).

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک^۲ (BDI-II): پرسشنامه‌ی خودگزارشی شامل ۲۱ عبارت است که به منظور اندازه‌گیری شدت افسردگی توسط بک ساخته شده است و هر عبارت، بازتاب یکی از علائم افسردگی است که بر اساس ۴ پاسخ درجه‌بندی شده است. دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۶۳ متغیر می‌باشد و نمره‌ی بالاتر نشانه‌ی افسردگی شدیدتر است. در فرهنگ سازنده‌ی آزمون، روایی همزمان این پرسشنامه، ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ گزارش شده است (Beck & Clark, 1988). در ایران نیز، گودرزی پایایی این پرسشنامه را از راه ضریب همسانی درونی بر پایه‌ی آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ و همبستگی حاصل از روش تنصیف را بر پایه‌ی پرسش‌های زوج و فرد، برابر $r=0.7$ گزارش کرده است (Goudarzi, 2002).

آزمون اضطراب بک^۳ (BAI): این پرسشنامه که در سال ۱۹۹۸ به وسیله‌ی Beck و همکاران ساخته شده، پرسش‌نامه‌ی خودسنجی ۲۱ پرسشی است که سؤالات آن شامل ارزیابی شدت علائم شناختی و جسمانی است و شدت کلی اضطراب را می‌سنجد. آزمودنی شدت هر یک از علائم را با استفاده از مقیاسی چهار درجه‌ای از اصلاً تا شدید درجه‌بندی می‌کند. نمره‌گذاری با جمع نمره‌های ۲۱ پرسش انجام می‌شود. Beck و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله‌ی یک هفته، ۰/۷۵ نشان دادند. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسش‌نامه بر روی ۱۶۰ بیمار سرپایی به دست آمد (Groth-Marnat, 2009).

مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته^۴ (SCID-I): مصاحبه‌ی مزبور ابزاری به منظور تشخیص‌گذاری اختلال‌های محور یک بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است.

1. Penn State Worry Questionnaire

2. Beck Depression Inventory II

3. Beck Anxiety Inventory

4. Structural Clinical Interview for Axis I Disorders

این فرم توسط Sharifi و همکاران (۲۰۰۵) به نقل از Hanasab zadeh Esfahani, Yekeh Yazdan Doost, (2009) ترجمه و انطباق داده شده و در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر (GAD-7): تهیه‌کنندگان این مقیاس (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) با اشاره به کاستی‌های موجود در مقیاس‌های اندازه‌گیری اضطراب از جمله بلندی و ناکارآمدی آن‌ها به عنوان یک مقیاس تشخیصی، هدف خود از ساختن مقیاس ۷ سؤالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) را تهیه‌ی مقیاسی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه‌ی بالینی را نیز مشخص سازد ذکر می‌کنند. مقیاس GAD-7 دارای ۷ سؤال است که از بین ۱۳ سؤال مربوط به نشانه‌های بالینی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست چهارم) و دیگر مقیاس‌های اضطراب انتخاب شده است. هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و گستره‌ی نمره‌ی مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. Spitzer و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی GAD-7 را فوق‌العاده ($\alpha=0.92$) و پایایی بازآزمایی آن را خوب ($r=0.83$) گزارش می‌کنند.

روند اجرای کار

نمونه‌های مورد نظر بر اساس نتایج حاصل از قضاوت بالینی یک روانشناس بالینی و یک روان‌پزشک بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ علاوه بر این از هر بیمار، مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته به عمل آمد و پس از محرز شدن تشخیص بیماری، بیماران با روش پله‌ای وارد درمان شدند. در این روش، بیماران با فواصل یک‌هفته‌ای و به طور تصادفی، به ترتیب وارد طرح درمان شدند. پس از ارجاع بیماران از طرف روانشناس بالینی یا روان‌پزشک به درمانگر و احراز شرایط پژوهش، با استفاده از مصاحبه‌ی ساختاریافته نیز یک‌بار دیگر بیماران بررسی شدند تا تشخیص قطعی و رد اختلالات همبود صورت گیرد. پس از انجام این اقدامات، ۲ آزمودنی انتخاب شدند و قبل از شروع مداخله، به منظور تعیین خط پایه، پیش‌آزمون به عمل آمد و وضعیت بیماران از لحاظ شاخص‌های مورد نظر مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. بیمار اول با تکمیل پرسشنامه‌ها وارد برنامه‌ی درمانی شد و در جلسه‌ی دوم بیمار اول، بیمار دوم نیز وارد طرح درمان شد. این درمان در طی ۸ جلسه بر روی بیماران انجام شد و به منظور بررسی تغییرات آزمودنی‌ها، در برخی جلسات ارزیابی‌های مختلفی صورت گرفت. قبل از آغاز درمان، از بیمار اول و دوم به ترتیب ۲ و ۳ خط پایه گرفته شد و پس از آغاز درمان، در جلسات ۴ و ۸ نیز مجدداً آزمون‌ها گرفته شدند و در انتها، در پیگیری ۱ ماهه نیز نمرات آزمودنی‌ها ثبت شد. در پایان برنامه‌ی درمانی نیز آزمون‌های مرحله‌ی خط پایه تکمیل شدند و

همچنین بیماران پس از اتمام درمان به روان‌شناس بالینی ارجاع داده شدند تا بر اساس مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی اختلالات محور یک، ارزیابی شوند. در نهایت، یک ماه پس از پایان درمان، پیگیری وضعیت بیماران نیز به عمل آمد. بسته درمانی این پژوهش با نظارت اساتید راهنما و مشاور ترجمه و سپس تهیه شد و برگه‌ی راهنما و فایل صوتی برخی از تکنیک‌های درمانی توسط پژوهشگر تهیه و در حین درمان در اختیار بیماران قرار گرفت تا در فاصله‌ی بین جلسات با کمک آن‌ها به تمرین و تکرار تکنیک‌های آموخته‌شده بپردازند. در ادامه، به شرح جلسات درمانی که بر مبنای طرح درمان Williams، Segal و Teasdale تهیه گشته بود، می‌پردازیم.

جدول ۱. ساختار جلسات درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

موضوعات و تکنیک‌های آموزش داده‌شده
جلسه‌ی قبل از شروع درمان در این جلسه پس از معرفی درمان و آشنا نمودن بیماران با روند و ساختار درمان، بر لزوم انجام تکالیف تأکید شد و به سؤالات و ابهامات آن‌ها در زمینه‌ی درمان پاسخ داده شد و بدین وسیله بیماران از لحاظ ذهنی آماده‌ی آغاز درمان شدند.
جلسه‌ی اول: هدایت خودکار با توضیح و تشریح مسئله‌ی (هدایت خودکار) از طریق ذکر مثال، وارد درمان شدیم و این اقدامات انجام شد: تمرین خوردن ذهن آگاهانه/ تمرین واریسی بدن/ ارائه‌ی تکالیف منزل همراه با فرم ثبت تکالیف و سی دی آموزشی مکمل
جلسه‌ی دوم: مقابله با موانع بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه‌ی قبل/ تأکید بر تمرین به عنوان اساس کار/ تمرین افکار و احساسات/ آگاهی از وقایع خوشایند/ تمرین نشستن ذهن آگاهانه/ ارائه‌ی تکالیف منزل همراه با فرم ثبت تکالیف
جلسه‌ی سوم: تنفس ذهن آگاهانه ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین دیدن و شنیدن/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به بدن و تنفس)/ تمرین دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای/ تمرین قدم زدن ذهن آگاهانه/ آگاهی از وقایع ناخوشایند/ ارائه‌ی تکالیف و توزیع برگه‌های ثبت تکالیف به همراه سی دی مکمل
جلسه‌ی چهارم: بودن در لحظه‌ی حال بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین دیدن و شنیدن/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی به تنفس، بدن، صداها و افکار)/ توصیف بیماری اضطراب فراگیر (استفاده از برگه‌ی افکار خودآیند و ملاک‌های تشخیصی اضطراب فراگیر)/ تمرین دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای/ ارائه‌ی تکالیف منزل و توزیع برگه‌ی ثبت تکالیف
جلسه‌ی پنجم: پذیرفتن/ اجازه‌ی ماندن

بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی به تنفس، بدن، صداها، افکار و معرفی یک مشکل در حین تمرین و توجه به تأثیر آن روی بدن و واکنش به آن)/ تمرین تنفس/ ارائه‌ی تکالیف منزل و توزیع فرم ثبت تکلیف
جلسه‌ی ششم: افکار واقعیت نیستند بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به تنفس، بدن، صداها، افکار همراه با توجه به واکنش‌ها، هنگام ارائه‌ی مشکلات)/ آماده کردن بیمار برای نزدیک شدن به پایان درمان/ تمرین خلق، افکار و نقطه نظرات گوناگون/ توضیح درباره‌ی استفاده از تنفس به عنوان گام اول قبل از، از نظر گذراندن افکار/ ارائه‌ی تکلیف منزل به همراه برگه‌ی ثبت تکلیف
جلسه‌ی هفتم: چگونه می‌توانم به بهترین نحو از خودم مراقبت کنم؟ بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به تنفس، بدن، صداها و افکار همراه با توجه به واکنش‌ها، هنگام ارائه‌ی مشکلات)/ ارائه‌ی تمرینی برای بررسی ارتباط بین خلق و فعالیت/ ایجاد فهرستی از کارهای خوشایند و ماهرانه/ تمرین دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای قبل از انتخاب فعالیت آگاهانه/ شناسایی نشانه‌های عود/ شناسایی اعمال مقابله با نشانه‌های عود/ قدم زدن آگاهانه/ ارائه‌ی تکلیف به همراه برگه‌ی ثبت تکلیف
جلسه‌ی هشتم: استفاده از آنچه تاکنون آموخته شده است بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین وارسی بدن/ مرور کل دوره‌ی درمان/ توزیع برگه‌ی نظر سنجی درباره‌ی نظر بیمار راجع به درمان/ بحث درباره‌ی اینکه چگونه هر آنچه را که در ۷ هفته‌ی گذشته فرا گرفته‌اند، حفظ کنند/ اتمام جلسه با تمرین مدیتیشن

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از درصد بهبودی نیز برای بررسی معناداری بالینی تغییرات استفاده شد که اولین بار توسط Blanchard و Schwars (1998؛ به نقل از Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001) برای تجزیه و تحلیل داده‌های طرح‌های تجربی تک موردی مطرح شده است. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر می‌باشد:

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره ی پس آزمون} - \text{نمره ی پیش آزمون}}{\text{نمره ی پیش آزمون}} \times 100$$

یافته‌ها

بیماران مطالعه‌ی حاضر را ۲ دختر مبتلا به اضطراب فراگیر تشکیل می‌دهند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی آن‌ها صورت گرفته است. ویژگی‌های جمعیت شناختی آن‌ها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران

بیمار	سن	تحصیلات	شغل
بیمار اول	۲۲	لیسانس	بیکار
بیمار دوم	۲۵	دانشجوی کارشناسی	بیکار

نمرات بیماران در مراحل قبل از درمان، پس از درمان و در جلسه‌ی پیگیری ۱ ماهه در جداول ۳ و ۴ آمده است. با مشاهده‌ی نمرات جداول می‌توان کاهش نمرات بیماران را در پایان درمان و دوره‌ی پیگیری نسبت به نمرات آن‌ها در خطوط پایه ملاحظه نمود. در ضمن برای بررسی بهتر روند بهبود بیماران از درصد بهبودی استفاده شده است که نتایج آن نیز در جداول آمده است.

جدول ۳. نمرات بیمار اول در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی

پرسشنامه	خط پایه اول	خط پایه دوم	جلسه چهارم	جلسه هشتم	جلسه پیگیری	درصد بهبودی
پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پن	۵۵	۵۳	۴۲	۲۵	۲۴	۵۲/۸۳٪
پرسشنامه‌ی اضطراب بک	۳۳	۳۵	۲۵	۱۸	۱۹	۴۸/۵۷٪
مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر	۱۸	۱۷	۱۲	۸	۹	۵۲/۹۴٪
پرسشنامه‌ی افسردگی بک	۲۹	۲۸	۲۳	۱۵	۱۵	۴۶/۴۲٪

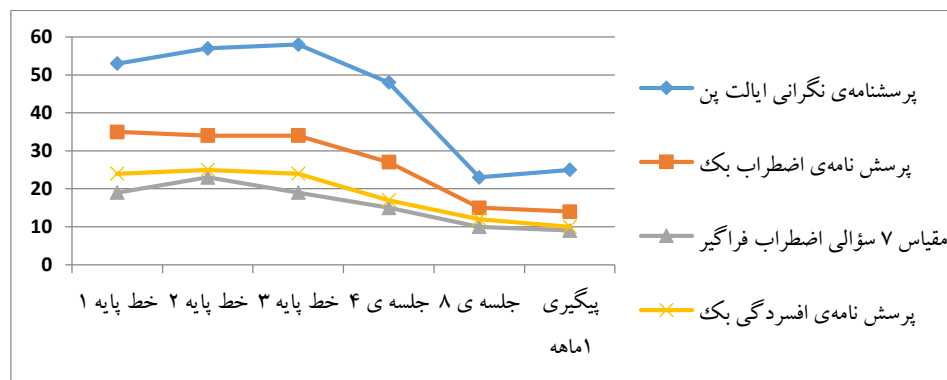
جدول ۴. نمرات بیمار دوم در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی

پرسشنامه	خط پایه اول	خط پایه دوم	خط پایه سوم	جلسه چهارم	جلسه هشتم	جلسه پیگیری	درصد بهبودی
پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پن	۵۳	۵۷	۵۸	۴۸	۲۳	۲۵	۶۰/۳۴٪
پرسشنامه‌ی اضطراب بک	۳۵	۳۴	۳۴	۲۷	۱۵	۱۴	۵۵/۸۸٪
مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر	۱۹	۲۳	۱۹	۱۵	۱۰	۹	۴۷/۳۶٪
پرسشنامه‌ی افسردگی بک	۲۴	۲۵	۲۴	۱۷	۱۲	۱۰	۵۰٪

بررسی نمرات بیماران قبل از درمان، بعد از درمان و در دوره‌ی پیگیری حاکی از روند بهبود در طول درمان و ثبات خوب در مرحله‌ی پیگیری است. نتایج این تغییرات در نمودارهای ۱ و ۲ آمده است.



نمودار ۱. نمرات بیمار اول در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی



نمودار ۲. نمرات بیمار دوم در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی

بحث

بر پایه‌ی نتایج به‌دست آمده و با استناد به درصد بهبودی به‌دست آمده در پرسشنامه‌ی GAD-7، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر شده است. این یافته حاکی از کارایی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر است و در وهله‌ی اول هماهنگی با نتایج Evans و همکاران (2008) است که این درمان را به صورت گروهی بر روی مبتلایان به اضطراب فراگیر به کار گرفته بودند و کاهش معنی‌داری در علائم این اختلال مشاهده نموده بودند. همچنین مطابق با یافته‌های Roemer و همکاران (2009) نیز می‌باشد.

از سوی دیگر نتایج درمان حاضر همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که اثربخشی این درمان را نشان داده‌اند. به عنوان مثال Treanor (2011)، Kim و همکاران (2010)، Barsky و Lovas (2010)، Dobkin

و Zhao (2011)، Hamidpour (2007)، Hanasab zadeh Esfahani، Yekeh Yazdan Doost و Gharayi (2009)، Kaviani، Javaheri و Bahiray (2005) و Azargoon، Kajbaf، Molavi و Abedi (2009). به طور کلی، GAD شامل مجموعه علائم شناختی و جسمانی است. درمان MBCT، به خوبی بر روی این دو مقوله مؤثر واقع می شود و با آگاه نمودن بیمار به افکار و احساسات و حس های بدنی خود و آوردن آگاهی افراد به زمان حال، موجب می شود که افراد نسبت به حس های بدنی و نشخوار فکری خود آگاه شوند و افکار را صرفاً به عنوان یک فکر، نه واقعیت در نظر بگیرند و بدین وسیله پس از تمرین و ثبات در انجام این کار، دیگر این افکار موجب آشفتگی فرد نمی شوند. این درمان به نوعی حساسیت زدایی را نسبت به افکار و حس های بدنی ایجاد خواهد نمود و همین امر، باعث از بین رفتن علائم خواهد شد.

همان گونه که قبلاً اشاره شد، اختلال اضطراب فراگیر توسط نگرانی بیش از حد، شدید و طولانی مدت مشخص می گردد. از ویژگی های بارز این اختلال، حضور مداوم نگرانی و اندیشناکی کنترل ناپذیر و مفرط در مورد آینده است. به عبارت دیگر مبتلایان به GAD نگران اتفاقاتی هستند که در آینده ممکن است رخ دهند. از آنجا که ماهیت نگرانی معطوف به آینده است، آموزش در لحظه ی حال آگاهی ذهن می تواند برای افراد مبتلا به GAD مفید باشد. از ویژگی های اساسی و بنیادی درمان MBCT، تشویق فرد به ماندن در «حال» است که در طول درمان بارها این عامل بنیادی در طی تکالیف مختلف به بیماران آموزش داده می شود و بدین وسیله افراد از توجه و نگرانی نسبت به آینده و مشغولیت ذهنی نسبت به آن دور می شوند و همین کار، مقوله ی بسیار مهمی در کاهش شدت علائم این اختلال محسوب می گردد.

از طرف دیگر، بیماران در این درمان، نقش فعالی دارند و از همان آغاز درمان و از جلسه ی اول تمرین های مختلف را به صورت عملی و فعالانه انجام می دهند و در واقع درگیر فرایند درمان می شوند. علاوه بر تمریناتی که در طول جلسه انجام می دهند، آن ها را توسط تمرین های منزل به فعالیت بیشتر و همکاری بیشتر سوق می دهیم. در واقع از همان ابتدای درمان، به بیماران آموزش می دهیم که باید در بهبودی خود نقشی فعال داشته باشند و این کار میسر نخواهد شد مگر با حضور فعال در جلسات و خارج از جلسه. به همین دلیل این عامل نیز کمک زیادی به بهبود و کاهش علائم آن ها می کند.

فاکتور مهم دیگر که تأثیرپذیری این درمان را بالا برده است، وجود جلسات مقابله با عود بیماری و جلوگیری از بروز علائم اختلال و مقابله با آن هاست. در جلسات پایانی، بیماران برای خاتمه ی درمان کاملاً آماده می شوند و از طرفی آموزش های لازم برای شناسایی علائم عود بیماری و همچنین مقابله با این علائم به آن ها داده می شود. این کار علاوه بر اینکه به مصونیت بیشتر بیماران در برابر تشدید نشانه ها می انجامد،

نگرانی و ترس بیماران از شروع و عود مجدد را به شدت کاهش می‌دهد. بنا به گزارش بیماران، جلسات مقابله با عود، نقش مهمی در اطمینان بخشی به آن‌ها جهت تثبیت بهبود و همچنین مقابله با شروع احتمالی اختلال در آینده داشت و همین عامل، موجب ایجاد آرامش و اطمینان خاطر بیماران شد و دید مثبت آن‌ها به تأثیر گذاری درمان را دو چندان نمود و در نتیجه به عنوان فاکتوری تأثیر گذار در درمان عمل نمود.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر این است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش علائم نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. نتیجه‌ی این یافته همسو با نتایج Evans و همکاران (2008) است که نشان دادند این درمان موجب بهبود علائم نگرانی می‌شود. از طرفی همسو با نتایج پژوهش Sivertsen, Vøllestad و Nielsen (2011) می‌باشد که حاکی از نقش درمان MBSR در تغییر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطرابی است. همان گونه که ذکر شد، بارزترین ویژگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نگرانی طولانی مدت و مداوم است که کنترل آن برای بیمار دشوار است و کارکردهای شغلی، تحصیلی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نگرانی این افراد عمدتاً معطوف به آینده است و این افراد همواره نسبت به اتفاقات آینده نگرانی دارند. در درمان MBCT، به افراد از طریق تکنیک‌های مختلف و در تمام جلسات آموزش می‌دهیم که چگونه نسبت به بودن در حال آگاهی یابند و بدون قضاوت در مورد رخدادها، کشش‌ها و واکنش‌ها بر روی این مقوله کار کنند. با انجام این کار، بیماران پس از مدتی می‌آموزند که چگونه از فکر کردن در مورد آینده جلوگیری نمایند و فقط به حال توجه کنند. انجام این کار تا حد زیادی جلوی نگرانی مفرط در مورد آینده را خواهد گرفت و نگرانی فرد، تقلیل می‌یابد.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر حاکی از نقش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. این یافته همسو با یافته‌های Evans و همکاران (2008)، Vøllestad و همکاران (2011)، Kim و همکاران (2010)، Dobkin و Zhao (2011)، Kocovski و همکاران (2009) می‌باشد که همگی نشان دادند که این درمان و درمان‌های مشابه، از قبیل MBSR و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش، موجب کاهش علائم اضطراب می‌شوند. اضطراب در کل، سه مؤلفه دارد: عوامل رفتاری، علائم فیزیکی و افکار نگران کننده. اضطراب مستقیماً می‌تواند بر رفتار تأثیر منفی بگذارد و به عملکرد آسیب برساند. مثلاً می‌تواند باعث لکنت زبان، بی‌خوابی، پر تحرکی و رفتارهای تکراری شود. از جمله علائم فیزیکی اضطراب می‌توان به اشکال در نفس کشیدن، تپش قلب، سرگیجه، تاری دید و زنگ زدن گوش اشاره کرد. افکار نگران کننده نیز، فکرهای پریشان کننده و اغلب تکراری هستند که با افزایش سطح برانگیختگی همراه اند. برای مقابله با این علائم سه گانه، باید با استفاده از روش‌های مناسب و آنی،

جلوی بروز و ادامه‌ی آن‌ها را گرفت. اگرچه درمان MBCT به دنبال ایجاد آرمیدگی در افراد نیست، با این وجود تمارین این درمان از قبیل واریسی بدن، تمرین نشستن و تنفس می‌تواند موجب حالت آرمیدگی در فرد شود. انجام این تمارین تا حد زیادی به کاهش علائم اضطراب افراد کمک می‌کند. استفاده از تکنیک‌های واریسی بدن، تنفس ذهن آگاهانه و تمرین آگاهی به بدن به کاهش علائم رفتاری و فیزیکی اضطراب می‌انجامد و تکنیک‌های تمارین ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند، دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای و آگاهی به افکار، علائم شناختی اضطراب را کاهش می‌دهند. بنابراین این درمان در بهبود علائم اضطراب مؤثر واقع خواهد شد.

آخرین یافته‌ی پژوهش حاضر بیان می‌کند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. این یافته همسو با یافته‌های Hamidpour (2007)، Hanasab zadeh Esfahani، Yekhe Yazdan Doost و Gharayi (2009)، Kaviani، Javaheri و Bahiray (2005)، Kingston، Dooley، Bates، Lawlor و Malone (2007)، Kuyken و همکاران (2008)، Ma و Teasdale (2004)، Mathew، Whitford، Kenny و Denson (2010) می‌باشد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ابتدا برای افرادی که دچار مشکل افسردگی بوده‌اند، طراحی شده است و در واقع بیشترین کارایی این درمان بر روی این افراد است و تمامی تکنیک‌ها و تمارین این درمان به طور اختصاصی و در وهله‌ی اول برای این بیماران طراحی شده است. بنابراین نتیجه‌ی به‌دست آمده از پژوهش حاضر کاملاً محتمل می‌باشد و دلیل عمده‌ی اثربخشی آن استفاده از تکنیک‌های درمانی حاضر است که همگی به کاهش علائم و بهبود افسردگی و جلوگیری از عود کمک می‌کنند. به طور خلاصه می‌توان گفت که این درمان با شرکت دادن فعالانه‌ی بیماران در انجام تکالیف در طول جلسه و پس از آن، علائم انفعال افراد افسرده را بهبود خواهد بخشید. از طریق تمرین خوردن ذهن آگاهانه، اشتیهای بیماران را تعدیل می‌کند؛ خصوصاً اگر دچار بی‌اشتهایی باشند. از طریق تکنیک آگاهی به افکار، علائم نشخوار فکری افسردگی را کاهش می‌دهد و از طریق تمارینی مانند واریسی بدن، راه رفتن آگاهانه و تمرین دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای، خستگی یا فقدان انرژی را بهبود می‌بخشد. بنابراین با توجه به مکانیزم اثر این تمارین، می‌توان علت کاهش علائم افسردگی بیماران پژوهش حاضر را توجیه نمود.

نتیجه

در بسیاری از مواقع ذهن فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر منفعل است و اجازه می‌دهد که توسط افکار، خاطرات، برنامه‌ها یا احساسات گرفتار شود. نتیجه‌ی چنین انفعالی این خواهد بود که فرد اضطراب و نگرانی را در مواجهه با بسیاری از وقایع پیش پا افتاده تجربه کند و برای مقابله‌ی صحیح و منطقی با اتفاقات پیرامونی راهکار مناسبی نداشته باشد و در نتیجه لحظه به لحظه بر میزان نگرانی وی افزوده شود تا جایی که کارکرد معمولی فرد مختل شود. طبیعتاً بسیاری از مبتلایان به این اختلال برای رهایی از این مشکل به درمان نیاز دارند. اتخاذ درمان به موقع و مناسب می‌تواند فرد مبتلا و اطرافیان وی را از بسیاری از تنش‌های ناشی از این اختلال رهایی بخشد. بر پایه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر از طریق درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانیم ذهن را از این حالت انفعال خارج کنیم و ماهیت تجربه را عملاً تغییر دهیم و در نتیجه از پیامدها و اثرات منفی این اختلال کاسته و پتانسیل فرد را برای انجام بهتر فعالیت‌ها شکوفا کنیم.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

خود گزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. از طرفی پیگیری کوتاه مدت، به دلیل برخی محدودیت‌ها و همچنین عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی افراد با سطوح تحصیلات و سطوح اقتصادی-اجتماعی متفاوت انجام شود. انجام مطالعه‌ای مشابه با بررسی دوره‌ی پیگیری طولانی‌تر نیز توصیه می‌شود. به علاوه بهتر است در پژوهش‌های آتی، افراد نزدیک بیمار را درگیر امر درمان کرد تا در تسهیل انجام تکالیف و ایجاد شرایط مناسب، به بیمار کمک نمایند.

References

- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2010). Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: The moderating role of mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 495-505.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association.
- Azargoon, H., Kajbaf, M., Molavi, H., & Abedi, M. (2009). The effect of mindfulness training on mental rumination and depression of the students of Isfahan university. *Daneshvar Raftar*, 16(34), 13-20. [Persian]
- Barlow, D. H., & Hofmann, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, 95-117.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1(1), 23-36.

- Bennett, P. (2011). *Abnormal And Clinical Psychology: An Introductory Textbook: An Introductory Textbook*. McGraw-Hill International.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539–544.
- Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. *Comprehensive Clinical Psychology*, 6, 439–459.
- Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(05), 553–568.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37.
- Dobkin, P. L., & Zhao, Q. (2011). Increased mindfulness—The active component of the mindfulness-based stress reduction program? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(1), 22–27.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Taylor & Francis.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716–721.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*. Longman Publishing.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- Goudarzi, M. (2002). The study of reliability and validity of Beck hopelessness scale in a group of Shiraz university students. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*, 18(2), 27–39. [Persian]
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.
- Hamidpour, H. (2007). Examination of Efficacy and Effectiveness of Mindfulness - Based Cognitive Therapy in Treatment and Prevention of Relapse and Recurrence of Dysthymia. *Research in Psychological Health*, 1(1), 25–36. [Persian]
- Hanasab zadeh Esfahani M, Yekeh Yazdan Doost R, Gharayi B, A. N. F. A. (2009). Preliminary study of applicability of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study. *Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 35–45. [Persian]
- Hayes, S., & Hirsch, C. R. (2007). Information processing biases in generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 176–182.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York. Delta.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahiray, H. (2005). Efficacy of minfulness-Based Cognitive Therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up. *Advances in Cognitive Science*, 7(1), 49–59. [Persian]
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). “Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication”: Erratum.

- Kim, B., Lee, S.-H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., ... Yook, K.-H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 590–595.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness - based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 193–203.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276–289.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... Mullan, E. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lovas, D. A., & Barsky, A. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 931–935.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31.
- Mathew, K. L., Whitford, H. S., Kenny, M. A., & Denson, L. A. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(05), 561–576.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 421–446.
- Roemer, L., Fuchs, C., Orsillo, S. M., Salters-Pedneault, K., Orsillo, S. M., & Baer, R. a. (2014). Incorporating Mindfulness and Acceptance-Based Strategies in the Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*, 95. doi:10.1016/B978-0-12-416031-6.00005-0
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40(2), 142–154.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72–85.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.

- Shirinzade Dastgiri, S., Gudarzi, M. A., Ghanizadeh, A., & Taghavi, M. R. (2008). Comparison of Metacognitive and Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(1), 46–55. [Persian]
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Stein, M. B. (2004). Public health perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2013). *Mindful Way Workbook: An 8-Week Program to Free Yourself from Depression and Emotional Distress*. Guilford Publications.
- Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 617–625.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281–288.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543–1555.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V, Duggan, D. S., ... Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 275–279.



ربانی، زینب؛ بیگدلی، ایمان اله؛ نجفی، محمود (۱۳۹۴). رابطه مذهب با سلامت روان: نقش میانجی احساس شرم و گناه. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۱)، ۱۵۳-۱۳۴.

رابطه مذهب با سلامت روان: نقش میانجی احساس شرم و گناه

زینب ربانی^۱، ایمان اله بیگدلی^۲، محمود نجفی^۳

دریافت: ۱۳۹۳/۹/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر مذهب بر سلامت روان به واسطه هیجانات خودآگاه احساس شرم و احساس گناه بود. بدین منظور ۲۸۶ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه سمنان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند و مقیاس هیجان خودآگاه برای بزرگسالان تانجینی و همکاران، پرسشنامه دینداری گلاک و استارک و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ را تکمیل نمودند. ارتباط متغیرها در قالب یک الگوی ساختاری مورد بررسی قرار گرفته و به روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار لیزرل آزمون شد. نتایج، اثر واسطه‌ای هیجان احساس گناه را بین ابعاد مختلف مذهب با سلامت روان نشان داد به طوری که ابعاد اعتقادی ($\beta=0/16$)، عاطفی ($\beta=0/24$) و مناسکی ($\beta=0/14$) مذهب احساس گناه را به طور مثبت پیش‌بینی کرده و به واسطه این هیجان ($\beta=0/18$) بر سلامت روان اثر مثبت داشتند. برای هیجان احساس شرم رابطه معناداری با ابعاد مذهب به دست نیامد اما این هیجان سلامت روان را به صورت منفی پیش‌بینی نمود ($\beta=-0/41$). بنابراین ابعاد مختلف مذهب با افزایش هیجانات مثبت از جمله احساس گناه سازگارانه منجر به ارتقاء سلامت روان شده و احساس شرم ناسازگار، احتمال گرایش به بیمارهای روانی را افزایش داده و سلامت روانی را به مخاطره می‌اندازد.

کلیدواژه‌ها: مذهب، ابعاد دینداری، سلامت روان، احساس شرم، احساس گناه

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان rabbany2007@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، نویسنده مسئول ibigdeli@um.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان.

مقدمه

در چندین دهه اخیر نقش مذهب و معنویت در سلامت و بهداشت روان، مورد توجه فراوانی قرار گرفته و مطالعات نظری و تجربی زیادی را به خود اختصاص داده است. در جهان کنونی علیرغم پیشرفت‌های علمی چشمگیر و افزایش رفاه مادی در اکثر جوامع به ویژه جوامع صنعتی، بشر هنوز نتوانسته است به آرامش روحی و روانی مطلوب دست یابد. افزایش روزافزون بیماری‌ها و اختلالات روانی موجب شده است تا نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی اهمیت بیشتری یابند. از این رو بحث معنویت و مذهب به طرز چشمگیری در روانشناسی مطرح و مطالعات گسترده‌ای در این زمینه انجام شده که نتایج مطالعات همگی بیانگر تاثیر انکارناپذیر مذهب و معنویت بر سلامت روح و جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر بوده است. بنیامین راش، پدر علم روانپزشکی، در این باره اظهار کرده است که نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است (Karami, Roghanchi, Atari, Bashideh & Shukri, 2006). تحقیقات انجام شده به خصوص در زمینه‌های روانپزشکی و روان درمانی نیز حاکی از اهمیت و ضرورت دین در بهداشت روانی و روان درمانی بوده است (Koenig, McCollough & Larson, 2001; Levin, 2001; Murray-Swank, Lucksted, Medoff et al, 2006; Sternthal, Williams, Musick & Buck, 2010). Johnson, Tulskey, Hays et al, 2011 & نیاز به دین و پرستش خداوند ریشه در فطرت و سرشت آدمی دارد به این معنی که انسان در اعماق وجود خویش انگیزه‌ای را احساس می‌کند که او را به پژوهش در رابطه با خالق هستی و عبادت، چاره جویی و پناه بردن به او و اوست. در حقیقت اعتقاد بر این است که در ایمان به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی او را کمک کرده و از نگرانی و اضطرابی که بسیاری از مردم در معرض ابتلای به آن هستند دور می‌سازد (Nejati, 2005).

فرد دیندار که خود را تحت حمایت کامل خداوند می‌بیند، رویدادهای زندگی حتی بلايا و مصایب را نعمت و آزمایش الهی تلقی می‌کند و خود را موظف می‌داند با اتکال به نیروی الهی ناملایمات زندگی را تحمل کند. چنین فردی دچار یاس و ناامیدی نمی‌گردد زیرا برای این جهان هدفی متعالی قائل است و خداوند را حامی خود می‌داند (Krause, 2003). بنابراین انسان دیندار با ایمان به خداوند و اعمال دستورات دینی در زندگی از دلهره و نگرانی‌هایی یافته، در برابر بیماری‌های روانی مصون شده و به آرامش و اطمینان قلبی دست می‌یابد.

شواهد تجربی نیز همسو با مبانی نظری بوده و در اغلب موارد بیانگر رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روان می‌باشد. در فراتحلیلی که توسط پاین و همکارانش (Payne, 1991) در زمینه مطالعات مذهبی و

سلامت روانی انجام شد نتایج در ۴۷ درصد مطالعات رابطه‌ی مثبت، در ۲۳ درصد رابطه منفی و در ۳۰ درصد آنها رابطه غیرمعنادار را نشان داد. کوئینگ و لارسون (Koenig & Larson, 2001) نیز در یک مطالعه نظام مند ۸۵۰ پژوهش مرتبط با مذهب و سلامت روان را بررسی کردند. در مطالعاتی که ارتباط مذهب با رضایت از زندگی بررسی شده بود، در ۷۹ درصد موارد بین باورها و اعمال مذهبی، و رضایت بیشتری از زندگی رابطه مثبت به دست آمده بود. در مطالعاتی که رابطه مذهب با افسردگی بررسی شده بود، افراد مذهبی حدود دو سوم یا کمتر دچار افسردگی و/یا اضطراب شده بودند.

یکی از اهداف اساسی مطالعه رابطه معنویت و مذهب با سلامت روان، روشن ساختن چگونگی یا مکانیزم اثرگذاری مذهب و معنویت بر سلامت روانی انسان می‌باشد. به عقیده کوئینگ (Koenig, 2004) (۲۰۰۸) باورها و اعمال مذهبی با ایجاد نگرش مثبت به دنیا، افزایش هیجانات مثبت مانند سعادت، امید و احساس هدف و معنا در زندگی، به مقابله با رویدادهای منفی و عوامل استرس زا کمک می‌کنند. بر اساس مطالعات نظری، تعهد به یک نظام باور مذهبی می‌تواند از طریق ترویج رفتارهای سالم، به ارتقا سلامت روان بیانجامد (به عنوان مثال اجتناب از توتون و تنباکو، الکل، مواد مخدر، رفتار ضد اجتماعی). انجام اعمال مذهبی مانند خواندن نماز و دعا و مناسک مذهبی دسته جمعی، هیجانات سودمندی از قبیل قدردانی، فروتنی، فصل، بخشش و عشق، با فواید پیشگیرانه و یا درمانی را تولید می‌کند. اعتقادات مذهبی (در مورد خدا، وجود انسان، هدف از زندگی، زندگی پس از مرگ، اراده آزاد، ماهیت شر، تعهدات انسانی) نیز با باورهایی که شیوه‌های مراقبت از سلامت پیشگیرانه را ترویج می‌کنند، همخوان می‌باشد. همچنین مطالعات بیانگر آن است که ایمان و یا مذهب، به یقین می‌تواند انتظارات مثبتی را ایجاد کند که القا کننده امید و خوش بینی بوده و انسان را برای مقابله با و یا بهبود ناراحتی و اضطراب قادر می‌سازند (Levin, 2010).

پارک، کوهن و هرب (Park, Chohen & Herb, 1990) در پژوهشی تأثیر مثبت دین در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی را نشان دادند. شافر و کینگ (Schafer & King, 1990) نیز در مطالعه دیگری نشان دادند افراد متدین بهتر از افراد غیرمتدین می‌توانند با فشارهای روانی و رویدادهای منفی زندگی مقابله کنند و با آن کنار بیایند.

بر این اساس می‌توان گفت مذهب با تأثیر بر باورها، عواطف و نگرش‌های فرد و به واسطه پیامدهای رفتاری و هیجانی که ایجاد می‌کند، بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد. محققین و پژوهشگران به منظور مشخص کردن مکانیزم اثر مذهب بر سلامت روان، بسیاری از واسطه‌های احتمالی مشاهده شده در ارتباط بین مذهب

و سلامت روان را پیشنهاد کرده‌اند. دو هیجان مهم و مرتبط با دین و مذهب، که می‌توانند به عنوان واسطه‌ای بین مذهب و سلامت روان قرار گیرند، احساس گناه و شرم می‌باشند. هیجانات شرم و احساس گناه دو هیجان خودآگاه و اخلاقی هستند که مرتبط با عملکرد سوپر ایگو بوده و هر دو نتیجه تخطی از استانداردها و یا هنجارهای اخلاقی‌اند. این دو هیجان با وجود این که وجوه مشترکی دارند، از یکدیگر متمایز می‌باشند. احساس گناه هیجانی است که بعد از یک خطای اخلاقی در فرد به وجود می‌آید (Baumeister, Stillwell & Heatherton, 1994). کسانی تجربه‌ی احساس گناه را دارند که با رفتارشان به کسی آسیب زده باشند (Lewis, 1971). شرم دیگر هیجان اخلاقی که وابسته به احساس گناه می‌باشد و پس از یک خطای اخلاقی یا پس از تظاهرات عدم شایستگی بروز می‌کند (Keltner & Buswell, 1996). شرم؛ حالت شخصی است که نشان دهنده‌ی بی‌کفایت بودن، احساس بد بودن و حقارت نسبت به دیگران می‌باشد (Ausubel, 1955; Tangney J. E, Wagner, E., & Gramzo, 1992). به نقل از (Etemad, 2012).

در ادبیات نظری و تجربی شرم و احساس گناه، این هیجانات به دو شکل سازگار^۱ و ناسازگار^۲ مطرح شده و در دیدگاه‌های مختلف به اشکال متفاوتی تعریف شده‌اند. بر اساس این تعاریف به نظر می‌رسد که هیجانات مذکور پیامدهای متفاوتی بر عملکرد بین فردی و درون فردی دارند (Tangney, 1995). تانجی (Tangney, 2002)، که تحقیقات زیادی در این زمینه انجام داده است، معتقد است احساس گناه جزء سالم‌تری از عملکرد سوپرایگو است. احساس گناه رفتارهای جامعه پسند، جبران‌کننده^۳ و همدلی را در سطح بین فردی پرورش می‌دهد، و با اختلالات روانی عدم همبستگی یا همبستگی منفی را نشان می‌دهد. در مقابل حالت شرم در هر دو سطح بین فردی و درون فردی ناسازگار است، عمدتاً به دلیل که این هیجان با یک ارزیابی منفی از «خود»^۴ و با احساس از دست دادن کنترل همراه است، شرم با پرخاشگری، بیرونی‌سازی^۵، فقدان همدلی در سطح بین فردی و با انواع نشانه‌های روحی و روانی، به طور عمده افسردگی، بلکه اضطراب و خشم، در حوزه درون فردی در ارتباط است (Tangney, 1995; Tangney, 1995; Urggrasf & Wagner, 1995).

1. adaptive
2. maladaptive
3. reparative
4. self
5. externalization

با این حال، برخی از محققین معتقدند که بین احساس گناه و آسیب‌های روانی نیز ارتباط وجود دارد (به عنوان مثال، Lewis, 1971; Harder, 1995; Fontain, Corveleyn & Luyten, 1998 & Bruno, 2009). این محققین اظهار می‌کنند که احساس گناه مفهوم سازی شده توسط تانجنی (Tangney, 2000) شکل بسیار خفیف و سازش یافته احساس گناه است. در تحقیقات تجربی که توسط فونتین و همکارانش (Fontaine, 1998) و دیگران (به عنوان مثال Harder, 1995) انجام شد، مشخص شد که اشکال منحصر به فرد تر و شدیدتر احساس گناه پیامدهای منفی برای عملکرد بین فردی و درون فردی دارند. در این پژوهش‌ها احساس گناه معمولاً به عنوان یک احساس بد در مورد "خود" توصیف شده است. تانجنی (Tangney, 1995) معتقد است آنچه در این پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته، در واقع احساس گناه آمیخته با شرم بوده است (Lewis, 1971; Tangney, Urrasf & Wagner, 1995) و در حقیقت جزء شرم این احساس است که مسئول روابط ممکن با ناسازگاری‌های فردی و/یا درون فردی می‌باشد. در دیدگاه تانجنی، در احساس گناه، تمرکز روی یک رفتار خاص، و نه بر «خود» فرد هدایت شده است اما در شرم تمرکز بر «خود» نهفته است. بنابراین، در احساس گناه شخص می‌گوید «من آن کار وحشتناک را انجام دادم». و در شرم شخص می‌گوید «من آن کار وحشتناک را انجام دادم» (Tangney, 1995).

در ادبیات روبه رشد مذهب و سلامت روان، شواهد تجربی حاکی از همبستگی منفی بین مذهب و علائم روانشناختی همراه با حالات شرم و احساس گناه عملکرد سوپراگو، مانند افسردگی، اضطراب و خشم می‌باشد (Jacobs, 1992; Hood, Spilkab & Gorsuch, 1996 & Johnson, Tulsy, Hays et al, 2011). بنابراین می‌توان گفت مذهب به لحاظ شناختی و هیجانی، می‌تواند اثرات منفی شرم و یا احساس گناه را به طور مستقیم با فراهم آوردن احساس معنا، کنترل و عزت نفس برای افراد دیندار یا مذهبی تضعیف کرده و یا از آن‌ها جلوگیری نماید (Jacobs, 1992; Hood, Spilkab & Gorsuch, 1996) و اثرات مثبت و سازش یافته احساس گناه را در عملکرد بین فردی و درون فردی افزایش دهد. بنابراین انتظار می‌رود افراد مذهبی به دلیل داشتن سطح بالاتری از احساس گناه، احساس همدلی و رفتار جبران کننده، در سطح بین فردی و درون فردی، سازگارانه‌تر رفتار کنند و اثرات احساس شرم ناسازگار و پیامدهای ناشی از آن یعنی آسیب‌های روانی، در این افراد کمتر مشاهده شود (Fontain, Corveleyn & Luyten 1998; Fontain, 1998). بر این اساس می‌توان انتظار داشت که هیجانات شرم و احساس گناه بتوانند به عنوان متغیرهای میانجی در رابطه بین مذهب و سلامت روان قرار گیرند. در ادبیات مربوط به رابطه مذهب و سلامت روان متغیرهای متعددی معرفی شده و اثرات مستقیم و یا غیر مستقیم آن‌ها بر سلامت روان مورد

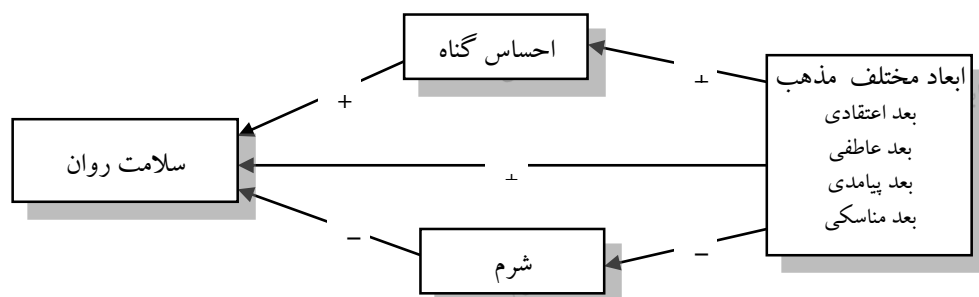
بررسی قرار گرفته است اما اثر هیجانات شرم و احساس گناه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اهمیت این هیجانات در سلامت روانی افراد و ارتباط آن‌ها با مذهب و دینداری، در پژوهش حاضر رابطه مذهب یا دینداری به واسطه هیجانات شرم و احساس گناه در قالب یک الگوی ساختاری مورد بررسی قرار گرفته است (نمودار ۱).

یکی از نکات مهم و اساسی در رابطه مذهب و سلامت روان، تعاریف مفهومی و عملیاتی، و نحوه سنجش مذهب می‌باشد در حقیقت یکی از دلایل وجود نتایج ناهمخوان و یا متناقض در تحقیقات نیز همین مسئله می‌باشد. مذهب یا دینداری یک سازه پیچیده و چند بعدی است در مطالعات اولیه به صورت کلی در نظر گرفته می‌شد اما در تحقیقات اخیر پژوهشگران به استفاده از ابعاد مختلف مذهب و دینداری گرایش داشته‌اند. گلاک و استارک (Glock & Stark, 1965) مدلی چند بعدی برای دینداری ارائه نمودند که شامل ابعاد اعتقادی^۱، تجربه‌ای^۲، پیامدی (کاربردی)^۳، مناسکی^۴ و فکری^۵ می‌باشد. این محققین معتقدند که در همه ادیان دنیا به رغم تفاوت‌های موجود در جزئیات، این ابعاد مشترک در دینداری وجود دارد. بعد اعتقادی یا باورهای دینی عبارت است از باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آنها اعتقاد داشته باشند. بعد عاطفی (تجربه‌ای) یا عواطف دینی ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با خدا یا واقعیتی غایی است. بعد مناسکی یا اعمال دینی شامل اعمال دینی مشخصی از جمله عبادات و اعمال مورد تأکید دین است. بعد فکری یا دانش دینی مشتمل بر اطلاعات و دانستنی‌های مبنایی معتقدات هر دین است که مورد انتظار است پیروان هر دین آنها را بدانند. بعد پیامدی یا آثار دینی شامل انعکاس چهار بعد مذکور در زندگی روزمره پیروان آن است (Serajzadeh, 1999). در ایران نیز در تحقیقات متعددی رابطه مذهب با سلامت روان انجام شده است (Mirzamani & Mohammad, 2001; Khodayarifard, 2001; Bahrami Ehsan, 2003) و نتایج حاکی از رابطه مثبت مذهب با سلامت روانی و جسمانی و رابطه معکوس مذهب با اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی بوده است. در بیشتر این تحقیقات مذهب با استفاده از آزمون نگرش‌های مذهبی و یا ارزش‌های مذهبی مورد سنجش قرار گرفته است. چراغی و مولوی (Cheragh i & Maulvi, 2006) به منظور بررسی دقیق تر ابعاد مذهب، از مقیاس سنجش دینداری گلاک و استارک (Glock & Stark, 1965) انطباق یافته با دین اسلام (Serajzadeh, 1999) استفاده کردند. نتایج

-
1. belief
 2. experimental
 3. application
 4. ritual
 5. intellectual

تحقیق آنها نشان داد بین ابعاد اعتقادی، تجربه‌ای و مناسکی دینداری با زیرمقیاس‌های مختلف سلامت عمومی همبستگی معناداری وجود دارد. در پژوهش مذکور، سازه سلامت عمومی، میزان اختلالات جسمی و روانی از جمله اضطراب و بدخواهی، افسردگی شدید و اختلال در کارکرد اجتماعی را سنجیده و نمره بالاتر در آن بیانگر سلامت عمومی کمتر می‌باشد. از اینرو همبستگی‌های به دست آمده منفی بوده است و برای بعد پیامدی دینداری با هیچ یک از زیرمقیاس‌های سلامت عمومی رابطه‌ای به دست نیامد.

در پژوهش حاضر به منظور بررسی دقیق و واضح‌تر مکانیزم اثر مذهب بر سلامت روان، از مقیاس دینداری منطبق با دین اسلام (Serajzadeh, 1999) که شامل چهار بعد اعتقادی، عاطفی، پیامدی و مناسکی است، استفاده شده و هدف پژوهش بررسی رابطه ابعاد مختلف مذهب یا دینداری با سلامت روان به واسطه هیجانات شرم و احساس گناه می‌باشد.



نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و روش تحلیل مسیر توسط نرم افزارهای لیزرل و SPSS استفاده گردید.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه دانشجویان کارشناسی دانشگاه سمنان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ تشکیل دادند. از این جامعه، نمونه‌ای شامل ۳۱۰ دانشجوی دختر و پسر به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب گردید. به این صورت که از دانشکده‌های روانشناسی و علوم تربیتی، علوم انسانی، علوم پایه و مهندسی، به تعداد مساوی و به طور تصادفی ۱۲ کلاس انتخاب شده و کلیه دانشجویان کلاس پرسشنامه

های مذکور را تکمیل نمودند. تعداد ۲۴ عدد از پرسشنامه ها مخدوش بود که پس از کنار گذاشتن آنها تعداد آزمودنی ها به ۲۸۶ نفر رسید.

ابزار

الف- مقیاس هیجانات خودآگاه برای بزرگسالان:^۱ این مقیاس توسط تانجنی و همکاران (Tangney, 2000) ساخته شد و شامل ۱۶ گویه ی سناریو محور است که سناریوهای این نسخه دربرگیرنده گویه هایی است که مستعد بودن به صفت شرم (۱۶ ماده)، مستعد بودن به صفت گناه (۱۶ ماده)، برونی کردن (۱۶ ماده)، بی تفاوتی (۱۱ ماده)، غرورآلفا (۵ ماده) غروربتا (۵ ماده) را می سنجد. در پژوهش حاضر فقط از گویه های مربوط به احساس شرم و احساس گناه استفاده شد. هر گویه بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرته درجه بندی می شود. در مطالعات قبلی همسانی درونی این مقیاس برای زیر مقیاس شرم بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس گناه ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ به دست آمده است (Tangney, Dearing, 2002). اعتبار سازه ی این مقیاس نیز در پژوهش تانجنی و دیرینگ (Tangney, Dearing, 2002) بررسی شد و نشان دهنده ی همبستگی معنادار و مثبت بین خرده مقیاس مستعد بودن به صفت شرم با نه مؤلفه ی چک لیست علائم آسیب های روانی (scl-90)^۲ بود (ضرایب همبستگی ۰/۲۰ تا ۰/۴۰ و در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بود) و همبستگی مثبت غیرمعنادار یا منفی معنادار بین خرده مقیاس های مستعد بودن به صفت گناه با نه مؤلفه ی چک لیست علائم به دست آمد (ضرایب همبستگی بین ۰/۱۳ تا ۰/۱۷-). ویژگی های روانسنجی این ابزار در ایران نیز محاسبه شد و پایایی آلفای کرونباخ و بازآزمایی به فاصله ی یک هفته برای احساس شرم به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۴ و برای احساس گناه به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۳۹ به دست آمد (Etemad, 2012). علاوه بر این همبستگی بین خرده مقیاس شرم و افسردگی بک مثبت و معنادار و همبستگی بین خرده مقیاس احساس گناه و افسردگی مثبت و غیرمعنادار به دست آمد (Atrifard & Noori Moghaddam, Roshan Chesli, 2007). در پژوهش حاضر پایایی به روش همبستگی درونی انجام شد و ضرایب آلفای کرونباخ برای هیجانات شرم و احساس گناه به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد.

ب- پرسشنامه دینداری: این پرسشنامه توسط گلاک و استارک (Glock & Stark, 1965) برای سنجیدن نگرش ها و باورهای دینی و دینداری ساخته شده و توسط سراج زاده (Serajzadeh, 1999) با دین اسلام انطباق یافته است. پرسشنامه حاضر پس از انطباق دارای ۲۶ گویه م باشد که در چهار بُعد اعتقادی (با

1. Tests of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)

2. the Symptom Checklist 90

۷ گویه)، عاطفی (با ۶ گویه)، پیامدی (با ۶ گویه) و مناسکی (با ۷ گویه) جهت سنجش میزان دینداری به کار می‌رود. مقیاس اندازه‌گیری مورد استفاده در این سنجش، لیکرت می‌باشد که هر گویه پنج درجه ارزشی «کاملاً موافق، موافق، بینابین، مخالف و کاملاً مخالف» را در بر می‌گیرد و ارزشهای هر گویه بین صفر تا چهار متغیر می‌باشد. روایی این پرسشنامه به سه روش صوری، ساختی و بیرونی بررسی و تایید شده است. به منظور بررسی روایی صوری، چند نفر از دانشجویان دکترا عبارات را بررسی کرده و روایی آنها را تایید نموده‌اند. روایی ساختی به وسیله پیوند تفاوتی بین جنسیت و دینداری آزمون گردیده و برای روایی بیرونی از نمره ارزیابی افراد از دیندار بودن خود استفاده شده که ضریب همبستگی بالا بیانگر این روایی بوده است. پایایی این پرسشنامه دارای ضریب آلفای ۰/۸۳ بوده و مقدار آلفا برای متغیرهای بُعد اعتقادی ۰/۸۱، بُعد عاطفی ۰/۷۵، بُعد پیامدی ۰/۷۲ و بعد مناسکی ۰/۸۳ می‌باشد (Serajzadeh, 1999). در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه به روش تحلیل عاملی با روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس انجام گرفت. مقدار ضریب KMO (شاخص کفایت نمونه‌گیری) و آزمون کرویت بارتل (شاخص کفایت ماتریس همبستگی) گویای وجود شواهد کافی برای انجام تحلیل عوامل بود. مقدار ضریب KMO، ۰/۹۰ و مقدار خی دو آزمون بارتل، ۲۶۹۹/۴۷ محاسبه شد که از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/001$). گویه ۷ به دلیل بار عاملی پایین حذف شد. تحلیل عاملی در کل چهار عامل با ارزش‌های ویژه بالاتر از یک مشخص می‌کند که هم‌سو با پرسشنامه اصلی می‌باشد. این عوامل در مجموع ۴۹/۴۵٪ واریانس کل را پیش‌بینی می‌کردند. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرانباخ محاسبه شد. میزان ضرایب آلفا به ترتیب برای بعد اعتقادی ۰/۸۴، بُعد عاطفی ۰/۶۶، بُعد پیامدی ۰/۷۱ و بعد مناسکی ۰/۸۲ به دست آمد.

ج- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12): پرسشنامه سلامت عمومی یک ابزار غربالگری است

که در سال ۱۹۷۰ به وسیله گلدبرگ (Goldberg, 1970) ساخته شد. این پرسشنامه برای استفاده در موارد مختلف و فرهنگ‌های متفاوت گسترش یافت. در ابتدا دارای ۶۰ گویه بود اما هم‌اکنون فرم‌های کوتاه‌تر آن شامل ۱۲، ۲۰، ۲۸ و ۳۰ گویه‌ای آن موجود می‌باشد. در پژوهش حاضر از فرم ۱۲ گویه‌ای استفاده شده است. هر گویه با مقیاس درجه‌بندی لیکرت چهار ارزشی (۰-۱-۲-۳) اندازه‌گیری می‌شوند. کلیه فرم‌های این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی برخوردار بوده است. در اعتباریابی و ساختار عاملی این پرسشنامه که توسط یعقوبی و همکاران (Yaghubi, 2012) انجام شد روایی آن به روش تحلیل عاملی انجام شده و نتایج حاکی از وجود دو عامل بود که ۶۲/۴۸٪ از واریانس کل را تبیین نمودند. هم‌سو با نام‌گذاری آندریچ و ون اسکروبوئک (Andrich & Van schroboeck, 1989) این عوامل به نشانه‌های سلامت روانی مثبت و

نشانه های اختلال روانی نام گذاری شد. این محققین روایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرابناخ محاسبه کرده و به ترتیب ضرایب ۰/۸۸ برای سلامت روانی مثبت و ۰/۸۷ برای نشانه های اختلال روانی و ۰/۹۱ برای کل پرسشنامه به دست آوردند. در پژوهش حاضر روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. تحلیل عامل به روش مولفه های اصلی با چرخش واریماکس انجام گرفت. مقدار ضریب KMO، ۰/۸۸ و مقدار خی دو آزمون بارتلت، ۱۱۵۴/۱۰ محاسبه شد که از نظر آماری معنی دار است ($p < ۰/۰۰۱$). تحلیل عاملی در مجموع دو عامل با ارزش های ویژه بالاتر از یک مشخص می کند که هم سو با پرسشنامه اصلی می باشد. ملاک استخراج عوامل شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه بالاتر از یک بود که در مجموع ۵۰/۹۵ واریانس کل را پیش بینی می کردند. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرابناخ محاسبه شد. میزان ضرایب آلفا به ترتیب برای عامل سلامت روانی مثبت، ۰/۷۸ و برای عامل نشانه های اختلال روانی ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر متغیر سلامت روان به صورت کلی با در نظر گرفتن نمرات دو عامل به دست آمده است. به این صورت که نمره بالاتر بیانگر سلامت روانی بالاتر فرد می باشد.

یافته ها

ابتدا به منظور بررسی چگونگی ارتباط متغیرهای پژوهش، اطلاعات توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش محاسبه گردید که نتایج آن در جدول ۱ ارائه گردیده است.

ضرایب همبستگی مندرج در جدول ۱ بیانگر آن است که پیش بینی های مدل مفهومی پژوهش در مورد ارتباط بین متغیرها، با همبستگی های به دست آمده هماهنگ می باشد. به بیان دیگر ارتباط میان متغیرهای برونزا و درونزای مدل در همبستگی های زوجی متغیرها آشکار بود، که این خود مجوزی برای انجام تحلیل مسیر و آزمون مدل می باشد.

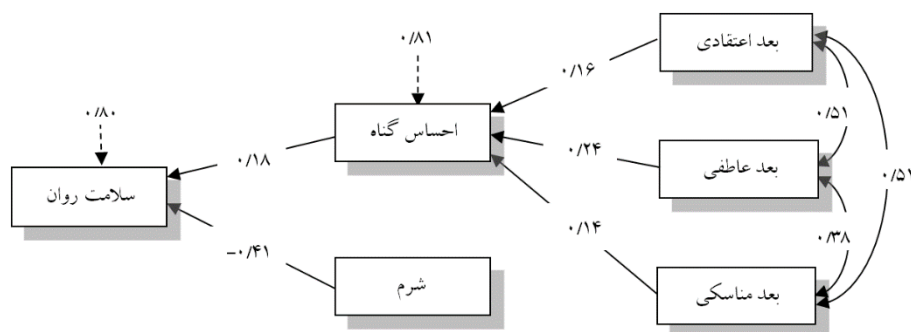
جدول ۱- ماتریس همبستگی و یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش (تعداد آزمودنی ها = ۲۸۶)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- بعد اعتقادی	۱						

۲- بعد عاطفی	۰/۵۱**	۱					
۳- بعد پیامدی	۰/۶۰**	۰/۴۱**	۱				
۴- بعد مناسک	۰/۵۱**	۰/۳۸**	۰/۳۵**	۱			
۵- شرم	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۴	-۰/۰۱	۱		
۶- احساس گناه	۰/۳۵**	۰/۳۷**	۰/۱۶*	۰/۳۱**	۰/۰۷	۱	
۷- سلامت روانی	۰/۱۳*	۰/۱۱*	۰/۰۸	۰/۱۲*	-۰/۴۰**	۰/۱۵*	۱
میانگین	۲۹/۳۴	۱۵/۴۹	۸/۷۹	۱۰/۳۶	۲۹/۷۵	۵۰/۸۷	۲۷/۴۷
انحراف معیار	۶/۰۳	۲/۹۸	۴/۴۷	۴/۷۶	۸/۳۷	۸/۰۴	۶/۶۵

* $p < 0/05$ و ** $p < 0/01$

به دنبال ماتریس همبستگی، مدل مفهومی ارائه شده در نمودار ۱، به روش تحلیل مسیر با بکارگیری نرم افزار لیزرل مورد آزمون قرار گرفت. مدل برازش شده شامل مسیرهای معنادار، ضرایب استاندارد رگرسیون و واریانس تبیین نشده می‌باشد که در نمودار ۲ ترسیم گردیده است.



نمودار ۲. آزمون الگوی ساختاری پژوهش: رابطه ابعاد مختلف مذهب با سلامت روان به واسطه هیجانات شرم و احساس گناه

شاخص‌های نیکویی برازش مدل در جدول ۲ درج گردیده است. نتایج مندرج در این جدول نشان می‌دهد که نسبت خی دو به درجه‌ی آزادی برابر ۱/۰۸۲ و شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر ۰/۹۹ شده است که بیانگر برازش خوب مدل می‌باشد. بنابراین داده‌های پژوهش مدل پیشنهادی را تایید کردند.

جدول ۲- شاخص‌های نیکویی برازش مدل پژوهش

A	G	S	R	P	X ²
G	F	R	M		
F	I	M	S		
I		R			

			E A		
۹	۹	۰	۰	۳	
۷	۹	۳	۱	۱	
/	/	۴	۷	۳	
۰	۰	/	/	۸	
		۰	۰	/	
				۰	
					۱/۰۸۲

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مدل پژوهش (نمودار ۲)، اثرات مستقیم، غیر مستقیم، کل و واریانس تبیین شده‌ی به دست آمده برای متغیرهای مدل مذکور در جدول ۳ ذکر گردیده است.

جدول ۳- اثرات مستقیم، غیر مستقیم، کل و واریانس تبیین شده‌ی متغیرهای الگوی پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	(R ²)
بر سلامت روان	۰/۱۸*	---	۰/۱۸	۰/۲۰
احساس گناه	۰/۴۱*	---	-۰/۴۱	
شرم	---	۰/۰۳	۰/۰۳	
بعد اعتقادی	---	۰/۰۴	۰/۰۴	
بعد عاطفی	---	۰/۰۲	۰/۰۲	
بعد مناسکی	---	---	---	۰/۱۹
بر احساس گناه	۰/۱۶*	---	۰/۱۶	
بعد اعتقادی	۰/۲۴*	---	۰/۲۴	
بعد عاطفی	۰/۱۴*	---	۰/۱۴	
بعد مناسکی	---	---	---	

$$*T > +1/96$$

نمودار تحلیل مسیر (نمودار ۲) نشان می‌دهد که ابعاد مختلف مذهب با هیجان احساس گناه رابطه دارند. بعد اعتقادی، تنها هیجان احساس گناه ($\beta=0/16$) را به طور مثبت پیش بینی نمود. بعد عاطفی این هیجان را به طور مثبت پیش بینی کرده ($\beta=0/24$) و با هیجان شرم رابطه معناداری نداشت. بعد مناسکی نیز فقط احساس گناه را به طور مثبت پیش بینی کرد ($\beta=0/14$) و برای بعد پیامد با هیچ یک از هیجانات مذکور رابطه معناداری به دست نیامد. در نمودار ۲ این متغیر و کلیه مسیرهای غیر معنادار از مدل حذف گردیدند. متغیر احساس گناه ($\beta=0/18$) سلامت روان را به طور مثبت پیش بینی کرده و متغیر شرم، سلامت

روان را به طور منفی ($\beta = -0.41$) تبیین نمود. همچنین کلیه ابعاد متغیر مذهب با یکدیگر همبستگی مثبت داشتند که در نمودار ۲ ذکر شده است. بر اساس ضرایب جدول ۳ مقدار واریانس تبیین شده‌ی هیجان احساس گناه توسط متغیرهای برون زای پژوهش ۱۹ درصد به دست آمد و کلیه‌ی متغیرهای درونزا و برونزا توانستند ۲۰ درصد از واریانس متغیر درونزای سلامت روان را تبیین نمایند.

نتیجه

این پژوهش با هدف تحلیل رابطه مذهب و سلامت روان انجام گرفته و فرض شده است که ابعاد مختلف مذهب به واسطه هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه بر سلامت روان تاثیر غیرمستقیم دارند. به این منظور بر اساس مبانی نظری و تحقیقات پیشین، این روابط در قالب یک الگوی ساختاری ترسیم گردید و به روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار لیزرل آزمون شد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که برخی از ابعاد مذهب (بعد اعتقادی، بعد عاطفی و بعد مناسکی) فقط احساس گناه را پیش بینی کرده اما با هیجان شرم رابطه معناداری پیدا نکردند. همچنین هیجانات مذکور سلامت روان را تبیین نمودند. بنابراین ابعاد مختلف مذهب توانستند به واسطه احساس گناه، سلامت روان را پیش بینی نمایند و هدف پژوهش به طوری که در مدل مفهومی فرض شده بود، مورد تایید قرار گرفت.

نتایج همبستگی نشان داد ابعاد اعتقادی، عاطفی و مناسکی مذهب با سلامت روان رابطه مثبت داشته اما برای بعد پیامدی رابطه معناداری به دست نیامد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی است

(Hackney, Sanders, 2003; Koenig, 2004; Koenig, 2008; Levin, 2010; Mirzamani & Mohammadi, 2001; Bahrami Ehsan, 2003; Cheraghi & Maulvi, 2006; Khodayarifard, 2001; Shojaeian, Zamani Monfared, 2002). در ادبیات تحقیق و در فراتحلیل‌هایی که توسط محققینی از جمله کوئینگ، لارسون (Koenig & Larson, 2001) و دیگران انجام شده است رابطه مثبت ابعاد مختلف مذهب با سلامت روان تایید شده است. در توجیه رابطه مثبت بعد اعتقادی مذهب با سلامت روان می‌توان گفت افرادی که دارای باورهای اعتقادی قوی هستند و معتقدند این جهان دارای خالق یکتاست و خداوند متعال این جهان و انسان را از سر حکمت آفریده و خلقت آن‌ها هدفی متعالی را به دنبال دارد، زندگی خود را با هدف و معنا می‌دانند. این افراد برای زندگی آینده خود هدفی والا در نظر می‌گیرند، قادر به تصمیم‌گیری و کنترل امور زندگی خود هستند و هنگام مواجه شدن با مشکلات با صبر، تحمل و تلاش به مقابله با آن می‌پردازند. بنابراین این افراد با احتمال بیشتری از حالات و نشانه‌های مربوط به اختلال روانی از جمله افسردگی و اضطراب دور بوده و از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. در تبیین رابطه مثبت بعد عاطفی و سلامت روان می‌توان گفت ایمان به خدا و زندگی پس از مرگ در انسان نیروی معنوی عمیقی ایجاد می‌کند که

موجب برانگیختگی احساسات و عواطف مثبتی از جمله حس خود ارزشمندی، امید به آینده، خوشبینی، خرسندی، دوست داشتن خود و دیگران می شود. افراد متدین (دیندار) در مواجهه با مشکلات و در هنگام سختی مغلوب نمی شوند چون خداوند را به عنوان پناهگاهی در کنار خود حس می کند و از او یاری و مدد می جویند. در هنگام ارتکاب خطا و اشتباه احساس توبه و پشیمانی دارند و در صدد جبران خطای خود بر می آیند و به بخشش خود امیدوارند. بنابراین چنین افرادی کمتر دچار یاس و ناامیدی شده و از سلامت روحی و روانی بیشتری برخوردارند. رابطه مثبت بعد مناسکی با سلامت روان نیز بیانگر آن است که انجام اعمال و فرایض دینی به صورت فردی مانند خواندن نماز، قرآن و ادعیه و جمعی مانند شرکت در مساجد، موسسات مذهبی و مراسم مذهبی، علاوه بر ایجاد آرامش و معنویتی که در نتیجه نیایش با خداوند ایجاد می کند، به دلیل داشتن جنبه اجتماعی موجب نشاط، شادمانی و سرزندگی افراد شده و آن‌ها را از آسیب‌ها و اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، یاس و ناامیدی مصون می دارد. در تحقیقی که توسط پالوما و پندلتون در مورد نقش مذهب در سلامت روان انجام شد، نیز مشاهده گردید که اعتقادات مذهبی و نماز خواندن ارتباط قوی و مستقیمی با احساس رضایت کامل از زندگی دارند. (Karami, Roghanchi, Atari, et al, 2006). انجام فرایض مذهبی جمعی نیز موجب برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر می شود. این امر به سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، و روحانیون ایجاد می شود (Koenig, 2004).

در بین ابعاد مذهب، رابطه بعد پیامدی با سلامت روان معنادار نشد. چراغی و مولوی (Cheraghi & Maulvi, 2006) نیز در پژوهش خود نتیجه مشابهی بدست آوردند. این پژوهشگران علت عدم معناداری این رابطه را به گویه‌های این بعد نسبت دادند. در این بعد بیشتر ابعاد اجتماعی دینداری از جمله پرداخت مالیات، برخورد با بد حجابی، برابری حقوق زنان و مردان مورد سوال قرار گرفته و شاید به این دلیل که نگرش افراد در این زمینه‌ها شخصی است و بیشتر توسط معیارهای غیر مذهبی و منحصر به فرد تعیین می گردد، رابطه معناداری حاصل نشده است.

یافته‌ی بعدی پژوهش حاضر این بود که ابعاد اعتقادی، عاطفی و مناسکی مذهب، احساس گناه سازگارانه را به صورت مثبت پیش بینی کرده و احساس گناه نیز سلامت روان را به طور مثبت پیش بینی نموده و به عنوان واسطه‌ای بین ابعاد مذکور و سلامت روان قرار گرفت. این یافته‌ها مورد انتظار بوده و همسو با برخی از نتایج تحقیقات قبلی بوده (Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002; Khosravi, Zarabiha & Nemati, 2011) و با برخی از نتایج دیگر ناهمسو می باشد (O'Conner, Berry, Weiss & Gilbert, 2002; Bruno, Lutwak & Agin, 2009; Demehri, Honarmand, Yavari, 2010). در

تحقیقات ناهمسو احساس گناه به عنوان یک هیجان ناسازگار در نظر گرفته شده بود از اینرو با اختلالات روانی مانند وسواس، افسردگی و اضطراب رابطه مثبت داشته است. اما در تحقیقات همسو نتایج نشان داد مذهب و معنویت هیجان‌ات و کارکردهای اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد و با شکل سازگار و سازش یافته احساس گناه رابطه مثبت داشته و از طرف دیگر هیجان احساس گناه رفتارهای جامعه پسند و جبران کننده و همدلی را در سطوح بین فردی پرورش می دهد و با اختلالات روانی یا رابطه ای نداشته و یا رابطه منفی دارد. در حقیقت یافته مذکور چگونگی رابطه مذهب بر سلامت روان را تبیین می کند و می توان گفت افراد مذهبی از باورهای اعتقادی بالا برخوردارند و نسبت به اعتقادات خود عواطف بالایی دارند. این افراد با انجام اعمال و فرائض دینی مانند خواندن نماز، قرآن و ادعیه و شرکت در مراسم مذهبی، نسبت به اعمال و رفتار فردی و به خصوص اجتماعی خود مراقب بوده و آن را تحت نظارت خود دارند. در هنگام تخطی از قوانین عرفی و مذهبی، به جای مواخذه خود و احساس بی ارزشی و ناامیدی، رفتار خود را اشتباه دانسته و درصدد جبران آن برمی آیند و در نهایت از عزت نفس بالاتری برخوردار می شوند. بنابراین احساس گناه سازگارانه منجر به تنظیم رفتار در سطح درون فردی و بین فردی و در نهایت سازگاری روانی بالاتر می شود. همچنین بر اساس ضرایب رگرسیون به دست آمده، ضریب رگرسیون بعد عاطفی نسبت به ابعاد اعتقادی و مناسکی بیشتر شده است بنابراین می توان نتیجه گرفت که عاطفه دینی افراد نسبت به باورهای دینی، نقش مهمتری و تعیین کننده تری در تنظیم هیجان‌ات و سلامت روان ایفا می کند به این معنی که آگاهی و شناخت دینی به تنهایی کافی نبوده و احساسات و عواطف فرد نسبت به این باورهاست که آن ها را کامل و اثربخش می نماید.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که ابعاد مختلف مذهب با شرم رابطه معناداری پیدا نکردند اما این هیجان به طور منفی سلامت روان را تبیین نمود. در مورد رابطه مذهب و دینداری، با هیجان‌ات منفی مانند شرم سازش نیافته در اکثر مطالعات رابطه منفی به دست آمده و یا این رابطه معنادار نبوده است (Fontain, Corveleyn & Luyten, 1998; Tangney, Dearing, 2002; Koenig, McCollough & Larson, 2001; Levin, 2010). البته در مواردی هم رابطه مثبت به دست آمده است (Navara & James, 2005). کوئینگ (Koenig, 2004) در این رابطه اظهار کرده است که گاهی متخصصان بالینی با مراجعانی مذهبی برخورد می کنند که به نظر می رسد باورها و اعمال شدید مذهبی در آنها منجر به احساس گناه ناسازگار، نشخوارهای فکری، نگرانی و احساس طردشدگی شده است که این امر می تواند به واسطه باورهای ناکارآمد مذهبی ایجاد شود (به نقل از Cheraghi & Maulvi, 2006). در برخی از مطالعات نیز به

این دلیل رابطه‌ی مذکور مثبت شده که جهت گیری بیرونی مذهب در نظر گرفته شده است، در جهت گیری بیرونی مذهب، افراد مذهب را برای رفع نیازها، کسب آسایش و امنیت فردی و اجتماعی و جلب نظر اجتماعی مورد توجه قرار می‌دهند. به عبارت دیگر برای این افراد مذهب وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف دیگری که برای آنها مهم است تلقی می‌شود که مطالعات نشان داده است که این نوع جهت گیری مذهبی تضمین کننده سازگاری، کاهش آسیب های روانی و ارتقای سلامت روانی نمی باشد (Watson, Milliron, 2008; Morris & Hood, 1994; Janbozorgi, 2008; Chavoshi, Talebian, Tarkhoraniet al, 2008). در مطالعاتی که رابطه منفی به دست آمده یافته ها حاکی از همبستگی منفی بین مذهب و آسیب های روانی مرتبط با احساس شرم مانند افسردگی، اضطراب و خشم بوده است. در پژوهش حاضر رابطه معناداری بین ابعاد مذهب و شرم به دست نیامد. این یافته با نتایج مطالعات عطری فرد، آزاد فلاح و اژه‌ای (Atrifard, 2006; Azad Falah & Ezhehei, 2006) و زان واکسلر و راینسون (Waxler & Robinson, 1995 Zahn-) به نقل از (Tangney & Dearing, 2002) همسو می باشد. این محققین در مطالعات خود نشان دادند در هیجان شرم در مقایسه با احساس گناه، بنیادهای زیستی نقش مهمتری دارند به این معنی که هیجان شرم کمتر تحت تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی از جمله مذهب قرار داشته و بیشتر تحت تاثیر مولفه های ژنتیکی می باشد. یافته دیگر این بود که هیجان شرم، سلامت روان را به طور منفی پیش بینی نمود. این یافته همسو با نتایج تحقیقات قبلی است (Luyten, Fontaine & Corveleyn, 2002; Lutwak, Panish & Ferrari, 2003). تانجنی و دیرینگ (Tangney & Dearing, 2002) در مطالعات گسترده ای که در زمینه پیشایندها و پیامدهای شرم سازش نایافته انجام دادند، نشان دادند که هیجان شرم در نتیجه یک خطای اخلاقی یا در نتیجه تظاهرات عدم شایستگی رخ می دهد و پس از آن فرد خود را مورد مواخذه قرار می دهد، نه فقط برای آن رویداد خاص بلکه به این دلیل که خود را به عنوان فردی ناقص، بی فایده و نفرت انگیز می پندارد. از اینرو این هیجان تهدیدی برای "خود" بوده و منجر به احساس خشم و خصومت نسبت به خود شده، که زمینه ساز اختلالات و آسیب های روانی از جمله افسردگی، اضطراب و وسواس می باشد. بنابراین افرادی که به لحاظ زیستی مستعد هیجان شرم می باشند به دلیل سرزنش افراطی "خود" با احتمال بیشتری در معرض ابتلا به اختلالات روانی و در نتیجه کاهش سلامت روانی می باشند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، در مجموع ابعاد مختلف مذهب بر سلامت روان تاثیر مثبت داشته و از بین ابعاد مذهب سه بعد اعتقادی، عاطفی و مناسکی با سلامت روان رابطه بیشتری داشتند. همچنین احساس گناه توانست نقش میانجی را در این رابطه ایفا کنند. برای هیجان احساس گناه یک الگوی انطباقی و سازش

یافته برای سلامت روان به دست آمد اما شرم با یک الگوی غیرانطباقی همراه بود. بنابراین مذهب می‌تواند با افزایش احساس گناه سازگارانه به سلامت روانی فرد منجر شود اما با توجه به اینکه هیجان شرم بیشتر متأثر از بنیادهای زیستی است مذهب نقش قابل ملاحظه‌ای در آن نداشته و شکل ناسازگارانه این هیجان بر سلامت روان تاثیر منفی شدیدی می‌گذارد چنانکه میزان بالای آن فرد را مستعد برای ابتلا به اختلالات و آسیب‌های روانی می‌نماید.

در پایان با توجه به اینکه متغیرهای پژوهش توانستند ۲۰ درصد از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی کنند، متغیرهای دیگری نیز می‌توانند در رابطه بین مذهب و سلامت روان قرار گیرد و میزان بیشتری از واریانس سلامت روان را تبیین نمایند لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مدل پژوهش با متغیرهای مرتبط بیشتری و حجم نمونه وسیعتری مورد بررسی قرار گیرد. همچنین به دلیل اینکه پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده است نباید از روابط موجود در بین متغیرها استنباط علی به عمل آید و در تعمیم نتایج این پژوهش نیز باید احتیاط لازم به عمل آید.

References

- Andrich . D, Van schroboeck. L. (1989). The General Health Questionnaire: A psychometric analysis using latent trait theory. *psychol Med*.19:469-85.
- Atrifard, M., Azad Falah, P., Ezhehei, j. (2006). Activity of brain/behavioral systems and proneness to shame and guilt. *Journal of psychology*. Vol.10, No.1 (37), Page 3-21. (in Persian)
- Bahrami Ehsan, H. (2003). *Religious orientation, anxiety and self-esteem*. *Journal of psychology*. Vol.6, No.4(24), Pages 336- 347. (in Persian)
- Bruno, S., Lutwak, N., & Agin, M. (2009). Conceptualization of guilt and the corresponding relationship to emotional ambivalence, self-disclosure, loneliness and alienation. *Personality and Individual Differences* , 47, 487-491.
- Bruno, S., Lutwak, N., & Agin, M. (2009). Conceptualization of guilt and the corresponding relationship to emotional ambivalence, self-disclosure, loneliness and alienation. *Personality and Individual Differences* , 47, 487-491.
- Chavoshi, A., Talebian, D., Tarkhorani, H., Sedqi-Jalal, H. , Azarmi, H. & Fathi-Ashtiani, A. (2008). The relationship between prayers and religious orientation with mental health. *Journal of Behavioral Sciences*. Vol 2, No. 2, Pages: 149-156. (in Persian)
- Cheraghi, M. & Maulvi.H. (2006). The relationship between different aspects of religiosity and general health in the students of Isfahan University. *New Educational Approaches*. vol.2 , No.2, Issue 6 .pages 1-22. (in Persian)
- Demehri,M., Honarmand, H., Yavari, H. (2010). Depression and Obsessive-Compulsive as Antecedent of Guilt Feeling and Anxiety as Consequences of it in University Girl Students. *Journal of Women and Culture*. Vol.2, No. VI, Pages: 25-36. (in Persian)

- Etemad , Galil . (2012). Epistemological beliefs and academic integrity : The mediatory role of shame and guilt. Educational psychology master degree's thesis . Shiraz : Shiraz University. (in Persian)
- Fontain.J.R.,J., Corveleyn. J., & Luyten, P. (1998). Proneness to guilt and shame: An empirical confrontation and a theoretical integration of two conflicting approaches. (Manuscript submitted for publication to *Journal of Personality and Social Psychology*.)
- Fontain.J.R.,J. , Luyten, P. & Corveleyn, J. (1998). Religious involvement, religious attitudes, and values. (Manuscript submitted for publication to *Journal for the Scientific Study of Religion*.)
- Ghoreishi Rad, F. (2003). The role of religion and religious coping in mental health . Islam and Mental Health. Maaref press. (Proceeding, Vol.2), pages: 249-257. (in Persian)
- Glock, C. Y., & Stark, R. (1965). *Religion and Society in Tension*. Chicago: Rand McNally.
- Goldberg, DP, Blackwell, B. (1970). Psyshiatric illness in general practice. A detailed study using method of case identification. *Brit Med J*. 1970; 1:439-43.
- Hackney, C.H., Sanders, G. S.(2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion* 42:1 ,P 43-55
- Harderd, .W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology. In: J.P. Tangnney, J. E. & YK. W. Fishe(REDs), *Self-consciousE motions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride* (pp. 368-392). New York: The Guilford Press.
- Hood,R .W., JR, Spilkab, ., Hunsbergebr. ,& Gorsuchr,. (1996). *The Psychology of Religion. An Empirical Approach* (2nd edn). New York: The Guilford Press.
- Jacobs.J.,L . (1992). Religious ritual and mental health. In: J.F. Schumake(ERd .), *Religion and Mental Health* (pp. 291-299). New York: Oxford University Press.
- Janbozorgi, M. (2008). Religious orientation and mental health. *Pajouhesh dar pezheshki*. Vol. 31, No.4, pages 345- 350. (in Persian)
- Johnson, K. S., Tulskey, J. A., Hays, J. C., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., et al. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of General Internal Medicine*, 26, 751-758.
- Karami, J. ,Roghanchi, M. , Atari.Y. , Bashideh , K. & Shukri M. (2006). An Assessment of the multiple dimensions of religious orientation and mental health in students of Razi University. *Journal of Education and Psychology* , Shahid Chamran University. No.3 (In persian).
- Khodayarifard , M . (2001). The scope of psychological research in the field of religion. Thought and Behavior. Vol 4 .No.24 , Pages: 53-45. (in Persian)
- Khosravi, Z., Zarabiha, E., Nemati, A. (2011). An Investigation of the Relationship among pathological and non pathological guilt feeling, Religious Attitude and Mental Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 30. 1370-73.
- Koenig, H. G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2, 76-82.
- Koenig, H. G. (2008). *Religion, sprituality and health: Research and clinical applications*. Presented at: NACSW Convention 2008, Orlando, FL.

- Koenig, H. G. and D. B. Larson. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry* 13:67-78.
- Koenig, H. G., McCollough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. London: Oxford University Press.
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective wellbeing in late life. *The Journal of Gerontology*, 0:58, 160-170.
- Levin, J. S. (2001). *God, faith, and health: Exploring the spirituality healing connection*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Levin, J. S. (2010). Religion and Mental Health: Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. Published online in Wiley InterScience.
- Lewis, B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lutwak, N.; Panish, J.; & Ferrari, J. R. (2003). Shame and guilt: Characterological vs. behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. *Personality and Individual Differences*, 35, 909-916.
- Luyten, P., Fontaine, J., & Corveleyn, J. (2002). Does the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) measure maladaptive aspects of guilt and adaptive aspects of shame? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences*, 33, 1373-1382.
- Mir Zamani, M.; Mohamadi, M.R. (2001). Research about the religious value in a group of mental patients based on test Allport study, Vernon and Lindsay. *Hakim Quarterly*; 4(1): 51-8.
- Murray-Swank, A. B., Lucksted, A., Medoff, D. R., Yang, Y., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2006). Religiosity, psychosocial adjustment, and subjective burden of persons who care for those with mental illness. *Psychiatric Services*, 57, 361-365.
- Navara, G.S. James, S. (2005). Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 39-58.
- Nejati, O. (2005). *The Quran and psychology*, translated by Abbas, Arab, Mashhad Astan Quds Razavi Press. (in Persian)
- O'Conner, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 19-27.
- Park, G., Chohen, L. H. & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for catholics versus protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 562-574.
- Payne, I. R., A. E. Bergin, K. A. Bielema, and P. H. Jenkins. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services* 9:11-40.
- Roshan Chesli, R., Atrifard, M. & Noori Moghaddam, S. (2007). An Investigation of reliability and Validity of the "Third Version of self-conscious affect" test (TOSCA-3). *Daneshvar Raftar*. Vol.14, No.25, Pages 31-46. (in Persian)
- Schafer, W. E., King, M. (1990). Religiousness on stress among college students: American survey report. *Journal of College Student Development*, 31, 336-41.

- Serajzadeh, S.H. (1999). Attitudes and religious behavior in Tehran adolescents and its implications for the theory of secularization. *Nemayeh pajooresh*. No.9-10, pages 105-118. (in Persian)
- Shojaeian, R., Zamani Monfared, A. (2002). The relation between use of prayers, mental health, and job performance among technical workers of Tehran ammunition industries. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*. Vol.8, No.2 (30), Pages 33-39. (in Persian)
- Sternthal, M. J., Williams, D. R., Musick, M. A., & Buck, A. C. (2010). Depression, anxiety, and religious life: A search for mediators. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 343-359.
- Tangney, J. E., Dearing, R. L., Wagner, E E., & Gramzow, R. (2000). *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*. George Mason University Fairfax, VA.
- Tangney, J. E. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J. P. Tangney & K. W. Fisher (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 114-139). New York: Guilford.
- Tangney, J. E., Ugrasf., A. & Wagner, E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In: J.P. TANGN&E YK .W. FISCH(Eds), *Self-conscious Emotions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride* (pp. 343-367). New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. E., Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York : The Guilford Press.
- Watson PJ, Milliron JT, Morris RJ, Hood RW.(1994). Religion and rationality: comparative analysis of rational emotive and intrinsically religious irrationalities. *Journal of Psychology and Christianity*. 13(4):373-84.
- Yaghubi H., Karimi H., Omid A., Barouti E., Abedi M.(2012). Validity and factor structure of the general health questionnaire (GHQ-12) in university students. *Journal of behavioral sciences (JBS)*. Vol. 6, No.2 (20), Page 153-160. (in Persian)



کهریزی، سمیه؛ مرادی، آسیه؛ مؤمنی، خدامراد (۱۳۹۴). اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی. پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۱)، ۱۷۴-۱۵۴.

اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی

سمیه کهریزی^۱، آسیه مرادی^۲، خدامراد مؤمنی^۳

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۳۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری انجام شد. این پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره بود. جامعه آماری شامل کودکان ۵-۷ ساله دارای اختلال رفتاری بود که در سال ۹۲-۹۱ در مراکز مهد کودک شهر کرمانشاه، قرار داشتند. روش نمونه گیری تصادفی ساده بود. ابتدا از بین مناطق سه گانه شهر کرمانشاه، شش مهد کودک (از هر منطقه دو مهد کودک) به تصادف انتخاب شد. ۵۴ کودک دارای اختلال رفتاری شناسی شدند. سپس بر اساس نقطه برش پرسشنامه و شرایط ورود و خروج از مطالعه، ۳۰ کودک (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) به عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر قرار گرفتند. کودکانی که در گروه آزمایشی قرار داشتند به مدت ده جلسه هفتگی (۴۵ دقیقه در هفته) در فعالیت شن بازی به صورت انفرادی شرکت داده شدند در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای سنجش اختلال رفتاری و مؤلفه‌های آن از پرسشنامه اختلال رفتاری راتر فرم معلم (۱۹۶۷) استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان دادند که مداخله شن بازی درمانی، به کاهش مؤلفه‌های پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری و کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری منجر می‌شود. اما بر اختلال سلوک اثر معنی‌دار ندارد. چنین دستاوردی در پیگیری یک ماه حفظ شد. می‌توان نتیجه گرفت مداخله شن بازی در کاهش اختلال رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری نقش مؤثری دارد.

کلید واژه ها: کودکان، اختلال رفتاری، شن بازی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی (نویسنده مسئول)، Kahrizi.sahar@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه رازی کرمانشاه، گروه روانشناسی

۳. دانشیار دانشگاه رازی کرمانشاه، گروه روانشناسی

مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از این دوران ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می‌شود (Genna, Natacha, Dale & et, 2010). پس از چندین دهه پژوهش در زمینه روان‌شناسی مرضی و بر خلاف باور ابتدایی، نشان داده‌شد که کودکان و نوجوانان نیز در معرض خطر ابتلای به اختلال‌های روانی^۱ قرار دارند و در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلال‌های رفتاری و هیجانی دست به گریبانند (Zeng, 2007). پژوهش‌های انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار اختلال رفتاری^۲ هستند (Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick & Verhulst, 2002). اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان و خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با درصدهای بالایی از معضلات اجتماعی همراه هستند. تعاریف گوناگونی از اختلال‌های رفتاری ارائه شده که هر تعریفی بر جنبه‌های ویژه‌ای تأکید می‌کند اما همه تعاریف روی موارد زیر توافق نسبی دارند: (۱) این رفتارها افراطی هستند، رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارد، جزء این اختلال‌ها محسوب نمی‌شوند، (۲) اختلال‌های رفتاری مزمن هستند و به سرعت بر طرف نمی‌شوند. (۳) این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی- فرهنگی، مورد قبول جامعه قرار نمی‌گیرد (Shokohi-yekta & Parand, 2004).

اختلالات رفتاری کودکان طیف وسیعی شامل: بیش‌فعالی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و اختلال سلوک است که نیازمند تشخیص و مداخله زود هنگام است (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, 2005). اغلب کودکان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدر رفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد (Brown, 2007). از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان، موجبات پرخاشگری هرچه بیشتر آنان را فراهم می‌آورد. مجموعه این عوامل کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضد اجتماعی قرار می‌دهد (Wolfe & Mish, 2006). پژوهش‌ها در مورد اختلالات رفتاری

1. mental disorders

2. behavioral disorders

کودکان نشان می‌دهد که اکثر بزرگسالان ضداجتماعی، تاریخچه‌ای طولانی از مشکلات رفتاری در دوران کودکی داشته‌اند (Rutter, Kreppner, O'connor, 2001).

همه مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند و به ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد (Campbell, 2004). نتایج مطالعات نشان داده است که مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند آثار طولانی مدتی بر سطح کنش وری رفتاری، جسمانی، شناختی و هیجانی بر جای گذارد (Smith, Katsiyannis & Ryan, 2011). چون با ایجاد مانع در راه اکتساب مهارت‌های متناسب با سن بر مسیرهای تحولی اثر می‌کند و کودکان را در معرض خطر مشکلات بعدی قرار می‌دهند (Patterson & Stoolmiller, 1991). به عبارتی دیگر این کودکان اغلب نمی‌توانند پاسخ‌های عاطفی و رفتاری متناسب با سن خود را تجربه کنند و با موانع یادگیری در محیط آموزشی مواجهه می‌شوند (Sausser & Waller, 2006).

مدارک و شواهد جمع‌آوری شده توسط سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۰، اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان به بیش از ۵۰ درصد افزایش خواهد یافت و به عنوان پنجمین عامل ناتوانی در میان کودکان تبدیل خواهد شد (Wolfe & Mish, 2006). آثار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۱۱/۸ درصد تا ۲۵ درصد متغیر است (Epen, Swady & Abou-saleh, 2007). مهرابی (Mehrabi, 2004) در پژوهشی در شهر اصفهان به این نتیجه رسید که ۱۳/۲ درصد دانش‌آموزان ابتدایی دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری هستند. در پژوهشی دیگر میزان شیوع اختلالات رفتاری بر اساس طبقه بندی بالینی نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی قرار داشت (Qobari-banab & et, 2006).

یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود اختلالات رفتاری کودکان، بازی درمانی است (Taklavi, 2011). بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد (Wethinton, 2008). به عبارتی دیگر استفاده از بازی (Hughes, 2008) ویژگی اجتناب ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند. در همین جهت (Tampson & Roodle, 2005) پیشنهاد کرده‌اند که به جای این عبارت فروید "درمان از راه صحبت" و به ویژه وقتی سخن از درمان کودکان به میان می‌آید، بهتر است از عبارت "درمان از راه بازی" استفاده شود. شن‌بازی شکل خاصی از بازی درمانی است که در دهه ۱۹۲۰ برای نخستین بار معرفی شد و در پایان این دهه از تجدید حیات مجددی برخوردار گشت (Mattson & Veldorale-Brogan, 2010). شن‌بازی

درمانی روشی برای درمان کودکان و بزرگسالان است که توسط دوراکالف^۱ (1980) ارائه شد. کالف اولین فردی بود که با کنار هم قرار دادن مجسمه‌های کوچک و شن و بکارگیری اصول نظریه یونگ، مراجعان خود را درمان کرد. شن بازی درمانی کالف روشی است غیر کلامی، نمادین و بر اساس تجربه‌های خلاق افراد که در آن کودک با ساختن دنیای خود در جعبه شن، به بیان تعارضات، تمایلات و هیجان‌اتش می‌پردازد (Allan & Berry, 1987). در واقع این تکنیک بین خودآگاه و ناخودآگاه رابطه برقرار می‌کند و باعث توسعه و بازسازی اعتماد به نفس افراد می‌شود (Cunningham, 1997).

درمانگران شن بازی کالفی بر این باورند که تصاویر ساخته شده در شن که توسط مراجع خلق شده است، اغلب بازنمایی از کهن الگوهای مختلف برای بیان جهان خود است (Sue Dawson, 2012). فرض کلیدی در شن بازی درمانی این است که مواد انتخاب شده و نحوه قرار دادن اشیاء کوچک در جعبه شن منعکس کننده نگرانی‌ها و مسائل مربوط به مراجع و عینی و برون سازی این نگرانی‌هاست. این فرایند به درک بیشتر و تسلط نهایی بر مشکلات منجر می‌شود (Landreth, 1993).

از زمانی که شن بازی به عنوان مداخله درمانی پذیرفته شد، مطالعات مختلفی به اثربخشی آن پرداختند و در بسیاری از مطالعات برای دامنه وسیعی از مشکلات بزرگسالان و کودکان استفاده شده است. این مطالعات حاکی از آن است که شن بازی درمانی بر سلامت روانی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری شرکت کنندگان (اغلب نوجوان و بزرگسال) تأثیرگذار است (Wang Flahive & Ray, 2007). افسردگی^۲ و احساس تنهایی آن‌ها را کاهش می‌دهد (Mi-yung & Kim, 2012). عزت نفس را افزایش می‌دهد (Botha, 2010). و از طریق تأثیرگذاری بر رفتارهای تکانشی^۳ و پرخاشگرانه باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود (Allan & Berry, 1987). مطالعه‌ی (Wen, Risheng, Haslam & Zhilikg, 2011) حاکی از تأثیرگذاری شن بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های اجتناب اجتماعی^۴ و اضطراب در دانشجویان چینی و بهبود آگاهی اجتماعی بوده است.

در مطالعه‌ای دیگر (Sue Dawson, 2012) از شن بازی درمانی برای بهبود نشانه‌های افسردگی در نوجوانان افسرده استفاده کرد و متوجه شد که این نوع مداخله تأثیر مثبت معنی داری در کاهش نشانه‌های افسردگی دارد. همچنین در یادگیری و رشد عاطفی و رفتاری کودکان (Unnsteinsdottir, 2012)، کاهش

1. Kalf, D

2. depression

3. impulsive behavior

4. social avoidance

مشکلات عاطفی - هیجانی (Richards, Pillay & Fritz, 2012) و توسعه مهارت‌های ارتباطی بین فردی (Cao, Shan, Xu & Xu, 2013) مؤثر است.

در هر حال، پژوهش درباره اثربخشی شن بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری در کودکان به صورت بسیار محدود انجام شده است و تا به حال پژوهشی در خصوص اثرات شن بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان انجام نشده است. با توجه به شواهدی مبنی بر بالا بودن میزان اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی و پیامدهای منفی این متغیر در زندگی آن‌ها و اطرافیان، هدف از اجرای این مطالعه تعیین اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی است. فرضیه این مطالعه عبارت است از: شن بازی درمانی باعث کاهش اختلال رفتاری (و مؤلفه‌های آن) در کودکان می‌شود.

روش

تحقیق حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. روش پردازش داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی است. در سطح استنباطی نیز آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است. در این مطالعه متغیر وابسته (اختلال رفتاری) در دو گروه (آزمایشی و کنترل) در سه نوبت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (یک ماه پس از پایان مداخله) اندازه گیری شده‌اند. جامعه آماری مطالعه شامل تمام کودکان دارای اختلال رفتاری مهد کودک و پیش دبستانی زیر نظر بهزیستی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ می‌شد. در این مطالعه از روش نمونه برداری تصادفی ساده استفاده شد. پس از مراجعه به سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه، شش مهد-کودک (از هر منطقه دو مهد کودک) به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از آن پرسشنامه اختلال رفتاری کودکان توسط مربیان برای تمام کودکان (۵ تا ۷ سال) تکمیل شد. از (۳۲۴) پرسشنامه ارائه شده، ۳۲۰ پرسشنامه قابل نمره گذاری بازگردانده شد. در مرحله بعد پس از تصحیح پرسشنامه‌ها، ۵۴ کودک دارای اختلال رفتاری انتخاب شدند. که در نهایت با توجه به شرایط ورود و خروج آزمودنی‌ها، ۳۰ کودک (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) که دامنه سنی آنها بین ۵ تا ۷ سال ($M=5/67$ ، $SD=0/61$) بود، به شیوه جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. لازم به یادآوری است که مربیان در یک جلسه آموزشی به مدت ۲ ساعت جهت تکمیل پرسشنامه‌ها شرکت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS_{۱۸} انجام پذیرفت. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهشی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

گروه	جنس	سن	تحصیلات پدر						تحصیلات مادر		
آزمایش	دختر	پسر	۵	۶	۷	زیر دبلم	دبلم	تحصیلات عالی	زیر دبلم	دبلم	تحصیلات عالی
	n	۶	۹	۶	۸	۱	۳	۴	۸	۱	۶
	%	۴۰	۶۰	۴۰	۵۳/۳۳	۶/۶۷	۳۰	۲۶/۶۷	۵۳/۳۳	۶/۶۷	۴۰
	n	۴	۱۱	۵	۵	۲	۲	۳	۱۰	۳	۵
	%	۲۶/۶۷	۷۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۳/۳۳	۱۳/۲۴	۱۳/۳۳	۲۰	۶۶/۶۷	۳۳/۳۳	۴۶/۶۷

شرایط ورود به مطالعه آزمودنی‌ها عبارت بود از: کسب نمره برابر یا بالاتر از ۱۳ در آزمون اختلال رفتاری راتر، رضایت والدین، گذشت حداقل شش ماه از ثبت نام در مهد کودک، زندگی در کنار پدر و مادر است. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: داشتن اختلال بارز گفتاری، شنوایی، بینایی و حرکتی، استفاده از روش‌های دیگر درمانی (مشاوره ای و یا پزشکی) می‌شد.

بعد از انتخاب و جایگزینی تصادفی کودکان در گروه‌های آزمایش و گواه، کودکان حاضر در گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. طبق طرح تحقیقی انتخاب شده، در فرایند اجرای مداخله برای مقایسه دو گروه آزمایشی و گواه، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و یک ماه پس از مداخله (پیگیری) پرسشنامه‌ها مجدداً توسط مربیان کامل شد.

در این مطالعه، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش اجرا شد عبارت بود از مداخله به کمک شن بازی درمانی (بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن بازی درمانی) است. مداخله توسط پژوهشگر به مدت دو ماه و نیم به صورت هفتگی در ۱۰ جلسه (چهل و پنج دقیقه) اجرا شد. در این مطالعه، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش انجام شد عبارت بود از برنامه شن بازی درمانی که توسط بویک و گودوین (۲۰۰۰) تدوین شده است.

ابزار گردآوری داده ها

پرسش نامه اختلال رفتاری راتر فرم B (فرم معلم): این آزمون توسط راتر (Rutter, 1967) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. پرسشنامه راتر فرم B شامل ۲۶ سؤال می باشد که به شیوه لیکرت (۰-۲) نمره گذاری می شود. نقطه برش مقیاس ۹ می باشد و کودکانی که نمره ۹ یا بیشتر می گیرند به عنوان کودکان دارای اختلال شناخته می شوند (Rutter, 1967). در پژوهش اولیه راتر و همکاران (Rutter & et, 1967) که در مورد ۹۱ کودک انجام شد، میزان توافق پرسشنامه با تشخیص روانپزشک اطفال ۷۶/۶ درصد گزارش شده که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. در پژوهش دیگری که توسط راتر و همکاران (Rutter & et, 1975) صورت گرفت درصد توافق حدود ۶۱/۵ درصد گزارش گردید.

راتر (Rutter, 1985) پایایی این پرسشنامه را از طریق بازآزمایی به فاصله سیزده هفته در حدود ۸۵٪ گزارش کرده است. ضریب پایایی بازآزمایی (با فاصله دو ماه) ۰/۷۴ برای فرم والدین و ۰/۸۹ برای فرم معلم گزارش شده است. همچنین همبستگی بین پاسخ های پدران و مادران ۰/۶۴ و بین نمره گذاری دو معلم ۰/۷۲ بود. این پرسشنامه توسط دکتر مهریار و یوسفی (Mahyar & Usefi, 1991) برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان ایرانی (شیراز) بکار گرفته شد. دکتر مهریار و همکارانش با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی ۶ سؤال به آن افزوده اند. طبق تحقیق راتر (Rutter, 1967) نمره ۹ جهت تمایز بین کودکان هنجار و دارای مشکل در نظر گرفته شد ولی در ایران بعد از تغییراتی که توسط دکتر مهریار و همکارانش صورت گرفت نمره ۱۳ و بالاتر جهت این تفاوت گذاری تعیین شد. این پرسشنامه ۵ بعد مختلف اختلالات رفتاری را در بر می گیرد که عبارتند از: پرخاشگری و بیش فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه. این پرسشنامه از روایی قابل قبولی در ایران برخوردار است. مهریار و یوسفی روایی این پرسشنامه را به شیوه تشخیص روانپزشک و پرسشنامه راتر بدست آوردند که در نتیجه میزان توافق در وجود اختلالات رفتاری در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. پایایی این پرسشنامه نیز معتبر است. عدل (aadi, 1993) با به کار بردن روش های دونیمه کردن و بازآزمایی ضریب همبستگی پرسشنامه را به ترتیب ۶۸٪ و ۸۵٪ گزارش کرده است که هر دو روش در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده اند. یوسفی (Usefi, 1998) پرسش نامه اختلال راتر ویژه معلمان را به همراه آزمون بندر گشتالت اجرا نمودند و ضریب همبستگی ۰/۹۶ را به دست آوردند. علیخانی (alikhani, 1997) با بکار بردن روش های دو نیمه کردن و بازآزمایی، ضریب هم بستگی، این پرسش نامه را به ترتیب ۶۸٪ و ۸۵٪ گزارش کرده است که هر دو در سطح ۰/۰۱ معنی دار

بودند. در پژوهشی ابوالقاسمی، نریمانی (Abo-Alghasemi, Narimani, 2005) ضرایب پایایی دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۱ گزارش کردند.

شیوه اجرا

آزمودنی‌های گروه آزمایش به صورت انفرادی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای حاضر می‌شوند و با وسایل و اشیاء سمبولیک بازی می‌کنند. در این روش نقش پژوهشگر/آزمونگر، ثبت مشاهدات بالینی و حالات و رفتارهای آزمودنی‌ها در طی تمامی جلسه‌ها با استفاده از نشان دادن عکس العمل متناسب با موقعیت است. هم چنین پژوهشگر/آزمونگر باید در پایان هر جلسه از تصاویری که مراجعان می‌سازند عکس تهیه کند و با آنها درباره محتوای تصاویر گفتگو کند. اداره ی جلسه‌ها به روش غیرمستقیم است، به صورتی که آزمودنی‌ها هدایت جلسه را به عهده دارند و پژوهشگر/آزمونگر تنها در مواردی مداخله می‌کند که آزمودنی سؤال داشته و یا نیازی احساس شود. اصول بازی در این روش مداخله، مبتنی بر اصول بازی درمانی اکسلاين (Oxlin, 1947) است که مواردی مانند(ایجاد ارتباط عاطفی با کودک، رهبر بودن کودک در جلسه درمان، حفظ احترام کودک) را شامل می‌شود (Boik & Goodwin, 2000).

جدول ۲. خلاصه برنامه گام به گام شن بازی درمانی

(بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن بازی درمانی؛ Boik & Goodwin, 2000).

مرحله اول: خلق کردن دنیا

الف: معرفی شن بازی به مراجع

- ایجاد یک فضای ایمن، محافظت شده و آزاد.
- معرفی دوباره سینی ها و ظروف، اشیاء، فرایند و مراحل انجام کار به مراجع.
- به کودک بگویید که ما برخی اوقات از شن برای این موضوع استفاده می‌کنیم که به ما داستانی را بگوید، یا این که با آن درباره چیزی صحبت می‌کنیم، یا این که با شن تصویری از آن چه درباره آن فکر می‌کنیم یا احساسی که داریم استفاده می‌نماییم.
- قرار دادن خودمان در موقعیتی که مراجع با آن احساس راحتی داشته باشد.
- به کودک بگویید که در انجام شن بازی هیچ روش و کار اشتباهی برای انجام بازی وجود ندارد.
- او هر چه بخواهد خلق کند را می‌تواند با آن درست کند.
- او می‌تواند با شن بازی کند و از هر شی و جسمی که روی میز است برای گفتن داستان استفاده نماید.
- به مراجع پیاموزید که وقتی کارش تمام شد شما را آگاه کند.

ب: ساختن دنیا

- کودک هر صحنه‌ای را که بخواهد خلق می‌کند.
- بدون این که در کار کودک دخالت کنید و یا این که تفسیری برای او انجام دهید، شاهد کار او باشید به او افتخار کنید و به او احترام بگذارید.
- مراجعان می‌توانند دنیا را با و یا بدون کمک اشیا و بسازند.
- ساکت بمانید و کاملاً متوجه و مراقب اوضاع باشد.

مرحله دوم: تجربه کردن و آرایش دوباره دنیا

الف: تجربه کردن

- شما می‌توانید بگویید: این تصویر درست مانند یک دنیا است. این تصویر یک مکان خاص و ویژه است، زمان کوچکی را صرف این موضوع کنید که وانمود نمایید شما در این مکان زندگی می‌کنید. شما می‌توانید بلند شده و اگر دوست دارید در اطراف آن قدم بزنید و از تمامی جهت‌های مختلف آن دنیا را ببینید.
- مراجع را تشویق کنید که کاملاً دنیا را با تمام وجود تجربه نماید.
- وقتی که مراجع نسبت به آن دنیا واکنش نشان می‌دهد شما ساکت بنشینید (این زمان همان زمان تجربه کردن عمیق است).
- به کودک اجازه دهید که اگر خواست هر تغییری را که دوست دارد در دنیای خود ایجاد نماید.
- با اعمال تغییرات مراجع هم اگر بخواهد می‌تواند آن دنیا را ترک نماید
- به مراجع زمان دهید تا دوباره آن دنیایی را که تغییر یافته است را تجربه کند.

مرحله سوم: درمان

الف: گردش در دنیا

- در همان طرفی که مراجع ایستاده است به او ملحق شوید.
- از کودک پرسید که آیا می‌تواند راهنما و یا معلم شما باشد و همه چیز را درباره آن دنیا به شما بگوید یا خیر، یا این که به شما بگوید در آن دنیا چه اتفاقی در حال رخ دادن است. از کودک پرسید آیا ایرادی ندارد وقتی که در حال صحبت کردن در مورد آن دنیا می‌باشد از او سوالاتی پرسید.
- اگر کودک درباره این مرحله از کار مشکلاتی داشت، شما می‌توانید از کودک بخواهید که از تصور و خیال خود استفاده نماید و برای شما هر داستانی را تعریف کند که او می‌خواهد درباره دنیایی که خلق کرده است روی دهد.
- به احساسات کودک درباره آن دنیا واکنش نشان دهید.
- به زبان و نشانه‌های غیر کلامی در هنگام تعریف کردن داستان توجه کامل داشته باشد.
- مراجع را تشویق کنید که همان احساساتی را که در او بروز می‌کند نشان دهد.

ب: مداخله های درمانی:

- سولاتی درباره آن دنیا پرسید، تنها به همان مواردی واکنش نشان دهید که مربوط به مراجع است و مشتری به آن اشاره می کند.
- تمرکز خود را بر روی اشیاء داخل و بر روی میز (سینی) جلب کنید.
- شما می توانید از اشیای داخل سینی و دنیا نیز بخواهید که با یکدیگر صحبت کنند.
- شما می توانید از کودک بخواهید با استفاده از اشیاء یک تور گردشی برای شما در سینی شن را خلق کند.
- شما می توانید از کودک بخواهید که به شما نشان دهد در آن سینی (دنیا) چه اتفاقی در حال رخ دادن است (آن اتفاقی را که در حال رخ دادن است را بازی کند).
- اگر کسی در داخل آن دنیا و سینی نیاز به کمک داشت، شما می توانید از کودک بخواهید که یک شخصیت و یا شی دیگری را وارد آن دنیا کند تا بتواند مانند یک کمک دهنده در آن جا برای آن فرد عمل کند.
- نحوه مداخلات درمانی خود را برای این کار انتخاب کرده و به کار ببرید (برای مثال روش های گشتالت، نمایش اخلاقی و انتقادی، نمایش مصور، ساختار بندی دوباره ادراکی، هنر درمانی).

مرحله چهارم: سند برداری (مستند سازی)

الف: تصویر برداری مشتری

- اجازه دادن به مراجع برای تصویر برداری از دنیا از هر زاویه ای که خودش بخواهد.
- اگر که این تصویر یک عکس زود ظاهر شونده باشد، مراجع می تواند آن را با خود به خانه ببرد. اگر که آن تصویر با یک دوربین دیجیتال گرفته شد، در جلسه بعد آن عکس را به کودک بدهید.
- ب: عکس برداری درمانگر:**
- با اجازه مراجع، می توانید برای استفاده ها و کاربردهای آینده، تصاویری را از آن دنیا داشته باشد.

مرحله پنجم: مرحله گذار و انتقال

الف: معنا سازی - ساختن

- شما می توانید از کودک بخواهید توضیح دهد که چه طور آن دنیا را ساخته است.
- شما می توانید این طور بگویید: زندگی تو در چه زمان هایی و به چه صورتی شبیه به این بازی و دنیای شنی است.
- شما می توانید بگویید: چه چیزی در این دنیا و بازی شنی وجود دارد که تو بخواهی آن را به یاد بیاوری.
- به یاد داشته باشد که همیشه به دنبال رفتار کودک حرکت کنید.
- ب: ارتباط دادن این بازی و دنیای شنی با زندگی و دنیای واقعی مراجع**
- اگر کودک ارتباطاتی را بین بازی شنی و زندگی خودش ایجاد کرد، به کودک کمک کنید تا بتواند آن اتفاقی را که در حال رخ دادن است را درک کند.
- به مراجع کمک کنید که دنیا را به صورتی با معنا تبدیل نماید.
- مراجع را ترغیب کنید که به این نکته توجه کند که چه طور موارد و مسائل داخل این دنیای شنی در زندگی روزمره او نمود پیدا کرده و نشان داده می شود.

- با خاطرات و یا مسائل جاری زندگی او ارتباط ایجاد کنید.
- از روش‌های عملی و کاربردی برای مراجع استفاده کنید تا بتواند به وسیله آن‌ها موقعیت‌های خطرناک، تهدید-کننده و غیر راحت را که برایش رخ می‌دهد، درک کرده و با آن‌ها کنار بیاید.

مرحله ششم: خراب کردن و ویران نمودن دنیا

الف: درک کردن دنیا

- پس از این که مراجع اتاق را ترک کرد، دنیای او را کاملاً تخریب نمایید، مراحل و روند انجام کار با مراجع را گزارش کرده.

ب: پاک کردن دنیا

- به تفراتی که رخ داده است توجه نمایید.
- اشیا را در مکان‌های مناسب بر روی قفسه‌ها جابجا نمایید.
- نکته برداری‌های خود را تکمیل کنید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر آزمودنی‌های گروه آزمایش شامل ۱۵ نفر (۶ دختر و ۹ پسر) و گروه کنترل نیز شامل ۱۵ نفر (۴ دختر و ۱۱ پسر) بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها (۵/۶۷ سال، انحراف استاندارد ۰/۶) است. شاخص‌های توصیفی نمره کلی اختلالات رفتاری در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمره اختلال‌های رفتاری در پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	پر خاشگری/ بیش‌فعالی	۳/۲۷	۳/۳۹	۴/۷	۴/۷۹
	اضطراب/ افسردگی	۴/۲۷	۲/۰۵	۴/۳۳	۱/۹۱۵
	ناسازگاری اجتماعی	۵	۲/۳	۴/۶۷	۱/۶۷
	اختلال سلوک	۲/۲۷	۱/۷۱	۱/۳۵	۱/۴
	کمبود توجه	۴/۶	۲/۰۲	۲/۷۳	۱/۸۷
پس آزمون	پر خاشگری/ بیش‌فعالی	۳/۲۷	۳/۳۹	۷/۴۰	۴/۷۶۳
	اضطراب/ افسردگی	۲/۲۷	۱/۵۴۳	۴/۳۳	۱/۹۱
	ناسازگاری اجتماعی	۲/۹۳	۲/۰۱	۶	۲/۶۱
	اختلال سلوک	۱/۲۷	۱/۷	۱/۲۵	۱/۶۲
	کمبود توجه	۴/۲	۲/۸۵	۵/۲	۳/۰۲
پیگیری	پر خاشگری/ بیش‌فعالی	۲/۹۳	۳/۱۵۰	۷/۵۳	۴/۷۷۹
	اضطراب/ افسردگی	۱/۸۷	۱/۳۲	۵/۳	۱/۸۸۵

۲/۶۸	۶/۰۷	۱/۹۱	۲/۶۷	ناسازگاری اجتماعی
۱/۳۴	۱/۶۷	۲/۶۸	۶/۰۷	اختلال سلوک
۲/۹۴	۵/۱۳	۱/۵۶	۲/۴	کمبود توجه

با ملاحظه جدول ۳ می توان به تفاوت بسیار زیاد نمره های کودکان در مرحله اصلی و پیگیری در اختلال رفتاری و مؤلفه های آن در گروه آزمایش و کنترل پی برد. برای بررسی پیش فرض های مانکوا، ابتدا همگنی شیب پیش آزمون ها با پس آزمون ها محاسبه شد، در جدول ۴ همگنی شیب پیش آزمون های پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضد اجتماعی، کمبود توجه با پس آزمون پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضد اجتماعی، کمبود توجه آمده است.

جدول ۴. همگنی شیب پیش آزمون های مؤلفه های اختلال رفتاری

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	df	df	ت. ف.
گروه * پیش آزمون پر خاشگری/بیش فعالی	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۸۷	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۱۳	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۱۹	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۱/۴۱۹	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
گروه * پیش آزمون اضطراب/افسردگی	آزمون اثر پیلایی	۰/۸۰۴	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۶	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵
	آزمون اثر هتلینگ	۴/۰۹۵	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۴/۰۹۵	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵
گروه * پیش آزمون ناسازگاری اجتماعی	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۰۹	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۹۱	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۰۳۸	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۱/۰۳۸	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰
گروه * پیش آزمون اختلال سلوک	آزمون اثر پیلایی	۰/۲۲۳	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۷۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۸۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۰/۲۸۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰
گروه * پیش آزمون کمبود توجه	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۹۱	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۰۹	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۴۶	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶

۰/۱۸۶	۱۷	۵	۴/۹۱۷	۱/۴۴۶	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	
۰/۴۶۰	۳۶	۱۰	۱/۰۰۳	۰/۴۳۶	آزمون اثر پیلایی	گروه * پیش آزمون
۰/۴۶۰	۳۴	۱۰	۰/۹۹۲	۰/۵۹۹	آزمون لامبدای ویلکز	* پرخاشگری / بیش
۰/۴۶۰	۳۲	۱۰	۰/۹۷۷	۰/۶۱۰	آزمون اثر هتلینگ	فعالی * اضطراب / افسردگی *
۰/۴۶۰	۱۸	۱۰	۱/۷۷۰	۰/۴۹۲	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	ناسازگاری اجتماعی * اختلال
						سلوک * کمبود توجه

همان طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود گروه * پیش آزمون پرخاشگری / بیش فعالی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون پرخاشگری / بیش فعالی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. همچنین گروه * پیش آزمون اضطراب / افسردگی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون اضطراب / افسردگی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. در گروه * ناسازگاری اجتماعی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون ناسازگاری اجتماعی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. گروه * اختلال سلوک نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون اختلال سلوک در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. همچنین گروه * پیش آزمون کمبود توجه نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون کمبود توجه در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. سطح معنی‌داری گروه * پیش آزمون پرخاشگری / بیش فعالی * اضطراب / افسردگی * ناسازگاری اجتماعی * اختلال سلوک * کمبود توجه نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با ترکیب خطی پس آزمون‌ها برای گروه آزمایش و کنترل یکسان است. با وجود این شرط، مهمترین شرط تحلیل کوواریانس یعنی پیش آزمون و پس آزمون‌ها یکسان است و تفاوتی بین آنها وجود ندارد، برقرار است.

جدول ۵. همگنی میان شیب ترکیب خطی پیش آزمون‌های مؤلفه‌های اختلال رفتاری با پس آزمون مؤلفه‌های اختلال رفتاری

منابع	متغیرهای وابسته	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون
گروه * پیش آزمون	پرخاشگری / بیش فعالی	۲/۱۱۰	۲	۱/۰۵۵	۲/۲۴۹	۰/۱۳۰
* پرخاشگری / بیش	اضطراب / افسردگی	۳/۳۵۴	۲	۱/۶۷۷	۰/۶۷۹	۰/۵۱۸
فعالی * اضطراب / افسردگی *	ناسازگاری اجتماعی	۰/۷۷۱	۲	۰/۳۸۶	۰/۱۹۷	۰/۸۲۳
ناسازگاری اجتماعی * اختلال	رفتار ضد اجتماعی	۶/۴۰۲	۲	۳/۰۲۱	۰/۵۷۷	۰/۰۵۲
سلوک * کمبود توجه	کمبود توجه	۴/۰۱۴	۲	۲/۰۰۷	۰/۵۸۶	۰/۵۶۵

این یافته نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون پرخاشگری / بیش فعالی و شیب ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون اضطراب / افسردگی و شیب

ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون ناسازگاری اجتماعی و شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر اختلال سلوک و شیب میان ترکیب پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون کمبود توجه تفاوتی نمی‌کند. بنابراین، با توجه به جدول‌های ۵ و ۶ می‌توان گفت که مهمترین پیش فرض کواریانس برقرار است یعنی شیب خط‌های رگرسیونی یکسان است. اما پیش فرض دیگر کواریانس برابری کواریانس‌ها است که برای بررسی آن از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون لوین بر مؤلفه‌های اختلال رفتاری

متغیر	F	df _۱	df _۲	سطح معنی داری
پرخاشگری/بیش‌فعالی	۰/۴۵۰	۱	۲۸	۰/۵۰۸
اضطراب/افسردگی	۰/۷۸۳	۱	۲۸	۰/۳۸۴
ناسازگاری اجتماعی	۲/۶۴۴	۱	۲۸	۰/۱۱۵
اختلال سلوک	۰/۰۰۳	۱	۲۸	۰/۹۵۵
کمبودتوجه	۰/۱۹	۱	۲۸	۰/۷۶۷

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود مقدار F لوین برای تمام مؤلفه‌های اختلال رفتاری در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی دار نبود. بنابراین مفروضه همگنی کواریانس داده‌ها و برقراری شیب رگرسیون مورد استفاده قرار می‌گیرد و استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه‌ها با پیش فرض همگنی کواریانس بلامانع ارزیابی گردید.

جدول ۷. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون

مؤلفه‌های اختلال رفتاری گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۳۰	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷۰	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون اثر هتلینگ	۴/۸۹۵	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون بزرگترین ریشه وری	۴/۸۹۵	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول (۷) ارائه شده است. از نتایج می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ی آزمایش حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته (پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، اختلال سلوک و کمبود توجه) اثربخش بوده است.

برای روشن شدن این مطلب که مداخله‌ی آزمایشی به چه نحوی تک تک متغیرهای وابسته را تحت تأثیر قرار داده است از تحلیل کوواریانس مجزا که در متن تحلیل مانکوا ارائه شده است، استفاده می‌گردد.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا برای تأثیر شن بازی درمانی بر مؤلفه‌های اختلال رفتاری

توان آزمون	معنی داری	F	میانگین	مجموع درج	مجموع	مجموع درج	میانگین وابسته	توان آزمون
۰/۵۲۶	۰/۰۱	۲۵/۵۵۸	۴۶/۵۸۱	۱	۴۶/۵۸۱		پرخاشگری/بیش فعالی	
۰/۶۶۰	۰/۰۱	۴۴/۷۲۲	۱۰۷/۴۱۸	۱	۱۰۷/۴۱۸		اضطراب/افسردگی	
۰/۳۹۹	۰/۰۱	۱۵/۲۶۷	۷/۹۳۸	۱	۷/۹۳۸		ناسازگاری اجتماعی	
۰/۰۷۶	۰/۱۸۴	۱/۸۷۸	۳/۰۲۴	۱	۳/۰۲۴		اختلال سلوک	گروه
۰/۵۰۱	۰/۰۱	۲۳/۱۲۱	۷۶/۳۴۹	۱	۷۶/۳۴۹		کمبود توجه	

فرضیه اول: شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی کودکان مؤثر است.

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس (جدول ۸)، بین این دو گروه (آزمایش و کنترل) در حیطه کاهش پرخاشگری/بیش فعالی ($F=25/558$ ، $P<0/05$) با توان ۰/۵۲، اضطراب/افسردگی ($F=44/722$ ، $P<0/05$) با توان ۰/۶۶، ناسازگاری اجتماعی ($F=15/267$ ، $P<0/05$) با توان ۰/۳۹ و کمبود توجه ($F=23/121$ ، $P<0/05$) با توان ۰/۵۰ تفاوت معنی داری وجود دارد. و شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه مؤثر بوده است.

اما بین گروه آزمایش و کنترل در حیطه اختلال سلوک تفاوت معنی داری ($F=1/878$ ، $P>0/05$) وجود ندارد. و شن بازی درمانی تأثیری بر کاهش اختلال سلوک نداشته است.

در ادامه برای بررسی اثر تداوم مداخله بر گروه آزمایش، از آزمون t وابسته برای مقایسه نمره‌ی مؤلفه‌های اختلال رفتاری گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول (۹) درج شده‌اند.

جدول ۹. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه نمره‌ی مؤلفه‌های اختلال رفتاری کودکان

گروه آزمایش (۱۵ نفر) در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
پرخاشگری/بیش فعالی	پس آزمون	۳/۲۷	۳/۳۹	۲۹	۱	۰/۳۳۶
	پیگیری	۲/۹۳	۳/۱۵۰			
اضطراب/افسردگی	پس آزمون	۲/۲۷	۱/۵۴۳	۲۹	۱/۲۷	۰/۲۱۱
	پیگیری	۱/۸۷	۱/۳۲			
ناسازگاری اجتماعی	پس آزمون	۲/۹۳	۲/۰۱	۲۹	۱/۱۴	۰/۲۶۴
	پیگیری	۲/۱۷	۱/۹۱			
اختلال سلوک	پس آزمون	۲/۲۷	۱/۷۱	۲۹	۲/۲۶۲	۰/۴۹۳
	پیگیری	۶/۰۷	۲/۶۸			
کمبود توجه	پس آزمون	۴/۲	۲/۸۵	۲۹	۱/۲۶	۰/۳۱۰
	پیگیری	۲/۴	۱/۵۶			

همان گونه که در جدول ۹ مشاهده می شود، در گروه آزمایش که مداخله شن بازی درمانی را دریافت کرده اند، میزان پرخاشگری/بیش فعالی ($t=1$ و $P>0/05$)، اضطراب/افسردگی ($t=1/27$ و $P>0/05$)، ناسازگاری اجتماعی ($t=1/14$ و $P>0/05$)، و کمبود توجه ($t=1/26$ و $P>0/05$) در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی داری نکرده است.

به عبارت دیگر اثر مداخله شن بازی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه در گروه آزمایشی تداوم داشته است. اما بین کودکان گروه آزمایش از نظر مؤلفه ی اختلال سلوک ($t=2/262$ و $P>0/05$) تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عبارت دیگر اثر مداخله در مرحله پیگیری نیز تداوم نداشته است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلال رفتاری انجام شد. از مجموع نتایج به دست آمده می توان چنین استنباط کرد که شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه کودکان دارای این اختلالات مؤثر بوده است. به نحوی که میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری با توجه به آنچه که پرسشنامه اختلال رفتاری راتر می سنجد، پس از مداخلات کاهش یافته است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های قبیل در حوزه شن بازی درمانی در مورد کودکان، نوجوانان و دانشجویان از جمله عبداللهی بقرآبادی و همکاران (Abdolahi-Boghr Abadi & et, 2010)؛ می یانگ و کیم (Mi-yang & Kim, 2012)؛ مون (Moon, 2005)؛ سوداوسون (Sue Dawson, 2011)، هماهنگ و همسو است. و شن بازی درمانی را شیوه ای مؤثر در بهبود اختلال رفتاری کودکان دانست.

در تبیین نتایج فوق می توان گفت: نظریه پردازان روان تحلیل گر معتقدند که با استفاده از نمادها و از طریق بازی می توان از محتویات ناخودآگاه، آگاه شد. به نظر یونگ که روش شن بازی درمانی بر اساس نظریه او شکل گرفته است، خود نمی تواند نشان داده شود، با این حال می توان آن را در تصاویر نمادین تجربه کرد و از آن آگاه شد. بنابراین ماهیت نمادین و دیداری شن بازی است که باعث تبدیل شدن آن به یک محیط منحصر به فرد برای پیدا کردن و به یاد آوردن خود فراموش شده و یا واپس رانده شده، می شود. در روند این سفر، کهن الگوی سایه پدیدار می شود و با حمایت درمانگر از مسیر دردناک و طرد شده تجارب در جعبه شن پرده برداری می شود.

بابایی کافکی، حسن زاده و جدیدی (Babaei Kafaki, Hassanzadeh & Jadidi, 2013) در تبیین یافته های خود معتقدند بازی درمانی به کودک کمک می کند تا تنش روانی خود را به واسطه بازی کاهش دهد. زیرا بازی باعث تصفیه روحی و حذف آثار مشکلات در کودک می شود و انگیزه لازم را برای استفاده از حداکثر ظرفیت خود را در او ایجاد می کند. آمستر (Amster, 1982) نیز معتقد است کودک از طریق بازی، سعی می کند مسائل و تعارض های خود را حل کند. افزون بر این کودک با مرور تجربه های گذشته خویش، آن ها را با تصورها و الگوهای جدید زندگی منطبق می کند. در سرتاسر این کنش ها، کودک پیوسته به کشف مجدد خویش می پردازد، تصویر خود را اصلاح می کند و در روابط خود با جهان پیرامون نیز تجدید نظر می کند. بدین ترتیب کودک با بازنگری رفتارهای خود نسبت به مسائل، باورها، علایق، نیازها و پیامدهای رفتار خود آگاهی بدست می آورد و در جهت تغییر گام بر می دارد.

علاوه بر این شن بازی روش مداخله ای است که خطر آن کم و موفقیت آن زیاد است. همچنین

فرایند ساختن یک محوطه شنی برای کودکان جذاب است و بیان غیر مستقیمی را بدون نیاز به صحبت کردن در بر می گیرد. تمرکز بر فرایندهای خلاق و غیر کلامی و به فعل در آوردن توانایی های بالقوه فرد، موجب تقویت نیمکره راست مغز میشود که مربوط به فرایندهای ادراکی، حافظه تصویری، تجسم سازی، خیال پردازی، تخیل و احساسات است (Berger, 2012). تخیل در حقیقت، روش کودک برای غلبه یافتن بر مشکلات محیطی است. کودک مشکلی را بارها به تصور خویش در می آورد و به نگرش اجتماعی شده ای دسترسی می یابد که سرانجام در سطحی از عمل یا رفتار تجلی می یابد. در تبیین کلی یافته های پژوهش می توان به فواید شن بازی درمانی اشاره کرد، زیرا فایده بزرگ شن بازی، کیفیت غیر کلامی آن است. شن بازی به سطح پیش کلامی خودآگاه نفوذ می کند که از طریق حواس حمایت می شوند و آن را هنگام کار با کودکان به طور ویژه ای مؤثر می سازد. وینتورلا و جیمز (Vinturella & James, 1987) بر این باور هستند که شن بازی از دیگر شیوه های درمانی نتیجه بخش تر است زیرا به هیچ مهارتی از جانب کودک نیاز ندارد. همچنین نتایج نشان داد که شن بازی درمانی بر کاهش اختلال سلوک کودکان مؤثر نیست. در تبیین این نتیجه می توان به عوامل مؤثر در ایجاد اختلال سلوک اشاره کرد. با توجه به سبب شناسی اختلال سلوک در کودکان، خانواده به دلیل روش مدیریتی و دارا بودن صلاحیت های لازم برای تنظیم امور کودکان بر رشد هیجانی و اجتماعی آنها تأثیری عظیم دارند. لذا به نظر می رسد اگر شیوه های درمانی متناسب با نیازهای خانواده و با مشارکت خانواده باشد، مفیدتر خواهد بود. در ضمن مطالعاتی که نشان داده اند اختلال سلوک در اثر شیوه های فرزندپروری نامناسب افزایش می یابد، بیشتر بر شیوه های فرزندپروری استبدادی یا سهل گیر تأکید دارند. محققان دریافته اند که ترکیبی از عواطف والدینی ضعیف و مهارهای شدید والدینی اختلال سلوک را افزایش می دهد. زیرا شیوه های فرزندپروری والدین هم یک عامل ایجاد کننده و هم یک عامل بازدارنده اختلال سلوک است (Sohrabbi & Hassani, 2007).

از میان محدودیت هایی که در این مطالعه وجود داشت، می توان به اجرا توسط پژوهشگر که ممکن است باعث سوگیری شود و عدم وجود زمان کافی برای پیگیری بلند مدت نتایج به دست آمده اشاره کرد. با توجه به اثربخشی شن بازی درمانی هم در مرحله ی اصلی و هم حفظ ماندگاری پس از یک ماه برای کاهش اختلال رفتاری کودکان در این مطالعه، به مسئولان مراکز بهزیستی و روان شناسان بالینی توصیه می گردد از این روش در کار با کودکانی که دچار اختلالات پرونی سازی و یا درون سازی هستند، استفاده کنند.

References:

- Abdullahi Bqrabady, Q., Sharifi Pordaramadi, P& Dolatabadi, Sh. (2009). Impact of Sand play Therapy in reduction of Aggression in Students with Deafness. *Journal of Psychological Studies*, 1 (6). (in Persian)
- Aadl, A. (1993). Influence of social skills training method to improve children's disruptive behavior disorder, MS Thesis, Institute of Psychiatry. (in Persian)
- Abolqasemi, A., Narimani, M & Kiyamaree, A. (2005). Prevalence and comorbidity of behavioral disorders in elementary school students and its relationship with academic achievement. *Journal Science and Technology*, 4 (3): 19-14. (in Persian)
- Alikhani, F. (1997). Comparison of behavioral disorders in children in an orphanage and Ghyrprvrshgahy in Tehran based on family type. *Master's thesis. Islamic Azad university. Khorasgan*. (in Persian)
- Allan, J., & Berry, P. (1987). Sandplay. *Journal of the Elementary School Guidance and Counseling*, 21: 300-306.
- Allan, J. & Brown, K. (1993). Jungian Play Therapy in Elementary Schools. *Journal of the Elementary School Guidance and Counseling*, 28:30-42.
- Amster, F. (1982). Differential uses of play in treatment of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 13, 62-68.
- Babaei Kafaki, H., Hassanzadeh, R., Jadidi, M (2013). The Effectiveness of Gestalts Group Play-Therapy on the Improvement of Social Skills in Pre -School Children. *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*. 2 (4), 468-474.
- Berger R, Tiry M. (2012). The enchanting forest and the healing sand ÇöNature therapy with people coping with psychiatric difficulties. *Journal of the Arts in Psychotherapy*; 39(5): 412-6.
- Boik, B., & Goodwin, E. (2000). *Sandplay therapy: A sept by step manual for Psychotherapists of diverse orientations*. New York: Norton.
- Botha, M. (2010). The use of sand play psychotherapy with an adolescent how has poor self- esteem. In partial fulfillment of the requirements for the degree. *Magister educationis, in the department of educational psychology at the university of Pretoria*.
- Campbell, M. (2004). The Value of Sandplay as a Therapeutic Tool for School Guidance Counsellors. *Australian Journal of Guidance and Counselling* 14(2):211-232.
- Cao, H., Shan. W., Xu. Y., Xu. R (2013). Eastern sandplay as a safe container for a combined intervention for a child with Asperger syndrome: A case study. *Journal of the Arts in Psychotherapy* 40, 134- 142.
- Cunningham. L. (1997). What is Sandplay Therapy? *Journal of sandplay therapy*, 6(1).
- Eapen, V., Swadi, H., Sabri, S., Abou-saleh, M.(2007). childhood behavioural disturbance in a community sample in al-Ain, United Arab Emirates. *Journal of the Eastern Mediterranean Health*: 7(3):428-434.
- Ghobariye BONAB, B., Parand, A., Hosseinkhanzadeh Firoozjah, AA., Mouleli, G & Nemati, Sh. (2009). The prevalence of conduct disorder students Khanzadeh Fyrvzjah Hosseini, elementary *Tehran. Research on Exceptional Children*, 9 (3): 238-223. (in Persian)
- Hughes, F., C. (1999). *Psychology of the game, children, play and grow*. Translation Kamran Ganji (2009). *Tehran: Publications Roshd*. (in Persian)

- Kalff, D. M. (1980). A psychotherapeutic approach to the psyche – Sandplay. Boston: Sigo Press.(p:45-49).
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR. (2005). Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of the Arch Gen Psychiatry*. 62(6):593-602.
- Mattson, DC., Veldorale-Brogan, A. (2010). Objectifying the sand tray: An initial example of three-dimensional art image analysis for assessment. *Journal of The Arts in Psychotherapy*; 37(2): 90-96.
- Mehrabi, H, A. (2005). Prevalence of behavioral disorders in elementary school students. *Education Organization in Isfahan province*. (in Persian)
- Mehryar, King., Joseph, F. (1967). Diagnosis and treatment of mental illness in children. *Tehran. Publications Roshd*. (in Persian)
- Mi-yung, J., Kim, Y. (2012). The effect of group sandplay therapy on the social anxiety, oneliness and self- expression of migrant women in international marriages in South Korea. *Journal of The Arts in Psychotherapy*; 39(1):38-41.
- Moon, P. K. (2005). Sand Play Therapy With U.S. Soldiers Diagnosed With PTSD and Their Families. American counseling association. *VISTAS online*. 63-66.
- Rutter M, A. (1967). children's behavior questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry*. 8: 1-11.
- Rutter M, Graham P, Yule W (1970) A neuropsychiatric study in childhood. Clinics in developmental medicine. Heinemann, London. (pp;109).
- Rutter M. (1997). Child psychiatric disorder. Measures, causal mechanisms, and interventions. *Journal of Arch General Psychiatry*. 54(9):785-9.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44: 1092–1115.
- Rutter, M., Kreppner, J. M., & O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. English and Romanian Adoptees Study Team. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.
- Rutter, M.A., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., & Whitmore, K. (1976). Research report: Isle of wight studies. *Journal of Psychological medicine*. 6: 313-332.
- Rutter, MA. (1985). Children s behavior questionnaire for completion by teachers; Preliminary findings. *Journal of Psychol Psychiatry*; 8: 1-11.
- Sausser, S., & Waller, H. (2006). A model for music therapy with student with emotional and behavioral disorder. *Journal of The Art In Psychotherapy*; 33:1-10.
- Shokohiye yekta, M., Parand, A. (2005). Behavioral disorders in children and adolescents. *Tehran: tayyb Publication*. (in Persian)
- Smith, C. R., Katsiyannis, A., & Ryan, J. B. (2011). Challenges of serving students with emotional and behavioral disorders: Legal and policy considerations. *Journal of Behavioral Disorders*, 36(3), 185–194.
- Sohrabi, F., Hasani, A. (2007). Parenting styles and anti-social behavior among adolescent girls. *Journal of Psychology*, 11 (1): 88-75. (in Persian)
- Sue Dawson, L. (2011). Single-Case Analysis of Sand Tray Therapy of Depressive Symptoms in Early Adolescence. The Faculty of the graduate school of education

- and human development and columbia college of arts and sciences of the George Washington University.
- Taklavi, S. (2011). Training mothers in play therapy and its effects on the behavior problems of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 1 (1): 59-44. (in Persian)
- Thompson, Ch., Rudolph, L., Linda, B. (1996). Consultation with children. Translation Tahoriyan (2009). *Tehran. Roshd Publication*. (in Persian)
- Unnsteinsdóttir, K. (2012). The influence of sandplay and imaginative storytelling on children's learning and emotional-behavioral development in an Icelandic primary school. *Journal of The Arts in Psychotherapy*, 39(4): 328-332.
- Vinturella, L., & James, R. (1987). Sandplay: A therapeutic medium with children. *Journal of Elementary School Guidance and Counseling*, 21, 229-236.
- Wang Flahive, M. & Ray, D. (2007). Effect of group sand tray therapy with preadolescents. *Journal for Specialists in Group Work*, 32, 362-382.
- Wen, Z., Risheng, Z., Haslam, D., Zhiling, J. (2011). The effects of restricted group sandplay therapy on interpersonal issues of college students in China. *Journal of The Arts in Psychotherapy* 38: 281- 289.
- Wethinton, H.R., Hahn, R.A., Fugua-Whiteley, D.S., Sipe, T.A., Crosloy, A. E., Johnson, R.L., Liberman, A.M., Mosci chi, E., Price, L.N., Tuma, F.K., Halra, G., Chatto., Padhyay, S.K. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm from traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 287-373.
- Wolfe, D A., Mash, E J (2006). Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, Assessment, and Treatment). The Guilford press. Library of congress cataloging-in-publication data, New York: London.
- Yousefi, F. (1998). Standardization Rotter scale to assess behavioral and emotional problems of male and female primary school students in Shiraz. *Journal of Humanities and Social Sciences University, Shiraz*, 13 (1): 192-172. (in Persian)
- Zeng, G. (2007). An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, University of Pennsylvania.

The Effectiveness of Pre-Marriage Counseling Model on Marital Satisfaction According to Multiple Aspects Domestic Approach

^aParviz Karimisani*

^bMasome Esmaili

^aDepartment, Shabestar Branch, Islamic Azad University

^bAllameh Tabatabaee University

Abstract:

This study investigated the effect of pre-marriage guidance and counseling model according to multiple aspects domestic approach on marital satisfaction. Methodology: Statistical society includes couples who came to the health centers of Tabriz and were selected based on convenience sampling. (Twelve couples in experimental group and 12 couples in control group). This research is quasi-experimental design. ENRICH marital satisfaction questionnaire was used via post-test and per-test methods. To analyze the data, Covariance analysis was applied. The findings of the study indicated that pre-marriage guidance and counseling model according to multiple aspects domestic approach has improved marital satisfaction, personality aspects, relationships, conflict- solving, financial matters, free time, relationship with family and friends, coupling roles, and religion spiritual orientations. This impact was significant but the impact of this model on sexual relationship and offspring education was not significant. Conclusion, According to the interactional and complex relationships between personal, marital and cultural – social issues, we can use pre-marriage guidance and counseling model based on multiple aspects domestic approach to increase marital satisfaction.

Keywords: Pre-marriage guidance and counseling model, multiple aspects domestic approach, Marital satisfaction

* Karimisani.counsel@gmail.com

Studying the Effect of Group-Based Schema Therapy on Social Phobia in the Female Students

Mohammad, Narimani*

Masoumeh, Khavari

University of Mohaghegh Ardabili

Abstract

The aim of this study was to identify the dominant early maladaptive schemas and the efficiency of group-based schema therapy on social phobia of the students. The method of the study was experimental, and its design was pretest-posttest control-group. In order to conduct this study in the identification scheme stage 30, and the treatment stage 16 students who had a social phobia were randomly selected. The subjects were randomized into two treatment ($n = 8$) and control groups ($n = 8$). The instruments used were social phobia and young schema questionnaire. The treatment group had 15 sessions (120 minutes) of group schema therapy and the control group had none. Data were analyzed using independent t-test. The results showed that group schema therapy reduces symptoms of social phobia, and emotional deprivation schema reduces abandonment/instability, failure, and sacrifice. In addition, sacrifice, strict standards/hyper criticism, insufficient self-control and self-discipline, social isolation/alienation, deficiency/shame, failure, and entitlement/grandiosity were identified as the most common schema. It seems that group schema therapy could be considered as an effective therapeutic approach in reducing the symptoms in students with social phobia.

Keywords: Schema therapy, Social phobia, early maladaptive schema

* narimani@uma.ac.ir

The Effectiveness of Pre-Marriage and Life Skills Training
On Choosing a Spouse and EQ of the Students of
Ferdowsi University of Mashhad

Seyed Ali kimiaei *
Javad SalehiFadardi
Javad Ghafourinasab

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

The purpose of this study was considering the effectiveness of pre-marriage and life skills training on spouse selection and EQ in the students of Ferdowsi University of Mashhad.

The sample of the study included 80 students of Ferdowsi University of Mashhad (M=28; F=52) selected by convenient sampling method and were placed in experimental and control groups. The participants received 16 hours of training on pre-marriage and life skills in a workshop. Students completed Baron EQ questionnaire and spouse selection criteria questionnaires(SSCQ), at the beginning and end of the workshop.

Results from the data analysis showed that there was a correlation between EQ and containing and processing criteria students and skill training was effective on EQ ($p<0/001$) and spouse selection criteria ($p<0/001$). Thus, the training of pre-marriage and life skills leads to EQ strengthening and to moderation of perfectionistic and pessimistic criteria of the students.

Keywords: Life skills, Pre-marriage skills, Criteria for spouse selection, EQ

* kimiaee@um.ac.ir

The Effectiveness of Group Grief Counseling and Grief Therapy Using a Religious Approach on Improving the Quality of Life in Bereaved Mothers

Zahra Nematipour *

Mahmoud Golzari

Allame Tabatabai University

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of group grief counseling and grief therapy using a religious approach on improving the Quality of Life (QOL) in bereaved mothers. In this study a quasi-experimental design with pretest- posttest and experimental and control groups were used. The data gathering instrument was Short Form Health Survey (SF-36). The population of this study included bereaved mothers who had at least 3 months and maximum one year of bereaved history with one standard deviation QOL score below the population mean. By volunteer sampling 18 bereaved mothers were selected and assigned randomly to experimental and control groups. Then, the experimental group received 10 weekly sessions (90 minutes) of intervention. The results of variance analysis showed that the differences between experimental and control groups in QOL score were significant; Thus, intervention improved QOL in bereaved mothers. Results showed that group grief counseling and grief therapy using a religious approach is an effective therapy for improving QOL in bereaved mothers.

Key words: Grief counseling, Grief therapy, Religion, Quality of life.

*z_nematipour@yahoo.com

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Coping Skills and Emotion Regulation
Trainings on Reducing the Feeling of Hopelessness, Happiness and Self-esteem
in Orphan Children and Adolescents

^aSajad Basharpour*

^aAzadeh Abbasi

^b Abbas Abolghasemi

^aUniversity of Mohaghegh Ardebili

^bGilan University, Rasht

Abstract

The aim of current study was to compare the effectiveness of teaching of cognitive behavioral coping skills and emotion regulation on the reduction of hopelessness, happiness, and self-esteem in orphan children and adolescents. The method of this study was quasi experimental with control group. All orphan children and adolescents living in Ardabil welfare organization in 1392 comprised the statistical population of this study (N=83). Forty five people were selected from this society by simple random sampling. Having conducted a clinical interview, they were assigned randomly to three groups of cognitive behavioral coping skills, emotion regulation, and control. All the participants of the three groups responded to the questionnaires related to hopelessness, happiness, and self-esteem at pre- and post-test levels. Collected data were analyzed by ANCOVA test. The results showed that there were significant differences between three groups in hopelessness, happiness, and self-esteem. Results of post hoc test showed that cognitive behavioral coping skills and emotion regulation training were effective in hopelessness and happiness equally. But emotion regulation training did not influence self-esteem. Giving orphan children and adolescents have difficult in Natural acquisition of behavioral and emotional skills, necessary for growth, training of Cognitive-behavioral coping skills and emotion regulation can be effective in an increased rate of decline in happiness and hopelessness of these children and adolescent.

Keyword: Cognitive behavioral coping skills, Emotion regulation, Orphan children and adolescents, Happiness, Self-esteem

* basharpour_sajjad@yahoo.com

The Effectiveness of Linguistic Game-Based Interventions on Phonological Awareness of Orphans and Vulnerable Children in Orphanage

^aMohsen Asghari Nekah*

^bFateme Brook

^aFerdowsi University of Mashhad

^bazad university torbat jam

Abstract

The purpose of this study was to survey the effectiveness of linguistic games on phonological awareness of orphans and vulnerable children. A sample of 24 orphans and vulnerable children age 4-5 in foster care was selected. They were randomly assigned to either an experimental group (N=12) or control group (N=12), then the phonological awareness questionnaire (subtest syllabic, phoneme awareness) was distributed. The experimental group received linguistic games in 10 sessions. The data analyses performed by ANCOVA showed that children who had received linguistic games, in the posttest, indicated significant difference in phonological awareness compared with the control group. Based on the findings of this study, it is recommended to provide the educational and rehabilitation programs through linguistic game therapy to enhance awareness, phonological, and linguistic capacity of children in care centers, which might be of help in solving reading problems of children in orphanage settings and kindergartens.

Keywords: Game therapy, Linguistic games, Phonological awareness, Orphans and vulnerable children.

* asghari-n@um.ac.ir

The Effectiveness of Teaching the Internal Locus of Control-Based Communicational Skills on Increasing Marital Satisfaction

^a Askari Asghari Ganji*

^bShokouh Navabinezhad

^aEducation University, Babol

^bKharrazmi University

Abstract

The aim of the present study was to examine the effectiveness of teaching internal locus of control-based communication skills on increasing marital satisfaction. The research proposal is pseudo- experimental kind, employing pre-test- post-test method with control group. Participants of this study include 240 married students of Farhangiyen University of Babol. The sample includes 100 couples selected by cluster sampling method. Among this population, 20 couples whom both had external locus of control and suffered from marital dissatisfaction, were selected randomly and placed in two groups of control and experimental, having 10 couples in each group. Research tools included locus of control (Rotter) marital satisfaction (Enrich), and Clinical interview. Data were analyzed by the analysis of covariance. The results showed that, teaching intervention based on internal locus of control was effective in increasing marital satisfaction. Therefore, teaching intervention based on internal locus of control can be used as one of the intervention models for couples who suffer from marital dissatisfaction.

Key words: Communication skills, Internal locus of control, Marital satisfaction.

* asghariganji@yahoo.com

The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Treating People with Generalized Anxiety Disorder

Farzad Nasiri*
Majid Mahmood Aliloo
Abbas Bakhshipoor Roodsari

University of Tabriz

Abstract

The aim of this study was to investigate the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in treating people with generalized anxiety disorder (GAD). Since one of the prominent features of patients with GAD is the sense of worry, and nature of the worry is focused on future. Training in the present moment by mindfulness which is done by a variety of practical exercises, can be therapeutic for people with GAD. This research was accomplished in the framework of single-case experimental design by using the multiple baseline design. Two patients with GAD who entered the program on the basis of inclusion entry and research qualification, were treated by MBCT. To record the severity of the symptoms, Penn State Worry Questionnaire, Beck Depression Inventory II, Beck Anxiety Inventory, and GAD-7 scale were used. According to the findings of this study, MBCT reduced the severity of GAD symptoms, worry, anxiety and depression scores. Results of this study showed that MBCT, by using various exercises, could improve patients with GAD .

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Generalized anxiety disorder, Worry, Depression

*nasiri@stu.um.ac.ir

The Relationship between Religion and Mental Health:
The Mediatory Role of Shame and Guilt

^aZeinab Rabbani *

^bImanollah Bigdeli

^cMahmood Najafi

^{a,c} Semnan University

^bFerdowsi University of Mashhad

Abstract

This study examined the impact of religion on mental health with respect to the two self-conscious emotions; shame and guilt. The participants were 286 undergraduate students of Semnan University selected by using multistage cluster sampling method. To assess the research variables, the participants completed three questionnaires: The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3, Tangney & Al, 2000), Religious Assessment Scale (Glock & Stark, 1965) and General Health Questionnaire (GHQ-12). The relationships between the variables were examined by a structural model. The path analysis using LISREL software, showed the mediating impacts of guilt on various aspects of religiosity and mental health. So that belief ($\beta = 0.16$), experimental ($\beta = 0.24$), and ritual ($\beta = 0.14$) aspects of religiosity positively predicted guilt, and they positively influenced on mental health by mediating this emotion ($\beta = 0.18$). No significant relationship was found between shame and aspects of religion, but this emotion ($\beta = -0.11$) predicted mental health negatively. Thus, some aspects of religion promote mental health by increasing positive emotions such as adaptive guilt, and others such as maladaptive shame increases the likelihood of mental illnesses and it endangers mental health.

Keywords: Religion, Religiosity, Mental health, Shame, Guilt.

* rabbany2007@gmail.com

The Effectiveness of Sand Play Therapy on the Reduction of
the Behavioral Disorder in Pre-School Children 5 To 7 Years

^aSomayeh Kahrizi*

^bAsiyeh Moradi

^bKhodamorad Momeni

^aRazi University

^bUniversity of Kermanshah

Abstract

The present study was conducted in order to survey the effectiveness of the sand play-therapy, on the behavioral disorders of the children in Kermanshah city.

The methodology used in this study is a semi-empirical method with pre-test and post-test with a control group, and its statistical method is a Multi-variant covariance statistical analysis. The statistical population of this study was the 5-7 year-old children in Kermanshah city with behavioral disorders and the selection method was a random method. At first from the three districts of Kermanshah, 6 kindergartens (2 kindergartens from each of the districts) were selected randomly. Fifty four children with behavioral disorders were identified. Then, according to the inclusion and exclusion conditions for the research, 30 children (10 girls and 20 boys) were selected as the sample group, and were placed in experimental and control groups randomly, with each of these groups having 15 members. The Rater Form Teacher Behavioral Disorder Questionnaires (1967) were answered by the teachers in pre-test and post-test steps and also one month after the completion of the intervention. The children in the experimental groups attended the sand play therapy sessions weekly for 10 sessions (45 minutes for each of the sessions).

The results revealed that, sand play therapy has a significant influence on decreasing the aggressive/hyper activity, anxiety/depression, social conflicts and lack of concentration on the children on the experimental group in comparison to the children in the control group; but it has no significant effect on the conduct disorder. This result was constant for one month. According to the obtained results, it can be said that sand play therapy can have effects on decreasing the behavioral disorders of children, and in this study we have focused on the necessity of using sand play therapy in order to decrease the behavioral disorders in the children having them.

Keywords: Children, Behavioral disorder, Sand play

*Kahrizi.sahar@yahoo.com

Table of contents

The Effectiveness of Pre-Marriage Counseling Model on Marital Satisfaction Parviz Karimisani, Masome Esmaili	I
Studying the Effect of Group-Based Schema Therapy on Social Phobia in ... Mohammad, Narimani, Masoumeh, Khavari	II
The Effectiveness of Pre-Marriage and Life Skills Training On Choosing a ... Seyed Ali kimiaei, Javad Salehi Fadardi, Javad Ghafourinasab	III
The Effectiveness of Group Grief Counseling and Grief Therapy Using ... Zahra Nematipour, Mahmoud Golzari	IV
The Effectiveness of Cognitive Behavioral Coping Skills and Emotion ... Sajad Basharpour, Azadeh Abbasi, Abbas Abolghasemi	V
The Effectiveness of Linguistic Game-Based Interventions on Phonological Mohsen Asghari Nekah, Fateme Brook	VI
The Effectiveness of Teaching the Internal Locus of Control-Based ... Askari Asghari Ganji, Shokouh Navabinezhad	VII
The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Treating People ... Farzad Nasiri, Majid Mahmood Aliloo, Abbas Bakhshipoor Roodsari	VIII
The Relationship between Religion and Mental Health: The Mediatory Role... Zeinab Rabbani, Imanollah Bigdeli, Mahmood Najafi	IX
The Effectiveness of Sand Play Therapy on the Reduction of the Behavioral Somayeh Kahrizi, Asiyeh Moradi, Khodamorad Momeni	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 : Sadegh Alavi

Technical Editor : Hosein Hasanabadi

- 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. 5, No 1, Spring & Summer 2015

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in

ISC

&

SID

and available via

Magiran

Noormags



Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol 5, No 1, (2015)

ISSN: 2251-6352

9

- | | |
|---|------|
| The Effectiveness of Pre-Marriage Counseling Model on Marital Satisfaction... | I |
| Parviz Karimisani, Masome Esmaili | |
| Studying the Effect of Group-Based Schema Therapy on Social Phobia in ... | II |
| Mohammad Narimani, Masoumeh Khavari | |
| The Effectiveness of Pre-Marriage and Life Skills Training On Choosing a ... | III |
| Seyed Ali kimiaei, Javad Salehi Fadardi, Javad Ghafourinasab | |
| The Effectiveness of Group Grief Counseling and Grief Therapy Using ... | IV |
| Zahra Nematipour, Mahmoud Golzari | |
| The Effectiveness of Cognitive Behavioral Coping Skills and Emotion ... | V |
| Sajad Basharpour, Azadeh Abbasi, Abbas Abolghasemi | |
| The Effectiveness of Linguistic Game-Based Interventions on Phonological... | VI |
| Mohsen Asghari Nekah, Fateme Brook | |
| The Effectiveness of Teaching the Internal Locus of Control-Based Communicational ... | VII |
| Askari Asghari Ganji, Shokouh Navabinezhad | |
| The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Treating People ... | VIII |
| Farzad Nasiri, Majid Mahmood Aliloo, Abbas Bakhshipoor Roodsari | |
| The Relationship between Religion and Mental Health: The Mediatory Role... | IX |
| Zeinab Rabbani, Imanollah Bigdeli, Mahmood Najafi | |
| The Effectiveness of Sand Play Therapy on the Reduction of the Behavioral ... | X |
| Somayeh Kahrizi, Asiyeh Moradi, Khodamorad Momeni | |