

دانشگاه Mohaghegh Talebi
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۵، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۴

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

۱۰

- ۵ اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار ...
اعظم‌السادات سقائیان، بهمن بهمنی، مهدی اسکندری، علی عسگری
- ۱۶ نقش واسطه‌ای تشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب در افراد ...
محمدعلی بشارت، سمیه باقری، رضارستمی، فهیمه تولاییان
- ۳۲ شناسایی شاخص‌های ازدواج موفق (یک مطالعه کیفی)
حسین صاحبزاده، کیانوش زهراکار، علی دلاور
- ۴۷ اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر علائم بالینی شخصیت قربانیان جنسی
مهری میرشاهی، علی رضا قادری، مجید معینی زاده
- ۶۵ بررسی اثر بخشی روان‌نمایشگری (سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور
روح‌اله رحیمی، کریم افشاری نیا، محسن گل محمدیان، جمشید جراره، بهمن نریمانی
- ۸۶ اثر بخشی آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر تعهد زوجین
زهرآقادی، ژاله رفاهی، محمدباغبان
- ۱۰۰ بررسی نظام ارزش‌شناسی دینی در گفتگوهای درون شخصی زوجین مذهبی برخوردار ...
یاسر رضایور میر صالح، معصومه اسمعیلی، کیومرث فرحبخش، محمد سعید ذکابی
- ۱۲۲ مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی با هنر درمانی گروهی بر کاهش اضطراب هستی‌شناسانه
ریحانه مقدسی، غلامرضا منشتی
- ۱۳۶ اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا ...
زینب عبدالله زاده، علی مهدی، زهراتبیبی

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 ۲، 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 در تاج	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

مدیر اجرایی مجله : سید صادق علوی

ویراستار: دکتر شهربانو عالی

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 ۸۸۰۷۳۳۹

تلفن : ۰۵۱۳ ۸۸۰۳۶۸۷

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

فهرست مندرجات

- ۵ اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار...
اعظم السادات سقائیان، بهمن بهمنی، مهدی اسکندری، علی عسگری
- ۱۶ نقش واسطه ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب در افراد ...
محمدعلی بشارت، سمیه باقری، رضا رستمی، فهیمه تولاییان
- ۳۲ شناسایی شاخص های ازدواج موفق (یک مطالعه کیفی)
حسین صاحبدل، کیانوش زهراکار، علی دلاور
- ۴۷ اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر علائم بالینی شخصیت قربانیان جنسی
مهری میرشاهی، علی رضا قادری، مجید معینی زاده
- ۶۵ بررسی اثر بخشی روان نمایشگری (سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور
روح اله رحیمی، کریم افشاری نیا، محسن گل محمدیان، جمشید جراحه، بهمن نریمانی
- ۸۶ اثر بخشی آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر تعهد زوجین
زهرا قادری، ژاله رفاهی، محمد باغبان
- ۱۰۰ بررسی نظام ارزش شناسی دینی در گفتگوهای درون شخصی زوجین مذهبی پرخوردار ...
یاسر رضاپور میرصالح، معصومه اسمعیلی، کیومرث فرحبخش، محمد سعید ذکایی
- ۱۲۲ مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی با هنر درمانی گروهی بر کاهش اضطراب هستی شناسانه
ریحانه مقدسی، غلامرضا منشئی
- ۱۳۶ اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا ...
زینب عبدالله زاده، علی مشهدی، زهرا طیبی



سقائیان، اعظم السادات؛ بهمنی، بهمن؛ اسکندری، مهدی؛ عسگری، علی (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۱۵-۵. دانشگاه علوم تربیتی و روان‌شناسی

اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار

اعظم السادات سقائیان^۱، بهمن بهمنی^۲، مهدی اسکندری^۳، علی عسگری^۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۳۱

چکیده

هدف: بررسی تاثیر واقعیت درمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با استفاده از طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش-پس آزمون و گروه گواه انجام گردید.

روش: برای اجرای این پژوهش ۳۰ زن سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان ورامین را با استفاده از اصل نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای واقعیت درمانی گروهی بر مبنای الگوی گلاس (۱۹۶۵) شرکت کرده و گروه شاهد به عنوان فهرست انتظار، در طی مدت مذکور هیچگونه مداخله رسمی که بر بهزیستی روانشناختی اثر داشته باشد را دریافت نکردند. به منظور سنجش متغیر وابسته از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده گردید. داده با استفاده از نرم افزار SPSS-16 برای اجرای آزمون آماری تحلیل کوواریانس پردازش شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار در میانگین دو گروه به نفع گروه آزمایشی بود ($P > 0.01$). بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت درمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار تاثیر مثبت گذاشته است.

واژه‌های کلیدی: واقعیت درمانی گروهی، بهزیستی روانشناختی، زنان سرپرست خانوار

۱. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

۲. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

۳. دانشجوی دکتری مشاوره، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران (نویسنده

مسئول) meh.eskandari@gmail.com

۴. استادیار دانشگاه خوارزمی تهران.

مقدمه

مشکلات جدید در جوامع امروزی همانند وقوع طلاق در سالهای اول زندگی، اعتیاد، زندانی شدن به همراه عوامل سنتی نظیر مرگ و برخی بیماریهای زمین گیر کننده شرایطی را برای تعداد زیادی از خانواده ها پیش آورده که در آن سرپرستی خانواده بر عهده ی یک نفر از والدین (اکثراً زنان) قرار گیرد. پدیده خانوارهای زن سرپرست در تمام دنیا رو به فزونی است. اغلب این خانوارها دارای مشکلات عدیده ای هستند، به گونه ای که اخیراً فزونی زنان سرپرست خانوار به صورت معضلی اجتماعی مطرح می شود (Shafiabadi & Ghashghayi, 2011).

زنانی که سرپرستی خانواده را به عهده می گیرند به عنوان کسانی که بدون حضور و حمایت منظم یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند، شناخته می شوند (Khosravi, 2001). براساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، تعداد خانواده های زن سرپرست بیش از یک میلیون و ۶۴۱ هزار خانواده است (Saber, 2010). در ایران حدود ۸۳ درصد از زنان سرپرست خانواده به دلیل فوت همسر، ۷ درصد به دلیل طلاق وجدایی و ۵ درصد به دلیل از کار افتادگی مرد سرپرستی خانواده را به عهده گرفته اند. اما آمار سازمان بهزیستی از زنانی که به علت از کار افتادگی همسر مسئولیت خانواده را بر عهده گرفته اند، نشان می دهد که این گروه ۱۹٪ از کل جامعه ی زنان سرپرست خانواده ی عضو سازمان بهزیستی را تشکیل می دهند (Frozan, 2000). این آمار متناقض نشان می دهد که بسیاری از زنانی که به دلایلی غیر از کارافتادگی همسر سرپرست خانواده شده اند از حمایت های مالی و اجتماعی رسمی و کافی برخوردار نمی باشند. همچنین آمارهای دیگر نشان می دهند که حدود دوسوم از زنان سرپرست خانواده به تنهایی (یعنی بدون فرد شاغل در خانواده) تأمین معاش را بر عهده دارند که با توجه به محدودیت فرصت های شغلی مناسب برای زنان در مقایسه با مردان، دارای درآمد کمتر بوده و عمدتاً در مشاغل پاره وقت مشغول به کار هستند (Khosravi, 1999). از این رو زنان سرپرست خانواده از جمله گروه های آسیب پذیر اجتماعی هستند که با مشکلات و موانع زیادی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خویش مواجهند.

این گروه از زنان علاوه بر ایفای نقشهای متعددی همچون اداره امور مربوط به کارهای خانه، مراقبتهای جسمی و هیجانی از اعضای خانواده و تأمین معاش خانواده را نیز بر عهده دارند. این امر موجب می شود استرس و مشکلات روانی مختلفی را تجربه کنند. مسئله ایفای چند نقش در بین زنان سرپرست خانواده سبب می شود زمانی که می کوشند به شغل خود به اندازه کارهای خانه و مراقبت از فرزندان اهمیت دهند، دچار تعارض نقش شوند. که همین امر منجر به ایجاد استرس و اضطراب در آنان می گردد (Bakhtiyari & Mohebi, 2006).

تحقیقات لی (Lee, 1995) نیز نشان داد بود که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با سایر زنان دچار مشکلات روانشناختی بیشتری هستند. آنها علاوه بر رویارویی با مشکلات اقتصادی با برخی فشارهای منفی - اجتماعی، همچون نگرش منفی نسبت به زنان بیوه و مطلقه روبرو هستند (Bakhtiyari & Mohebi, 2006). پذیرش نقش های چندگانه همانند نقش تامین کنندگی معاش، نگهداری و تربیت فرزندان، نقش مادر و پدری بطور همزمان، آنها را در معرض آسیب های مختلف اجتماعی و روانشناختی قرار می دهد که این آسیب ها بی تاثیر در بهزیستی روانشناختی آنها نیست (Mohammadi, 2007). تعارضات خانوادگی، فقدان شغل و در آمد کافی، کمبود تجربه، فقدان همدم و احساس تنهایی به معنای طرد شدگی، عدم امنیت، فقدان حمایت های عاطفی، فقدان در آمد و نداشتن شریک زندگی و ضعف موقعیت اجتماعی از دیگر مشکلات زنان سرپرست خانواده است که رابطه ی مستقیمی با سطح بهزیستی روانشناختی آنان دارد (Khosravi, 2008).

در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی در حوزه ی مطالعات سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته و به جای تعریف سلامتی به عنوان عدم وجود بیماری، از معیار جدیدی بنام «بهزیستی روانشناختی»^۱ صحبت به میان آمده است (Ryff & Singer, 2004). بر طبق این رویکرد، عدم وجود نشانه های اختلالات روانشناختی، به عنوان تنها شاخص سلامتی کنار گذاشته شده و ویژگی هایی مثبتی چون سازگاری، شادمانی و اعتماد به نفس نیز در نظر گرفته شدند. بنابراین سلامت روان معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی می شود. از این رو داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و موثر با جهان و انرژی و خلق مثبت در کنار عدم وجود نشانگان بیماری روانشناختی، جزو ویژگی هایی بودند که ملاک بهزیستی روانشناختی تلقی شدند (Ryff & Singer, 1998; 2004).

ریف (Ryff, 1995) بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه ی واقعی فرد می داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاء است که در تحقق استعدادها و توانایی های فردی متجلی می شود.

بهزیستی روانشناختی وابسته به شرایط و عوامل گوناگون، تغییر می کند. تحقیقات بسیاری بر تأثیر متغیرهایی چون سن، جنس یا وضعیت اقتصادی، اجتماعی در بهزیستی روانشناختی تایید کرده اند (Shokri & et al, 2008). برخی از تحقیقات نیز تأثیر تجارب زندگی (چون ازدواج، بچه دار شدن، طلاق، فوت همسر و ...) (Kordtmini, 2005) و یا مواجهه با مسائلی چون داشتن والدین الکلیک، داشتن بچه ی

عقب مانده‌ی ذهنی (Comic & etal, 1983; Alizadeh, 2002) و یا پرستاری از همسر یا والدین بیمار (Ryff & Singer, 2002) را مورد مطالعه قرار داده و بر نقش آنها اذعان داشته‌اند.

بر اساس دیدگاه واقعیت درمانی افرادی که دارای هویتی ناموفق هستند از احساس تنهایی و بی‌ارزشی رنج می‌برند. آنها واقعیت را انکار می‌کنند و دچار ناخشنودی از زندگی، اضطراب، افسردگی و عدم احساس مسئولیت می‌شوند. آنها نه برای خود و نه برای دیگران ارزش قائل نیستند (Shafiabadi & Naseri, 2009). این افراد در برقراری رابطه صمیمی با دیگران ناتوان هستند و چون نمی‌توانند نیاز دوست داشتن و دوست داشته شدن را ارضا کنند، دچار درد روانی می‌شوند (Corey, 1990). به نظر می‌رسد با توجه به مشکلات یاد شده، هنگامی که این زنان تحت فشار، دارای هویت موفق و منسجمی نباشند و نتوانند از عهده مسئولیت سرپرستی خانواده به شکل مناسب برآیند علاوه بر صدماتی که خود خواهند خورد، اعضای خانواده آنها نیز آسیب می‌بینند. این افراد با داشتن هویت منسجم و موفق، بهتر درک می‌کنند که از وجود خود چه می‌خواهند بسازند و با احساس مسئولیت بیشتر به اداره امور خانواده خواهند پرداخت و با غلبه بر موانع، زندگی سالم تر و موفق تری برای خود و اعضای خانواده خواهند ساخت.

با توجه به تطابقی که بین مبانی واقعیت درمانی با عوامل موثر بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار وجود دارد و با توجه مساله فقر، آسیبهای روانشناختی و تهدیدات اجتماعی پیش روی این قشر از جامعه و نیاز آنان بر وجود اقدامات موثر جهت تدوین برنامه های عملی به منظور بهداشت و سلامت روانی و غلبه بر مشکلات فوق؛ در پژوهش حاضر به بررسی فرضیه «اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده» پرداخته شده است.

روش

طرح فوق یک پژوهش کاربردی از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با پیش-پس آزمون و گروه گواه بوده است. جامعه آماری را زنان سرپرست خانوار و جمعیت آماری زنان سرپرست خانوار اداره بهزیستی شهرستان ورامین بوده اند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف مورد انتخاب قرار گرفتند. ۳۰ نفر از آنان که به عنوان معیار مشمول حداقل دارای مدرک دیپلم پنجم ابتدایی بودند، بین ۲۵ تا ۵۰ سال سن داشته، حداقل دارای یک فرزند بودند، از نظر حواس بینایی، شنوایی و گویایی دچار معلولیت جدی نبودند و زمان اجرای پژوهش دچار بیماری روانپزشکی جدی که نیاز به بستری شدن یا دارو درمانی نداشته و برای شرکت در برنامه اعلام آمادگی کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند.

به منظور اندازه گیری متغیر وابسته این پژوهش از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف^۱ (RSPWB) استفاده شد.

ریف (Ryff, 1995) عوامل موثر بهزیستی روانشناختی را ۶ طبقه تعیین کرده و آنها را به عنوان زیر مقیاس های آزمون بهزیستی روانشناختی قرار داده است. آزمون مذکور ۸۴ گزاره (برای هر زیر مقیاس ۱۴ سوال) دارد که به شیوه لیکرت در یک دامنه ۶ درجه ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف)، پاسخ آزمودنی ها در مورد اینکه تا چه حد با محتوای هر گزاره موافق هستند را ثبت می کند. این شش طبقه با عنوان پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت در مورد خود)، تسلط محیطی (تحت کنترل داشتن جهان پیرامون)، روابط مثبت با دیگران (وجود علاقه و پیوندهای بین شخصی با کیفیت بالا، ظرفیت همدردی، صمیمیت و داشتن عاطفه قوی)، هدف در زندگی (توانایی پیدا کردن معنا و جهت در زندگی)، رشد فردی (رشد و بالندگی مداوم، استقبال از تجارب جدید، احساس تحول و پیشرفت در خود و رفتار در گذر زمان)، و خود مختاری (زندگی و عمل کردن بر اساس معیارها و عقاید خویش) نام گذاری شده اند (Ryff & Singer, 1996).

برای به دست آوردن نمره هر مقیاس کافی است نمره همه عبارات مربوط به مقیاس مورد نظر با هم جمع شوند، از جمع امتیاز ۸۴ عبارت نیز نمره بهزیستی روانشناختی کلی به دست می آید.

Ryff (1995) ضریب همسانی زیر مقیاسهای این پرسشنامه را بدین شرح گزارش کرده است:

خود مختاری = ۰/۷۶، تسلط بر محیط = ۰/۹۰، رشد فردی = ۰/۸۷، ارتباط مثبت با دیگران = ۰/۹۱، زندگی هدفمند = ۰/۹۰ و پذیرش خود = ۰/۹۳. پایایی حاصل از روش باز آزمایی زیر مقیاسها نیز در یک گروه نمونه ۱۱۷ نفری و در فاصله ۶ هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ بوده است. بیانی و همکاران (Bayani & etal, 2008) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۲ گزارش کرده اند.

پس از معرفی و توضیح نحوه اجرای برنامه، افراد گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا و گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای واقعیت درمانی شرکت کردند، در حالیکه گروه گواه در این مدت از هیچ برنامه مداخله رسمی که بتواند بر بهزیستی روانشناختی موثر باشد استفاده نکردند؛ همچنین برای از بین بردن اثر دارونما، برای گروه گواه نیز جلساتی برای بحث و گفتگو اما بدون هیچگونه رویکرد روانشناختی مورد اجرا قرار گرفت. در پایان هر دو گروه مجدداً در پس آزمون شرکت و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 16 به منظور محاسبه شاخص های توصیفی و نیز تحلیل کوواریانس پردازش شدند.

1. Ryff Scale for Psychological Well-Being

خلاصه گام‌های درمانی

گام اول: آشنایی اعضای گروه و مشاور با یکدیگر و ایجاد رابطه عاطفی میان اعضا و مشاور. گام دوم: کمک به اعضا در جهت آشنایی بیشتر با خود و نیازهای اساسی. گام سوم: بررسی اهداف افراد در زندگی و تعیین میزان هدفمند بودن آنها. گام چهارم: بررسی نگرش و تعریف اعضا از مولفه‌های بهزیستی روانشناختی. گام پنجم: ارتقای تفکر مسئولیت‌پذیری در افراد. گام ششم: بررسی روابط اعضای گروه با دوستان و اعضای خانواده برای برقراری رابطه موثر و مثبت با دیگران. گام هفتم: بررسی تلاش‌های اعضا برای رسیدن به رشد فکری و پذیرش خود. گام هشتم: لزوم برنامه‌ریزی جهت انجام بهتر کارها و استفاده بهینه از وقت برای رسیدن به اهداف فردی. گام نهم: بررسی و تاکید مجدد برای قبول مسئولیت کارها و اهداف توسط افراد. گام دهم: بررسی روند رشدی فرد در جلسات گروهی.

یافته‌ها

برای بررسی وضعیت آزمودنی‌های دو گروه پژوهشی در مرحله پیش‌آزمون و همگون بودن آنها از تحلیل واریانس استفاده شده و نتایج زیر بدست آمد:

جدول ۱- مشخصه‌های آماری متغیر مورد مطالعه و زیر مقیاس‌های آن در پیش‌آزمون به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیرها		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی روانشناختی		۳۲۵/۸۶	۴۵	۳۴۱/۶۰	۴۱
رشد فردی	پذیرش خود	۴۶/۸۶	۱۰/۵۵	۵۱/۰۶	۹/۷۵
	روابط مثبت با دیگران	۵۷	۸/۶۶	۵۷/۴۰	۹/۳۳
	خود مختاری	۵۱/۹۳	۸	۵۳/۹۳	۶/۴۴
	تسلط بر محیط	۵۶/۱۳	۸/۹۶	۵۸/۰۶	۱۰/۷۲
	زندگی هدفمند	۵۸/۱۳	۱۱/۸۹	۶۰/۱۳	۸/۲۱
	رشد فردی	۵۵/۸۰	۱۱/۱۴	۶۱	۶/۶۶

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین گروه‌های مورد مطالعه در بهزیستی روانشناختی تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش به ترتیب ۳۲۵/۸۶ و ۴۵ و میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل به ترتیب ۳۴۱/۶۰ و ۴۱ می‌باشد. همچنین در خصوص خرده مقیاس‌ها نیز تفاوت چندانی در میانگین و انحراف استاندارد‌ها مشاهده نمی‌شود. جدول ۲ مشخصه‌های آمار

توصیفی متغیر مورد مطالعه و زیر مقیاس های آن در پس آزمون به تفکیک گروههای پژوهش نشان می دهد.

جدول ۲- مشخصه های آماری متغیر مورد مطالعه و زیر مقیاسهای آن در پس آزمون به تفکیک گروههای پژوهش

متغیر ها		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهبودی روانشناختی		۴۱۷/۹۳	۲۲/۶۰	۳۳۷/۰۶۰	۳۹/۹۲
روانشناختی	پذیرش خود	۶۴/۸۶	۴/۴۵	۵۱/۲۶	۹/۹۸
	روابط مثبت با دیگران	۶۹/۸۶	۵/۷۸	۵۷/۲۰	۸/۷۴
	خود مختاری	۶۱/۸۶	۵/۱۵	۵۳/۴۶	۶/۳۳
	تسلط بر محیط	۷۵/۰۶	۵/۷۰	۵۶/۴۰	۱۱/۲۶
	زندگی هدفمند	۷۳/۲۶	۶/۱۸	۵۹/۰۶	۹/۰۳
	رشد فردی	۷۳	۳/۹۲	۵۹/۶۶	۷/۳۱

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین گروه آزمایش (۴۱۷/۹۳) در متغیر بهبودی روانشناختی نسبت به میانگین گروه کنترل (۳۳۷/۰۶) بیشتر می باشد. این امر در تمامی زیر مقیاس های بهبودی روانشناختی نیز مشهود است. با این وجود برای اطمینان از معنادار بودن تفاوت ها و کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کواریانس چند متغیری که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می شود استفاده می کنیم.

جدول ۳- خلاصه آزمون F چند متغیری و آزمون برابری واریانس های لوین برای میانگین های پس آزمون

متغیرها	F چند متغیری	F لوین	P
بهبودی روانشناختی	۱۹۷/۵۸**	۰/۴۷	۰/۴۹
روانشناختی	۴۹/۰۲**	۲/۱۴	۰/۱۵
	۹۷/۳۵**	۵/۱۲	۰/۰۳۲
	۸۹/۳۸**	۰/۲۴	۰/۶۲
	۱۰۱/۵۱**	۰/۳۰	۰/۵۸
	۶۴/۱۰**	۰/۰۹	۰/۷۵
	۸۹/۰۸**	۲/۱۲	۰/۱۵

توجه: F چند متغیری ویلکز برای اثر گروه = ۳۶/۱۵ (P<0/01)

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می شود F چند متغیری مربوط به اثرهای پیش آزمون در متغیر اصلی و تمامی زیر مقیاس ها و نیز F چند متغیری مربوط به اثر گروه از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین می توان

نتیجه گرفت مدل چند متغیری تحلیل کوواریانس پژوهش حاضر معنادار و بیانگر آن است که تغییرات ایجاد شده در گروه‌ها می‌تواند در اثر مداخله‌ی ایجاد شده باشد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله در تغییر میزان بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر وابسته تاثیر گذاشته است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف دست یابی به پاسخ این سوال که آیا شیوه‌ی مداخله‌ی موسوم به «واقعیت درمانی گروهی» می‌تواند بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی تاثیر مثبت داشته باشد، طراحی و اجرا شد. یافته‌های این پژوهش فرض اصلی فوق را تایید کرد.

از آنجایی که آزمودنی‌های این تحقیق از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره‌ی بهزیستی شهرستان ورامین و پس از لحاظ معیارهای انتخاب اعضای گروه نمونه از لحاظ بهزیستی روانشناختی در سطح پایین‌تر از متوسط جامعه قرار داشتند، انتخاب شده و با استفاده از شیوه‌ی گمارش تصادفی به گروه‌های کنترل و آزمایش تقسیم شده بودند، انتظار می‌رفت که میانگین دو گروه در متغیر بهزیستی روانشناختی و زیرمقیاس‌های آن با هم برابر باشند. انتظار همسانی گروه‌های تحقیق از لحاظ متغیر مورد مطالعه و زیرمقیاس‌های آن در پیش‌آزمون با استفاده از یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس یکراهه مورد تایید قرار گرفت. از این رو با توجه به اینکه براساس اصول استنباط آماری چنانچه شرط همسانی گروه‌های مقایسه در پیش‌آزمون برقرار باشد، می‌توان با اعتماد قابل قبول تری در مورد تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون قضاوت نمود، تفاوت‌های تایید شده در آزمون فرض‌ها را پذیرفته و مبنای تبیین نتایج قرار می‌دهیم.

عوامل زیادی بر بهزیستی روانشناختی موثر هستند، به عقیده کمپل (Campbell, 1981) بطور خلاصه بهزیستی وابسته به ارضای سه نوع اصلی از نیازها شامل نیاز به داشتن، نیاز به ارتباط، نیاز به بودن است که الیسون (Ellison, 1983) نیز نیاز به «تعالی» را به آن اضافه کرده است. زنان سرپرست خانواده (به عنوان اعضای گروه نمونه‌ی این تحقیق) به دلیل وجود مشکل در مرحله‌ای از زندگی همانند طلاق یا مرگ همسر مجبور به تقبل برخی از وظایف زندگی چون تامین معاش، مراقبت و تربیت فرزندان و... شده بودند، که این مسائل آنان را در برآوردن نیازهایی که منجر به بهزیستی روانشناختی می‌شوند، دچار مشکل کرده بود. در خصوص برآوردن نیاز به داشتن که به عنوان کسب حوائج و ملزومات مادی تلقی می‌شود، می‌توان این مسئله را مطرح کرد که زنان سرپرست خانواده در اولین قدم برای رسیدن به بهزیستی روانشناختی با مشکلات اقتصادی مواجه هستند، حتی برای برآوردن نیازهای اولیه زندگی خود عضو یک سازمان حمایتی (بهزیستی) شده بودند و این در حالی است که برآوردن نیازهای مربوط به بقاء و کسب حوائج از پیش شرط‌های سطوح

پایین برای بدست آوردن بهزیستی روانشناختی است. و این مسئله خود گویای این مطلب است که تامین نیاز به داشتن در شرایط بسیار سختی برای این گروه محقق می شود که فشارهای روانی ناشی از آن اجتناب ناپذیر است. در خصوص نیاز به ارتباط که از آن به عنوان نیاز به تجربه ی صمیمیت و برقراری روابط اجتماعی یاد می شود می توان گفت که اعضای گروه نمونه، تحت شرایطی خاص به دلیل مرگ همسر و یا طلاق از تجربه ی صمیمیت در حد اعلای خود محروم شده بودند، که حتی این محرومیت می توانست در حفظ و یا ایجاد روابط صمیمی جدید خلل ایجاد کند. همچنین در خصوص نیاز نوع سوم، یعنی نیاز به بودن یا احساس رضایت شخصی از خود و زندگی می توان بیان کرد که شرایط سخت قبول مسئولیت یک زندگی و عدم برآوردن سایر نیازهای سطح پایین می تواند برآوردن آن را با مشکل مواجه کند. چهارمین نوع نیاز یعنی نیاز به تعالی نیز وابسته به داشتن یک معنای غایی از زندگی است که احساس خوشبختی را به همراه دارد. برآوردن نیاز نوع چهارم و از آن طریق احساس خوشبختی علاوه بر اینکه وابسته به برآوردن سایر نیازهای سطح پایین است، مستلزم وجود یک جهان بینی و دیدگاه جدید نسبت به زندگی و جنبه های غیر مادی آن است.

مدلی که محقق برای برآوردن این نیازها و یا کاهش مشکلات روانشناختی ناشی از عدم برآوردن آن پیشنهاد کرده و در معرض آزمایش گذاشت برگرفته از اصول اساسی نظریه واقعیت درمانی مطرح شده توسط گلاسر (Glasser, 1965) است. علت اصلی استفاده از این مدل تناسب آن با برآوردن نیازهای مرتبط با بهزیستی روانشناختی در زنان سرپرست خانواده بود، که نتایج مؤید این تناسب بودند. در واقع اهداف واقعیت درمانی در رابطه با برآوردن نیازهای مرتبط با سلامت روان، شامل هدایت اعضا به سوی کسب رفتار واقع بینانه و مسئولانه و کسب یک هویت موفق و کمک به اعضای گروه برای داوری ارزشی درباره خود و اتخاذ تصمیم برای طرح ریزی و اقدام به تغییر است. همچنین هدف اصلی از درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر ارضا کردن نیاز به محبت و تعلق پذیری، اینست که به درمانجویان کمک کند راه های بهتر ارضا کردن تمام نیازهای خود را یاد بگیرند.

مقایسه یافته های این پژوهش با تحقیقات مشابه در مورد بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده به دلیل فقدان پیشینه پژوهشی در مورد «بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده» و بخصوص تاثیر شیوه ی مداخله ی این تحقیق یعنی روش «واقعیت درمانی گروهی» به طور مستقیم امکان پذیر نمی باشد، اما به دلیل ضرورت فراهم سازی مقدمات منطقی برای تبیین مستدل یافته ها، ناگزیر به بررسی پژوهش هایی پرداخته خواهد شد که از روش واقعیت درمانی گروهی در حوزه های مشابه و یا در گروه های نمونه ی مشابه

گروه نمونه‌ی این تحقیق از لحاظ کیفیت مشکلات مربوط به بهزیستی روانشناختی‌ای که دارند، استفاده کرده‌اند.

مطالعه شبانی (Shabani, 2004)، بر روی ۶۸ نفر از قربانیان بزه، بررسی تاثیر مشاوره‌ی گروهی با رویکرد واقعیت درمانی شامل ۱۲ جلسه‌ی درمانی با اهداف (یا موضوعاتی بود که نتایج نشان داد، مداخله‌ی انجام شده در کاهش بحران هویت قربانیان بزه موثر بوده است. تحت عنوان «تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی بر کاهش بحران هویت قربانیان بزه» در پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، حاکی از آن است که این نوع مشاوره گروهی در کاهش بحران هویت قربانیان بزه مؤثر بوده است. با وجود اینکه پژوهش شعبانی همانند پژوهش حاضر از واقعیت درمانی برای حل مشکلات گروه خاصی از افراد جامعه که دارای مشکلات ویژه‌ای بودند، استفاده کرده و با در نظر گرفتن این مطلب که هویت به عنوان بخشی از عوامل مؤثر در بهزیستی روانشناختی محسوب می‌شود، اما باید در نظر داشت که گروه نمونه‌ی تحقیق شعبانی با گروه نمونه‌ی پژوهش حاضر به لحاظ نوع تجارب منجر به مشکلات روانشناختی با یکدیگر تفاوت دارند.

تحلیل زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی در زنان سرپرست خانواده، به عنوان فرضیه‌های فرعی نشان می‌دهد که در تمامی خرده مقیاس شامل «پذیرش خود»، «روابط مثبت با دیگران»، «تسلط محیطی»، «خود مختاری»، «رشد فردی» و «هدفمندی در زندگی» گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون افزایش معناداری داشته است.

References

- Alizadeh H. (2002). The impact on families with disabled children or disabled. *Journal of Special Education*, 14, 3-7. (In Persian)
- Bakhtiari, A., Mohebi, S.F. (2006). Government and female-headed households. *Journal of Women's Cultural and Social Council*, 34, 67-110. (In Persian)
- Bayani, A.A., Godarzi, H., Kochaki, M.A. (2008) Relation to psychological well-being and public health in student of Azad university of Azadshahr Branch. *Journal of Research in Psychology*, 35&36, 153-164. (In Persian)
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in American: Recent patterns and trends*. New York: Mc Graw-H.
- Cmic, k. Friedrich, w. Greenberg, M. (1983) Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. *American journal of mental deficiency*, 88, 125-231.
- Corey, G. (1990) *Theory and practice of group counseling*. Pacific Grove, ca: Brooks.
- Ellison, c. w. (1991) Religious and subjective well-being. *Journal of Health and social Behavior*, 32, 80-99.
- Frozan, S. (2000) *Indicators of human poverty in female-headed households receiving*

- service plans from the State Welfare Organization. Welfare Organization.
- Glasser, W. (1965) *Reality therapy :A new approach to psychiatry*. New York: Harper & Row.
- Khosravi, Z. (1999) *Problems, emotional, mental, social and women headed households*. Center for Women's Participation presidency. (In Persian)
- Khosravi, Z. (2001) Social psychological trauma of female-headed households. *Journal of Human Sciences*, Alzahra University, 39, 71-94. (In Persian)
- Kord Samini, B. (2005) *Remarriage of the spouse and children's mental health in Sistan and Baluchestan*. Thesis for master of science. Tehran University.
- Mohammadi ,Z. (2007) Female-headed households. *Data center under privileged women Women's Cultural and Social Council*, Tehran.
- Ryff,C.D. (1995) Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, CD. & Singer ,B. (1996) Psychological well-being:Meaning measurement and implication for psychotherapy. *Psychotherapy psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Ryff, CD. & Singer, BH.(1998) The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff,CD. & Singer, BH. (2002) From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being. In C.R.Snyder, & S.J. Lopez (Eds), *Handbook of positive psychology*. Oxford: university press, pp.541-554.
- Ryff, CD.& Singer, BH. Love, G.D. (2004) Positive Health: connecting well-being with biology. *Philosophical transaction of the royal society of London*, 359(1449), 1383-1394.
- Saberi M.J. (2010) Take a look at the Government's approach towards female-headed households - are supported by sponsors who need. *Democracy Newspaper*, 2365. (In Persian)
- Shabani, A. (2004) *Reality therapy group counseling approach focuses on reducing the impact of crime victims*. Thesis for master of science. Azad University of science and research branch. (In Persian)
- Shafiabadi, A. & Gholamhossin Ghashghayi, F. (2011) Effectiveness of Reality Group Counseling Therapy and feminist therapy on the identity of woman households. *Woman in development & Politics Journal*, 9(4), 93-113. (In Persian)
- Shekari, O., Dastjerdi, R., Daneshpour, Z., Ghanayi, Z., Zin Abadi, H.R, Garavand, F. (2008) Gender differences in psychological well-being scales in Birjand university students in academic year 2005-2006. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 15(3), 54-61. (In Persian)



بشارت، محمدعلی؛ باقری، سمیه؛ رستمی، رضا؛ تولاییان، فهیمه (۱۳۹۴). نقش واسطه ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال های افسردگی مهاده اضطرابی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۳۱-۱۶.

نقش واسطه ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال های افسردگی مهاده اضطرابی

محمدعلی بشارت^۱، سمیه باقری^۲، رضا رستمی^۳، فهیمه تولاییان^۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۰

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، بررسی رابطه منبع کنترل، نشخوار و نگرانی با افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال های افسردگی مهاده اضطرابی بود. در این پژوهش، علاوه بر سنجش رابطه متغیرها، نقش واسطه ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب نیز بررسی شد.

روش: یکصد و دوازده بیمار مبتلا به اختلال های افسردگی مهاده اضطرابی (۵۸ افسرده، ۵۴ مضطرب) با تکمیل پرسشنامه منبع کنترل، مقیاس پاسخ های نشخواری، پرسشنامه نگرانی، مقیاس افسردگی بک و مقیاس اضطراب بک در این پژوهش شرکت کردند. داده ها با استفاده از روش تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از ضرایب همبستگی نشان داد که بین منبع کنترل، نشخوار و نگرانی با افسردگی و اضطراب رابطه معنادار وجود دارد. نتایج هم چنین نشان داد که متغیرهای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب نقش واسطه ای دارند. از یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب یک رابطه ساده نیست و متغیرهای دیگر، مثل نشخوار و نگرانی، می توانند در این رابطه نقش واسطه داشته باشند.

واژه های کلیدی: منبع کنترل، نشخوار، نگرانی، افسردگی، اضطراب

۱. استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. نویسنده مسؤل، besharat@ut.ac.i.

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه تهران.

۳. دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

۴. کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه تهران.

مقدمه

افکار بازگشتی^۱ و منفی از نشانه های مهم اختلالهای اضطرابی و افسردگی هستند (Hong, 2007). در اضطراب، این افکار ممکن است شکل نگرانی را به خود بگیرند که به عنوان انتظار بیمناک امکان وقوع پیامدهای منفی در آینده تعریف می شود (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & Depree, 1983). این افکار منفی، در افسردگی تحت عنوان نشخوار نامگذاری شده اند، که به عنوان تعمق در مورد علائم افسردگی، هم چنین علت ها و پیامدهای این علائم تعریف می شود (Nolen-Hoeksema, 1991). نگرانی^۲، مشخصه اصلی اختلال اضطراب فراگیر است (American Psychiatric Association, 2013) و غالباً با انواع ناراحتی های مرتبط با سلامت روانی رخ می دهد. در دیگر انواع اختلال های اضطرابی، محتوای نگرانی بیشتر بر مسایل خاص متمرکز است. برای مثال، در اضطراب اجتماعی^۳، نگرانی بر احتمال تحقیر شدن در حضور دیگران متمرکز می شود و در اختلال وحشتزدگی^۴ بر پیش بینی حمله های وحشتزدگی در آینده (Hong, 2007). نشخوار^۵ نیز مشخصه افسردگی مهاده است و به عنوان یکی از عوامل آسیب پذیری که آغاز حمله و تداوم علائم افسردگی و خلق افسرده را پیش بینی می کند، مطرح گردیده است (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993). افکار نشخوار شونده غالباً با افکار منفی مرتبط اند (Nolen-Hoeksema, 1991; Watkins, 2004)، موجب ناراحتی و افسردگی می شوند (Kwon & Olson, 2007) و بهزیستی روانشناختی را کاهش می دهند. Tkach و Lyubomirsky (2004) تی کاج و لوبومیرسکی (Tkach & Lyubomirsky, 2004) معتقدند که نشخوار، افسردگی را تشدید و مزمن می کند و با کاهش حل مشکلات، تداخل در انگیزه و بازداری رفتار سودمند، تداخل در تمرکز و شناخت، افزایش استرس و مشکلات تهدید سلامت جسمی، تداخل در روابط اجتماعی و سازگاری هیجانی رابطه دارد.

سازه نگرانی شباهت های بسیار با سازه نشخوار دارد تا جایی که هر دو ممکن است در آسیب شناسی همراه با افکار تکرارشونده نقش داشته باشند (Hong, 2007). مطالعات بسیاری رابطه نگرانی و نشخوار را با هم و با علائم افسردگی و اضطراب نشان داده اند (Muris, Roelofs, Meesters, & Boomsma, 2004; Muris, Roelofs, Rassin, Franken, Mayer, 2005). از جمله ویژگی های مشترک این سازه ها این است که هر دو متمرکز بر خود، تکراری و فرآیندهای فکری مرتبط با سبک های شناختی انعطاف ناپذیر هستند.

-
1. Recurring Thoughts
 2. Worry
 3. Social Anxiety
 4. Panic Disorder
 5. Rumination

هم چنین هر دو سازه در تداوم عاطفه منفی^۱ و نقص مهارت‌های شناختی درگیر هستند (Hughes, Alloy, & Cogswell, 2008). علاوه بر این، نگرانی و نشخوار، به مقدار زیادی در فرایندهای شناختی که بر تجربه علایم اضطراب و افسردگی تأثیر دارند، مشترکند (Hong, 2007)؛ از جمله این فرایندهای شناختی می‌توان باور به کنترل^۲ یا کنترل ادراک شده^۳ را نام برد (Moulding & Kyrios, 2006).

مفهوم کنترل در حوزه‌های بسیاری از روان‌شناسی از سلامت جسمانی گرفته تا پیشرفت و هیجان کاربرد دارد (Scaglia, 2008). به عنوان مثال، هم یافته‌های پژوهشی و هم دیدگاه‌های نظری، باور افراد در مورد کنترل را با اضطراب و اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مرتبط می‌دانند (Dow, 2008; Hooke & Page, 2002). منبع کنترل^۴ مفهومی است که برای نشان دادن منبع حاکم بر رفتار انسان به کار گرفته شده است. از دیدگاه راتر (Rotter, 1966) افراد را می‌توان از لحاظ منبع کنترل به افرادی با منبع کنترل درونی^۵ و منبع کنترل بیرونی^۶ تقسیم کرد. افراد با منبع کنترل درونی بر این باورند که خودشان می‌توانند حوادث زندگی را شکل داده و پیامدها را نیز تحت تأثیر قرار دهند، در حالی که افراد با منبع کنترل بیرونی بر این باورند که حوادث و رویدادها به وسیله سرنوشت، شانس و بخت و اقبال یا توسط منابع بیرونی قدرت کنترل می‌شوند. راتر منبع کنترل را به مثابه یک انتظار تعمیم یافته می‌داند و معتقد است که افراد با منبع کنترل درونی به طور کلی از افراد با منبع کنترل بیرونی سازگارتر هستند (Scaglia, 2008). باور فرد به تأثیر منابع بیرونی کنترل رفتار شخصی، عملکرد سازش نایافته فرد را افزایش می‌دهد (Smith, 2003). راتر (Rotter, 1966) رابطه‌ای منحنی شکل بین منبع کنترل و سلامت روانی عنوان کرد، اما این دیدگاه مورد تأیید قرار نگرفت (Smith, 2003). اگرچه امکان دارد که درونی‌ها و بیرونی‌های افراطی نسبت به آنهایی که در حد میانه این دو بعد قرار می‌گیرند مشکلات روانشناختی بیشتری داشته باشند، پژوهشگران نشان داده‌اند که رابطه خطی است (Smith, 2003).

مطالعات تجربی وسیعی رابطه بین منبع کنترل را با اختلال‌های افسردگی و اضطرابی نشان داده‌اند (Clarke, 2004). در این زمینه بناسی و همکاران (Benassi, 1988) بیان می‌کنند که رابطه قوی و محکمی بین جهت منبع کنترل بیرونی و افسردگی وجود دارد و باور به این که نتایج رویدادها فراتر از کنترل شخصی است با میزان افسردگی بیشتری در رابطه است. بنابراین، منبع کنترل بیرونی، مقدمه و شرایط شناختی برای

-
1. Negative Affect
 2. Belief Regarding of Control
 3. Perceived Control
 4. Locus of Control
 5. Internal Locus of Control
 6. External Locus of Control

ایجاد افسردگی است، هر چند منبع کنترل درونی ممکن است نقشی در افسردگی نداشته باشد. نتایج دیگر نیز نشان داده‌اند که افراد افسرده نتایج مثبت را به صورت غیر قابل کنترل یا حاصل شانس تلقی می‌کنند و برای نتایج منفی خودشان را سرزنش می‌کنند (Clarke, 2004). در اختلال‌های متعدد، از جمله افسردگی و اختلال‌های اضطرابی، آسیب‌شناسی کنترل یکی از ویژگی‌های اساسی محسوب می‌شود (Moulding & Kyrios, 2006). یافته‌های پژوهش نشان داده‌اند که احساس کنترل ادراک شده، اضطراب را کاهش می‌دهد و احساس فقدان کنترل با تداوم اضطراب و اختلال‌های اضطرابی مرتبط است (Moulding & Kyrios, 2006). افکار آشفته در اضطراب و افسردگی تحت تاثیر احساس کنترل کم و فقدان کنترل ادراک شده است و هر دو سازه نشخوار و نگرانی با کنترل ادراک شده رابطه دارند (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008).

یافته‌های پژوهشی هم‌چنین نشان داده‌اند که افراد نگران نسبت به توانایی شان برای کنترل پیامدهای مهم اطمینان ندارند (Nolen-Hoeksema, et al., 2008) و از طرف دیگر، اگر یک عامل استرس کنترل‌پذیر باشد، نیازی برای نشخوار و نگرانی در مورد آن وجود ندارد (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006). به عنوان مثال، شواهد نشان می‌دهد که بین نشخوار و نگرانی با کنترل درونی رابطه منفی معنادار و بین نشخوار و نگرانی با کنترل بیرونی (افراد قدرتمند) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. می‌توان گفت افرادی که کنترل درونی کمتری را در زندگی شان ادراک می‌کنند، بیشتر به نشخوار و نگرانی گرایش دارند و افراد با ادراک بالای کنترل درونی از چرخه‌های نشخواری و افکار نگران‌کننده راحت‌تر خارج می‌شوند، زیرا آنها در غلبه بر ناهمخوانی^۱، کنترل را تجربه می‌کنند و آنهایی که کنترل را ادراک نمی‌کنند در چرخه‌های شدیدتری از افکار تکرار شونده گرفتار می‌شوند (Martin & Tesser, 1996).

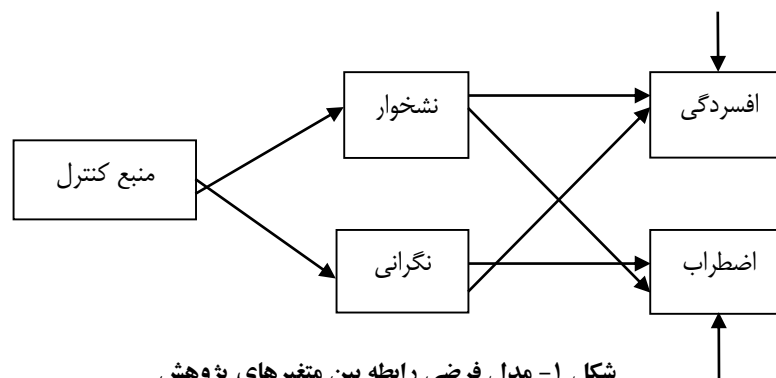
این شواهد از این عقیده حمایت می‌کنند که ادراک کنترل، تعدیل‌کننده گرایش افراد به نشخوار یا نگرانی است. اگرچه ادراک کنترل علت نشخوار و نگرانی تلقی نمی‌شود، به نظر می‌رسد که بر تفکر بهنجار متمرکز بر مشکل و تبدیل یا عدم تبدیل آن به نشخوار یا نگرانی تاثیر دارد. از طرف دیگر، پژوهش‌های گوناگون رابطه بین نشخوار و نگرانی با افسردگی و اضطراب را تایید کرده‌اند (Fresco, et al., 2002; Hong, 2007; Muris, et al., 2004, 2005; Segerstrom, et al., 2000). برای مثال، کالمس و رابرت (Calmes, & Roberts, 2007) و سگرسترم و همکاران (Segerstrom, et al., 2000) با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری^۲ نتیجه‌گیری کردند که افکار تکرار شونده (نشخوار و نگرانی) افسردگی و

1. Discrepancy

2. Structural Equations Modeling

اضطراب را در جمعیت‌های بالینی و دانشجویی پیش‌بینی می‌کنند. گستردگی اختلال‌های افسردگی و اضطرابی و چالش‌ها و پیامدهای جدی این اختلال‌ها بر سلامت و زندگی فرد، خانواده و جامعه، مطالعه آنها را از اهمیت ویژه برخوردار کرده است. منبع کنترل، نشخوار و نگرانی از متغیرهای مهم مرتبط با اختلال‌های افسردگی و اضطرابی محسوب می‌شوند. فراسوی رابطه ساده این متغیرها با این دسته از اختلال‌ها، بررسی مجموعه روابط این متغیرها، به ویژه نقش واسطه‌ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب، علاوه بر بدیع بودن آن از اهمیت بالینی به منظور تبیین این روابط برخوردار است. با استناد به نتایج پژوهش‌های مطرح شده، و مطابق مدل فرضی پژوهش حاضر (شکل ۱)، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بررسی شدند:

- ✓ فرضیه اول: منبع کنترل با افسردگی رابطه دارد.
- ✓ فرضیه دوم: منبع کنترل با اضطراب رابطه دارد.
- ✓ فرضیه سوم: نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی نقش واسطه‌ای دارند.
- ✓ فرضیه چهارم: نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با اضطراب نقش واسطه‌ای دارند.



شکل ۱- مدل فرضی رابطه بین متغیرهای پژوهش

روش

طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های همبستگی محسوب می‌شود. در این پژوهش رابطه بین متغیرهای منبع کنترل و نشخوار و نگرانی با افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال‌های افسردگی

مهاد و اضطرابی مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور از مدل تحلیل مسیر^۱ برای به دست آوردن رابطه بین متغیرها استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش افراد مبتلا به اختلال افسردگی مهاد و اختلالات اضطرابی شهر تهران بودند. برای نمونه گیری از روش هدفمند استفاده شد. در مورد برآورد حجم نمونه در این نوع پژوهش ها، کلاین (Kline, 2005) با تقسیم انواع مدل ها به سه نوع ساده، کمی پیچیده و پیچیده عنوان می کند که حجم نمونه در مدل های ساده زیر ۱۰۰ نفر، در مدل های کمی پیچیده بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ نفر و در مدل های پیچیده بالای ۲۰۰ نفر مناسب است. نمونه پژوهش از بین افراد مبتلا به اختلال افسردگی مهاد و اختلالات اضطرابی مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه تهران و کلینیک آتیه بر حسب مصاحبه بالینی و براساس ملاک های تشخیصی DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) انتخاب شد. تعداد ۱۱۲ بیمار (۵۸ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی مهاد؛ ۵۴ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی) در این پژوهش شرکت کردند. میانگین سن شرکت کنندگان ۲۳/۷۰ سال با دامنه ۱۸ تا ۴۲ سال و انحراف استاندارد ۲/۷۴؛ میانگین سن شرکت کنندگان افسرده ۲۴/۵۰ سال با دامنه ۱۸ تا ۴۲ سال و انحراف استاندارد ۳/۰۴ و میانگین سن شرکت کنندگان مضطرب ۲۲/۳۰ سال با انحراف استاندارد ۲/۹۳ بود. پس از انتخاب شرکت کنندگان و اجرای پرسشنامه های منبع کنترل، نشخوار، نگرانی، افسردگی و اضطراب، برای تحلیل نتایج از نرم افزار LISREL استفاده شد. با استفاده از این نرم افزار، ماتریس همبستگی متغیرها، ضرایب بتا و شاخص های GFI^۲ و CFI^۳ برای تطابق مدل فرضی محاسبه گردید.

ابزار سنجش

مقیاس منبع کنترل راتر

مقیاس منبع کنترل راتر^۴ (Rotter, 1966) ادراک فرد از منبع کنترل رفتار و پیامدهای حوادث زندگی شخصی را می سنجد. این مقیاس از ۲۹ جفت گویه تشکیل شده است. نمره گذاری به این صورت است که اگر آزمودنی به جمله ای که منبع کنترل را می سنجد پاسخ دهد، نمره صفر یا یک می گیرد (شش جفت از گویه ها خنثی هستند). همبستگی مقیاس منبع کنترل راتر با مقیاس افسردگی بک^۵ ۰/۶۴، با مقیاس نوروزگرایی آیسنک^۶ ۰/۷۱، با پرسشنامه اضطراب تیپور^۷ ۰/۶۰ و با مقیاس احساس تنهایی^۸ ۰/۶۲ به دست آمده است. پایایی بازآزمایی مقیاس در مورد گروهی از دانشجویان از ۰/۵۵ تا ۰/۸۳ محاسبه شده است و ضرایب

-
1. Path Analysis
 2. General-Fix Index
 3. Comparative-Fix Index
 4. Rotter's Locus of Control Scale

همسانی درونی از ۰/۶۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است.

همچنین پایایی بین دو نیمه^۱ ۰/۶۵ برای مردان و ۰/۷۹ برای زنان و ضریب کودر ریچارسون^۲ برای نمونه‌های مختلف، در دامنه‌ای از ۰/۶۹ تا ۰/۷۶ گزارش شده است (Rotter, 1966). پایایی بازآزمایی مقیاس در نمونه‌های مختلف، با فاصله زمانی یک الی دو ماه، از ۰/۴۹ تا ۰/۸۳ به دست آمده است (Domino & Domino, 2006).

ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس منبع کنترل راتر در نمونه ۷۴ نفری پژوهش حاضر، ۰/۷۳ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی خوب این مقیاس است.

مقیاس پاسخ‌های نشخواری

مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۳، به عنوان یکی از زیرمقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های پاسخدهی^۴ (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991)، از ۲۲ سوال تشکیل شده است و پاسخ‌های فرد به خلق افسرده، یعنی پاسخ‌های نشخواری، را اندازه‌گیری می‌کند.

سوال‌های آزمون سه زیرمقیاس نشخوار خودمحور^۵، نشخوار نشانه‌محور^۶، و نشخوار پیشانید/پیامد محور^۷ (یا علت/معلول محور) را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از نمره یک (تقریباً هرگز) تا نمره چهار (تقریباً همیشه) می‌سنجد. از محاسبه مجموع نمره‌های سوالات سه زیرمقیاس، نمره پاسخ نشخواری کلی به دست می‌آید.

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس پاسخ‌های نشخواری در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (Besharat, 2010; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس پاسخ‌های نشخواری در چندین پژوهش بررسی و تأیید شده است (Besharat, 2010).

پرسشنامه نگرانی

پرسشنامه نگرانی^۸ به وسیله Meyer و همکاران (1990) ساخته شده است. این ابزار به طور گسترده

-
1. Spilit-Half
 2. Kuder-Richardson
 3. Ruminative Response Scale
 4. Response Styles Scale
 5. Self-Focused Rumination
 6. Symptom-Focused Rumination
 7. Cause/Consequence-Focused
 8. Penn State Worry Questionnaire

در پژوهش های بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. یک مقیاس ۱۶ سوالی از سازه نگرانی است و در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از ۱ (اصلاً ویژگی من نیست) تا ۵ (خیلی ویژگی من است) نمره گذاری می شود. یازده سوال آن مربوط به حضور نگرانی است و به طور مثبت نمره گذاری می شود (برای مثال؛ وقتی نگرانی من شروع می شود نمی توانم آن را متوقف کنم) و ۵ سوال دیگر برعکس هستند و محتوای آنها عدم نگرانی را نشان می دهد (برای مثال؛ من هرگز در مورد چیزی نگران نیستم). ویژگی های روانسنجی پرسشنامه نگرانی در تعدادی از مطالعات بررسی شده است و به طور کلی نتایج، رضایت بخش بوده است (Fresco et al., 2002).

مقیاس افسردگی بک

مقیاس افسردگی بک^۱ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) آزمونی ۲۱ سوالی است که شدت نشانه های افسردگی را در اندازه های چهار درجه ای از نمره ۰ تا ۶۳ می سنجد این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه های افسردگی محسوب می شود و پایایی^۲ و روایی^۳ آن در پژوهش های متعدد تایید شده است (Beck et al., 1979, 1988). Beck و همکاران (1988) همسانی درونی^۴ مقیاس را بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضرایب پایایی بازآزمایی^۵ آن را ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کرده اند. ضریب همبستگی مقیاس افسردگی بک، با مقیاس درجه بندی روانپزشکی همیلتن برای افسردگی^۶ ۰/۷۳، با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ^۷ ۰/۷۶، با مقیاس افسردگی MMPI^۸ ۰/۷۴، به دست آمده است (Beck, Steer, & Garbin, 1988). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی بک در پژوهش حاضر ۰/۸۹ محاسبه شد.

مقیاس اضطراب بک

مقیاس اضطراب بک^۹ (Beck & Epstein, 1993) یک آزمون ۲۱ سوالی است که شدت نشانه های

-
1. Beck Depression Inventory
 2. Reliability
 3. Validity
 4. Internal Consistency
 5. Test-Retest Reliability
 6. The Hamilton Rating Scale for Depression
 7. Zung Self-Rating Depression Scale
 8. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory
 9. Beck Anxiety Inventory

اضطراب را در مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۰ تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس با هدف سنجش شدت نشانه‌های اضطراب و کاهش همپوشی با نشانه‌های افسردگی ابداع شده و مشخصه‌های روان‌سنجی آن شامل پایایی^۱ و روایی^۲ مورد تایید قرار گرفته است (Beck & Epstein, 1993). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب بک در پژوهش حاضر ۰/۸۸ محاسبه شد.

یافته‌ها

جدول ۱ ماتریس همبستگی متغیرهای موجود در پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین متغیرهای موجود در مدل فرضی پژوهش

۵	۴	۳	۲	۱	
				۱	۱- نشخوار
			۱	۰/۱۶	۲- نگرانی
		۱	۰/۱۳	۰/۵۷**	۳- افسردگی
	۱	۰/۳۳**	۰/۵۳**	۰/۱۵	۴- اضطراب
۱	-۰/۲۱*	-۰/۲۴*	-۰/۱۱	-۰/۱۴	۵- منبع کنترل درونی
-۱/۰۰	۰/۲۱	۰/۲۴	۰/۱۱	۰/۱۴	۶- منبع کنترل بیرونی

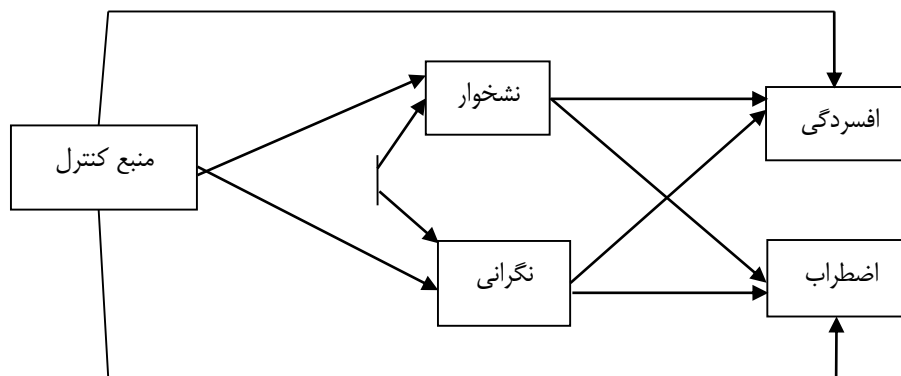
**P < ۰/۰۱ *P < ۰/۰۵

برای تحلیل داده‌ها بر اساس تحلیل مسیر از ماتریس واریانس- کوواریانس به عنوان داده‌های ورودی استفاده شد. پس از احراز شرایط نرمال بودن چند متغیره برای برآورد ضرایب مسیر از روش حداکثر درست‌نمایی (ML^۳) استفاده شد. در مدل مفروض پس از همبسته کردن متغیرهای واسطه‌ای نشخوار و نگرانی به عنوان دو متغیر مرتبط با هم، مدل برازش یافت.

1 . reliability

2 . validity

3. Maximum likelihood



شکل ۲- مدل فرضی اصلاح شده رابطه بین متغیرهای پژوهش

جدول ۲ ضرایب اثرهای مستقیم متغیرهای مدل حاصل شده از داده‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همان گونه که ملاحظه می‌شود همه مسیرهای مستقیم معنادار هستند.

جدول ۲. ضرایب مسیرهای ساختاری (اثرهای مستقیم) در مدل حاصل از داده‌ها

مسیرهای ساختاری	b	β	t	p
منبع کنترل بر نشخوار	-۱/۱۴	-۰/۳۱	-۲/۹۱	۰/۰۰۲
منبع کنترل بر نگرانی	-۰/۳۵	-۰/۴۷	-۴/۲۱	۰/۰۰۱
منبع کنترل بر افسردگی	-۱/۶۱	-۰/۳۹	-۳/۹۱	۰/۰۰۱
منبع کنترل بر اضطراب	-۰/۵۵	-۰/۳۶	-۳/۸۹	۰/۰۰۱
نگرانی بر افسردگی	۰/۳۲	۰/۳۴	۳/۷	۰/۰۰۱
نگرانی بر اضطراب	۰/۷۱	۰/۴۹	۳/۸۲	۰/۰۰۱
نشخوار بر افسردگی	۱/۱۲	۰/۴۸	۴/۹۱	۰/۰۰۱
نشخوار بر اضطراب	۱/۳۱	۰/۴۲	۴/۳۱	۰/۰۰۱

از آنجا که یکی از اهداف تحلیل مسیر ارائه میزان اثر غیرمستقیم متغیرهای پیش بین (متغیرهای برونزاد) بر متغیرهای ملاک (متغیرهای درونزاد) است، اثر غیرمستقیم هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳. اثرات غیرمستقیم متغیرهای موجود در مدل

اثر غیر مستقیم	مسیرهای ساختاری
۰/۱۴۹	اثر منبع کنترل بر افسردگی با واسطه گری نشخوار
-۰/۱۶۰	اثر منبع کنترل بر افسردگی با واسطه گری نگرانی
۰/۱۳۱	اثر منبع کنترل بر اضطراب با واسطه گری نشخوار
-۰/۲۳۰	اثر منبع کنترل بر اضطراب با واسطه گری نگرانی

جدول شماره ۴ شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش مطلق مدل مطلوبند: χ^2 دو معنادار نیست، هم‌چنین مقدار GFI و AGFI و شاخص‌های مقایسه‌ای برازش مدل مطلوبند. CFI نشان‌دهنده برازش مدل نسبت به مدل استقلال است، هم‌چنین شاخص RMSEA و χ^2/df نیز نشان‌دهنده اقتصادی بودن مدل است. شاخص ECVI نیز نشان می‌دهد که اعتبار مدل به اندازه کافی مطلوب است.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

ECVI	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	χ^2/df	df	χ^2
۰/۰۲	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۰۰۱	۳/۱	۱	۳/۱

نتیجه

یافته‌های این پژوهش نشان داد که منبع کنترل درونی با افسردگی و اضطراب رابطه منفی معنادار و منبع کنترل بیرونی با افسردگی و اضطراب رابطه مثبت معنادار دارد (تایید فرضیه‌های اول و دوم پژوهش)، و نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارند (تایید فرضیه‌های سوم چهارم پژوهش). یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مربوط به نشخوار (Abela & Hankin, 2007; Brosschot et al., 2006; Lyubomirsky & Tkach, 2004; Watkins, 2004; Weir, 2007) و نگرانی (Chapman, Kertz, & Woodruff-Borden, 2009; Davis, & Valentiner, 2000) مطابقت می‌کنند و بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شوند. از آنجا که در مدل اصلاح شده پژوهش در تحلیل مسیر دو سازه نشخوار و نگرانی همبسته در نظر گرفته شدند، تبیین‌های مربوط به این دو سازه با همدیگر ارائه می‌شود. هسته شناخت در افکار تکرارشونده، ادراک کنترل بر محرک و واقعه استرس‌زا است. از لحاظ نظری، نشخوار و نگرانی به وسیله ادراک کنترل ناپذیری در مورد یک واقعه استرس‌زا ایجاد می‌شوند. اگر یک واقعه استرس‌زا و تهدیدکننده قابل کنترل باشد نیازی به نشخوار و نگرانی در مورد آن نیست. به عبارت

دیگر، زمانی که فرد احساس می کند که یک موقعیت خارج از کنترل است یا کنترل کمی بر وقایع دارد، نشخوار و نگرانی راجع به آن موقعیت فعال می شوند و این افکار تکرار شونده تجربه کنترل ناپذیری را به طرق زیر طولانی می سازند: الف) طولانی کردن تجسم های شناختی از موقعیت استرس زا؛ ب) طولانی کردن تجسم های شناختی کنترل ناپذیری موقعیت استرس زا؛ ج) آغاز فعالیت فیزیکی. استمرار این تجسم ها و احساس کنترل ناپذیری موقعیت استرس زا، تجربه حالات روانی ناخوشایند از جمله افسردگی و اضطراب را افزایش می دهند (Brosschot et al., 2006; Dow, 2008; Hooke & Page, 2002; Moulding & Kyrios, 2006).

تبیین احتمالی دیگر این است که افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند از حالات عاطفی منفی بیشتری رنج می برند و می توان گفت داشتن احساس کنترل بر رویدادهای زندگی پیش بینی کننده مهمی در مورد سلامت است (Sterling, 2007). افراد با کنترل بیرونی تصور می کنند که بر رویدادهای زندگی شان کنترلی ندارند و بنابراین در تغییر حالت های خلقی شان احساس ناتوانی می کنند و در چرخه های افکار تکرار شونده (نشخوار و نگرانی) گرفتار می شوند (Martin & Tesser, 1996; Sterling, 2007).

بسیاری از افراد معتقدند که زمانی که با رویدادهای کنترل ناپذیر روبرو می شوند باید تلاش کنند تا بر درونشان متمرکز شوند زیرا فکر می کنند چنین ارزیابی و تمرکزی به آنها بینش می دهد تا بتوانند راه حلی برای مشکل شان بیابند. بنابراین، در چرخه افکار تکرار شونده درگیر می شوند؛ افکاری که ایجاد و تداوم خلق افسرده و اضطرابی را در پی خواهند داشت (Lyubomirsky & Tkach, 2004). شواهد پژوهشی نشان می دهد که افکار تکرار شونده پیامدهای آسیب زای زیادی، از جمله حل مساله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری از رفتارهای موثر و تمرکز و خلق منفی به دنبال دارد. در نتیجه، این پیامدها سندرم شناختی افکار تکرار شونده را تغذیه و به افسردگی و اضطراب کمک می کنند (Nolen-Hoeksema et al., 1993). به عنوان مثال، فردی که دچار نشخوار فکری می شود بدون این که به حل مشکل پردازد خود را از دیگران جدا می کند و در مورد ریشه های ناراحتی خود فکر می کند، به مرور خاطرات منفی خود می پردازد و از این رو رضایت خاطرش از زندگی کاهش می یابد و دیدگاهی بدبینانه نسبت به زندگی پیدا می کند. این حالت ها باعث ایجاد و تشدید خلق منفی و افسردگی می شود (Lyubomirsky & Tkach, 2004).

راتر معتقد بود که افراد با منبع کنترل درونی به طور کلی از افراد با منبع کنترل بیرونی سازگارتر هستند (Scaglia, 2008). افرادی که دارای کنترل درونی هستند، معتقدند که بر پیامدهای یک واقعه کنترل دارند و راحت تر از چرخه افکار تکراری خارج می شوند. وقتی شخص خود را مسئول وقایع زندگی خویش

می‌داند سعی می‌کند در مواجهه با مشکل، رفتار سازنده‌ای از خود نشان دهد و از راهبردهای مقابله‌ای فعال و اثربخش استفاده می‌کند. وقتی افراد باور دارند که قادرند با یک واقعه استرس‌زا مقابله کنند و وقایع احتمالی آینده را دستکاری کنند نگرانی آنها کاهش می‌یابد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال سطوح اضطراب و افسردگی آنها را کاهش می‌دهد (Moulding & Kyrios, 2006; Scaglia, 2008; Smith, 2003). بر این اساس، می‌توان گفت که هرچه کانون کنترل درونی تر باشد، فرد با اعتقاد به کنترل‌پذیر بودن شرایط، بیشتر از راهبردهای مقابله‌کارآمد (برای مثال، راه حل‌های مسئله‌محور) استفاده می‌کند و هرچه کانون کنترل بیرونی تر باشد، فرد با این باور که موقعیت کنترل‌ناپذیر است، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ناکارآمد (برای مثال، راه حل‌های هیجان‌محور) استفاده می‌کند؛ راه حل‌هایی که نشخوار و نگرانی را تشدید می‌کنند و افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهند (Dow, 2008).

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که خلق پایین و منفی باعث افزایش تمرکز بر خود می‌شود. هنگامی که خلق پایین باشد، تغییر تمرکز از افکار ناخوانده مثل نشخوار و نگرانی سخت‌تر می‌شود. شواهد بالینی حاکی از آن است که خلق پایین شدت افکار ناخوانده را افزایش می‌دهد و هرچه افکار ناخوانده شدیدتر باشد، انصراف توجه از آنها مشکل‌تر خواهد بود. دستاوردهای پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح مطرح کرد: در سطح نظری، تایید نقش واسطه‌ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب، می‌تواند در خدمت انسجام و یکپارچگی مفروضه‌های نظریه‌های هیجان و مقابله با نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی در زمینه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی قرار گیرد. از جمله پیامدهای نظری یافته‌های پژوهش حاضر، فراهم‌سازی اندیشه‌ها و فرض‌های جدید در مورد تعیین‌کننده‌های افسردگی و اضطراب است. این تعیین‌کننده‌ها (نشخوار و نگرانی) از یک سو باعث غنی‌سازی مدل‌های نظری هیجان‌ها می‌شوند، و از سوی دیگر رابطه دو دسته نظریه، یعنی نظریه‌های مربوط به هیجان‌ها و نظریه‌های مربوط به آسیب‌شناسی روانی، را تقویت می‌کنند. در سطح پیامدهای عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در چهارچوب برنامه‌های مداخله و مدیریت هیجان‌ها، و تقویت برنامه‌های مداخله‌ای موجود برای درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی باشند.

محدودیت جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش (مقطعی و همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند.

پیشنهادهای

برای بررسی دقیق تر رابطه نشخوار و نگرانی با افسردگی و اضطراب، پیشنهاد می شود عوامل شخصیتی دیگر مثل توانایی حل مساله که با متغیرهای بررسی شده در این پژوهش مرتبط هستند، مورد مطالعه قرار گیرند. همچنین، پیشنهاد می شود به منظور شناخت بهتر تاثیرات آسیب زای منبع کنترل و نشخوار و نگرانی بر فرایندهای هیجانی، رابطه این دو متغیرها در نمونه های بالینی شامل نمونه های مبتلا به اختلالات شخصیت و مشکلات بین شخصی، مورد بررسی قرار گیرد. این پژوهش، به دلیل این که اولین بار است نقش واسطه ای نشخوار و نگرانی را در رابطه بین منبع کنترل و افسردگی و اضطراب را در نمونه ای از بیماران افسرده و مضطرب بررسی می کند، نیازمند تکرار در نمونه های مختلف و با تعداد نمونه بیشتر است. تا آن موقع، یافته های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند.

References

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2007). Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. In R. Z. Abela, B. L. Hankin (Eds), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 35-75). New York, Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington DC: Author.
- Beck, A.T., & Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Borkovec, T. T., Robinson, E., Pruzinsky, T., & Depree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related psychological activation, and Health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 113-124.
- Calmes, C. C., & Roberts, J. E. (2007). Repetitive Thought and Emotional Distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive therapy research*, 30, 343-356.
- Chapman, L. K., Kertz, S. J., & Woodruff-Borden, J. (2009). A structural equation model analysis of perceived control and psychological distress on worry among African American and European American young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 69-76.
- Clarke, D. (2004). Neuroticism: moderator or mediator in the relation between locus of

- control and depression? *Personality and Individual Differences*, 37, 245-258.
- Davis, R. N., & Valentiner, D. P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality and Individual Differences*, 29, 513-526.
- Domino, G., & Domino, M. L. (2006). *Psychological Testing*. Cambridge University Press.
- Dow, B. M. (2008). Self-efficacy and locus of control as mediating variables for the relationship between depression, anxiety and exercise. A dissertation submitted to the faculty of the California School of Professional Psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy at Alliant International University, Los Angeles, California.
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective state. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179-188.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 277-290.
- Hooke, G. R., & Page, A. C. (2002). Predicting outcomes of group cognitive behavioral therapy for patients with affective and neurotic disorders. *Behavioral Modification*, 26, 648-658.
- Hughes, M. E., Alloy, L. B., & Cogswell, A. (2008). Repetitive thought in psychopathology: The relation of rumination and worry to depression and anxiety symptoms. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 271-289.
- Kwon, P., & Olson, M. L. (2007). Rumination and depressive symptoms: Moderating role of defense style immaturity. *Personality and Individual Differences*, 43, 715-724.
- Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. *Rumination: Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression*, 21-41.
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R. S. Wyer (Ed), *Ruminative thoughts: Advances in social cognition, volume IX* (pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26, 573-583.
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C., & Boomsma, P. (2004). Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 539-554.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, Anxiety and Depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1105-1111.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and their effects on the duration of the depressive episode. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Preita

- earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115–121.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20–28.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies of internal versus external control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.
- Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, I. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 671-688.
- Scaglia, O. (2008). Homelessness and helplessness: correlating learned helplessness, locus of control, and perceived social support with chronic homelessness. A dissertation present in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the Capella University.
- Smith, V. L. (2003). *Analysis of locus of control and educational level utilizing the internal control index*. A thesis submitted to the graduate College of Marshall University.
- Sterling, R. M. (2007). *Effects of rumination on internal and external locus of control*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements of the master of arts in mental health counseling and applied psychology degree of the graduate school at rowan university.
- Watkins, E. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37, 679-694.
- Weir, K. F. (2007). *Rumination is a correlate but not a cause of depressive symptoms during adolescence*. A thesis submitted to the Victoria University of Wellington Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in psychology. Victoria University of Wellington.



صاحب‌دل، حسین؛ زهراکار، کیانوش؛ دلاور، علی (۱۳۹۴). شناسایی شاخص‌های ازدواج موفق (یک مطالعه کیفی). پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۲)، ۴۶-۳۲.

شناسایی شاخص‌های ازدواج موفق (یک مطالعه کیفی)

حسین صاحب‌دل^۱، کیانوش زهراکار^۲، علی دلاور^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۳۰

چکیده:

هدف: شناسایی شاخص‌های ازدواج موفق است.

روش: از نوع کیفی با استفاده از نظریه داده بنیان است و جامعه آماری شامل کلیه زوج‌های ساکن شهر تهران بوده که دارای حداقل ۲ سال سابقه زندگی مشترک می‌باشند. به منظور تعیین نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند و سپس نمونه‌گیری نظری استفاده شده است که در نهایت ۱۲ زوج که خود را موفق توصیف کرده و در پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر و پرسشنامه احساس مثبت نسبت به همسر نمره بالا (دوانحراف معیار بالاتر از میانگین) کسب نمودند مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. به منظور تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری باز و محوری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد، شاخص‌های تعیین‌کننده ازدواج موفق، طیف گسترده‌ای را در برمی‌گیرد. شاخص‌های شناسایی شده عبارت بودند از: شاخص‌های فردی، شاخص‌های تعاملی، شاخص‌های مربوط به خانواده اصلی و شاخص‌های فرهنگی. هریک از شاخص‌های بدست آمده مقوله‌های مختلفی را دربرمی‌گیرد. یافته‌های پژوهش می‌تواند برای روانشناسان و مشاوران ازدواج مثمر ثمر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: ازدواج موفق، عوامل تعاملی، عوامل فردی، عوامل فرهنگی، عوامل خانواده اصلی

۱. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران، Pcsahebdel1365@gmail.com

۲. استاد یار گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران.

۳. استاد گروه علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.

مقدمه

ازدواج مهم ترین پیوندی است که بین دوفرد رخ می دهد. این پیوند، سرآغاز شکل گیری یک کانون حمایتی و عاطفی در زندگی انسان ها بوده که با تربیت نسل های بعدی و بقای زندگی بشر در ارتباط است (Myers, Madathil.&Tingle, 2005). پدیده ازدواج، در هر جامعه از ویژگی های منحصر به فرد برخوردار بوده و تابع قوانین خاص آن جامعه می باشد. در کشور ما، ازدواج به عنوان بنیان خانواده، عبارت است از یک رابطه قانونی، عرفی و یا دینی که یک مرد را با یک زن به طور دائم یا موقت پیوند می دهد. این پیوند هرچقدر استحکام بیشتری داشته باشد، سلامت جامعه را بیشتر تامین می کند (Sarookhanimn, 2006). هیچ فردی در این دنیا وجود ندارد مگر اینکه او را متعلق به یک خانواده بدانیم. از آنجا که ازدواج را مبنای تشکیل خانواده می دانیم، پس هر فردی نتیجه یک ازدواج است که می توان آن را موفق یا ناموفق نامید (Segrin & Flora, 2005). ازدواج موفق معمولاً با سازگاری و رضایت زناشویی باهم به کار می روند. ازدواجی را می توان موفق نامید که در آن رضایت زناشویی زوج بالا بوده و از سازگاری و تفاهم برخوردار باشند. (Bradbury & et all, 2000) سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و مرد در بیشتر مواقع احساس ناشی از خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند. روابط رضایت بخش در بین زوج ها از طریق علاقه متقابل، میزان مراقبت از یکدیگر و پذیرش و تفاهم قابل ارزیابی است (Fathi ashtiani & Ahmadi, 2004). در بین منابع موجود، یافتن تعریف جامع و قابل اتکا، برای ازدواج موفق، کار دشواری است. اما، به نظر می رسد، ازدواج موفق مفهومی فراتر از رضایت و سازگاری زناشویی باشد. زوج ها ممکن است، باهم سازگار باشند، اما رضایت از رابطه نداشته باشند (sanaii, 2008). زوج های موفق، باهم سازگار بوده و احساس خشنودی و لذت نسبت به ازدواجشان دارند. همچنین زوج های موفق، خود را به عنوان افرادی توصیف می کنند، که به اهداف ازدواجشان دست یافته اند (Luquet, 2007). ازدواج موفق با مفهوم کیفیت رابطه زناشویی در ارتباط است. زوج های موفق، کیفیت رابطه زناشویی خود را در سطح بسیار بالا توصیف می نمایند (Madathil., & Benshoff, 2008). کیفیت رابطه زناشویی بین دوفرد، کارکرد آتی خانواده را تعیین می کند و زیربنای سلامت روانی و جسمانی اعضای آن را شکل می دهد. ازدواج موفق، به عنوان هدفی آرمانی برای کسانی محسوب می شود که به این رابطه تن می دهند (Myers, Madathil.&Tingle, 2005). روس و میروسکی (ross & mirowsky, 1999) اشاره می کنند، افرادی که در روابط حمایتی درگیر می شوند، عمر طولانی تری دارند، چرا که ازدواج و روابط حمایتی، احساس مراقبت شدگی و توانایی مقابله با بیماری ها را در فرد افزایش می دهد. پژوهش ها نشان داده است که افراد متاهل و پایبند به رابطه از سلامت روانشناختی و جسمانی بهتری نسبت به بیوه ها و مطلقه ها برخوردارند (Kim & Mckenry, 2002). وجود

ناسازگاری زناشویی علاوه بر اینکه سلامت زوج را به خطر می‌اندازد، باعث اشکال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات و تخطی از ارزش‌های جامعه می‌گردد (Fathi ashtiani & Ahmadi, 2004). در ازدواج‌های موفق رضایت و سازگاری زناشویی نیز افزایش می‌یابد و این خود موجبات سلامت و رفاه جسمانی، روانی را فراهم می‌آورد. ازدواج موفق مجموعه‌ای از نیازهای روانی زوجین از قبیل عشق، مصاحبت، صمیمیت را برآورده ساخته و احساس باهم بودن و تشریک مساعی را در افراد تقویت می‌کند (birashk, 2009). از طرفی، بسیاری از نویسندگان، دو سال اول ازدواج را دوره بحرانی ازدواج می‌دانند و معتقدند، ثبات زندگی زناشویی در سال‌های بعدی افزایش می‌یابد (Mckenzie, 2003).

با توجه به اهمیت روزافزون پدیده ازدواج و نقش آن در سلامت و پویایی نسل آینده و همچنین گستردگی و تنوع در معیارهای انتخاب همسر، به نظر می‌رسد، در این حوزه کمبودهای پژوهشی زیادی وجود داشته و انجام تحقیقات نظام‌دار و قابل اطمینان، بیش از پیش لازم است. بیشتر پژوهش‌های انجام شده در حوزه خانواده و ازدواج، به بررسی دلایل شکست، ناکامی و زمینه‌های شکل‌گیری نارضایتی و طلاق محدود شده‌اند (mohsenzadeh, 2010؛ Bramlett. & Mosher, 2001؛ Wolfinger, 2003؛ south, 2001).

در حالی که، تعیین معیارها و شاخصه‌های موفقیت در ازدواج کمتر مورد توجه بوده است. از طرفی، پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه ازدواج سالم، اغلب در ساختار فرهنگی و اجتماعی متفاوت از فرهنگ ایران صورت گرفته است (Mckenzie, 2003؛ Olson & Olson, 2000). بدیهی است، شکل‌گیری یک ازدواج موفق، نمی‌تواند از اثرات فرهنگی و قومی بدور باشد. فرهنگ از مهمترین عواملی است که بر فرایندها و پیامدهای روابط زناشویی تاثیر می‌گذارد. ارزشها، باورها و هنجارهای فرهنگی، علاوه بر اینکه دیدگاه افراد نسبت به خودشان را شکل می‌دهند، دیدگاه آنها به صمیمیت، عشق و روابط نزدیک را جهت می‌بخشد. مطالعات بین‌نژادی حاکی از آن است که اولاد نژادهای مختلف میزان متفاوتی از فروپاشی و طلاق را تجربه می‌کنند، ثانیاً عواملی که منجر به طلاق می‌شوند در بین نژادهای مختلف متفاوت هستند (Bramlett & Mosher, 2001). از اینرو نمی‌توان نتایج حاصل از تحقیقات انجام گرفته روی فرهنگ‌های گوناگون را به یکدیگر تعمیم داد. پژوهش‌های داخل نیز اغلب، به بررسی مسائلی از قبیل، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی پرداخته‌اند، درحالیکه ازدواج موفق، مفهومی فراتر از سازگاری و رضایت زناشویی است، همچنین، این پژوهش‌ها، از نظر روش‌شناسی، به بررسی‌های تک متغیره، و کاربرد روش‌های کمی، محدود شده‌اند (Sayadpoor, 2002؛ Masahebi, 2002؛ gholizadeh, 1999؛ abdollahzadeh, 2002).

پژوهش های صورت گرفته با روش های کیفی نیز، بیشتر به بررسی شرایط پیش بینی کننده ازدواج موفق پرداخته (karimi sani & et all, 2010) و یا از توان تبیین کنندگی و تعمیم ضعیف برخوردارند (asoodeh & et all, 2010).

بررسی های پژوهشگر نشان می دهد، موضوع ازدواج موفق، به ندرت مورد توجه محققان بوده، و حتی در خارج از ایران، مورد استقبال واقع نشده است. محققان و نظریه پردازان داخلی، اغلب به شناسایی علل زمینه ای، رضایت زناشویی پرداخته اند و نتوانسته اند، تعریف جامع و روشنی از ازدواج موفق ارائه نمایند. پژوهش های خارجی، نیز بسیار اندک بوده، و از طرفی، با توجه با نقش مهم و اساسی فرهنگ در فرایندهای ازدواج و تشکیل خانواده، نتایج این پژوهش ها، در فرهنگ بومی ایران، از قابلیت تعمیم برخوردار نیست. در این زمینه، سوال اساسی که ذهن پژوهشگر را به خود مشغول ساخته این است که، شاخص های ازدواج موفق در فرهنگ بومی ایران چیست و ازدواج موفق، در ساختار فرهنگی ایران، چگونه تعریف می شود؟ پژوهش حاضر درصدد است، با استفاده از روش نظریه داده بنیان، به مطالعه و شناسایی شاخص های ازدواج موفق در فرهنگ بومی ایران بپردازد. آنچه در پژوهش حاضر اهمیت دارد، شناسایی عواملی است که در لحظه کنونی موفقیت ازدواج را تعیین می کنند. از اینرو، شناسایی علل زمینه ای و عوامل مربوط به گذشته مورد توجه نخواهد بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع کیفی بوده و به منظور جمع آوری داده ها از نظریه داده بنیان استفاده شده است. علت انتخاب این روش این است که در رابطه با هدف پژوهش حاضر، داده های اندکی در دسترس است و با توجه به نبود ابزار در این زمینه، پژوهشگر به یک رویکرد جامع جهت جمع آوری اطلاعاتی که شناخته شده نیست نیازمند است. روش داده بنیان روشی ایده آل برای پژوهش در حوزه هایی است که دانش اندکی درباره آن ها در دسترس است (Mohsenzadeh, 2010).

به طور کلی مراحل انجام نظریه داده بنیان عبارتند از: تدوین پرسش های پژوهش، گردآوری داده ها، کدگذاری داده ها در سه مرحله شامل کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی (Krahn & Putnam, 2003). در پژوهش حاضر مراحل فوق (به جز مرحله کدگذاری گزینشی) با تحلیل های لازم انجام گردید. تکنیک عمده برای جمع آوری داده ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. جامعه آماری شامل کلیه زوج های ساکن در شهر تهران بوده که حداقل دارای دو سال سابقه زندگی مشترک بودند.

برای انتخاب نمونه، از دو شیوه نمونه‌گیری استفاده شد. ابتدا نمونه‌گیری از جامعه در دسترس صورت گرفته و زوج‌های انتخاب شده، برای ورود به مطالعه باید معیارهای ذکر شده را دارا می‌بودند: (۱) گرفتن نمره بالا (دو انحراف معیار بالاتر از میانگین) در مقیاس احساسات مثبت نسبت به همسر و مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر^۱ (۲) براساس مصاحبه خود را به عنوان زوج‌های موفق توصیف کنند. در مرحله بعدی، به روش نمونه‌گیری نظری، گروه نمونه نهایی تعیین شد. در نمونه‌گیری نظری، زمانی که سیستم مقوله‌ها یا به اصطلاح "نظریه" اشباع شود، فرایند جمع‌آوری اطلاعات متوقف می‌شود (Mackleod, 2001). در مجموع ۱۲ زوج مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته قرار گرفتند و مصاحبه‌های آنها مورد تحلیل قرار گرفت. فرایند کار بدین ترتیب بود که، با رعایت اصول اخلاقی پژوهش و کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان، مصاحبه‌ها به طور دقیق ضبط می‌شد و سپس نکته به نکته روی کاغذ پیاده می‌شد. اولین مصاحبه، با سوالات اولیه پژوهشگر در زمینه زندگی مشترک آغاز شده و با توجه به پاسخی که دریافت می‌شد، سوالات بعدی در ذهن پژوهشگر شکل می‌گرفت.

بدین ترتیب مصاحبه‌شونده از آزادی نسبی برای بیان آنچه در زندگی او و همسرش وجود داشت برخوردار بود. پژوهشگر سعی می‌کرد موارد مهم را با دقت بیشتری دنبال نماید. پس از انجام هر مصاحبه، فایل ضبط شده آن مصاحبه روی کاغذ پیاده می‌شد و با استفاده از فنون ذکر شده توسط اشترواس و کریین (Corbin, 1998 & Strauss) تحلیل سطر به سطر انجام شده و کدهای بدست آمده ثبت می‌شد.

پس از تحلیل مجدد و دسته‌بندی کدهای بدست آمده، مقوله‌های کلی در ذهن پژوهشگر شکل گرفته و در ادامه مصاحبه‌ها، هدف پژوهشگر کامل کردن و اشباع آن مقوله‌ها بود. در واقع وقتی تحلیل مصاحبه اول تمام شد، پژوهشگر با سوالات تازه‌ای که در ذهن داشت به سراغ زوج بعدی رفته و مصاحبه را با آن سوالات شروع می‌کرد. سپس به زوج اجازه داده می‌شد تا عمیقاً در مورد سوالات فکر کرده و پاسخ‌های مناسبی ارائه دهند. همچنین مصاحبه‌شونده‌ها علاوه بر پاسخگویی به سوالات، اطلاعات جدیدی نیز ارائه داده و بدین ترتیب پژوهشگر را وادار به واری‌بیشتری می‌کردند.

مصاحبه‌ها تا جایی ادامه یافت که مقوله‌های شکل گرفته به درجه اشباع رسید. اشباع مقوله‌ها زمانی ممکن می‌شد که داده جدیدی در رابطه با آن مقوله بدست نمی‌آمد. در نهایت پس از رسیدن به نقطه اشباع برای تمام مقوله‌ها (با انجام نه مصاحبه)، سه مصاحبه اضافی نیز انجام شد تا اطمینان خاطر بیشتری حاصل گردد. برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد از دو روش استفاده شد:

- ۱) کنترل و اعتبار یابی توسط گروه نمونه: در این روش مصاحبه های ضبط و ثبت شده برای اطمینان بیشتر به مصاحبه شونده ها بازگشت داده می شد تا از صحت اطلاعات ارائه شده، پژوهشگر را مطلع سازند.
- ۲) ارزیابی توسط داوران: در این روش، دونفر از متخصصان به عنوان داور، بخشی از مصاحبه ها را مورد تحلیل قرار داده و تحلیل های آنها با تحلیل های پژوهشگر، مقایسه شده و در نهایت توافق کلی حاصل گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر

پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر برای اولین بار توسط آزرین و همکاران^۱ در سال ۱۹۷۳ تدوین شد، و بعدها اسپانیر آن را تکمیل کرد و توسعه داد (sanaii, 2008). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش اسپانیر با روش همبستگی درونی و با استفاده از ضریب آلفا ۰/۹۱. و روایی آن با استفاده از روش همسازی (پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ) ۰/۸۶. بدست آمده است.

فتحی آشتیانی و احمدی (fathi ashtiani & ahmadi, 2004) در پژوهش خود، ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۴. بدست آورده اند.

این پرسشنامه دارای ۳۲ ماده در زمینه سازگاری زناشویی، از قبیل تفاهم، چگونگی ارتباط با همسر، میزان روابط عاطفی، نوع احساس نسبت به همسر، میزان رضایت از همسر در ابعاد مختلف زندگی، میزان مشاجرات، همکاری و ارزشیابی از آینده زندگی با همسر می باشد. ثنائی (sanaii, 2008) میانگین نمره این پرسشنامه را ۱۱۴/۸ ذکر کرده است.

پرسشنامه احساسات مثبت نسبت به همسر

این پرسشنامه شامل ۱۷ ماده بوده که برای اندازه گیری احساس کلی فرد نسبت به همسر طراحی شده است. پرسشنامه مذکور برای اولین بار در ایران توسط ثنائی (sanaii, 2008) ترجمه شد. ثنائی (sanaii, 2008) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۴. گزارش کرده و روایی همزمان آن با پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر در حد مطلوب گزارش شده است.

همچنین میانگین نمره این پرسشنامه برای مردان، ۱۰۰/۵۲ و برای زنان ۱۰۴/۲۵ ذکر شده است.

یافته‌ها

جدول ۱: مشخصات مصاحبه‌شونده‌ها

شماره مصاحبه شونده	سن	جنس	سال‌های زندگی مشترک	تعداد فرزندان	تحصیلات	اختلاف سنی با همسر	شهر محل زندگی	قومیت خود و همسر
۱	۳۸	مرد	۱۲ سال	۳	دیپلم	۷۵ روز	تهران	هردو فارس
۲	۳۳	زن	۸ سال	۱	فوق لیسانس	۵ سال	تهران	ترک و فارس
۳	۲۸	زن	۶ سال	۱	لیسانس	۱۲ سال	تهران	هردو فارس
۴	۲۶	زن	۲ سال	۰	لیسانس	۳ سال	تهران	هردو فارس
۵	۳۰	زن	۴ سال	۱	لیسانس	۱ سال	تهران	هردو فارس
۶	۲۹	زن	۵ سال	۲	لیسانس	۴ سال	تهران	فارس و لر
۷	۳۲	زن	۱۱ سال	۱	لیسانس	۳ سال	تهران	هردو فارس
۸	۳۰	مرد	۵ سال	۱	فوق لیسانس	۴ سال	تهران	لر و فارس
۹	۳۹	مرد	۱۲	۲	لیسانس	۸ سال	تهران	هردو فارس
۱۰	۲۹	مرد	۳ سال	۰	فوق لیسانس	۲ سال	تهران	فارس و ترک
۱۱	۴۱	مرد	۱۳ سال	۲	دیپلم	۳ سال	تهران	کرد و فارس
۱۲	۲۵	زن	۳ سال	۰	لیسانس	۶ ماه	تهران	هردو فارس
میانگین	۳۱/۶۶	۵ مرد و ۷ زن	۷	۱/۱۶		۳/۸۰		

جدول ۲: کدهای حاصل از مصاحبه‌ها و مراحل تحلیل آن

طبقات اصلی	مقوله‌ها	کدهای آزاد
نیازهای عاطفی	عشق و صمیمیت	دوست داشتن همدیگر، علایق مشترک، گذران اوقات فراغت با یکدیگر، تلاش برای خشنود کردن همسر، اهمیت دادن به رضایت همسر، استفاده از جملات عاشقانه، سرمایه گذاری زمانی برای همدیگر، اهمیت دادن به خواسته‌های همسر، صمیمیت و وابستگی، لذت بردن از بودن در کنار همسر
	حمایت و مراقبت	اطمینان به حمایت همسر، حمایت از همسر در همه موارد، دلسوزی و نگرانی برای همسر، اهمیت دادن به نیازهای همسر، کاستن از درد و رنج همسر در موارد بحرانی، همدلی و درک همسر، حمایت عاطفی، دلسوزی

صداقت با همسر	دروغ نگفتن به یکدیگر، پنهان نکردن مسائل مربوط به زندگی زوجی از همسر، آگاهی از خواسته های قلبی همدیگر، روراستی در امور مختلف زندگی و مشکلات روزمره، صداقت در مسائل مالی، عدم تلاش برای فریب همسر
اعتماد و تعهد	شک نداشتن به همسر، وفاداری به همسر، اعتقاد به عشق همسر نسبت به خود، وفاداری به پیوند زناشویی، بیزاری و دوری از افکار خیانت آمیز، تعهد و احترام به رابطه زناشویی با همسر
تفاهم	تفاهم در تربیت فرزندان، داشتن درک یکسان از عشق و زندگی زناشویی، گذران اوقات فراقت با مشورت یکدیگر، تفاهم در مورد مکان زندگی، احترام به تفاوت ها، تصمیم گیری مشترک، درک دیدگاه های همسر، احترام به نقطه نظرات یکدیگر، شناسایی موارد اختلاف و تلاش برای رسیدن به نقطه نظر مشترک، تفاهم در مسائل اقتصادی
رضایت جنسی	روابط جنسی متعادل و رضایت بخش، تلاش برای جلب رضایت جنسی همسر، شریک جنسی خوب بودن، احترام به خواسته های جنسی یکدیگر، اهمیت دادن به نیازهای جنسی، اشتراک نظر در زمینه روابط جنسی
همکاری	کمک به همسر در کارهای منزل، کمک به همسر در مسائل اقتصادی، کمک به همسر در زمینه شغلی، کمک به همسر در انجام وظایف زندگی، کمک و همکاری در امور مختلف
هدف و برنامه مشترک	داشتن برنامه مشترک، صحبت کردن در مورد آینده زندگی با همسر، خوشحالی به خاطر موفقیت های همسر، سهمیم بودن در آینده همسر، هدف مشترک، برنامه ریزی مشترک
تشویق رفتارهای سالم	تشویق همسر به صبر و بردباری، تشویق همسر به برنامه ریزی، تشویق همسر به داشتن روحیه شاد، تشویق همسر به همکاری و مسئولیت پذیری، تشویق فضایل اخلاقی، تقویت نقاط قوت همدیگر، قدردانی و سپاس گزاری، تمرکز بر نقاط مثبت همسر، تشویق روابط سالم، تشویق و همراهی در حل مسائل
مدیریت تعارض	برنامه ریزی برای مبارزه با مشکلات احتمالی، کوچک شمردن مشکلات، تلاش برای حل اختلافات با روش های سالم، بی اعتنایی به اختلافات جزئی، حل اختلافات با مشارکت همدیگر، شناسایی و راحل یابی برای مشکلات، حفظ تعادل عاطفی در مواقع بروز مشکل، اتخاذ تصمیمات منطقی در مواقع بروز مشکل
مهارت های ارتباطی	گوش کردن به یکدیگر، توجه به حرف های طرف مقابل، پرهیز از کنترل کردن یکدیگر، دنبال نکردن موارد منفی، سرزنش نکردن دیگری، نپرسیدن توی حرف همدیگر، رک بودن، توان ابراز عواطف و خواسته ها، گفتن خواسته های خود به همسر به طور مستقیم، توانایی برقراری ارتباط سالم، رک بودن در ابراز خواسته ها
حفظ استقلال خانواده	اجازه ندادن به دخالت های بی مورد دیگران، استحکام مرزهای خانواده، استقلال در تصمیمات دوتایی، حفظ اسرار زوجی از دیگران، حفظ حریم زناشویی از دخالت دیگران، بی توجهی به دخالت های بی مورد خانواده ها، ایجاد سیستم مستقل زوجی

تفکرهای فردی	خودآگاهی	تفکر در مورد خود و خودآگاهی، آگاهی از نیازهای شخصی، آگاهی از اهداف زندگی، آگاهی از توانمندی‌ها و محدودیت‌های خود، آگاهی از ارزش‌های خود، آگاهی از برنامه‌های زندگی و مسیر کنونی، آگاهی از ارزش‌ها و ارمان‌های زندگی شخصی، آگاهی نسبت به اهداف و خواسته‌ها
	مسئولیت‌پذیری	احساس مسئولیت در برابر خانواده، انجام درست وظایف خود و خانواده، احساس مسئولیت در برابر همسر، عمل به وظایف خود به طور کامل، آگاهی از مسئولیت‌های خود در زندگی زناشویی
	اعتماد به نفس	اعتماد به خود، اعتماد به توانایی خود در مورد حل مسائل زندگی، مصمم بودن در کارهای شخصی، مصمم بودن در دنبال کردن برنامه‌های زندگی، ناچیز شمردن مشکلات پیش رو، اطمینان خاطر، تکیه بر نقاط قوت
	تفکر سالم	کنار گذاشتن مسائل بی‌اهمیت گذشته، اعتقاد به اینکه هیچکس نمی‌تواند کامل باشد، نداشتن افکار آسیب‌زا، اعتقاد به نسی بودن حوادث زندگی، بی‌اعتنایی به خرافات عامیانه، استفاده از زبان منطقی، پذیرفتن تفاوت‌های بین مردان و زنان، نداشتن انتظارات غیر واقع‌بینانه، اعتقاد به گذرا بودن مشکلات، توانایی تفکر منطقی
	انعطاف‌پذیری	آمادگی برای تغییر در موارد ضروری، تنوع و در ارتباط و امور زندگی، تغییر دیدگاه‌ها پس از ازدواج، ایجاد تغییرات رفتاری در خود به تناسب مراحل زندگی، دوری از تعصبات بی‌مورد، تغییر و تعدیل دیدگاه‌های شخصی به نفع زندگی زناشویی، پرهیز از پافشاری بر افکار نادرست، تلاش برای رشد و تغییر
	خوش‌بینی	داشتن نگرش مثبت به زندگی، داشتن انگیزه و امید به زندگی، نگاه مثبت به زندگی، خوشبینی در مورد آینده، داشتن تفکرات مثبت و سازنده در مورد زندگی، امیدواری، برداشت مثبت از حوادث
	پختگی هیجانی	توانایی کنترل و آگاهی از عواطف، توانایی ابراز عواطف، ثبات هیجانی، استفاده درست از هیجانات در زندگی، آگاهی از احساسات و کنترل و تسلط کافی بر هیجانات
	دلبستگی ایمن	اعتماد به زندگی و دیگران، داشتن احساس مثبت نسبت به دیگران، توانایی برقراری ارتباط سالم با دیگران، نداشتن اضطراب تنهایی، توانایی برقراری روابط صمیمی، عدم نگرانی از ترک شدن توسط دیگران، توانایی اعتماد به اطرافیان، نداشتن ترس و اضطراب در روابط صمیمانه، تعادل در صمیمت و استقلال شخصی
تفکرهای اجتماعی	فضائل اخلاقی و معنوی	معنویت، پایبندی به اخلاقیات، قناعت، پرهیز از حسادت به دیگران، راستگویی، فضایل اخلاقی، پرهیز از کینه و انتقام‌جویی، توکل به خدا، نوع دوستی، کمک به دیگران، ایمان
	پایبندی به هنجارها	رعایت فرهنگ عفاف و حجاب، احترام به ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی، مقدس دانستن ازدواج، حفظ حریم زناشویی، احترام به هنجارهای دینی

احترام به خانواده ها، روابط صمیمی و حمایتی با خانواده و اعضای فامیل، مشورت با والدین، احترام به جایگاه والدین، پشتیبانی و حمایت خانواده خود و همسر، احترام به دیدگاه های خانواده ها	روابط حمایتی و محترمانه با خانواده اصلی	۳ ۲ ۱ ۰
---	---	------------------

همان طور که جدول فوق نشان می دهد، چهار شاخص اصلی و ۲۳ مقوله از مصاحبه ها استخراج شده است. در ادامه به شرح مختصر هر کدام از شاخص ها پرداخته و نمونه هایی از عبارات مصاحبه شونده ها در مورد هر کدام ذکر می شود.

شاخص های تعاملی

زوج های حاضر در مصاحبه اذعان می داشتند، که خصوصیات و ویژگی های خاصی در رابطه زناشویی آنها وجود دارد، که این ویژگی ها، آنها را به سمت موفقیت و خوشبختی سوق داده است. این ویژگی ها، با توجه به جدول ۲، عبارت بود از: عشق و صمیمیت، حمایت و مراقبت، صداقت با همسر، اعتماد و تعهد، تفاهم، رضایت جنسی، همکاری، هدف و برنامه مشترک، تشویق رفتارهای سالم، مدیریت تعارض، مهارت های ارتباطی و حفظ استقلال خانواده

به عنوان مثال، مصاحبه شونده شماره ۲ می گوید: من و همسرم خیلی همدیگر را دوست داریم.... من به همسرم عشق می ورزم و به او اعتماد دارم.... در همه امور سعی می کنیم به اتفاق نظر رسیده و نظرات یکدیگر را درک می کنیم.

همچنین مصاحبه شونده شماره ۶ می گوید: من و همسرم به کسی اجازه دخالت در مسائل خصوصی زندگی را نمی دهیم.... همسرم با من خیلی صادق هست..... من فکر می کنم هدف همسرم، هدف من هم باشد. مصاحبه شونده شماره ۱۱ نیز می گوید: من سعی می کنم بهترین شریک جنسی برای همسرم باشم.... خیلی از موفقیت های همسرم و شخصیت مناسب همسرم با تشویق های من حاصل شده.... ما عاشقانه همدیگر را دوست داریم.... من خیلی خوب می فهمم همسرم از من چه می خواهد و در ابراز خواسته ای خود به همسرم مشکلی ندارم.

شاخص‌های فردی

زوج‌های حاضر در مصاحبه از خصوصیات شخصیتی خاصی برخوردار بودند که موفقیت و رضایتمندی زناشویی آنها را بهبود می‌بخشید. این خصوصیات، با توجه به جدول ۲، عبارت بودند از: خودآگاهی، اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری، تفکر سالم، انعطاف‌پذیری، خوش‌بینی، پختگی هیجانی و دلبستگی ایمن. در این زمینه، مصاحبه‌شونده شماره ۴ می‌گوید: من دقیقاً می‌دانم چه توانمندی‌هایی دارم..... من به خودم اعتماد دارم و فکر می‌کنم هیچ وقت نباید با افکار بیهوده زندگی را خراب کرد..... از خصوصیات مثبت من این است که می‌توانم هیجانات منفی خود را کنترل نمایم. همچنین مصاحبه‌شونده شماره ۳ در این زمینه می‌گوید: دیگران را دوست دارم و دوست دارم با همه صمیمی باشم..... از نزدیکی با دیگران هراسی ندارم و به دوستانم می‌توانم اعتماد نمایم. مصاحبه‌شونده شماره ۱۲ می‌گوید: من آدم مسئولیت‌پذیری هستم..... فکر می‌کنم آدم باید برخی اوقات تغییر کند تا مشکلات حل شود.

شاخص‌های فرهنگی

زوج‌های حاضر در مصاحبه اذعان می‌داشتند که برخی ویژگی‌های مربوط به فرهنگ ایرانی، زندگی آنها را حفظ کرده است و پابندی‌های فرهنگی را مبنای مهمی برای داشتن ازدواج شاد می‌دانستند. عوامل فرهنگی بدست آمده با توجه به جدول ۲، عبارت بودند از: فضایل اخلاقی و معنوی و پابندی به هنجارها. در این زمینه، مصاحبه‌شونده شماره ۵ می‌گوید: من به ارزش‌های فرهنگ ایرانی احترام می‌گذارم..... من آدم صادق و ساده‌ای هستم و به معنویات خیلی اهمیت می‌دهم. مصاحبه‌شونده شماره ۹ می‌گوید: من به حجاب خیلی اهمیت می‌دهم و فکر می‌کنم رعایت ارزش‌های اخلاقی اساس زندگی مشترک است..... فضایل اخلاقی در زندگی من و همسر اهمیت زیادی دارد.

شاخص‌های مربوط به خانواده اصلی

در رابطه با خانواده اصلی، از آنجا که هدف پژوهش حاضر شناسایی شاخص‌های بوده و تأکید بر زمان حال و لحظه کنونی دارد، تنها یک مقوله تحت عنوان، روابط سالم و حمایتی با خانواده اصلی شناسایی شد. زوج‌های موفق ارتباط سالم و حمایتی با خانواده مبدأ خود دارند و از مشورت و راهنمایی آنها استفاده می‌کنند. آنها احترام زیادی برای جایگاه والدین قایل هستند. در این زمینه، مصاحبه‌شونده شماره ۱۱ می‌گوید: من کلاً با خانواده‌ها ارتباط خوبی دارم با خانواده خودم و خانواده همسر. من از مشورت آنها استفاده می‌کنم..... و احترام خاصی برای خانواده خود و همسر قایل هستم. البته ناگفته نماند که آنها نیز

خیلی از من و همسرم حمایت می کنند..... و برای ما کارهای زیادی انجام داده اند. کلا فکر می کنم جو عاطفی، صمیمی و گرمی بین ما وجود دارد.

نتیجه

همانطور که مشاهده شد، نتایج حاصل از این پژوهش شاخص های ازدواج موفق را در چهار طبقه اصلی جای داده است. این چهار طبقه عبارتند از شاخص های تعاملی، شاخص های فردی، شاخص های فرهنگی و شاخص های مربوط به خانواده اصلی. نتایج بدست آمده تا حدودی با نتایج حاصل از تحقیقات گذشته همسو می باشد (Asoodeh & et all, 2010؛ Karimi Sani & Fathi Ashtiani& Ahmadi, 2004؛ Sayadpoor, 2002؛ et all, 2010). از طرفی در پژوهش حاضر، برخلاف پژوهش های پیشین، دامنه گسترده ای از متغیرها مورد مطالعه قرار گرفته و در آن نه تنها عوامل تعاملی بلکه خصوصیات شخصیتی زوج ها، عوامل فرهنگی و عوامل خانوادگی نیز لحاظ گردیده است. با مطالعه ادبیات پژوهش می توان گفت ازدواج موفق یک پدیده چند بعدی بوده و شناسایی آن نیازمند تلاش زیاد و مطالعه در حوزه های گوناگون می باشد. موفقیت در ازدواج تنها در شرایطی ممکن است که زوج ها دسته ای از مهارت های بین فردی و مجموعه ای از صفات فردی را به همراه داشته باشند. سازگاری زناشویی و رضایت از رابطه، نیازمند این است که زوج ها از روش های تقویت رابطه آگاه بوده و صفات مطلوب را در خود پرورش دهند. بسیاری از مطالعات، عواملی همچون، صداقت، مهارت های ارتباطی، تفاهم، برابری، هدفمندی، مسئولیت پذیری، تشریک مساعی، اعتماد به نفس، عزت نفس، معنویت، روابط دوستانه، عشق و اعتماد را لازمه یک زندگی موفق دانسته اند (Asoodeh & et all, 2010). صفات شخصیتی هر فردی نقش برجسته ای در نحوه تعاملات بین فردی او دارد. ویژگی ها و صفات فردی هریک از اعضای زوج می تواند سلامت و یا شکست در رابطه را پیش بینی کند. از میان صفات فردی که بیشتر مورد تاکید است می توان به اعتماد به نفس، ایمان، هدفمندی، تفکر منطقی، دلبستگی ایمن و پختگی هیجانی اشاره کرد (Mckenzie, 2003؛ Birashk, 2009؛ Hall, 2006). آنچه که مسلم است این است که موفقیت و رضایت زناشویی بدون برخورداری از این صفات، پایدار و قابل اتکا نخواهد بود.

در کنار عوامل ذکر شده، نقش عوامل فرهنگی را نیز نمی توان نادیده گرفت. فرهنگ کشور ما، دارای خصوصیات جمع گرایی بوده که در آن، خصایصی از قبیل گذشت، فداکاری و ایثار برای دیگران، از جایگاه ویژه ای برخوردار است. ساختار اجتماعی و فرهنگی کشور ما، بیش از پیش فضایل اخلاقی، معنویت و قناعت را مورد تاکید قرار داده و از فردگرایی و صفات خودخواهانه دوری می جوید. در چنین

فرهنگی، تحت لوای آیین اسلام، نهاد خانواده، از قداست خاصی برخوردار بوده و تعهد به روابط زناشویی و حفظ حریم زناشویی به شدت مورد تاکید قرار گرفته است (Mahlouji, 1992). پابندی به ارزش‌های فرهنگ ایرانی-اسلامی می‌تواند عامل مهمی در ثبات و دوام روابط زناشویی باشد (Meshkini, 1980). بسیاری از مطالعات بر نقش مذهب در پایداری و رضایت زناشویی تاکید کرده‌اند. یک نتیجه رایج برای ازدواج‌هایی که در خارج از شریعت مذهب شکل می‌گیرد، آسان شدن طلاق است. در طول تاریخ، زوج‌ها برای ازدواج، آداب و رسوم فرهنگی را رعایت کرده و ازدواج آنها یک قرارداد اجتماعی و در بسیاری مواقع همراه با شاهد بوده است (James & Wilson, 2002؛ Thornton & et al, 2007؛ Mahlouji, 1992). همچنین لهر (Lehrer, 2006) معتقد است، پابندی به ارزش‌های مذهبی، رعایت اصول اخلاقی و کسب فضیلت‌های انسانی می‌تواند رضایت زناشویی را افزایش داده و احتمال طلاق را به طور چشم‌گیر، کاهش دهد.

برخی عناصر دخیل در یک ازدواج موفق را باید در خانواده اصلی زوج‌ها جستجو نماییم. خانواده دربرگیرنده عمیق‌ترین پیوند‌های روانی و اجتماعی است که انسان به عنوان موجودی زیستی، روانی و اجتماعی در این محیط فرایند انسان شدن را تجربه می‌کند، از این رو سلامت خانواده با سلامت جسمانی، روانشناختی، اجتماعی و اخلاقی اعضای جامعه همراه است (Segrin & Flora, 2005). متخصصان خانواده معتقدند که مشکلات و آسیب‌های روانی-اجتماعی افراد برگرفته از روابط درون خانوادگی است، از این رو خانواده می‌تواند از سویی کانون شکل‌گیری مشکلات و از سوی دیگر محور التیام بخشی و درمان مشکلات باشد (Birashk, 2009). داشتن یک خانواده سالم و حمایت‌کننده نقش اساسی در شکل‌گیری شخصیت سالم فرزندان و تعیین روابط بین فردی آنها برعهده دارد. حمایت والدین و نحوه برخورد آنها با ازدواج فرزندان از عوامل اصلی و تعیین‌کننده در ازدواج سالم و پایدار به شمار می‌رود (Segrin & Flora, 2005).

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که ازدواج موفق پدیده‌ای چندبعدی بوده که با روش‌های کمی محدود نمی‌توان به خوبی در مورد آن قضاوت کرد این یافته‌ها، کاربردهای نظری و عملی را القاء می‌نماید. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای محققان در جهت تدوین یک نظریه جامع در زمینه ازدواج ایرانی بوده و در سطح عملی می‌تواند کمک‌شایان توجهی به مشاوره ازدواج و درمان مشکلات زناشویی ارائه دهد. از طرفی نتایج بدست آمده در تدوین محتوای مشاوره پیش از ازدواج مثمر ثمر خواهد بود. امروزه بسیاری از زوج‌ها نیازمند آن هستند تا از رازهای موفقیت در زندگی زناشویی

مطلع گردند. نتایج پژوهش حاضر و پژوهش های مشابه می تواند کمک قابل توجهی در تحکیم نهاد ازدواج و خانواده در قالب فرهنگ بومی کشورمان ارائه نماید. پژوهش حاضر از محدودیت های نیز برخوردار است. از جمله عدم امکان نمونه گیری از خرده فرهنگ های گوناگون و بعضاً متضاد ایرانی و عدم تفکیک ازدواج های سنتی و غیر سنتی، که این مساله تعمیم نتایج به جامعه ایرانی را دشوار می سازد. از آنجا که پژوهش حاضر یک پژوهش بنیادی می باشد، هدف آن ایجاد و طراحی نظریه بوده و تعمیم نتایج در اولویت کار قرار ندارد. پیشنهاد می شود پژوهش های آتی گام مهمی در تفکیک قومیت ها ایرانی بردارند و برای هر خرده فرهنگ، شاخص های خاص خود آن خرده فرهنگ را تدوین نمایند. همچنین پیشنهاد می شود، نتایج پژوهش حاضر در یک نمونه گسترده به صورت کمی مورد آزمون قرار گرفته تا قابلیت تعمیم آن به جامعه ایرانی فراهم گردد. لازم به ذکر است، که تفکیک ازدواج های سنتی و غیر سنتی و تفکیک طبقات اجتماعی-اقتصادی در این زمینه نیز می تواند مثر ثمر واقع گردد.

References

- Sanaii, B. (2008). *Family and marriage scales*. Tehran: beesat publications.
- Sarookhani, B. (2006). *An introduction to family sociology*. Tehran. Srosh publications.
- Sattir, V. (2009). *Humanity in family psychology*. Translated by behrooz birashk. Tehran. Roshd publications.
- Sayadpoor, Z. (2002). *Successful marriage: The investigation of marital satisfaction in students*. Islamic Azad University. Tehran southern.
- Abdollahzadeh, H. (2002). *Marital satisfaction and equivalence couples*. Congress of students marriage. Sfehan: industrial university.
- Fathi ashtiani, A. Ahmadi, Kh. (2004). *The investigation of successful and not successful marriages in students*. Tow monthly journal of behaviour scientific. 7. 9-16.
- Gholizadeh, A. (1999). *The effect of equivalence marriage in Marital satisfaction*. Once congress of marriage. Azad University: Khorasgan branch.
- Karimi Sani, P., Smaili, M., Falsafinejad, M. R., Shafiabadi, A. Farahbakhsh, K. Ahiaii, K. (2010). *Providing the content of premarital counselling based on identifying spiritual and moral factors that predict successful marriage in tabrizian couples*. Journal of women and family studies. 7. 121-132.
- Mohsenzadeh, F. (2010). *The investigation of marital dissolution factors in traditional and modern marriages*. Phd thesis. Tehran. Kharazmi University.
- Mahlouji, H. (1992). *Family in Islam*. Tehran: tarbiat moallim university publications.
- Meshkini, A. (1980). *Marriage in Islam*. Ghom: yaser publications.
- Masahebi, M. R. (2002). *The relationship between similarities on personality traits and marital satisfaction in couples*. Journal of science and research. 11&12. 117-134.
- Asoodeh, M. H. Khalili, S., Daneshpour, M., & Lavasani, M. G. H. (2010). *Factors of successful marriage: accounts from self described happy couples*. Social and behavioral sciences. 5. 2042-2046.

- Bramlett, M.D. & Mosher, W.D.(2001). *First marriage dissolution , divorce and remarriage* : united states. Hyattsville, M.D: Ntionalcenter for health statistics.
- Bradbury, T.N., fincham, F.D. & beach, S.r.h.(2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction .*journal of marriage and family* .vol. 62. Pp. 964-980.
- Hall, S.S.(2006). Marital meaning: exploring young adults belief systems about marriage. *Journal of family issues*. 27. 1437-1458.
- James.A.L&Wilson.K.(2002). *Couples,conflict and change*.Taylor & Francis e-Library.
- Kim, H.K. &Mckenry, P.C.(2002). The relationship between marriage and psychological well-being.*journal of family issues*. 23. 885-911.
- Krahn.G& Putnam.M. (2003). Qualitative research methodologies. In M. Roberts and S. Ilardi (Eds.), *Methods of research in clinical psychology: A handbook* (PP. 176-195). New York: Blackwell Publishers.
- Lehrer, E. (2006). *Age at marriage and marital instability: Revisiting the Becker- Lades-Micheel hypothesis*. University of Illinois at Chicago and IZABONN.
- Luquet,.w.(2007). *Short term couple therapy*. London:Taylor & Francis Group.
- Madathil.J.,& Benschhoff, J. (2008). Importance of marital characteristics and marital satisfaction: A comparison of Asian Indians in arranged marriages and Americans in marriages of choice. *The Family Journal*. 16(3). 222-230.
- Mckenzie,P.T.(2003). *Factors of successful marriage: accounts from self described happy couples*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of philosophy. Harvard university.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research inCounseling and Psychotherapy*. London: SAGE Publications.
- Myers,J.E ., Madathil,J.&Tingle,L.R.(2005). Marriage satisfaction and wellness in india and the U.S:a preliminary comparison of arranged marriages and marriages of choice. *Journal of counseling and development*. 83. 183-190.
- Olson, D.H.&Olson,A.K.(2000). National survey of marital strengths, retrieved april,2003. From <http://www.prepare-enrich.com/research>.
- Ross, C.E.&Mirowsky, J. (1999). Parental divorce, life-course disruption and adult depression.*Journal of marriage and family*. 61. 1034-1045.
- Segrin,C. &Flora,J.(2005). *Family communication*.London:Lawerence Erlbaum associates publishers.
- South, S.J.(2001). The variable effects of family background on the timing of first marriage: united states1969-1993. *Social science research*. 30. 606-626.
- Strauss A.L, Corbin J.M. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. California: SAGE Publications, Inc.
- Thornton.A.axinn. G. xie.U.(2007) *Marriage and cohabitation*. The University of Chicago Press.
- Wolfinger,N.H.(2003). Parental divorce and offspring marriage:early or late. *Social forces*. 82. 337-353.



میر شاهی، مهری؛ قادری، علی رضا؛ معینی زاده، مجید (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر علائم بالینی شخصیت قربانیان جنسی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۶۴-۴۷.

اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر علائم بالینی شخصیت قربانیان جنسی

مهری میر شاهی^۱، علی رضا قادری^۲، مجید معینی زاده^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۰

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوء استفاده جنسی.

روش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی است که با طرح پیش-آزمون، پس-آزمون و پیگیری اجرا شده است. بدین منظور ۳۰ نفر از مددجویان دختر، دارای سن بالای ۱۸ سال و تحصیلات حداقل سیکل که تحت مراقبت مراکز بهزیستی مشهد بودند از طریق آزمودن غربالگری انتخاب و با روش نمونه گیری تصادفی ساده به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه های: قربانیان سوء استفاده جنسی، مهارت های زندگی و چند محوری بالینی میلون-۳ بود. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به مدت ۵ هفته تحت مداخله آموزش مهارت های زندگی قرار گرفت، همچنین گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با روش واریانس اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: الگوهای بالینی شخصیت قربانیان سوء استفاده جنسی، در ۳ بار اندازه گیری ($P < 0.001$) تفاوت معناداری را نشان دادند، همچنین بین دو گروه، بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت. برنامه آموزش مهارت های زندگی تأثیر معنی داری بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوء استفاده جنسی گذاشته است.

واژه های کلیدی: مهارت های زندگی، سوء استفاده جنسی، شخصیت

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات همدان. mehri.mirshahi@gmail.com

۲. استادیار، دانشگاه فردوسی مشهد، a-ghaderi@um.ac.ir

۳. استادیار، دانشگاه فردوسی مشهد. moeinizadeh@um.ac.ir

مقدمه

در تعریف شخصیت^۱ بین دیدگاه‌های مختلف اندیشمندان علم روان‌شناسی اتفاق نظری وجود ندارد و هر متفکر از زاویه دید خاصی به این قضیه نگاه کرده است. به‌طوری‌که کارل راجرز^۲ (Rogers, 1961)، شخصیت را یک خویشتن^۳ سازمان‌یافته می‌داند که محور تمام تجربه‌های وجودی است. اریکسون^۴ (Erikson, 1963) هم معتقد است که رشد انسان از یک سلسله مراحل و وقایع روانی اجتماعی ساخته شده و شخصیت انسان تابع نتایج آن‌ها است. فروید^۵ (Freud, 1923) هم عقیده دارد که شخصیت از نهاد^۶، من^۷، فرامن^۸ تشکیل شده است (Pashah & Golshokoh, 2009). در اصطلاح، شخصیت به ویژگی‌های نسبتاً ثابت فرد که در چگونگی رفتار او در موقعیت‌های مختلف بروز می‌کند، گفته می‌شود. به بیان دیگر، شخصیت ترکیب پیچیده‌ای از ویژگی‌های نسبتاً ثابت و پایدار نظیر احساسات، انگیزش‌ها، ظرفیت‌های یادگیری، مکانیسم‌های ادراکی و حتی ظرفیت‌های زیستی یک فرد است که نشانگر رفتار اوست. این ویژگی‌ها در اثر تجربه‌هایی که با دیگران داشته است، فراگرفته شده‌اند که در اثر تعامل دوسویه وراثت و محیط ناشی می‌شوند (همان منبع).

تجربیات هر فرد در تغییر ویژگی‌های شخصیتی او بسیار تأثیرگذارند که یکی از تجربه‌های مهلک، سوءاستفاده جنسی دوران کودکی^۹ است و آن شامل هرگونه تجربه جنسی ناخواسته‌ای است که بین یک فرد بزرگسال و یک کودک، بازور و یا با میل و رغبت رخ می‌دهد (Benedict, 1998 & Skinner, 2011). اشکال مختلف آن می‌تواند شامل؛ بوسیدن، نوازش کردن، تماشاگری جنسی، تهیه تصاویر هرزه‌نگاری و برقراری رابطه جنسی باشد (Goldman, 2007). بدین صورت افرادی که در دوران کودکی فشارهای روانی سوءاستفاده جنسی را تجربه کرده باشند در بزرگسالی مناطقی از ساختار مغزشان دچار تغییراتی شده که بر هیجان‌ها و احساسات آن‌ها کنترل ضعیفی خواهند داشت (Veague, 2007). با توجه به اینکه روش تفکر، احساس و رفتار هر فرد شخصیت او را می‌سازد، زمانی که این رفتارها از یک موقعیت به موقعیت دیگر یکسان باقی بمانند و فرد رفتاری انعطاف‌ناپذیر داشته باشد می‌گویند که او دارای اختلال شخصیت است (همان منبع). به عبارت دیگر، شخصیت الگوی پیچیده و بسیار عمیقی از ویژگی‌های روان‌شناختی است که

1. Personality

2. Carl Rogers

3. Self

4. Erik Erikson

5. Freud

6. Id

7. Ego

8. Super Ego

9. Childhood Sexual Abuse (CSA)

نمی توان به راحتی آن ها را ریشه کن کرد (Sharifi, 2007).

سوءاستفاده جنسی یکی از مهم ترین آسیب های اجتماعی است که ارتباط قوی با عملکرد روانی و اجتماعی افراد داشته و اغلب پیامدهای منفی برای قربانیان خود به جای می گذارد (Kleinke, 2010). به طور معمول، در قربانیان سوءاستفاده جنسی، بسیاری از اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی، عزت-نفس پایین، وابستگی به مواد، رفتار پر خاشگرا نه، اندیشه پردازی پارانوید^۱، اختلال استرس پس از آسیب^۲، اختلالات خلقی و افزایش خطر رفتار خودکشی، اختلالات شخصیت مرزی^۳ و اختلالات تجزیه ای^۴ مشاهده شده است (Ohadi, 2005). در پژوهشی دیگر این گونه مطرح شده است که قربانیان سوءاستفاده جنسی، در تعادل عاطفی، جسمانی، شناختی و اجتماعی شدن، دچار مشکل هستند و علاوه بر این، دچار مسائلی همچون احساس عدم عزت نفس و بینش صحیح در تشخیص مشکلات روانی خود هستند (Putnam, 2003). همچنین قربانیان سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، مستعد ابتلا به اختلالات روان پزشکی بوده و اغلب بسیاری از بیماری های روانی و جسمی را در طول زندگی خود تجربه می کنند (Wilson, 2010). فروید در مطالعه ای بین سوءاستفاده جنسی و رفتارهای خود تخریبی، عنوان می کند که قربانیان آسیب های زود هنگام کودکی، قدرت تحمل پایینی برای انگیزتگی روانی و فیزیولوژیکی دارند و پاسخ معمول آن ها به این انگیزتگی ها و محرک ها شامل؛ پر خاشگری به خود و دیگران و نیز گوشه گیری عاطفی است (Overskeid, 2007). پژوهش ها بیانگر آن است که زنان بیش از افراد دیگر اجتماع، مورد آزار و اذیت و سوءاستفاده جنسی قرار می گیرند و احتمال اینکه خشم به وجود آمده از این آزار را علیه خودشان بکار برند، بیشتر است (Gladstone, 2004).

نظریه روان تحلیلی بر این باور است که اضطراب های اولیه، رشد شخصیت را تحت تأثیر قرار می دهند این اضطراب ها از ترس مرگ و در نتیجه آسیب زود هنگام دوره کودکی^۵ است. مطالعات صورت گرفته نشان می دهد که نشانه های اختلال جسمانی شکل، اغلب توسط قربانیان نزدیکی با محارم گزارش گردیده است (McCarthy, 2004 & Lowenstein, 2004). همچنین اختلال شخصیت مرزی که شامل مجموعه ای از نشانه های مرتبط با تنظیم عاطفه، کنترل تکانه، واقعیت آزمایی و ارتباطات میان فردی است، با نشانه های اختلال استرس پس از آسیب، همپوشی داشته است (Mash & Barkle, 2003).

1. Paranoid ideation
2. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
3. Borderline Personality Disorders (BPD)
4. Dissociative disorders
5. Early Childhood Sexual Abuse (ECSA)

تاکنون پژوهش‌های معدودی تأثیر سوءاستفاده جنسی را بر ایجاد علائم روان‌شناختی در قربانیان سوءاستفاده جنسی بررسی نموده‌اند. با این وجود درک و فهم درست از علائم روان‌شناختی ایجادشده در آنان می‌تواند منجر به راه‌حل‌های آموزشی و درمانی شود، به همین دلیل بسیاری از این قربانیان در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند، و در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب‌پذیر می‌باشند، که می‌بایست توانایی‌های روانی-اجتماعی آن‌ها را تقویت نمود. مطالعات نشان داده‌اند که ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای و توانایی‌های روانی-اجتماعی در بهبود زندگی بسیار مؤثرند و این توانایی‌ها به‌عنوان مهارت‌های زندگی مطرح شده‌اند. بدین صورت که سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۱۹۹۳ پیشنهاد "آموزش مهارت‌های زندگی"^۲ را به‌منظور پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی جامعه به تمامی کشورها ارائه نموده است (Mohammadkhani & Noori, 2000). مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای از توانایی‌هایی هستند که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش داده و باعث می‌شوند که افراد مسئولیت‌های مربوط به نقش اجتماعی خود را پذیرفته و بدون صدمه زدن به خود و دیگران با چالش‌ها و مشکلات زندگی روبه‌رو شده و انتخاب‌ها و رفتارهای سالمی در سرتاسر زندگی داشته باشند (Mohammadkhani, 2012).

آموزش مهارت‌های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا نموده است، درواقع همچنان که رضایی و همکاران (Rezaee et al, 2009) عنوان می‌کنند دارای نقش مداخله‌ای است، به‌طوری‌که در پژوهشی که آن‌ها انجام دادند، دریافتند که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله-ای مفید، برای نوجوانان مراکز شبه خانوادگی بکار رود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی اثرات مثبتی بر روی بهداشت روانی داشته و سبب کاهش نشانه‌های روان‌پریشانه، روان‌رنجورانه، رفتارهای خودتخریبی، چاقی و پیشگیری از بی‌بندوباری جنسی شده و با عملکردهای بین فردی و سازگاری هیجانی همبستگی مثبت داشته است، همچنین باعث تسریع در بهبودی بیماران شده است (Khodabakhsh & Mansoori, 2011). همچنین در پژوهشی دیگر گزارش گردید که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش سازگاری اجتماعی در دختران نوجوان می‌شود (Rezaee et al, 2009). از سوی دیگر نظری و حسین‌پور (Nazari & Hoseinpoor, 2009) در تحقیق خود گزارش نمودند که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت جسمانی و روانی و مقابله با فشارهای محیطی مثل اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، افکار خودکشی، افت تحصیلی، ارتباطات بین

1. World Health Organization (W.H.O)

2. Life Skills Training (LST)

فردی و مصرف مواد مخدر تأثیر مثبتی داشته است. پیک و همکارانش^۱ (Pick et al, 2003) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی، خودکارآمدی و عزت نفس دختران نوجوان مکزیکی را افزایش داده است.

در بررسی های حمیدی (Hamidi, 2005) گزارش گردید که آموزش مهارت های زندگی به صورت معناداری بر بهبود وضعیت رفتاری نوجوانان تأثیر گذار است. تاتل و هیکلر^۲ (Tuttel & Heicler, 2006) طی پژوهشی آموزش مهارت های زندگی را به برنامه درسی دانش آموزان اضافه نمودند، نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از قابلیت فوق العاده نوجوانان در جهت ارتقاء و انعطاف پذیری مثبت آن ها بوده است.

در برخی از تحقیقات نشان داده شده است که آموزش مهارت های زندگی در احساس افراد نسبت به خودشان مؤثر و در بهبود توانایی برقراری ارتباط مثبت بوده است (Naderi & et al, 2009). همچنین مرادی و کلانتری (Moradi & Kalantari, 2006) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی باعث افزایش سلامت روانی و کاهش اضطراب و ناسازگاری اجتماعی زنان دارای ناتوانی های جسمی - حرکتی شده است. از سوی دیگر عبدالله پور (Abdollahpoor, 2006) در پژوهش خود نشان داد که آموزش مهارت های زندگی موجب کاهش خود پنداره منفی و کاهش اختلال در سلامت روان (شکایت جسمانی، وسواس - اجباری، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی و روان - پریشی) گردیده است.

با توجه به پژوهش های ذکر شده، پژوهش حاضر باهدف تدوین برنامه گروهی شناختی - رفتاری، آموزش مهارت های زندگی و تکنیک های مقابله ای را اجرا نموده است تا تقویت نگرش ها، روابط بین فردی و عاطفی، افزایش سطح کیفیت زندگی قربانیان سوء استفاده جنسی و اثرمداخله آموزش را بر شخصیت قربانیان سوء استفاده جنسی مورد بررسی قرار دهد.

تحقیق حاضر به دنبال آن است که: آیا آموزش مهارت های زندگی، می تواند در کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوء استفاده جنسی مؤثر باشد؟ یا خیر؟

روش

در پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش - آزمون، پس - آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بهره گیری شده است.

1. Pick et al

2. Tuttel & Heicler

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل مددجویان دختر بالای ۱۸ سال بود که حداقل دارای تحصیلات سیکل و تجربه سوءاستفاده جنسی دوران کودکی بودند و تحت حمایت مراکز بهزیستی شهرستان مشهد زندگی می‌کردند. تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها از طریق آزمودن غربالگری انتخاب و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل گمارده شدند. یکی از ملاک‌های ورود به پژوهش، کسب نمره متوسط به بالای پرسشنامه‌های: قربانیان سوءاستفاده جنسی^۱، مهارت‌های زندگی^۲ و چند محوری بالینی میلون-۳^۳ بود.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای موردنظر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف - پرسشنامه قربانی جنسی (SVQ): پرسشنامه قربانی جنسی فینکلهر^۴ (Finkelhor, 1979) یک پرسشنامه اندازه‌گیری در سطح گسترده است که تجربیات سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی را ارزیابی می‌کند. موارد SVQ که عمل جنسی را موردبررسی قرار داده‌است شامل سؤالاتی مانند این است: "آیا شما هیچ‌یک از تجربیات زیر را قبل از سن ۱۲ سالگی داشته‌اید" (برای مثال بوسیدن و بغل کردن به شیوه‌ای جنسی، آیا شخص دیگری شما را به طریق جنسی نوازش کرده است؟ و یا با کسی مقاربت داشته‌اید؟) مواردی که شرایط تجربه را موردبررسی قرار داده‌اند شامل: سؤالاتی مرتبط با سن در زمان تجربه، سن سوءاستفاده کننده و اینکه آیا تهدید یا اجباری در آن زمینه صورت گرفته است، می‌باشد (Finkelhor, 1979). در مطالعه هاپسون^۵ (Hopson, 2010) سوءاستفاده جنسی دوران کودکی، بر اساس پاسخ "بله" شرکت‌کنندگان به تجربه جنسی در ۱۲ سالگی و یا قبل از آن تعیین گردید. همچنین سؤالاتی مطرح شد مبنی بر اینکه سوءاستفاده کننده بیش از ۵ سال اختلاف سنی داشته و یا اینکه اجبار یا اتفاق نظر وجود داشته است یا نه؟ این پرسشنامه برای اولین بار در داخل کشور، توسط قادری و میرشاهی مورد استفاده قرار گرفته است، بدین صورت که بررسی پایایی پرسشنامه قربانی جنسی با توجه به آلفای کرون باخ^۶ ۰/۵۴۹ در حد نسبتاً قابل قبول گزارش گردید. همبستگی بین دونیمه آزمون و بررسی همسانی بین دونیمه با روش‌های اسپیرمن-براون و گاتمن

1. Sexual Victimization Questionnaire (SVQ)

2. Life Skills Inventory (LSI)

3. Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3th edition (MCMI-III)

4. Finkelhor

5. Hopson

6. Cronbach's Alpha

همگی در حد مطلوب بوده است. گزارش تحلیل عاملی این آزمون، KMO^۱ (۰/۵۷۶) نیز در دامنه قابل قبولی قرار داشته است. همچنین مقدار کرویت بارتلت^۲ برابر با (۶۸/۴۴۲) به دست آمده که در درجه آزادی ۴۵ و سطح (P < ۰/۰۵) معنی دار است.

ب- پرسشنامه مهارت های زندگی: این پرسشنامه، اولین بار توسط قیاسی (Ghyasi, 2000) ساختار سازی شد و آخرین بار توسط یوسفی (Yoosefhi, 2004) انجام پذیرفت. که شامل ۱۴۴-سؤال و ۱۹ زیرمقیاس است که عبارتند از: (۱) مهارت خودآگاهی، (۲) داشتن هدف در زندگی، (۳) مهارت های مربوط به ارتباط های انسانی، (۴) مهارت روابط بین فردی و همدلی، (۵) مهارت تصمیم گیری، (۶) بهداشت و سلامت روانی، (۷) سلامت جسمانی، (۸) مهارت در حل مسئله، (۹) مهارت مشارکت و همکاری، (۱۰) مهارت تفکر خلاق، (۱۱) تفکر انتقادی، (۱۲) نشان دادن مسئولیت های فردی، (۱۳) درک اصول آزادی و عدالت، (۱۴) شرکت در فعالیت هایی که منافع را بهبود می بخشند، (۱۵) نشان دادن رفتارهای اجتماعی، (۱۶) شهروند جهانی- شدن، (۱۷) مهارت های حرفه ای، (۱۸) مهارت های مربوط به رعایت و به کارگیری نکات ایمنی، (۱۹) نحوه گردآوری اطلاعات.

این پرسشنامه دارای طیف لیکرت (۵ گزینه ای) است بدین ترتیب که گزینه ۰=عدم مهارت، ۱=ضعیف، ۲=نسبتاً ضعیف، ۳=نسبتاً قوی، ۴=قوی، را به خود اختصاص می دهد. از این رو بالاترین نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۵۶۷ و پایین ترین نمره صفر می باشد. هر قدر نمره فرد به سوی بالاترین میزان گرایش یابد، مهارت های زندگی اکتسابی وی، بیشتر است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در تحقیق قیاسی با استفاده از روش های آلفای کرون باخ، ضریب $a=0/97$ به عنوان ضریب اعتبار، محاسبه گردید؛ و در سال ۲۰۰۴ در تحقیق یوسفی با تأکید بر روش آلفای کرون باخ، ضریب $a=0/95$ به عنوان مهر تأییدی بر مطلوب بودن شاخص های روان سنجی این ابزار زده شد (Hoseinpoor, 2012).

ج- آزمون چندمحوری بالینی میلون-۳: نسخه اصلی این آزمون توسط تئودور میلون (Teodor Millon, 1977) تدوین و ارائه شد و از آن زمان تاکنون دو بار تجدیدنظر شده است. این آزمون نسخه سوم پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون است که در سال ۱۹۹۴ تجدیدنظر شد و در گروه های انجمن روان شناسی آمریکا معرفی گردید. نسخه سوم آن توسط شریفی در سال ۱۳۸۱ در اصفهان هنجاریابی شد. آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳ یک مقیاس خود سنجی با ۱۷۵ گویه بلی/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد و برای افراد بالاتر از ۱۸ سال با سطح سواد تقریباً هشت کلاس ساخته شده

1.Kaiser-Meyer-Olkin

2.Bartlett

است فتحی آشتیانی (Fathi-Ashtiani, 2012). آزمون بالینی چند محوری میلون-۳ یک مقیاس خود عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و دو راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا است. برای هنجاریابی پرسشنامه میلون-۳ از نمره‌های نرخ پایه بجای نمره استاندارد استفاده شده است. در مطالعه شریفی (Sharifi, 2007) روایی مقیاس‌های میلون-۳ از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل: توان پیش‌بینی مثبت (دامنه ۰/۵۸/ شخصیت نمایشی تا ۰/۸۳/ اختلال هذیانی)، توان پیش‌بینی منفی (دامنه ۰/۹۳/ شخصیت منفی گرا تا ۰/۹۹/ اختلال اضطرابی) و توان پیش‌بینی کل (دامنه ۰/۸۶/ اختلال افسرده خویی تا ۰/۹۳/ اختلال استرس پس از ضربه) به‌دست آمده است. روایی تشخیصی تمام مقیاس‌های میلون-۳ بسیار خوب برآورده شده است.

شیوه آموزش

آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۵ هفته، در معرض آموزش مهارت-های زندگی (شامل: مهارت‌های خودآگاهی، همدلی، ارتباط مؤثر و روابط بین فردی، ابراز وجود و جرأت-مندی، مقابله با خلق منفی، خشم و هیجان، مدیریت استرس، حل مسئله، مدیریت زمان و تصمیم‌گیری، تفکر خلاق و نقادانه)، با تمرکز بر کاهش علائم بالینی سوءاستفاده جنسی، به روش یادگیری مشارکتی، گروهی، بحث و گفتگو، پرسش و پاسخ که پژوهشگر نقش سازمان دهنده را داشت قرار گرفتند، ولی آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. سپس بلافاصله بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر دو گروه، پس از آزمون و پس از گذشت ۴۵ روز آزمون پیگیری به عمل آمد. جدول ۱ خلاصه فرایند گروه‌درمانی شناختی-رفتاری آموزش مهارت‌های زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. خلاصه برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به تفکیک جلسات

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوش آمدگویی و معارفه و برقراری رابطه حسنه با یکدیگر، تعیین اهداف و تشریح قوانین گروه از جمله زمان حضور، روال جلسات و محرمانه بودن، بررسی انتظار آزمودنی‌ها از درمان، آشنایی آن‌ها با علائم بالینی شخصیت به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی و خلاصه‌ای از شیوه آموزشی شناختی-رفتاری آموزش مهارت‌های زندگی و به کارگیری تکنیک‌های مداخله مبتنی بر ارائه تکلیف، نقش‌آفرینی و ارزیابی مشکلات و شناخت احساسات خوشایند و ناخوشایند آزمودنی‌ها. چگونگی پر کردن جدول ثبت تغییر افکار (موقعیت‌ها و هیجان‌ها) و برنامه فعالیت هفتگی و گرفتن بازخورد، و باز بینی تکالیف در هر جلسه و... در این جلسه مهارت خودآگاهی و شناخت و آگاه‌سازی از نقاط ضعف و قوت، آموزش داده شد تا تأثیر این

مهارت ها بر اختلالات شخصیت ایجاد شده ناشی از سوءاستفاده جنسی دوران کودکی در مددجویان بررسی گردد.	
در این جلسه همدلی آموزش داده شد و سه مهارت آن شامل: گوش دادن دقیق و فعال، تعبیر و تفسیر مناسب علائم بین فردی و پاسخگویی همدلانه در بین مددجویان مورد ارزیابی قرار گرفت.	دوم
در این جلسه مهارت های ارتباط مؤثر و روابط بین فردی مؤثر و شناخت عناصر ارتباط و موانع آن به مددجویان آموزش داده شد. تا تأثیر آن بر شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی بررسی گردد.	سوم
آموزش مهارت ابراز وجود و رفتار جرات ورزی و مقابله با رفتارهای ناخوشایند و توصیه هایی برای "نه" گفتن به مددجویان آموزش داده شد. هدف: آشنایی و توانمندسازی در زمینه مهارت ابراز وجود و رفتار جرات ورزی و مقابله با رفتارهای ناخوشایند.	چهارم
آموزش مدیریت هیجان و مقابله با خلق منفی شامل: خشم، اضطراب، افسردگی ایجاد شده به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی.	پنجم
آموزش مهارت راهبردهای مقابله با استرس: آرام سازی، مدیریت زمان، آموزش رفتار قاطعانه، مقابله با افکار غیرمنطقی، تغذیه، ورزش های هوازی و یوگا؛ و توصیه هایی دیگر جهت کاهش برانگیختگی و بیان عواطف پریشان کننده ناشی از سوءاستفاده جنسی.	ششم
آموزش مهارت های حل مسئله شامل: تشخیص مشکلات، علل و ارزیابی دقیق، درخواست کمک، مصالحه (برای حل تعارض)، آشنایی با مراکزی برای حل مشکلات، تشخیص راه حل های مشترک برای جامعه؛ و تأثیر آن در اختلالات شخصیت ایجاد شده به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی.	هفتم
آموزش مهارت تصمیم گیری و مدیریت زمان؛ و تأثیر آن بر اختلالات شخصیت ایجاد شده به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی.	هشتم
آموزش تفکر خلاق، تفکر مثبت و تفکر نقادانه شامل: آموزش توانایی تحلیل اطلاعات و تجارب، ادراک تأثیرات اجتماعی و فرهنگی بر ارزش ها، نگرش ها و رفتار، واقف شدن به این مسئله که دیگران همیشه درست نمی گویند؛ و آگاهی از نقش یک شهروند مسئول؛ و بررسی تأثیر آن بر اختلالات شخصیت ایجاد شده به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی.	نهم
مرور کلی مطالب جلسات قبل و ارتقاء تکنیک های شناختی-رفتاری. گرفتن پس آزمون. هدف کلی: توانمند سازی در زمینه مهارت های زندگی، همچنین بررسی اثربخشی آن بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی.	دهم

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای انجام عملیات آماری و تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (مفروضه کرویت و اصلاح گرینیهوس-گیسر) و برای مقایسه های دو گانه از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده گردید و معنی داری بین گروه ها در سه مرحله مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی در جدول ۲ نشان داده شده است که شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در الگوهای بالینی شخصیت در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌ای متغیر الگوهای بالینی شخصیت در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس		گروه		آزمایش = ۱۵		کنترل = ۱۵	
				میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مرزی	پیش‌آزمون	۵۸/۱۳	۱۱/۶۷	۶۰/۶۰	۱۴/۴۴		
	پس‌آزمون	۳۲/۶۶	۱۴/۱۶	۶۱/۵۳	۱۳/۸۲		
	پیگیری	۳۶/۷۳	۱۳/۹۳	۶۴/۱۳	۱۸/۲۰		
پارانویید	پیش‌آزمون	۶۳/۴۶	۱۶/۹۷	۵۷/۶۶	۱۶/۷۵		
	پس‌آزمون	۴۱/۴۶	۱۴/۵۳	۶۱/۴۶	۱۲/۸۱		
	پیگیری	۴۴/۵۳	۱۶/۲۹	۶۲/۰۰	۱۴/۳۱		
دوری‌گزین	پیش‌آزمون	۵۷/۵۳	۲۰/۵۱	۵۵/۲۶	۱۴/۲۹		
	پس‌آزمون	۴۳/۵۳	۱۳/۷۱	۵۷/۰۶	۱۱/۲۵		
	پیگیری	۴۲/۸۶	۱۸/۶۵	۵۶/۰۶	۱۲/۱۸		
افسرده	پیش‌آزمون	۷۴/۵۳	۲۱/۸۳	۷۲/۲۶	۲۲/۵۱		
	پس‌آزمون	۴۱/۱۳	۲۳/۵۹	۷۷/۰۶	۱۷/۳۶		
	پیگیری	۵۱/۰۰	۲۱/۵۹	۷۷/۵۳	۱۸/۴۷		
وابسته	پیش‌آزمون	۵۰/۸۶	۱۸/۱۱	۴۶/۵۳	۲۴/۸۰		
	پس‌آزمون	۲۲/۶۶	۱۲/۹۵	۴۹/۳۳	۲۲/۹۸		
	پیگیری	۲۴/۸۰	۱۶/۸۶	۵۲/۶	۲۴/۵۱		
دیگر آزار	پیش‌آزمون	۴۶/۰۶	۲۱/۶۵	۴۲/۷۳	۲۱/۳۲		
	پس‌آزمون	۲۴/۴۶	۱۰/۲۱	۴۲/۷۳	۱۷/۳۲		
	پیگیری	۲۸/۴۶	۱۷/۷۷	۴۸/۳۳	۱۲/۰۳		
منفی‌گرا	پیش‌آزمون	۶۰/۷۳	۲۰/۴۷	۵۶/۴۰	۱۲/۶۸		
	پس‌آزمون	۲۸/۲۰	۱۸/۵۷	۶۳/۷۳	۱۸/۸۷		
	پیگیری	۳۹/۲۶	۲۰/۰۳	۶۲/۶۰	۱۶/۸۹		
خودآزار	پیش‌آزمون	۵۴/۲۶	۵۱/۴۰	۲۲/۲۱	۱۲/۶۸		
	پس‌آزمون	۲۴/۲۰	۱۸/۵۶	۶۰/۶۶	۱۵/۴۴		
	پیگیری	۴۱/۴۰	۲۲/۵۹	۶۰/۱۳	۱۶/۷۱		

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می دهد یافته ها بیانگر آن است که در مرحله پیش آزمون، در گروه آزمایش، بیش ترین میانگین را یافته های شخصیت افسرده (۷۴/۵۳) و کمترین میانگین را یافته های شخصیت ضداجتماعی (۴۳/۴۰) به خود اختصاص داده است.

داده های پژوهش نشان دادند که میانگین های شخصیت افسرده (۴۱/۱۳) و شخصیت ضداجتماعی (۳۶/۱۳) کاهش پیدا کرده است.

همچنین یافته های متغیرهای دیگر گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری، حاکی از اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی و تفاوت معنی داری بین آن ها بوده است.

از سوی دیگر، بررسی های صورت گرفته بر روی گروه کنترل که مداخله ای را تجربه نکرده بود، حاکی از عدم معنی داری میانگین ها طی سه مرحله آزمون بود.

جدول ۳- خلاصه نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	F	df _۱	df _۲	سطح معناداری
مرزی	۰/۱۸۴	۱	۲۸	۰/۶۷۱
پارانویید	۰/۶۲۹	۱	۲۸	۰/۴۳۴
دوری گزین	۲/۳۱۸	۱	۲۸	۰/۱۳۹
افسرده	۰/۳۶۶	۱	۲۸	۰/۵۵۰
وابسته	۳/۸۶۵	۱	۲۸	۰/۰۵۹
دیگر آزار	۱/۱۳۶	۱	۲۸	۰/۲۹۶
منفی گرا	۱/۶۴۸	۱	۲۸	۰/۲۱۰
خود آزار	۳/۹۸۷	۱	۲۸	۰/۰۵۶

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود نتایج آزمون همگنی واریانس های گروه های آزمایش و کنترل برای مؤلفه های الگوهای بالینی شخصیت (مرزی، پارانویید، دوری گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی گرا و خود آزار) معنی دار نمی باشد؛ بنابراین واریانس های گروه آزمایش و کنترل یکسان است برای بررسی سؤال های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شده است که نتایج آن را در جدول ۴ و ۵ نشان داده می شود.

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های الگوهای بالینی
شخصیت گروه‌های آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری
اثر پیلاپی	۰/۷۰۲	۶/۱۷۵ ^a	۸	۲۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۹۸	۶/۱۷۵ ^a	۸	۲۱	۰/۰۰۱
اثر هنتلیک	۲/۳۵۲	۶/۱۷۵ ^a	۸	۲۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۳۵۲	۶/۱۷۵ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < ۰/۰۱$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (مرزی، پارانوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی‌گرا و خودآزار) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بروی میانگین نمره‌های مؤلفه‌های الگوهای بالینی شخصیت پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	df	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
مرزی	۶۲۴۹/۶۳۳	۱	۶۲۴۹/۶۳۳	۳۱/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۱
پارانوئید	۳۰۰۰/۰۰۰	۱	۳۰۰۰/۰۰۰	۱۵/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶۳	۰/۹۷۱
دوری‌گزین	۱۳۷۳/۶۳۳	۱	۱۳۷۳/۶۳۳	۸/۷۲۸	۰/۰۰۶	۰/۲۳۸	۰/۸۱۴
افسرده	۹۶۸۴/۰۳۳	۱	۹۶۸۴/۰۳۳	۲۲/۵۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۰/۹۹۶
وابسته	۵۳۳۳/۳۳۳	۱	۵۳۳۳/۳۳۳	۱۵/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴	۰/۹۶۵
دیگر آزار	۲۵۰۲/۵۳۳	۱	۲۵۰۲/۵۳۳	۱۲/۳۷۹	۰/۰۰۲	۰/۳۰۷	۰/۹۲۴
منفی‌گرا	۹۴۶۹/۶۳۳	۱	۹۴۶۹/۶۳۳	۲۷/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	۰/۹۹۹
خودآزار	۹۹۷۳/۶۳۳	۱	۹۹۷۳/۶۳۳	۳۴/۲۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۰	۱

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در همه الگوهای بالینی شخصیت در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار است؛ بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی سبب کاهش علائم بالینی

شخصیت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. لازم به توضیح است برای تداوم اثربخشی، آموزش مهارت های زندگی پیگیری پس از ۴۵ روز انجام شد که نتایج حاصل از مرحله پیگیری در جدول ۶ و ۷ آورده شده است.

جدول ۶- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بروی میانگین نمره های مؤلفه های الگوهای بالینی شخصیت پیگیری آزمون گروه آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری
اثر پیلایی	/۵۷۳	۳/۵۲۶ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱۰
لامبدای ویلکز	/۴۲۷	۳/۵۲۶ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱۰
اثر هنتلیک	۱/۳۴۳	۳/۵۲۶ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱۰
بزرگ ترین ریشه روی	۱/۳۴۳	۳/۵۲۶ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱۰

مندرجات جدول ۶ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < ۰/۰۱$ تفاوت معنی داری وجود دارد بر این اساس می توان گفت دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (مرزی، پارانویید، دوری گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی گرا و خودآزار) آزمون پیگیری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۷ درج شده است.

جدول ۷- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بروی میانگین نمره های مؤلفه های الگوهای بالینی شخصیت آزمون پیگیری گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	df	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
مرزی	۵۶۳۰/۷۰۰	۱	۵۶۳۰/۷۰۰	۲۱/۴۳۱	۰/۰۰۰	۰/۴۳۴	۰/۹۹۴
پارانویید	۲۲۸۸/۱۳۳	۱	۲۲۸۸/۱۳۳	۹/۷۳۱	۰/۰۰۴	۰/۲۵۸	۰/۸۵۳
دوری گزین	۱۳۰۶/۸۰۰	۱	۱۳۰۶/۸۰۰	۵/۲۶۴	۰/۰۲۹	۰/۱۵۸	۰/۶۰۱
افسرده	۵۲۸۰/۱۳۳	۱	۵۲۸۰/۱۳۳	۱۳/۰۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸	۰/۹۳۷
وابسته	۵۵۷۶/۰۳۳	۱	۵۵۷۶/۰۳۳	۱۲/۵۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰	۰/۹۲۸
دیگر آزار	۲۹۶۰/۱۳۳	۱	۲۹۶۰/۱۳۳	۱۲/۸۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵	۰/۹۳۳
منفی گرا	۴۰۸۳/۳۳۳	۱	۴۰۸۳/۳۳۳	۱۱/۸۸۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹۸	۰/۹۱۴
خودآزار	۲۶۳۲/۳۳	۱	۲۶۳۲/۳۳	۶/۶۶۳	۰/۰۱۵	۰/۱۹۲	۰/۷۰۳

مندرجات جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در الگوهای بالینی شخصیت در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است؛ بنابراین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در مرحله پیگیری ۴۵ تداوم داشته است و باعث کاهش تمامی الگوهای بالینی شخصیت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری شده است.

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی است. بدین گونه که تجربیات دردناک دوران کودکی، تغییراتی در شناخت و الگوهای رفتاری قربانیان سوءاستفاده جنسی ایجاد نموده است که آن تجربیات موجب ویژگی‌های انعطاف‌ناپذیری، اجتنابی و مشکلات بین فردی شده است. همچنین سوءاستفاده جنسی دوره کودکی بر هیجان‌ها و احساسات قربانیان اثرات منفی بر جای گذاشته که منجر به کاهش بهداشت روانی در آنان شده است. لذا به منظور تأمین سلامت روان و احیاء روابط بین فردی - اجتماعی بیشتر و سازنده‌تر و به جهت پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی - جسمی شدیدتر قربانیان سوءاستفاده جنسی در این مطالعه؛ آموزش مهارت‌های زندگی با تمرکز بر کاهش علائم بالینی سوءاستفاده جنسی شامل: خودآگاهی، ارتباط‌های انسانی مؤثر و روابط بین فردی و همدلی، ابراز وجود و جرأت‌مندی، مشارکت و همکاری، مسئولیت‌های فردی، آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای با خلق منفی، و آموزش مهارت‌های تفکر خلاق و انتقادی با روش یادگیری مشارکتی و گروهی، توانایی‌های شناخت، رابطه بین فردی و برقراری ارتباط مؤثر با دیگران، به عنوان یک روش مداخله‌ای برای قربانیان سوءاستفاده جنسی طراحی شده تا اثربخشی آن بر کاهش علائم بالینی شخصیت آن‌ها موردبررسی گیرد. نتایج یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که: آموزش مهارت‌های زندگی موجب شده است که آزمودنی‌ها، شناخت بیشتری نسبت به خود پیدا کنند و نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و در جهت اصلاح آن بکوشند. داده‌های پژوهش بیانگر آن است که پس از آموزش مهارت‌های زندگی، میانگین شخصیت‌های مرزی، پارانوید، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی‌گرا و خودآزار نسبت به مرحله قبل از آموزش کاهش معنی‌داری داشته‌اند که بیانگر تأثیر آموزش بر شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی از تأثیر آموزش در متغیرهای شخصیت‌های مرزی، پارانوید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی‌گرا و خودآزار طی ۳ بار اندازه‌گیری بوده و همچنین تفاوت معنی‌دار قبل و بعد از آموزش را نشان داده است که مؤید فرضیه پژوهش است. در تبیین این

تحقیق، می توان گفت: آموزش شناختی-رفتاری مهارت های زندگی موجب اصلاح افکار ناسازگار قربانیان شده و الگوهای رفتاری آن ها را انعطاف پذیر نموده و به علت افکار و احساسات و تجربه دردناک دوران کودکی خود که اغلب مورد اجتناب قرار گرفته بودند به آن ها کمک کرد تا نقاط قوت و ضعف خود را شناخته و در جهت اصلاح آن بکوشند. در این راستا راهکارهای مقابله با مشکلات، به روش کارآمدتر و مناسب تر اتخاذ گردید و در نتیجه، اضطراب و نگرانی ها نیز سیر نزولی پیدا کرد و در مقابل توانایی های آنان در زمینه های مهارت های همدلی، برقراری ارتباط مؤثر و روابط بین فردی افزایش یافت. از طرف دیگر نتایج مربوط به شخصیت های هیستریایی، خودشیفته، ضداجتماعی و وسواسی تفاوت های معنی داری را نشان ندادند. نتایج آزمون مقایسه های دوگانه بیانگر آن است که وضعیت قربانیان بعد از آموزش تا آزمون پیگیری تغییر محسوسی را دربر نداشته و تقریباً ثابت مانده است که حاکی از ماندگاری اثر آموزش و ثبات آزمون ها است. در تبیین یافته های این آزمون می توان گفت که: آموزش مهارت های زندگی روی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی تأثیر گذاشته و به طور چشمگیری موجب کاهش علائم بالینی شخصیت آن ها شده است؛ و فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی تأثیر دارد، تأیید شده است.

پژوهش حاضر در کنار سایر نتایج مشابه، به اهمیت آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم شخصیت های اسکیزوتایپال مرزی، پارانوید، اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، ضداجتماعی، دیگر آزار، وسواسی، منفی گرا و خودآزار در قربانیان سوءاستفاده جنسی پرداخته است. نتایج این پژوهش همسو با تحقیق رضایی و همکاران (Rezaee et al, 2009)، خدابخش و منصوری (Khodabakhsh & Mansoori, 2011) که دریافتند آموزش مهارت های زندگی می تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید، برای نوجوانان مراکز شبه خانواده بکار رود، است. همچنین پژوهش های رضایی (Rezaee, 2009)، طارمیان (Tarehman, 2002)، پیک و همکارانش (Pick et al, 2003)، حمیدی (Hamidi, 2005)، تاتل و هیکلر (Tuttel & Heicler, 2006)، مرادی و کلانتری (Moradi & Kalantari, 2006) و عبدالله پور (Abdollahpoor, 2006) نیز در همین راستا قلمداد می گردد.

تحقیقات نشان داده اند مهارت های زندگی، مجموعه ای از توانمندی ها هستند که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش داده و در نتیجه شخص قادر می شود بدون اینکه به خود و دیگران صدمه بزند، مسئولیت های مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش ها و مشکلات روزانه زندگی به شکل مؤثر روبه رو شود. (Mohammadkhani, 2012)

به‌طور کلی می‌توان گفت؛ که یادگیری موافقت‌آمیز مهارت‌های زندگی، باعث افزایش توانایی‌های افراد آسیب‌دیده شده و در نتیجه تغییر افکار، تغییر شناخت و رفتار را در پی داشته است. بدین صورت علائم بالینی شخصیت‌های اسکیزوتایپال مرزی، پارانوئید، اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، ضداجتماعی، دیگر آزار، وسواسی، منفی‌گرا و خودآزار در قربانیان سوءاستفاده جنسی کاهش یافته است. انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بوده است که از جمله؛ فشردگی مطالب آموزشی و ارائه آن در مدت‌زمان محدود، بی‌حوصلگی در پاسخگویی به سؤالات آزمون‌ها، به علت تعداد زیاد سؤالات آزمون مهارت‌های زندگی و نیز آزمون چندمحوری بالینی میلون-۳ است.

پیشنهادهای

بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که آموزش مهارت‌های زندگی به‌عنوان یک روش پیشگیری مورد استفاده قرار گرفته و همچنین به‌عنوان یک روش آموزشی در جهت حفظ سلامت روانی جامعه و پیشگیری از علائم روان‌شناختی آسیب‌دیدگان جامعه که کاهش هزینه‌های درمانی را در پی خواهد داشت، در موارد زیر مورد استفاده قرار گیرد:

۱) در مؤسسات آموزشی (مدارس، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی دیگر).

۲) در سازمان بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی، مراکز اجتماعی و مشاوره.

۳) در صداوسیما با برنامه‌های آموزشی و آموزنده.

۴) در زندان‌ها، دادگاه‌ها.

در پایان از مسئولین محترم سازمان بهزیستی استان خراسان رضوی که امکان انجام این پژوهش را در مراکز مورد نظر فراهم نمودند و همچنین از مددجویان عزیزی که بدون همکاری آن‌ها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود، نهایت تشکر و قدردانی را می‌نمایم.

References

- Abdollahpoor, M. (2006). The effect of life skills training on self-esteem, self-concept and mental health of high school second grade male students of Kohgiluyeh city (Master's thesis). Sciences and Research, Ahvaz Branch. (In Persian)
- Benedict, M.I (1998). Parenting among women sexually abuse in childhood. John Hopkings University (Data Set).
- Fathi-Ashtiani, A. (2012). Psychological Tests: Personality and Mental Health. Tehran: Publications Besat, pp 193.
- Finkelhor, D. (1979). Sexually victimized children (pgs. 157-184). New York: Free Press.
- Gladstone, G., Parker, G Mitchell, P., & Malhi, G. (2004). Implications of childhood trauma for depressed females: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and recidivism. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425.
- Goldman, J, D, G. (2007). Primary school student - teachers' knowledge and understandings of child sexual abuse and its mandatory reporting, *International Journal of Educational research*. 46, 368-381.
- Hamidi, M. (2005). The effectiveness of life skills training on behavioral of female adolescents (Master's thesis). Allameh Tabatabaie University. (In Persian)
- Hopson, H. E. (May, 2010). Disclosure, Social reactions to disclosure, and mental health outcomes among adult child sexual abuse victims (Master's thesis). Dissertation number: 1484813. United States, East Tennessee State University, Johnson City.
- Hosseini, H. (2012). *The effectiveness of life skills training to reduce symptoms of shyness, depression, anxiety and stress of juvenile prisoners* (Master's thesis). Islamic Azad University- Torbatjameh branch. (In Persian)
- Lowenstein, R. J. (2004) Dissociation of the "bad" parent, preservation of the "good" parent. *Psychiatry*, 67(3), 256-260.
- Khodabakhsh MR, Mansouri P. (2011). The effect of life skills education on psychological. *Zahedan J Res Med Sci, (ZJRMS)*. 13(3): 51.
- Kleinke, C, L. (2010). Full set of life skills. Translated by Shahram Mohammadkhani. Tehran: Publications Resaneye Takhasosi.
- Mash, E J., Barkle, R E. (2003). Child Psychopathology. 2, Translated by H, Tozandehjani. J, Tavakolizadeh N, Kamalpoor, Gonabad: Avaye kelk-Marandiz, pp 200-207.
- McCarthy, J. (2004). Primitive anxiety and countertransference engagement. *Psychoanalytic psychology*, 21(4), 618-621. Doi:10.1037/0736—9735.21.4.618.
- Mohammadkhani, SH. (2012). Life skills training (1) Self-awareness and empathy. Tehran: Miankoshk. PP 6-24.
- Moradi, A, Kalantari, M. (2006). Impact of life skills education on mental profile of women with disabilities—mobility. *Journal exceptional children*. Year 6. No 1, 559-576. (In Persian)
- Millon, T. (1994). Millon Clinical Multiaxial Inventory – III manual, Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Nauderi, F., Bromandnasab, M., varzandeh, M. (2009). The effect of Life skills training to anxiety and assertiveness of high school Students in Behbahan city. *Journal of yaftehay no in the Psychology*, 44-53.
- Nazari, I., Hossein Poor, M. (2009). The effectiveness of Social skills to anxiety and self-esteem of female Students in Baghmalek high school. *Journal of yaftehay no in the*

- Psychology*, 96-97.
- Ohadi, B. (2005). Human non-national and national sexual behaviors and Sexuality. Esfan: publishing sadeghdayat, Vol 15, 287-296.
- Overskeid, G. (2007). Looking for Skinner and finding Freud. *American Psychologist*, 62, 590-595. Doi: 10.1037/0003-066X.62.6.590.
- Pick, S., Givudan, M., & Poortinga, V. H. (2003). Sexuality and life skills education: A Professional Perspective of the requirements for the degree Master of Social Work. *Psychiatry*, 67(3), 256-260.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Pasha, Gh., Golshokoh, F. (2009). Personality Assessment. Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz. 12.
- Rezaee, E., Malek Poor, M., Arizi, H. R. (2009, May). The effect of life skills education on adolescent stress and coping with stress in a family-like centers. *Scientific-Research Journal of Danshvar (rafter) Shahed University*, year 16, No 34, 21.
- Sharifi, A. A. (2007). Millon Clinical Multiaxial Inventory III. Tehran: Ravansanji Publishing 1, 41-42.
- Sperry, L. (2004). Psychotherapy of Personality disorder. T, By: H, Tozandehjani., H, Nejat., M, Musabadi, Neyshaboor: Firoze city.
- Tareman, F. (2002). Drug Abuse in Teens. Publications Tarbiat: Tehran, 46. (In Persian)
- Tuttle, J., Campbell-Heider, N., & David, T. M. (2006). Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study. *J Pediatr Health Care*, 20(3), 184-191. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.10.011.
- Veague, H. B. (2007). Personality disorders. T. By: Ataalla Mohammadi, Tehran: Arjmand, 2, 8-20. 2011.
- Wilson, D. R. (2010). Health consequences of childhood Sexual Abuse. *Perspective in Psychiatric Care*, 46(1), 56-64.
- World Health Organization. (2000). The life skills. Translated by Parvaneh Mohammadkhani, Robabe Noori Ghasemabadi, Tehran: Publications of Country Health Organization.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Translated by Ali Sahebi & Hasan Hamidpoor, Agah Publishing House & Arjomand Publishers, Tehran, 2005.

روح اله رحیمی^۱، کریم افشاری نیا^۲، گل محمدیان^۳، محسن جراه^۴، جمشید نریمانی^۵، بهمن (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی روان نمایشگری (سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور. دانشجو دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، (نویسنده مسئول)، Rohollahrahimi02@gmail.com



بررسی اثر بخشی روان نمایشگری (سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور

روح اله رحیمی^۱، کریم افشاری نیا^۲، محسن گل محمدیان^۳، جمشید جراه^۴، بهمن نریمانی^۵

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۵

چکیده

هدف: تعیین اثربخشی روان نمایشگری (سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور صورت گرفت.

روش: روش مطالعه، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه و جامعه آماری پژوهش، زنان نابارور مراجعه کننده به ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از شیوه های باز آزمایی، آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه کردن به ترتیب، با سابقه حداقل دو سال ناباروری بود. از میان آن ها ۳۰ نفر به صورت داوطلب انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. هر دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه به نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها علاوه بر شاخص های آمار توصیفی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که میزان افسردگی اعضای گروه آزمایش که در معرض روان نمایشگری قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه گواه به میزان معناداری ($P < 0/001$) کاهش یافت. این نتایج پس از یک دوره ی پیگیری سه ماهه تأیید شد. از روان نمایشگری می توان به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر در کاهش سطح افسردگی و تعدیل سایر اختلالات روانی در جمعیت های مشابه استفاده کرد. با توجه به درمان های سخت و طولانی ناباروری و احتمال بروز مشکلات روانشناختی، حضور روان شناسان بالینی در مراکز تشخیص و درمان ناباروری ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: روان نمایشگری، افسردگی، زنان نابارور.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، (نویسنده مسئول)، Rohollahrahimi02@gmail.com

۲. استادیار گروه روان شناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.

۳. استادیار گروه مشاوره دانشگاه رازی.

۴. استادیار دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی.

۵. کارشناس ارشد علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد.

مقدمه

زادآوری و باروری همواره یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به شمار رفته و داشتن یک فرزند، با رشد و ورود به دنیای بزرگسالی برابر دانسته شده است. باردار شدن برای بسیاری از زوج‌ها مرحله‌ای مهم و ناتوانی در باردار شدن به معنای فشار و درد و رنج خواهد بود (Rascanu & Vladica, 2012). ناباروری^۱ چیزی بیشتر از یک تشخیص پزشکی است و نوعی داغ اجتماعی نیز محسوب می‌شود. ناباروری برای مردان به عنوان حمله به قدرت مردانگی آنان و زنان نابارور نیز موجوداتی بی‌ثمر در نظر گرفته می‌شوند (Bliss, 1999). ناباروری پدیده‌ای زیستی، روانی و اجتماعی است، در نتیجه نمی‌توان آن را صرفاً به عنوان اختلالی در عملکرد اعضای بدن به حساب آورد، بلکه ابعاد دیگر آن نیز با اهمیت بوده و لازم است به آن توجه شایان شود (Ramazanzadeh, Noorbala & Abedinia, 2010). ناباروری به صورت ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری و ناتوانی در حاملگی موفق، تعریف می‌شود (Bennett, 2009). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۲ شکست در بارداری، حدود ۸۰ میلیون نفر را در دنیا درگیر نموده است. حدود یک چهارم زوج‌های ایرانی، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک خود تجربه می‌کنند و ۳/۴ درصد زوج‌ها در هر زمان مشکل ناباروری اولیه دارند (Riahi & Zarezadeh Mehrizi, 2012؛ به نقل از Khodakarami & et al, 2009). تشخیص ناباروری، انتظارات زوج‌های نابارور را از زندگی به چالش می‌کشد، زیرا ناباروری یک عامل تنش‌زای ناخواسته و برنامه‌ریزی نشده است و بسیاری از زوج‌ها از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح این مسئله برخوردار نیستند (Schmidt, 2006; Peterson, Newton & Feingold, 2007).

عباسی مولید، قمرانی و فاتحی زاده (Abbasi Molid, Ghamarani & Fatehizadah, 2009) در مطالعه خود، ۳۹ پژوهش داخلی با موضوع ناباروری را با روش تحلیل محتوا^۳ بررسی کردند. نتایج تحقیق آنان، ۵۳ آسیب بالقوه در زندگی زوج‌های نابارور ایرانی را در سه حیطه درون فردی، بین فردی و فرا فردی و پنج بعد شناختی، هیجانی، رفتاری، زیستی و محیطی طبقه‌بندی نموده است. در حوزه‌ی روانشناختی، مطالعات بسیاری در مورد ناباروری صورت گرفته است، زیرا ناباروری مشکلات عدیده‌ای را برای زوج‌ها ایجاد می‌کند. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به این نمونه‌ها اشاره کرد؛ رنج از برچسب ناباروری (Donkor & Sandall, 2007) به هم ریختن تصویر بدنی و کاهش عزت نفس (Solati dehkordi, Danesh, Gangi

1. Infertility
2. Word Health Organization
3. Content Analysis

(Peterson & Efert, 2011) آسیب در رابطه جنسی (Cwikel, Gidron & Shiner, 2004; & Abedi, 2005 پرداخت هزینه های گزاف جهت درمان و مراجعه مکرر به مراکز درمانی (Klock, 2004) عوارض ناشی از درمان های متعدد و داروهای مختلف، ترس از شکست درمانی و دخالت اطرافیان (Matsubayashi, 2001 Hosaka, Izumi, Suzuki & Makino, 2001) شادکامی، صفات شخصیتی و اختلالات روانی زوج های نابارور (Joyce, Bawo, Lawani, Olotu, 2011; Rasti, Hassanzadeh, & Mirzaeean, 2012) ; Morakinyo & Cousineau & Domar, 2007; Sultan & Tahir, 2011;). ناباروری می تواند سلامت روانی و جسمانی زوج ها را به مخاطره اندازد و آنان را بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روانشناختی قرار دهد (Aghayousefi, Zare, Choobsaz & Motiei, 2011). از جمله اختلالات روانشناختی که ممکن است زوج های نابارور را درگیر کند افسردگی است. پژوهش های روانشناختی (Montazeri & et al, 2014 Sbaragli & et al, 2008; Zarei, Rasulzadeh Tabatabai & Azin, 2012; 2013; Talaei & et al, 2014) نشان داده اند که ناباروری به عنوان یک تجربه پر از تنیدگی می تواند در برخی از زنان منجر به افسردگی و افزایش آن شود.

هر چند تحقیقات نشان داده اند که هم مردان و هم زنان، پریشانی، استرس و افسردگی ناشی از ناباروری را تجربه می کنند، اما به نظر می رسد زنان در زمینه ی مسائل درون فردی، بین فردی و فرا فردی در مقایسه با مردان، نگرش ها و احساسات متفاوت تری را تجربه می کنند (Alizadeh, Farahani, 2010) Tuzer & et al, 2010; shahraray & Alizadegan, 2005). مطالعات روانشناختی مرتبط، شیوع افسردگی در زنان نابارور را نسبت به مردان مشابه رایج تر می دانند (Ghafarinejad, Khobyari, McEwen, 2003; pouya, 1999; Khosravi, 2001) در مورد این موضوع معتقد است که مردان اگر به هر دلیلی در ایفای نقش های اجتماعی خود موفق نشوند، منابع دیگری جهت ارضاء در اختیار دارند و قادرند عدم موفقیت در باروری را در خلال انجام سایر نقش های اجتماعی و شغلی خود جبران نمایند؛ در حالی که ایفای نقش مادری، مهم ترین منبع اجتماعی ارضاء کننده برای زنان محسوب می شود.

افسردگی شایع ترین اختلال روانپزشکی است که با توجه به شیوع بالا و هزینه های درمانی، توجه بسیاری از متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. افسردگی در جهان چهارمین عامل بیماری زا و در ایران نیز بر اساس مطالعه ملی بیماری ها، سومین مشکل سلامتی کشور است (Montazeri & et al, 2013 Hayman & Chisholm, 2006; Lopez, Mathers & Ezzati, 2006). وقتی فردی در یکی از کارهای خود شکست می خورد و با ناکامی مواجه می شود به احتمال بسیار قوی، غمگین و دلگیر خواهد شد و این یک واکنش طبیعی و منطقی است اما اگر این حالت غمگینی از نظر شدت و مدت زمان با محرک

بیرونی تناسب نداشته باشد فرد دچار خلق افسرده می‌شود، به گونه‌ای که علاقه و احساس لذت را تقریباً در همه فعالیت‌ها از دست می‌دهد (Carr, 2005). همان‌طور که اشاره شد یکی از خطراتی که سلامتی زنان نابارور را تهدید می‌کند، اختلال افسردگی است. در مطالعات مختلف میزان ابتلا به افسردگی این زنان بین ۱۸/۳ تا ۹۶/۷ درصد گزارش شده است (Montazeri & et al, 2013). عدم توجه به اختلالات هیجانی زوج‌های نابارور به ویژه افسردگی، سیکل معیوبی ایجاد می‌کند که احتمال درمان ناباروری را کاهش می‌دهد (Van dan Akker, 2005). مطالعه فعال کلخوران، بهرامی، فرخی، زراعتی و ترحمی (Faal Kalkhoran, 2011) نشان داد که مهم‌ترین علت افزایش افسردگی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور، نگرش افراد نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است. حداقل به ۸۵ درصد افراد مبتلا به افسردگی می‌توان تا حد درخور توجهی کمک کرد. تشخیص و درمان زود هنگام، می‌تواند مدت و شدت افسردگی را به میزان زیادی کاهش دهد (Salmans, 2000)، ترجمه‌ی (Khalkhalizavie, 2003). برای بهبود اختلال افسردگی درمان‌های متعددی وجود دارند که از جمله آن‌ها می‌توان به روان‌درمانی و دارو درمانی اشاره کرد.

یکی از روش‌های مؤثر در درمان افسردگی، روان‌درمانی گروهی است. گروه‌های درمانی زمانی برای انسان ضرورت می‌یابند که گروه‌های طبیعی موجود در زندگی او از جمله خانواده به دلیل عملکرد نامناسب و وجود روابط ناسالم نتواند نقش پیشگیری و شفادهندگی خود را به درستی ایفا کند و منجر به بروز و تداوم اختلالاتی در فرد شوند (Mohammadi, 2007). محبوبیت گروه درمانی، به عنوان مهم‌ترین تحولی که در حیطه روان‌درمانی به وجود آمده است، عمدتاً ناشی از این اعتقاد است که مشکلات روانی از جمله افسردگی اساساً زائیده مشکلات بین فردی است. مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی حتی در سطوح نیمه بالینی، با مسائل بین فردی، تجربه‌ی استرس بین فردی و روابط اجتماعی آشفته ارتباط دارد (Stader & Hokason, 1998 ; Mufson & Dorta, 2000). پژوهش‌ها هم‌چنین نشان داده‌اند که تجارب بین فردی اغلب، عوامل آشکار ساز شروع افسردگی هستند (Holahan, Moos & Bonin, 1999). روان‌درمانی بین فردی^۱ با فرض کردن یک رشته‌مراحل که به افسردگی منجر می‌شوند، معتقد است افسردگی‌های واکنشی در دوره‌ی بزرگسالی به علت رویدادهای استرس‌زا مانند قطع رابطه یا فقدان‌های خاص ایجاد می‌شوند. از این‌رو اگر درمان شامل روابط بین فردی مناسب باشد در کاهش افسردگی افراد و به خصوص زنان بسیار مؤثر است. زیرا زنان از دوستی و روابط انسانی حظ و بهره‌ی بسیار می‌برند

1. Intrrpersonal Psychotherapy

(Moos, Cronkite & Moos, 1998). از این رو گروه درمانی به دلیل ماهیت رابطه محور و تأکید بر هم پیوستگی و حمایت، تشریک احساسات و تجربیات و دریافت بازخورد می تواند در رفع نشانگان افسردگی مؤثر باشد. مورنو (Moreno, 1889-1927) پیشگام نهضت گروه درمانی، معتقد است که مردم در گروه بیمار می شوند، پس چرا در گروه درمان نشوند (Sanaeizaker, 2011). از جمله روان درمانی های گروهی مورد استفاده در درمان بیماری های مزمن، روان نمایشگری^۱ است که به عنوان آمیزه ای از روان درمانی، آموزش مهارت های اجتماعی و نمایش مشکلات روانی و اجتماعی در نظر گرفته می شود (Hamamci, 2006). این روش یک رویکرد درمانی فعال است که شامل مؤلفه های روانی - آموزشی^۲ نیز می باشد. این رویکرد درمانی به گونه ای سازمان دهی شده است که شرکت کنندگان در آن می توانند ضمن ارتباط فعال با رهبر گروه و سایر اعضا بر فرایند درمان کنترل داشته باشد و به مرور که درمان پیش می رود بر نقش فعال خود بیافزایند (Leveton, 2001). مورنو (MorenoL) هم چنین بیان می دارد روش ما چیزی کمتر از شفا میان تمام بشریت است، او ما را به چالش در آغوش کشیدن این کشف بزرگش دعوت می کند (Korshak & Shapiro, 2013). مورنو (Moreno) خود در میان گروه، به صحنه می آمد و یک واقعه را که از اخبار روزنامه ها استخراج کرده بود، توصیف می کرد. حضار با کارگردان (Moreno) در این زمینه بحث می کردند و سپس کارگردان از آن ها دعوت می کرد تا به صحنه بیایند و آن واقعه را به صورت نمایش یا تأثر به اجرا درآورند. این بازیگران در زمینه تأثر، حرفه ای نبودند، بلکه هر یک مشکلات فردی و روانشناختی داشتند و برای درمان مراجعه کرده بودند (Blatner, 2002 ترجمه ی Haghshenas & Ashkani, 2005). همه پرده های نمایشی در این روش، فی البداهه هستند و هیچ متنی به عنوان متن نمایشی وجود ندارد زیرا در سایکودرام، اعضای گروه بازیگر نیستند بلکه دنیای خصوصی خود را بازی می کنند (Fathi, 2001). روان نمایشگری (سایکودراما) روشی درمانی است که در برابر انواع دیگر روان درمانی که در آن مراجعان فقط در مورد مشکلاتشان صحبت می کنند در درمان مشکلات اجتماعی و روانشناختی مفیدتر است (Blatner, 2002 ترجمه ی Haghshenas & Ashkani, 2005). روان نمایشگری در مورد همه افراد در سنین مختلف با هر نوع ناتوانی جسمانی و روانی و در همه ی شرایط و محیط های متفاوت به کار برده شده است (Rubin, 2005). در زمینه ی اثربخشی روان نمایشگری بر جنبه های مختلف سلامت روان تا کنون پژوهش های بسیاری انجام گرفته است. به عنوان نمونه می توان به زمینه های زیر اشاره کرد. کاهش پرخاشگری (Karatas Gokekan, 2009; Gatezade, 2013; khoubani, Zademohammadi & Jarare, 2009)

2. Psychodrama

3. Psycho- Educational

(2013) بهبود مهارت های اجتماعی (Sokoloff, 2006; Narimani, Biabangard, & Rajabi, 2007; Kooraki, Yazdkhasti, Ebrahimi, Oreizi, 2010; SoleymaniNejad, 2011; Akbari, 2013). افزایش شادکامی و ابراز وجود (Ahmadifoushani, Yazdkhasti & Oreizi, 2013) بازخورد سازمانی (Sadeghian & Etemadi, 2011) کاهش سطح اضطراب اجتماعی (Dadsetan, Anari & Molavi, 1999) بهبود وضعیت بیماران مبتلا به اختلالات روان پریشی و اسکیزوفرنی (Salehsedghpoor, 1999; Mohammadi & Mahmmudnia, 2012; et al, 2009).

روان نمایشگری علاوه بر مؤثر بودن در بهبود سایر اختلالات روانی، یک روش قابل اعتماد، مؤثر، مقرون به صرفه و پایدار در درمان افسردگی است (Rezaeian, 1997). روان نمایشگری به ویژه برای افسردگی های ناشی از فقدان مفید است (Salmans, 2000)، ترجمه ی (Khalkhalizavie, 2003). این روش به دلیل استفاده از شیوه های عملی و نمایشی به جای گفتگوهای کلامی صرف و با درمان و بازسازی مسائل عمیق گذشته فرد، از پتانسیل بالایی برای کاهش سطح افسردگی برخوردار است (Blatner, 2003). ره گوی، ابراهیمی بلیل، خانکه، رهگذر و رضائی (Rahgooy, Ebrahimi) Balil, Khankeh, Rahgozar & Rezae, 2006) در پژوهشی تحت عنوان؛ تأثیر نمایش روانی بر افسردگی زنان مبتلا به اختلال روانی با سیر طولانی، به این نتیجه رسیدند که این روش می تواند به کاهش میزان افسردگی منجر شود. این روش در کاهش افسردگی و در مجموع ارتقاء سلامت عمومی مؤثر است (Ghasempoor & Mahdavi, 2010). بهاری، بنی اسد، خدمتگزار و اسحاقی (Bahaari, Baniasad, Khedmatgozar & eshaghi, 2012) در پژوهش خود نشان دادند مداخله درمانی به شیوه نمایش روانی باعث کاهش افسردگی اساسی و افزایش میزان سلامت عمومی در گروه آزمایش شد. Rezaeian (1997) نیز سایکودراما را در کاهش سطح افسردگی بیماران مرد افسرده کارآمد یافت. در این تحقیق سایکودراما در مقایسه با درمان های پزشکی و ترکیب درمان های پزشکی و سایکودراما در کاهش میزان افسردگی مؤثرتر نشان داد. البته نمایش روانی بعد از یک دوره ی پیگیری شش ماهه در این تحقیق، تأثیر مثبت خود را حفظ کرد. در مطالعه ای دیگر سین، روسیلدا، مارکیو، سوارتز (Sene, Rosilda, Marcio & Soares, 1999) تأثیر سایکودرام همراه با دارودرمانی را بر اختلال افسردگی اساسی ۲۰ بیمار بررسی کردند. این محققان پس از ۲۴ جلسه درمانی با روش سایکودرام دریافتند که این شیوه در درمان افسردگی اساسی مؤثر است. Boury, Treadwell & Kumar (2001) در بررسی تأثیر تعامل روان نمایشگری و روش های شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای بنیادی، افکار خودکار و خلق افسرده، نشان دادند که نمرات سه هفته ی اول و سه هفته ی بعدی با استفاده از نسخه دوم پرسشنامه بک تفاوت معناداری نداشت. اوگوزان اوغلی (Oguzhanoglu, 2005) با انجام روان نمایشگری بر روی ۱۱ مرد

سالمند در مدت ۱۸ جلسه، اضطراب و افسردگی آنان را کاهش داد. حامام سی (Hamamci, 2006) در ترکیه مطالعه ای دیگر در این زمینه انجام داد. نتایج این تحقیق نشان داد در بیماران افسرده ای که دو روش سایکودراما و درمان شناختی- رفتاری را با هم دریافت کرده بودند میزان افسردگی کاهش بیشتری داشته است.

بر اساس آمار موجود از هر شش زوج، یک زوج دچار مشکل ناباروری است و این موضوع آثار روانی مخربی بر روی زوج های نابارور و به خصوص زنان نابارور دارد (Talaie et al, 2014). ناباروری در زنان باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، جدایی و طلاق، کاهش اعتماد به نفس و احساس طردشدگی می شود. این شاخص ها منجر به اضطراب، احساس گناه و افسردگی در شخص نابارور می شود (Anderson, 2003; Sharpe & Irvine, 2003). Mead (2002) در پژوهش خود دریافت در تعاملات همسران افسرده، منفی گرایی، خصومت و بی اعتمادی بیشتری تجربه می شود. با در نظر گرفتن این آسیب ها و با توجه به این که (Haririan, Mohammadpour & Aghajanloo, 2009) در پژوهش خود نشان دادند که ۵۸ درصد زنان نابارور مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند که از میان آن ها ۲۱ درصد در حد افسردگی بالینی بود و پترسون و ایفرت (Peterson & Efert, 2011) نیز نشان دادند افسردگی حتی می تواند منجر به انصراف ناهنگام زنان نابارور از درمان های پزشکی شود و گاهی نیز به مشکلات روانشناختی ناشی از فقدان و سوگ منجر گردد و این موضوع تأثیر قابل توجهی بر جنبه های دیگر زندگی آنان می گذارد به گونه ای که گاهی هزینه درمان این عوارض جانبی به مراتب بیشتر از هزینه های درمان ناباروری است، موضوع درمان افسردگی این افراد می تواند در دستور کار متخصصان پزشکی ناباروری و بهداشت روان قرار گیرد. با توجه به شیوع بالای افسردگی در زنان نابارور بر اساس پژوهش های ذکر شده و کارآمدی شیوه ی روان نمایشگری در بهبود سایر اختلالات روانی مشابه، در پژوهش حاضر سعی می شود تا اثربخشی روان نمایشگری (سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور مورد بررسی قرار گیرد.

فرضیه پژوهش

روان نمایشگری بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور مؤثر است.

روش

روش مورد استفاده در این پژوهش، نیمه آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه) با دوره ی پیگیری سه ماهه بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش، زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری نسیم شهر خرم آباد در بازه زمانی سه ماهه؛ اردیبهشت تا پایان تیرماه سال ۱۳۹۳ بودند. از بین افراد بعد از توضیح درمانگر، به صورت داوطلبانه ۳۰ نفر، داوطلب شرکت در طرح درمان شدند. با توجه به حساسیت موضوع و عدم تمایل افراد جهت شرکت در این نوع پژوهش‌ها، به ناچار از آزمودنی‌های داوطلب استفاده شد. ۳۰ آزمودنی واجد معیارهای ورودی پژوهش، از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. هر دو گروه آزمایش و گواه به صورت همزمان به نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: قرار داشتن در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۲ سال، دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه ناباروری، تأیید افسردگی بر اساس نسخه دوم پرسشنامه بک، عدم وجود بیماری پزشکی خاص و تحصیلات دیپلم و بالاتر. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل فرد به همکاری، باردار شدن فرد، نبود افسردگی و اختلال پزشکی ایجاد شده در فرد بود. آزمودنی‌هایی که در پرسشنامه بک حداقل نمره ۲۰ به دست می‌آوردند، انتخاب می‌شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی Beck-2 (BDI-II)^۱: این پرسشنامه نوع بازنگری شده BDI است که در سال ۱۹۹۶ به وسیله Beck, Steer, Brawn تجدیدنظر شد که با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. نسخه دوم این پرسشنامه همانند نسخه قبلی آن دارای ۲۱ سوال است و پاسخ‌ها نیز بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. نقاط برش در نسخه دوم با فرم اولیه متفاوت است. ۰ تا ۱۳ افسردگی جزئی؛ ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف؛ ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ نیز نمایانگر افسردگی شدید است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر علائم افسردگی شدیدتر هستند (Solymani, Mohammadkhani & Dolatshahi, 2008). در مقایسه با نسخه نخست، این پرسشنامه تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی پوشش می‌دهد (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996). محمدخانی (Mohammadkhani, 2007) در پژوهش خود برای ارزیابی مختصات روان‌سنجی این پرسشنامه، نسخه دوم پرسشنامه را بر روی نمونه ۳۵۴ نفری از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی اجرا کرد و ضریب اعتبار ۰/۹۱ را گزارش کرد. روایی همزمان با مقیاس افسردگی ۶ ماده‌ای نیز ۰/۸۷ به دست آمد. مطالعات انجام شده در مورد اعتبار و ویرایش دوم پرسشنامه بک

1. Beck Depression Inventory

در کشورهای مختلف نشان می دهد این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی جهت سنجش میزان افسردگی برخوردار است (Kapci, Uslu, Turkcapar & Karaoglan, 2008). در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۸۵ به دست آمد. هم چنین مطالعات مختلف نشان داده اند که این پرسشنامه با خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه MMPI، مقیاس روانپزشکی همیلتون و سایر پرسشنامه های افسردگی، همبسته است. این یافته ها بیانگر روایی مناسب این پرسشنامه است (Beck & et al, 1996; Byrne, Stewart & Lee, 2004).

۲. آموزش و اجرای روان نمایشگری (سایکودراما): روش روان نمایشگری معمولاً دارای چهار ابزار اصلی است: پروتاگونیست^۱ یا شخص اول که از میان گروه انتخاب می شود و پرده ای از زندگی خصوصی خود را به تصویر می کشد. اعضای کمکی یا من های یاور^۲ که خود را جهت نمایش زندگی خصوصی شخص اول در اختیار او می گذارند. کارگردان یا تسهیلگر که در سه قالب تهیه کننده، درمانگر و تحلیل کننده عمل می کند. صحنه که مهم ترین بخش روان نمایشگری است و معمولاً به صورت بالکن دایره شکل است و نور خاصی دارد. برنامه مداخله شامل آموزش یک رشته از مهارت ها در چارچوب ۱۰ جلسه دو ساعته (هر هفته یک جلسه) با رویکرد روان نمایشگری (سایکودراما) بود. هر جلسه در برگیرنده سه مرحله؛ گرم کردن^۳ (آماده سازی)، اجرا^۴ و تمرین رفتاری و مشارکت^۵ و اختتام بود. مرحله قبل از عمل یا آماده سازی شامل فعالیت هایی است که ماهیت نمایشی دارد و باعث خودجوشی، تمرکز، آشکار شدن مشکل، ایجاد فضایی حمایت کننده و اطمینان بخش، انسجام گروه و اعتماد سازی می گردد. فعالیت های این مرحله بر نیازهای اساسی و ایجاد زمینه های خودجوشی هر فرد استوار است. در مرحله اجرا یا عمل، پروتاگونیست توسط کارگردان یا به صورت داوطلبانه انتخاب می شود. اعضای کمکی یا حضار در این پژوهش سایر اعضای شرکت کننده در گروه آزمایش بودند. در این مرحله پروتاگونیست مشکلی را متناسب با موضوع جلسه مطرح و با به کار گرفتن اعضای یاور آن را در گروه به صورت عملی به نمایش

۱. Protagonist: در زبان یونانی به معنی نخستین شخص در اجرای صحنه است و در روان نمایشگری شخصی است که دارای مشکلات روانی، اجتماعی و شخصیتی می باشد و برای کسب بهبودی و دستیابی به دگرگونی های مطلوب روانشناختی به گروه معرفی می شود (Fathi, 2001).

۲. Ego helpers: برای عینیت بخشیدن به دنیای ذهنی پروتاگونیست لازم است علاوه بر شخص اول، اشخاص دیگری نیز روی صحنه بیایند و نقش افراد تأثیر گذار در زندگی شخص اول را بازی کنند (Fathi, 2001).

3. Warm - Up

4. Enactment

5. Sharing

می‌گذارد. بازیگران نمایش، با زنده کردن صحنه‌های سخت زندگی و تجربه نمودن دوباره احساس مرتبط با آن، به آرامش می‌رسیدند. این آرامش علاوه بر تخلیه هیجانی، بیشتر ناشی از یکپارچگی مجدد روان بود که قبل از اجرا دچار از هم گسیختگی شده بود.

فنون اصلی روان‌نمایشگری شامل؛ مضاعف، وارونگی نقش، آینه، تک‌گویی، فرافکنی در آینده و خود محقق‌سازی در مرحله‌ی اجرا مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به خصوصیات اعضای گروه، مهارت در برقراری ارتباط، مهارت در تخلیه هیجانی به صورت کلامی و غیر کلامی و شناخت احساسات و نحوه‌ی کنترل آن‌ها تمرین شد.

در مرحله‌ی پایانی، اعضای گروه در تجارب شخصی و خصوصی زندگی هم سهیم شده و در مورد آن صحبت کردند. پروتاگونیست در این مرحله پیش از ختم جلسه مورد حمایت مجدد قرار می‌گیرد و از نظر روانی و عاطفی مجدداً به حالت اولیه بر می‌گردد.

خلاصه‌ای از برنامه جلسات ده‌گانه در زیر و عنوان جلسات و تکنیک‌های مختلف به کار رفته در مراحل گرم کردن و اجرا نیز در جدول ۱ آمده است.

جلسه اول. آشناسازی اعضا با یکدیگر، معرفی و تشریح اهداف گروه، بیان قوانین و ساختار جلسات گروه، احساس امنیت و اعتماد و ایجاد فضای خودجوشی و خلاقیت.

جلسه دوم. آشنایی بیشتر اعضا با ساختار روان‌نمایشگری، تکنیک‌های آن و ایفای نقش.

جلسه سوم. استفاده از شیوه‌ی غیر کلامی برای آگاهی اعضا نسبت به نحوه‌ی ابراز احساسات خود به دیگران و آگاهی بیشتر نسبت به هیجان‌های خود و زبان بدن.

جلسه چهارم. ترغیب به بازگویی مشکلات در قالب ایفای نقش، به کارگیری فنون مختلف روان‌نمایشگری در پرداختن به مشکلات بیان شده، تمرین گوش دادن، سؤال کردن، مشارکت و مواجهه با بخش‌های مختلف شخصیت خویش.

جلسات پنجم تا نهم. داوطلب شدن اعضا برای بیان مشکل (پروتاگونیست شدن) در قالب ایفای نقش، مشارکت اعضا به عنوان من‌های یاور در جهت کمک به حل مشکلات و تمرین‌های رفتاری در قالب فنون روان‌نمایشگری.

جلسه دهم. در میان گذاشتن آرزوهای خود، بازبینی تجارب و احساسات اعضای گروه با مرور خلاصه‌ای از جلسات و اهداف هر یک از آن‌ها، ارزیابی تکالیف و نشست‌ها و اختتام.

جدول ۱: خلاصه موضوع جلسات و تکنیک های مراحل مختلف روان نمایشگری (سایکودراما) در هر جلسه

جلسه	موضوع	گرم کردن	اجرا
۱	ارتباط فکر با احساس و رفتار	پاس دادن یک توپ خیالی ^۱	آینه ^۲ و جا به جایی نقش ^۳
۲	مهارت بیان احساسات	درجه بندی کردن احساسات	مضاعف ^۴ و تعمیق هیجانات
۳	شناسایی هیجانات و زبان بدن	مجسمه سازی ^۵ و تعاملات غیر کلامی	آینه و تک گویی
۴	مواجهه با بخش های مختلف شخصیت	بازی گفت و شنود ^۶	صندلی خالی ^۷ و مضاعف
۵	غلبه بر احساس بی عرضه بودن	توصیف خود از زبان دیگران و صندلی سخنگو ^۸	تک گویی و مضاعف
۶	غلبه بر افسردگی و تحمل کم ناکامی	فهرست برداری و فاصله گیری	فرافکنی در آینده و آینه
۷	مهارت گشودن تعارضات	فشاردن دست ^۹ و صحبت با مکان	آینه، وارونگی نقش و حل مسئله
۸	حذف موانع بر سر راه شادمانی	خودپذیری نامشروط و بازی نقش ها	صندلی خالی و مضاعف
۹	عزت نفس	دیگ عزت نفس و توجه به باز خورد های دیگران	حل مسئله و خود محقق سازی
۱۰	جمع بندی مهارت ها و بینش های کسب شده در جلسات قبل و کاربست مهارت های کسب شده در زندگی روزمره		

شیوه اجرای پژوهش

در مرحله ی پیش آزمون دو گروه آزمایش و کنترل به نسخه ی دوم پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. برای آزمودنی های گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش گروهی روان نمایشگری (سایکودراما) هر هفته یک بار و به مدت ۲ ساعت اجرا شد. در گروه گواه، مداخله ای صورت نگرفت. بعد از اتمام جلسات آموزشی، در مرحله ی پس آزمون و ۳ ماه بعد در مرحله ی پیگیری، اعضای هر دو گروه آزمایش و گواه به پرسشنامه افسردگی بک مجدداً پاسخ دادند. با توجه به دو سو کور بودن^{۱۰} پژوهش به منظور افزایش روایی بیرونی آن، علاوه بر رهبر گروه (یکی از همکاران پژوهش) شرکت کنندگان نیز از فرضیه اصلی پژوهش

1. Ball-Toss
2. Mirror Technics
3. Role Reversal
4. Dubling
5. Sculpting
6. Game of Dialogue
7. Empty Chair
8. Speaker Chair
9. Hand Squeeze
1. Double - Blind

بی اطلاع بودند. البته این فریب تاکتیکی^۱ با معیارهای اخلاقی پژوهش تناقضی نداشت. زیرا سیبر، یانزو و رودریگز (Siber, Iannuzzo & Rodriguez, 1995) معتقدند که فریب تاکتیکی زمانی دغدغه اخلاقی می‌شود که رفتارهای خصوصی یا رفتارهایی را در برگیرد که منفی تلقی شده و یا به شرکت کنندگان آسیب برساند. البته پژوهشگران بنا به اصل اخلاقی آگاه سازی^۲، پس از پایان جلسات و گردآوری داده‌ها، اطلاعاتی در مورد ماهیت اصلی موضوع به شرکت کنندگان ارائه دادند. هم چنین به جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت در پژوهش و با توجه به مؤثر بودن جلسات آموزش روان‌نمایشگری در کاهش سطح افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش، بعد از انجام پژوهش و مرحله پیگیری، جلسات آموزشی روان‌نمایشگری برای اعضای گروه گواه نیز مطابق با برنامه انجام و آن‌ها نیز از این آموزش‌ها بهره‌مند شدند.

یافته‌های پژوهش

آزمودنی‌ها ۳۰ زن نابارور در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۲ سال بودند. مدت زمان ناباروری آن‌ها؛ ۹ نفر (۳۰ درصد) دو سال، ۹ نفر (۳۰ درصد) سه سال، ۹ نفر (۳۰ درصد) چهار سال و ۳ نفر (۱۰ درصد) نیز پنج سال و بیشتر بود.

جدول ۲: متغیرهای جمعیت شناختی زنان نابارور

متغیر	دامنه سنی (سال)	آزمایش		گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۱۹-۲۴	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷
	۲۵-۳۰	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	۳۱-۳۶	۳	۲۰	۵	۳۳/۳۳
	۳۷-۴۲	۳	۲۰	۳	۲۰
تحصیلات	دیپلم	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰
	کاردانی	۴	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی	۴	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۶
سابقه ناباروری	۲ سال	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	۳ سال	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷
	۴ سال	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	۵ سال و بیشتر	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۶

2. Deception

3. Dehoaxing

یکی از پیش فرض های این تحلیل، همسانی واریانس ها است. در این پژوهش، آزمون لوین برای بررسی این همسانی به کار رفت.

جدول ۳: آماره های توصیفی متغیر مورد مطالعه به تفکیک گروه در پیش آزمون، پس آزمون

و مرحله پیگیری

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۲۱/۱۵	۸/۷۳	۸/۹۰	۸/۳۵	۸/۸۰	۸/۲۵
گواه	۱۵	۲۲/۵۶	۸/۹۱	۲۲/۸۷	۸/۱۵	۲۲/۹۰	۷/۹۰

جدول ۳ نشان می دهد که در مرحله پس آزمون و پیگیری، میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش که در معرض اثر آموزش های روان نمایشگری قرار گرفته اند نسبت به گروه گواه کاهش محسوسی داشته است.



نمودار ۱: میانگین نمرات افسردگی گروه های آزمایش و گواه در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

به منظور بررسی تأثیر مداخله درمانی روان نمایشگری بر میزان افسردگی در دو گروه آزمایش (که در معرض مداخله بوده اند) و گروه گواه (که مداخله ای دریافت نکرده اند) و به جهت ثابت نگه داشتن اثر نمره ی پیش آزمون افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس پس آزمون افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون

Sig	Eta	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییرات
۰/۰۰۱	۰/۵۳۸	۳۰۱/۳	۱۸۰۲/۸	۱	۱۸۰۲/۸	پیش آزمون افسردگی
۰/۰۰۱	۰/۶۱۱	۴۲/۸۳	۲۵۶/۶۵	۱	۲۵۶/۶۵	گروه ها
			۵/۹۷	۲۷	۲۲۱/۵۵	خطا
				۳۰	۱۵۰۶۲	مجموع

با توجه به جدول ۴ مقدار F محاسبه شده ($P < 0/001$ ، $Eta = 0/611$ ، $F = 42/83$) برای نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه بعد از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون افسردگی معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله درمانی به شیوه ی روان‌نمایشگری (سایکودراما) در کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش مؤثر بوده است.

نتیجه

بررسی و تحلیل فرضیه ی پژوهش حاضر نشان داد که مداخله روان‌نمایشگری (سایکودراما) تأثیر معناداری بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور ایجاد کرده است. هم‌چنین نتایج مرحله پیگیری حاکی از تداوم تأثیر این نوع مداخله داشت. این نتیجه با یافته های پژوهشی گزارش شده از سوی رضائیان (Rezaeian, 1997)، سین و همکاران (Sene & et al, 1999)، بوری، ترادول و کومار (Boury, Treadwell & Kumar, 2001)، اوگوزان اوغلی (Oguzhanoglu, 2005)، حامام سی (Hamamci, 2006)، ره گوی و همکاران (Rahgooy & et al, 2006)، بهاری و همکاران (Bahaari & et al, 2012) همسو و همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از آنجایی که روان‌نمایشگری رویکردی اجتماعی دارد، از این رو شرکت افراد در جلسات روان‌نمایشگری گروهی به عنوان یک شیوه آموزشی موجب تشویق و توسعه توانایی های فردی در قلمرو زندگی اجتماعی و مسئولیت پذیری در محیط زندگی می‌شود. این امر در تقویت خودپنداره و احساس ارزشمندی افراد افسرده که عزت نفس پایین دارند مؤثر است. با توجه به این که روان‌نمایشگری شکلی از بازی نقش هاست، در این روش، درمانجویان مثل این که واقعاً در موقعیت مربوطه قرار دارند به ایفای نقش می‌پردازند، این ایفای نقش علاوه بر کسب بینش و خودشناسی، تا حدودی تخلیه هیجانی و برانگیختگی را در پی دارد (Phares & Timothy, 2002 ترجمه ی Firoozbakht, 2009). زمانی که اعضای گروه با تخلیه هیجانی، عصبانیت و سایر هیجانات منفی را برون ریزی می‌کنند افکار

خودکشی گرا و افسردگی آن ها کاهش می یابد (Geldard, 2005 ترجمه ی Hosseinian, 2007). از سوی دیگر یکی از محاسن روان نمایشگری، تبدیل تمایل برون ریزی فرد به مجرای سازنده درون پردازی است. به عبارت دیگر به رفتار درآوردن یک احساس، تفکر یا نگرش ویژه با استفاده از حرکات و حالات بدنی، درک و شناخت کامل تری از دنیای درونی به دست می دهد. کاسون (Casson, 2004) این گونه فعالیت ها را در کاهش تفکرات منفی و افزایش مهارت حل مسأله و تصمیم گیری تأثیر گذار می داند. عامل مهم دیگری که نقش روان نمایشگری را در کاهش افسردگی بارزتر می نماید، عامل یادگیری است زیرا فرد بیمار در گروه های روان نمایشگری می تواند در تماس با افراد دیگر (یاورها) که برخی بیشتر از او و برخی دیگر کمتر از او افسرده هستند مواردی را یاد بگیرد که در تعدیل میزان افسردگی او نقش مهمی دارد (Korshak & Shapiro, 2013). این آگاهی، شخص افسرده را حداقل لحظه ای از افسردگی اش منفک می نماید. این تجربه کوتاه چشمان بیمار را باز می کند و او را به این موقعیت رهنمون خواهد کرد که یک سطح هیجانی بدون افسردگی نیز وجود دارد (Fathi, 2001). در روان نمایشگری همانند سازی با رهبر و یا سایر اعضای گروه، تخلیه عاطفی و کسب بینش بیشتر از سایر درمان ها اتفاق می افتد و گاه با رشد استعداد های سرکوب شده و یادگیری نحوه ی رویارویی با مشکلات از طریق پتانسیل های موجود، فرد می تواند تغییرات چشمگیری را در زندگی خود و ارتباط با دیگران ایجاد کند (Skiyan, Sanaeizaker & Navabinejad, 2008). از طرف دیگر روان نمایشگری با ارائه بازخوردهای قوی به اعضاء و پروتاگونیست می تواند این فرصت را برای فرد فراهم سازد تا برخی ادراکات در مورد خود و هم چنین روابط و مناسباتش با دیگران را از نو تعریف نماید. گروه با ایجاد احساس امنیت، موانع ارتباط با دیگران را کاهش می دهد و شیوه های تازه ای برای حل مشکلات ارائه می کند (SoleymaniNejad, 2011).

ویسمن و مارکوویتز (Weissman & Markowitz, 1994) معتقدند که افراد افسرده در تعاملات خود با دیگران مشکلات همیشگی دارند. آن ها منشأ مشکلات فرد افسرده را روابط بین فردی معیوب می دانند. ناباروری به عنوان یک فقدان می تواند به قدری فرد را پریشان کند که تعاملات فرد نابارور را با دیگران تحت تأثیر قرار دهد، و این رفتار موجب می شود دیگران از او دوری کنند. اگر چه در هر مورد شرایط متفاوت است، اما همین چرخه ی افسردگی، فقدان تعامل بین فردی و ضعف مهارت های اجتماعی است که نظریه میان فردی آن را مشکل اصلی افسردگی می داند. به نظر می رسد یکی از دلایل اثر بخشی روان نمایشگری در کاهش افسردگی، ماهیت رابطه محور آن است که در اصلاح رفتار و روابط بین فردی بسیار مؤثر است (Blatner, 2003). مورو (Moreno) معتقد است شخص بیمار، انسانی است که روابط

بیمارگونه دارد. بدین ترتیب، آنچه باید تصحیح و درمان شود، روابط او با دیگران است (Somov, 2008). روان‌نمایشگری در واقع به عنوان یک روش یکپارچه، تحلیل‌شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می‌دهد. این شیوه‌ی درمانی از طریق رشد خودانگیزگی و خلاقیت منجر به یکپارچه شدن فرایندهای مربوط به تفکر، هیجان و تجسم می‌شود. به طوری که شخص با تمرکز بر یک رفتار شخصی در موقعیتی خاص، نظام باورها در مورد خود، دیگران و دنیای اطراف، می‌تواند نسبت به رفتار خود در آن موقعیت و پیامدهای شناختی و هیجانی‌اش که افسردگی و نشانه‌هایش از جمله آن است، بینش بیشتری پیدا کند (Jefferies, 2005).

در درمان‌های گروهی به ویژه روان‌نمایشگری، ادراک‌های مخدوش، نارسایی ارتباطی، پاسخ‌های عاطفی نارسا، رفتارهای کلیشه‌ای، اعمال تکانشی و از خود بیگانگی بررسی و تغییر داده می‌شود (Corey, 1993). به نظر می‌آید که عامل تأثیرگذاری روان‌نمایشگری بر کاهش افسردگی همین عوامل باشد. مهم‌ترین وجه تمایز روان‌نمایشگری از سایر روش‌های معمول در روان‌درمانی که آن را در درمان اختلالات روانی از جمله افسردگی بسیار کارآمد ساخته است، جنبه هنری و نمایشی بودن آن است که آن را برای بیماران بسیار جذاب و مؤثر می‌کند. هم‌چنین آموزش‌هایی که در طول جلسات روان‌نمایشگری ارائه می‌شود به جهت ماهیت نمایشی و تأثرگونه، ماندگاری بیشتری داشته و قابلیت تعمیم به فضای زندگی شخص را دارد.

در اجرای این پژوهش، می‌توان به محدودیت‌های محیطی و ابزاری از جمله؛ کمبود صحنه نمایش، نورپردازی مناسب، صندلی‌های مخصوص روان‌نمایشگری اشاره کرد. از طرف دیگر جهت تأثیرگذاری بیشتر این روش، پیشنهاد می‌شود در اجرای فنون روان‌نمایشگری به ویژه فن مضاعف از یاورهای آموزش دیده استفاده شود. هم‌چنین با توجه اثربخش بودن روان‌نمایشگری در این پژوهش و سایر مطالعات مشابه، می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در جهت کاهش سطح افسردگی و تعدیل سایر اختلالات روانی در جمعیت‌های مشابه استفاده کرد. علاوه بر آن با توجه به درمان‌های سخت و طولانی ناباروری و احتمال بروز مشکلات روان‌شناختی، حضور مشاوران، روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان در مراکز تشخیص و درمان ناباروری ضروری به نظر می‌رسد.

References

- Abbasi Molid, H., Ghamarani, A., and Fatehizadah, M. (2009). Iranian infertile couples living pathology. *Medicine and purification*, 72, 73, 20-8. (In Persian).
- Akbari, B. (2013). Psychodrama efficacy of new entrants to the executive functions of nursing students. *Journal of Holistic Nursing*, 24 (71): 7-1. (In Persian)
- Agha-Yousefi, A., Zare, H. Choobsaz, F. Motiei, G. (2011). The effect of coping therapy on hopelessness of infertile women. *Journal of Behavioral Sciences*, 5(2), 119-125. (In Persian).
- Ahmadiforushani, H, Yazdkhasti, F, and Oreizi, HR. (2013) Effectiveness of psychodrama with spiritual content of happiness, joy and mental health. *Journal of Applied Psychology*, 2 (26), 23-7. (In Persian).
- Alizadeh, T, Farahani, MN; shahraray .M, and Alizadegan, SH (2005). The relationship between self-esteem and locus of control with infertility stress infertile men and women. *Journal of Reproduction and Infertility*, 6 (2), 204-194. (In Persian).
- Anderson, K.M., Sharpe, M., Irvine, D.S.(2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003; 54, 353-355.
- Bahaari, F., Baniasad-MH, Khedmatgozar, H, and eshaghi, F. (2012). Show psychological impact on the rate of major depression in depressed patients treated with medicine and public health. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2 (2), 100-89. (In Persian).
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W. (1996) Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Pers. Assess: Vol*, 67(3): 588-97.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bennett, S.L.R. (2009). An Investigation of Sources of Sources of Women's Infertility-Specific distress and Well- being, "The Graduate Faculty of the University of Akron".
- Blatner, A. (2003). "An interview with Adam Blatner about psychodrama". *American Journal of Psychology*, 5(1), 137-146.
- Blatner, A. (2005). Acting-in: Practical applications of psychodramatic methods. Haghshenas, H., & Ashkani, H. (translators). Tehran: Roshd Publishers. (In Persian).
- Bliss, C. (1999). "The Social Construction of Infertility by Minority Women", Doctoral Dissertation.
- Boury, M; Treadwell, T; Kumar, V.K. (2001). *Integrating psychodrama and Cognitive therapy-an Expletory Study*. West Hester University. 13-37.
- Byrne, B.M., Stewart, S.M., Lee, P.W.H. Validating the Beck Depression Inventory II for Hong Kong Community Adolescents. *Int J Test*. 2004; (4): 199-216.
- Carr, A. (2005). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Routledge.
- Casson, J. (2004). *Drama, psychotherapy and psychosis*. New York: Brunner - Routledge.
- Cousineau, T.M & Domar.A.D.(2007). Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 21 (2) ,293308.
- Corey, G. (1993). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Wadsworth: Brooks Cole Publishing Company.

- Cwikel, J.; Gidron, J. & Shiner, E. (2004). "Psychological interaction with infertility among women". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Vol. 117, 2004, 126-131.
- Dadsetan, P., Anari, A., and Salehsedghpoor, S. (1999). Social anxiety disorder and drama-therapy. *Developmental Psychology*, vol. 14, 115-124. (In Persian).
- Donkor, E. & Sandall, J. (2007). "The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana". *Social Science & Medicine*, Vol. 65, 2007, 1683-1694.
- Faal Kalkhoran, L., Bahrami, H., Farrokhi, N.A., Zeraati, H., Tarahomi, M. (2011). [Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran] *J Reprod Infertil*; 12 (2): 157-63. (In Persian).
- Farzadi, L. & Ghasemzadeh, A. (2008). Two main independent predictors of depression among infertile women: an Asian experience. *Taiwan J Obstet Gynecol* ; 47 (2) , 163-167.
- Fathi, T. (2001). Psychodrama. Tehran: Sepand Honar Publishers. (In Persian).
- Gatezade, A. (2013). Effect of treatment on aggressive male student theater. *Journal of Social Psychology*, 8 (28), 99-78. (In Persian).
- Geldard, D. (2007). Basic concepts and specialized subjects in counseling. Hosseinian, S. (translator). Tehran: *Kamal tarbiyat Press* (Published in the original language, 2005). (In Persian).
- Ghafarinejad A, Khobyari F, Pouya F. Prevalence of postpartum depression in Kerman. (1999). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*; 17: 24-29. (In Persian).
- Ghasempoor, A, Mahdavi, A. (2010). Survey Effect of psychodrama On promoting public health. *Journal of Rahpooye of Art* , 3(9).pp:11-20 . (In Persian).
- Hamamci, Z. (2002). The effects of integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy on reducing cognitive distortions in interpersonal relationship. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, & Sociometry*, 28, 3-13.
- Hamamci, Z. (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 199-207.
- Haririan HR, Mohammadpour Y, Aghajanloo A. (2009). Prevalence of depression and contributing factors of depression in the infertile women referred to Kosar Infertility Center. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* ; 13(2):45-49. (In Persian).
- Hayman, S, Chisholm, D. (2006). Mental disorders. In: Jamison. Disease control priority in developing countries. 2nd Ed, Oxford University Press: UK: 605-626.
- Holahan, C., Moos, R. & Bonin, L. (1999) Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In: The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches, Ed. T. Joiner & J. Coyne. Washington, DC: *American Psychological Association*, 39-63.
- Kapci, E.G., Uslu, R., Turkcapar, H. Karaoglan A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population, *Depression and Anxiety*. 2008; (25), 104-110.
- Karatas, Z., & Gokeakan, Z. (2009). The effect of group-based psychodrama on decreasing the level of aggression in adolescents. *Turk Journal of Psychiatry*, (20), 357- 366.
- Khoubani, M, Zademohammadi, A and Jarare, J. (2014). Effective communication skills

- and fluent display aggression aggressive girls. *Journal of Applied Psychology*, 4(28), 27-44. (In Persian).
- Khosravi, Z. (2001). "Predictors of mental health in infertile couples," *Journal of Reproduction and Infertility*, 3 (9), 64-56. (In Persian).
- Klock, S. C. (2004). "Psychological adjustment to twins after infertility". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol. 18, No. 4, 2004, 645-656.
- Kooraki, M, Yazdkhasti F, Ebrahimi, A, Oreizi, H. M. (2010). Effectiveness of Psychodrama in Improving Social Skills and Reducing Internet Addiction in Female Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4, Winter, 279-288. (In Persian).
- Korshak, Sh. J. & Shapiro, M. (2013). Choosing the Unchosen: Counteracting the Sociodynamic Effect Using Complementary Sharing. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 61(1), 7-15.
- Jefferies, J. (2005). Psychodrama. Working through action: My thank you is for your concern. *Journal of the Group-Analytic Society*, (38): 1037- 1082.
- Joyce, O., Bawo, O. J., Lawani, A, Morakinyo, O., Olotu, O. (2011). "Psychosocial characteristics of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(1), 141-155.
- Leveton, E. (2001). A Clinician's Guide to Psychodrama. (3rd ed.) New York: Springer Publishing.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D. & Ezzati, M. (2001). Global and regional burden of disease and risk factors, systematic analysis of population health data, 367: 1747-1757.
- Oguzhanoglu, N. O. (2005). The elderly, nursing homes and life Voyages: a psychodrama group study. Available: www Enterz Pub Med. Htm. , 16(2), 124-132.
- Peterson, B. & Efert, G. (2011). "Treat Infertility Stress". *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, Issue 4, 577-587.
- Peterson B. D., Newton C. R., & Feingold T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril*; 88 (4): 911- 4.
- Phares, E. Jerry and, Timothy. J. Trull. (2009). Clinical Psychology: Concepts, Methods, and Profession, Tehran: Firoozbakht, M (translator) Roshd Press. (Published in the original language, 2002). (In Persian).
- Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod* ;16(5), 69-96.
- Mead, D. E. (2002). Marital distress co occurring depression and marital therapy. *Journal of marital and family therapy*, 28: 233-314.
- McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and allosteric load. *Biological Psychiatry*. 54, 200-207.
- Mohammadi, M. (2007). Drama Therapy. Tehran: ghatreh Press. (In Persian).
- Mohammadi, S. H, and Mahmmudnia, A. R. (2012). Psychodrama impact on psychological characteristics of veterans with chronic schizophrenia. *Journal of Counseling Culture and Psychotherapy*, 3 (9), 121-105. (In Persian).
- Mohammadkhani, p. (2007). Psychometric characteristics of depression in a sample survey questionnaire in patients with major depressive disorder. *Rehabilitation in diseases and mental disorders*. 8 (2), 86-80. (In Persian).
- Molavi, P, ghamarigivi, H; Rajabi, S., barahmand, Us, Rasulzadeh, B., Arab, R. and Mohammadnia, H. (2009). Psychodrama impact on increasing social skills and self-

- esteem in schizophrenia patients first and second kind. *Journal of Rehabilitation*, 10 (2), 73-68. (In Persian).
- Montazeri, A, Mousavi, S J, Omidvari1, S, Tavousi, M; Hashemi,A and Rostami, T. (2013). In depression: a systematic review of the research literature. *Payesh Quarterly*, 12 (6), 594-567. (In Persian). Moss, R. H., Cronkite,R.C., & Moss,B.S. (1998). Family and extrafamily resources and the 10-year course of treated depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 450-460.
- Mufson, L., & Dorta, K. (2000). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: Theory, practice and research [Electronice version]. *Adolescent Psychiatry*, 25(1), 139-168.
- Narimani, M., Biabangard, I., & Rajabi, S. (2007). The impact of psychodrama on social skills and self-esteem of children with dyslexia. *Research on Exceptional Children*, 2, 623-638. (In Persian).
- Rahgooy,A, Ebrahimi Balil,F, Khankeh,HR, Rahgozar,M, Rezaei, O. (2006). The impact of mental representation (Saykvdram) on depression in women with chronic mental disorder. *Behavioral Sciences*, 4 (1 and 2), 76-71. (In Persian).
- Ramazanzadeh, F., Noorbala, A. and Abedinia, N. (2010). Emotional adjustment in infertile patients. *Journal of Nursing and Midwifery martyr Beheshti University of Medical Sciences*, 20 (70), 44-36. (In Persian).
- Rascanu, R., & Vladica, S. (2012). "Attitudinal and emotional structures specific for infertile women". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 33, 100-103.
- Rasti, Ma, Hassanzadeh, R and Mirzaeean, B. (2012). Compare the features of personality and happiness among fertile and infertile women. *Family Health*, 1 (2), 33-27. (In Persian).
- Rezaeian, M.P (1997). The usefulness of psychodrama in the treatment of depressed patients. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 82-88.
- Riahi, M and Zarezadeh Mehrizi, E. (2012). Examine gender differences and psychosocial consequences of infertility Infertility Center in the city of Yazd. *Women Strategic Studies*, 4 (56), 210-155. (In Persian).
- Rubin, J. A. (2005). Child art therapy. Hoboken, New Jersy: John Wiley ; Sone, Inc.
- Sadeghian, F. and Etemadi, A. (2011). The effectiveness of psychodrama group counseling on Organizational feedback and job adjustment among isfahan`s educational employees. *Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling*, 3(8), 25-40. (In Persian).
- Salmanz, Sandar. (2003). Depression. Translation Khalkhalizavie, M. Tehran: Roshd press (Published in the original language, 2000). (In Persian).
- Sanaeizaker, B. Psychotherapy and group counseling.(2011). Tehran: Chehr Pub.(In Persian).
- Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., &Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertility and Sterility*. 90(6). 2107-2111.
- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark: Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull*; 53(4): 390-417.
- Sene,M.c.,Rosilda,A.,Marcio,B.,Soares,D,M.,(2006). Interpersonal Therapy: a brief and focal model. *AJN*, 1, 40-43.
- Siber,J.E., Iannuzzo, R., & Rodriguez, B. (1995). Deception method in psychology: Have

- they changed in 23 year? *Ethics and Behavior*, 5, 67-85.
- Skiyan, p, Sanaeizaker, B. and Navabinejad, sh. (2008). Effect psychodrama the increasin differentiation of the main families of female students in Tehran District 5. *Counseling Research & Developments*, 7 (25), 42-27. (In Persian).
- Sokoloff, M. (2007). The use of psychodrama in resolving multicultural parentchild conflict. Proquist Information and Learning Company.
- Solati dehkordi, K, Danesh, A ,Gangi, F, and Abedi, A. (2005). Comparison of self-esteem and coping responses in fertile and infertile couples in this city in 83-82 years. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 7 (4), 22-16. (In Persian).
- Solymani, M., Mohammadkhani, P and Dolatshahi, B. (2008). Short-term effects of group interpersonal psychotherapy in reducing symptoms of depression and its effect on documentation style and dysfunctional attitudes. *Psychological Research*, 11 (1 and 2), 65-41. (In Persian).
- SoleymaniNejad A.(2011). Effect of psychodrama on increasing the differentiation of individual of family nursing students. *Urmia Medical Journal*. 21(1), 37-47. (In Persian).
- Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 151-161.
- Stader, S. & Hokason, J. (1998). Psychosocial antecedents of depressive symptoms: An evaluation using daily experiences methodology. *Journal of Abnormal Psychology*, 107:17-26.
- Sultan,S., & Tahir,T.(2011).“Psychological Consequences of Infertility”, *Hellenic Journal of Psychology*, 8, 152-166.
- Talaei, A, Kimiaei SA, Borhani Moghani M, Moharreri F, Talaei A, Khanghaei R.(2014). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in infertile women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*; 94(17):1-9. (In Persian).
- Tuzer, Verda, T. Altug, G. Sema, & et al.(2010). “Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences”, *Turk J Med Sci*,40(2), 174-183.
- Van dan Akker, O.B.(2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub fertile women. *patient Educud Couns*. 57(2), 183-189.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J.C. (1994). Interpersonal psychology: *Current status Archives of General Psychiatry*, 51 (Suppl), 599-606.
- Zarei, N; Rasulzadeh Tabatabai, K. and Azin, S.A. (2012). Comparison of depression, anxiety and stress in the first quarter, second and third in normal pregnant women and pregnant women treated for infertility. *Health Psychology*, 1 (4), 18-5. (In Persian).



قادری، زهرا؛ رفاهی، ژاله؛ باغبان، محمد (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر تعهد زوجین. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۹۹-۸۶.

اثر بخشی آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر تعهد زوجین

زهرا قادری^۱، ژاله رفاهی^۲، محمد باغبان^۳

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۱۷

چکیده

هدف: بررسی اثر بخشی آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر تعهد زوجین.

روش: این پژوهش به روش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری کلیه ی زوجین شهر بندر عباس می باشد. نمونه ی پژوهش شامل ۲۰ زوج در گروه آزمایش و ۲۰ زوج در گروه کنترل است که از بین ۹۷ زوجی که از میان ۱۸۵ زوج ثبت نام کننده، نمره پایینی در پرسشنامه مولفه های عشق اخذ کرده بودند، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب گردیدند. پرسش نامه عشق مثلثی یا مولفه های عشق (استرنبرگ) به همراه اطلاعات دموگرافی آزمودنی ها جهت گردآوری داده ها استفاده گردید. داده ها با استفاده از آزمونهای آماری تحلیل کوواریانس و T مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر افزایش میزان تعهد زن و مرد اثر مثبت و معنادار داشته است. معناداری تفاوت میانگین زن و مرد با استفاده از آزمون T مستقل رد شده و نتیجه حاصل آنکه آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر افزایش میزان تعهد زوجین تاثیر معنادار و مثبت دارد.

واژه های کلیدی: مولفه های عشق، رویکرد هیجان مدار، تعهد، صمیمیت، میل

۱. استادیار، گروه مشاوره، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی.

۲. استادیار، گروه مشاوره، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی.

۳. دانشجوی دکتری مشاوره، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، (نویسنده مسئول)،

ya.raoof@yahoo.com

مقدمه

بدیهی است که ازدواج اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که در بزرگسالی منعقد می شود و انتخاب همسر و انعقاد پیمان زناشویی نقطه ی عاطفی در رشد و پیشرفت شخص تلقی می گردد. به نظر می رسد سه دلیل اصلی ازدواج در جوامع امروزی عشق، همنشینی و تحقق انتظارات است (Omidvar, 1997). یکی از عوامل مهم در ماندگاری و حفظ یک ازدواج، احساس تعهد در زوجین است (as, 1983, keiyy&et al, cited in Tabee emami, 2000)

استنبرگ در مورد تعهد می گوید: تعهد شامل مسئولیت پذیری و وفاداری و وظیفه شناسی میباشد. یعنی اینکه شما تا چه حد سعی میکنید رابطه تان را شاداب و باطراوت نگه دارید. یعنی باور کردن این موضوع که اکثر مشکلات را میتوان با کمک یکدیگر از میان برداشت. یعنی به رسمیت شناخته شدن کسی توسط فرد دیگری که احساسات صادقانه و دلبستگی به وی دارد (Sternberg, 1988, as cited in Rafii & Asghariniya, 2000).

به عنوان اولین اشخاصی بودند که تعهد در ارتباط زناشویی را مورد بررسی قرار دادند. آن ها به این نتیجه دست یافتند که تعهد به طور فزاینده ای مربوط به تنظیم زناشویی می باشد (Deen&, Spainer, 1974). ترهاگ و اسونسون^۱ بیان کردند که دو جزء از تعهد در زندگی زناشویی لازم است این دو جزء تحت عنوان تعهد ابزاری و تعهد شخصی می باشد. آن ها چنین فرض کردند که ازدواج های دارای تعهد شخصی دارای قید و بندهای نزدیک تر و خصوصی تر هستند و دارای عشق بیشتر و مشکلات کمتری می باشند (as cited in Abassi molid, 1999).

در تعریف تعهد، جانسون (Johnson, 1999) تعهد شخصی را به معنی علاقه و تمایل فرد برای تداوم رابطه ی زناشویی، که مبتنی بر جاذبه و رضایتمندی زناشویی می داند؛ یا در جایی دیگر هارمون (Harmon, 2005) تعهد زناشویی را حدی می داند که در آن افراد دیدگاه بلند مدتی روی ازدواجشان دارند، برای رابطه شان فداکاری می کنند، برای حفظ و تقویت همبستگی و اتحادشان قدم برمی دارند و با همسرشان حتی هنگامی که ازدواجشان پاداش دهنده نیست، می مانند. آماتو (Amato, 2004) نیز معتقد است که تعهد زناشویی به این معنی است که زوجین تا چه حد برای روابط زناشویی خود ارزش قائل هستند و چقدر برای حفظ و تداوم ازدواجشان انگیزه دارند.

در تعاریف مختلف تعهد آنچه بیشتر حائز اهمیت می باشد مدلهای مختلفی است که طی آن تعهد

1. Trahkg & Swenson

تعریف شده است، از مدل‌های مرتبط با تعهد زناشویی می‌توان به مدل سرمایه‌گذاری^۱ که بر فرایند تعهد زناشویی به اندازه شرایط زوال رابطه تمرکز دارد، یا مدل فسخ و پیوستگی زناشویی، تحت عنوان نیروهای سوق دهنده و نیروهای مانع شونده؛ و یا مدل وابستگی^۲، پیامدهای تعاملات اجتماعی بر اساس پاداش‌هایی که فرد دریافت می‌کند یا هزینه‌هایی که وی باید متحمل شود، تا رضایت بخش یا غیر رضایت بخش باشد، یا تعهد در مدل استرنبرگ به مثابه اینکه تعهد یکی از مولفه‌های عشق است، اشاره کرد.

بعد از شیدایی اوایل ازدواج و پس از آن که شور روزهای نخست فروکش می‌کند، توجه به رفاه و خوشبختی همسر، مهم‌ترین نیروی پیوند دهنده روابط زن و شوهر می‌شود. گرچه بعضی از زوج‌ها در آغاز زندگی مشترک خود را نسبت به رابطه‌ی زناشویی متعهد می‌دانند، اما ممکن است میزان تعهد آنها آن قدر نباشد که در برابر طوفان‌های ناگزیر و ناشی از ناملایمات زندگی مقاومت کنند (Rezaii, 2000).

حال آنچه مهم است، چگونگی ایجاد و افزایش تعهد در زوجین می‌باشد؛ رویکرد هیجان‌مدار، یک مدل سیستماتیک کوتاه مدت است، که حوزه‌های درون روانی و بین فردی را با یکدیگر ترکیب می‌کند. منشاء این رویکرد، روان‌درمانی انسان‌گرا و هستی‌گرا بوده و زیربنای نظری آن، عشق بزرگسالی^۳ شاور^۴، سبک‌های دلبستگی بالبی و مفاهیم آشفتگی زوجین^۵ گاتمن^۶ می‌باشد (Honarparvaran, 2012). این رویکرد می‌تواند بر محورهای مختلفی از فرد تاثیر بگذارد و می‌تواند با این تاثیر گزارای راه حلی برای افزایش تعهد زناشویی باشد.

رویکرد هیجان‌مدار از دیدگاه سبک‌های دلبستگی نیز به روابط، نگاه می‌کند و دلبستگی به دیگران را بعنوان هدف سلامتی در نظر می‌گیرد (این سلامتی به وسیله مراقبت و حمایت^۷ افراد از یکدیگر، در هنگامی که آنان به مراقبت و حمایت نیاز دارند، مشخص می‌گردد). جانسون معتقد است که تعارضات زوجین، به دلیل کشمکش در پیوستگی^۸ آنان به یکدیگر بوجود می‌آید. نتیجه این کشمکش، ناکامی^۹، جدایی^{۱۰} و پیوندهای ناایمن^{۱۱} است (Honarparvaran, 2012).

-
1. The Investment Model
 2. Interdependence Theory
 3. Adult love
 4. Shaver
 5. Marital Distress
 6. Gottman
 7. Caring & Support
 8. Connectedness
 9. Failures
 10. Separation
 11. Insecure Bond

وقتی دلبستگی یکی از زوجین آسیب ببیند، درماندگی و آشفتگی در روابط ایجاد می شود، صمیمیت پایین آمده و تعهد کاهش می یابد. با آموزش این رویکرد به زوجین می توان علاوه بر آموزش سبکهای دلبستگی و همچنین هیجانات اولیه و ثانویه، از گامهای هیجان مدار استفاده نمود تا با دادن آگاهی بیشتر در یک فرایند مشاوره ای صمیمیت را افزایش و تعهد را پایدار کرد.

فرایند تغییر در زوج درمانی هیجان مدار در نه گام انجام می گیرد. چهار گام اول شامل ارزیابی^۱، بهم زدن تعامل چرخه های منفی و بحران زدایی از چرخه های مشکل دار تعاملی است. سه مرحله میانی در برگیرنده تغییر موقعیت های تعاملی^۲ به سوی پیوستگی های جدید^۳ بوده و دو مرحله آخر به تحکیم تغییرات^۴ در زندگی زوجین، می پردازد (Johnson & Whiffen, 1999).

از جمله عواملی که بر رضایت زناشویی تأثیر دارد تعهد، صمیمیت و میل زوجین است. این اعتقاد وجود دارد که مشکلات مربوط به صمیمیت و تعهد باعث میشود زوجها به دنبال مشاوره زناشویی، و یا بعضا به دنبال طلاق باشند. لذا باید روشها و راهبردهایی برای افزایش این بعد مهم و باارزش در روابط زناشویی احیا شود.

از جمله عواملی که فرض می شود کیفیت زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد، میزان صمیمیت و تعهد در ازدواج می باشد برای والدین و فرزندان بین زن و شوهر عامل تعیین کننده ای برای داشتن ارتباطات زناشویی و خانوادگی بسیار محکم است. تعهد را باید محصول یک جریان رشد در رابطه دانست فرایندی که قبل از ازدواج شروع می شود و بعد از آن هم ادامه می یابد و حتی جاودان می گردد.

در مطالعات متعددی از جمله تحقیقات احمدی و ثنایی (Ahmadi & Sanaii, 2012) عنوان نمودند که اثربخشی زوج درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان و تعهد زناشویی معنادار بوده و بیان نمود رویکرد هیجان مدار باعث بهبود و افزایش تعهد زوجین شده است. مشاک (Mashak, 1999) نیز در پژوهش خود رابطه سبکهای عشق (تعهد، صمیمیت، میل) با رضایت زناشویی را معنادار دانسته و حیاتی، اعتمادی، تبریزی و بروجعلی (Hayatii, Etemadi, Tabrizi, Borjalii, 1998) تأثیر رویکرد هیجان مدار بر میزان رضایت زناشویی را که از فاکتورهای مهم ایجاد یک تعهد پایدار می باشد را مثبت و معنادار اعلام نموده اند.

1. Assesehunt

2. Change In Interrogational Positions Cycles

3. New bonding

4. Consolidation of Change

رویکرد هیجان مدار بیان می‌دارد با توجه به سیر صعودی آمار طلاق در کشور، خصوصاً در زوج‌های جوان و افزایش روز افزون کشمکشها و تعارضات خانواده‌ها، درمان و مشاوره تخصصی زوجین از ضرورت و اولویت خاصی برخوردار است. از آنجایی که مردم ایران به هیجانات، اهمیت زیادی می‌دهند و برای آنان عواطف از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، زوج درمانی هیجان مدار می‌تواند بطور قابل ملاحظه‌ای سبب بهبود و افزایش رضایتمندی در روابط زوجین و سلامت روان آنها گردد (Honarparvaran, 2012). رویکرد هیجان مدار به روابط زوجین از دیدگاه هیجانات و سبکهای دلبستگی نگاه می‌کند و هیجانات و نظریه دلبستگی عناصر اصلی این رویکرد می‌باشد.

آموزش در رویکرد هیجان مدار از اهمیت خاصی برخوردار است، همانگونه که هنرپروان (Honarparvaran, 2012). مراحل آموزش هیجان را اینگونه عنوان می‌کنند:

- (۱) بالا بردن آگاهی هیجانی
 - (۲) پذیرش تجربه هیجانی
 - (۳) کمک به زوجین برای بیان احساسات خود در قالب کلمات
 - (۴) کمک به زوجین به منظور کشف واکنش‌های هیجانی
 - (۵) تسهیل ارزیابی هیجانات
 - (۶) شناسایی باورها و نگرش‌های مخرب
 - (۷) تسهیل پذیرش هیجانات و نیازهای سازگارانه
 - (۸) کمک به زوجین برای پیدا نمودن پاسخ‌های هیجانی جایگزین
 - (۹) تسهیل انتقال هیجانات ناسازگارانه و باورهای مخرب به هیجانات سازگارانه و سالم
- و مک کی، وود و برانتلی (Mc key, Wood, Berantli, 2011) مهارتهای نظم بخشی هیجان را در ۹ گام و یک گام برنامه هفتگی اینگونه عنوان می‌کنند:
- (۱) هیجانهایتان را بشناسید.
 - (۲) بر موانع هیجانهای سالم غلبه کنید.
 - (۳) آسیب پذیری جسمی تان را کاهش دهید.
 - (۴) آسیب پذیری شناختی تان را کاهش دهید.

- ۵) هیجان های مثبت تان را افزایش دهید.
- ۶) بدون قضاوت به هیجانهایتان ، توجه آگاهانه نشان دهید.
- ۷) با هیجانهایتان روبرو شوید.
- ۸) برعکس تمایل های شدید هیجانی تان، عمل کنید.
- ۹) مشکلات را حل کنید.
- ۱۰) برنامه هفتگی

حال با توجه به موارد اشاره شده در بالا این نکته استخراج می شود که اهمیت و ضرورت تحقیق در حوزه تعهد زناشویی با رویکرد هیجان مدار مطلوب بوده و از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر تعهد زناشویی زوجین بود ، که بدان منظور فرضیه زیر تدوین شد: آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر تعهد زوجین تاثیر معنی داری دارد.

روش:

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه:

روش این تحقیق به صورت نیمه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه ی آماری شامل کلیه والدین دانش آموزان ابتدایی و متوسطه شهر بندر عباس در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ بوده که از طریق اطلاع رسانی و فراخوان در مدارس ثبت نام نموده اند. روش نمونه گیری از نوع هدفمند است. گروه نمونه مورد مطالعه کلیه نفرات ثبت نام کننده به تعداد ۱۸۵ زوج بودند که پرسشنامه را پر کرده و از بین آنها ۹۷ زوج که نمره پایین کسب نموده اند و شرایط تحقیق را داشتند انتخاب شدند. از میان آنها ۴۰ زوج که نمره پایینی را اخذ نموده اند به صورت تصادفی انتخاب و این ۴۰ زوج را بعد از همسازی و همگن نمودن به دو گروه ۲۰ زوجی آزمایش و گواه تقسیم گردید(با در نظر گرفتن واریانسهای برابر).

ابزار سنجش

پرسشنامه عشق مثلثی^۱ توسط استرنبرگ با هدف بررسی و ارزیابی ساختار عشق بر اساس مولفه های صمیمیت، هوس و تعهد ساخته شد. که در آن ۴۵ سوال داشته که سه مولفه عشق را می سنجد. ۱۵ جمله اول

1 . Triangular Love Questionnaires

صمیمیت، ۱۵ جمله بعدی هوس و ۱۵ جمله آخر تعهد را می‌سنجد. هر فرد سوال را می‌خواند و از مقیاسی بین ۱ تا ۹ که شامل ۳ تعریف، اصلاً، به طور متوسط و به طور کامل را تشکیل می‌دهد به خود نمره می‌دهد. سپس مجموع نمرات هر گروه ۱۵ تایی جمع می‌شود و مقابل نام گروه نوشته می‌شود. بهترین نمرات را فردی دریافت می‌کند که برای هر ۳ گروه نمره‌ای بالاتر از حد میانگین کسب کند و تفاوت میان نمره‌های هر گروه، میزان دارا بودن آن صفت از مثلث عشق را بیان می‌کند و اگر نمرات ضعیف و قوی باشد نشان می‌دهد ۳ عنصر مثلث عشق در اضلاع خود دارای برابری و تناسب نیستند (Ganji, 2001). استنبرگ همبستگی خرده مقیاس‌ها در این سوالات را ۲۱/ تا ۶۵/ به دست آورد و همبستگی درون مقیاس‌ها نیز بالا بوده و ضریب پایایی برای کل این آزمون را نیز ۹۰/ به دست آورد (as cited in Hatami, 2010). قمرانی و طباطبایی (Ghomrani and Tabatabaei, 2006) پایایی پرسشنامه مثلث عشق استنبرگ را با استفاده از آلفای کرونباخ ۹۲/ به دست آوردند.

همچنین روایی پرسشنامه مثلث عشق استنبرگ را با استفاده از محاسبه همبستگی مولفه‌ها با نمره کل برای سه مولفه صمیمیت، هوس و تعهد به ترتیب ۶۶/، ۹۲/ و ۷۷/ به دست آوردند ($p < .001$). در این پژوهش پایایی پرسشنامه مثلث عشق استنبرگ با استفاده از آلفای کرونباخ ۹۱/ به دست آمد و نمونه از پرسش‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: همسر مرا از نظر عاطفی خیلی حمایت می‌کند. خیلی خودم را به همسرم نزدیک احساس می‌کنم.

روش اجرا و تحلیل

پس از مشخص شدن گروه‌های گواه و آزمایش و اجرای پیش آزمون برای دو گروه، برنامه آموزش رویکرد هیجان‌مدار برای گروه آزمایش به تعداد ۸ جلسه ۱/۵ ساعته با سرفصل‌های جدول ۱ اجرا گردید. بعد از پایان مجدد پرسشنامه بین هر دو گروه اجرا شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل واریانس، رگرسیون خطی و تحلیل کوواریانس استفاده شد و در ادامه برای بدست آمدن رابطه زوجی از آزمون تی مستقل استفاده گردید. برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم افزار کامپیوتری spss^۱ نسخه ۱۹ استفاده شده است.

1. Statiscal Pakage Of Social Science

جدول ۱: پروتکل آموزشی رویکرد هیجان مدار

ردیف	جلسه	هدف
۱	اول	آشنایی گروه با یکدیگر-آشنایی گروه با EFT و خاستگاه های آن - آموزش گام اول و دوم EFT
۲	دوم	بررسی تکالیف - آموزش گام سوم و چهارم EFT
۳	سوم	بررسی تکالیف - تمرین مهارتها و فنون یاد گرفته شده
۴	چهارم	بررسی تکالیف - آموزش گام پنجم و ششم EFT
۵	پنجم	بررسی تکالیف - آموزش گام هفتم EFT
۶	ششم	بررسی تکالیف - تمرین مهارتها و فنون یاد گرفته شده
۷	هفتم	بررسی تکالیف - آموزش گام هشتم و نهم EFT
۸	هشتم	جمع بندی -تمرین مهارتها و فنون یاد گرفته شده- ارزیابی کلی

یافته ها

یافته های توصیفی حاصل از ابزارهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر تعهد در پیش و پس آزمون

متغیرها	گروه	تعداد (نفر)	میانگین	انحراف استاندارد
تعهد زن	پیش آزمون	آزمایش	۵۴,۸	۸,۳
		گواه	۵۴,۹	۱۰,۹
	پس آزمون	آزمایش	۱۲۳,۴	۴,۵
		گواه	۵۴,۵	۱۰,۳
تعهد مرد	پیش آزمون	آزمایش	۵۴,۷	۹,۹
		گواه	۵۴,۹	۱۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۲۶,۱	۳,۵
		گواه	۵۳,۵	۱۱

همان گونه که مشاهده می شود میانگین گروه آزمایش و کنترل تفاوت چشم گیری داشته که معناداری این تفاوت ها در ادامه بررسی می گردد.

جدول ۳: آزمون لوین گروه آزمایش و کنترل مولفه ی تعهد زن

متغیرها	سطح معناداری (sig)	درجه آزادی گروه کنترل (df)	درجه آزادی گروه آزمایش (df)	مقدار F
زن	.۳۳۵	۳۸	۱	.۹۵۳
شوهر	.۲۷۶	۳۸	۱	۱,۲

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود در این آزمون واریانس ها در سطح ۰/۰۵ همگن بوده و این امکان را به ما در استفاده از تحلیل کوواریانس در تحلیل داده ها می دهد.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس گروه آزمایش و کنترل مولفه ی تعهد زن

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات	آماره آزمون (F)	سطح معناداری (sig)	تا (Eta)
زن	اثر پیش آزمون	۳۰۰,۱	۱	۳۰۰,۱	۲۲,۴	۰/۰۰۰۵	.۳۸۵
	اثر هیجان مدار	۴۸۹۹,۱	۱	۴۸۹۹,۱	۳۶۷,۲	۰/۰۰۰۵	.۹۱۱
	خطا	۴۸۰,۳	۳۶	۱۳,۳			
	کل تصحیح شده	۴۹۹۰۳,۹	۳۹				
مرد	اثر پیش آزمون	۷۷۷,۵	۱	۷۷۷,۵	۲۷,۳	۰/۰۰۰۵	.۴۳۲
	اثر هیجان مدار	۴۵۳۳,۴	۱	۴۵۳۳,۴	۱۵۹,۶	۰/۰۰۰۵	.۸۱۶
	خطا	۱۰۲۲,۱	۳۶	۲۸,۳			
	کل تصحیح شده	۵۵۲۷۵,۱	۳۹				

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود مقدار آماره آزمون برابر تحلیل کوواریانس در این مولفه ۰/۰۰۰۵ می باشد. بنابر این بین تعهد در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون پس از حذف تاثیر پیش آزمون تفاوت معنا دار وجود دارد و آموزش هیجان مدار بر تعهد در سطح یک درصد تاثیر معنا دار دارد. همچنین ضریب اتا در این آزمون در متغیر زن (۰/۹۱۱). Eta= است که این مفهوم بیانگر این موضوع می باشد که حدود ۹۱ درصد از تفاوت های مشاهده شده در تعهد زن در مرحله پس آزمون مربوط به تاثیر آموزش هیجان مدار بوده است. و در ادامه

ضریب اتا در این آزمون در متغیر شوهر ($\eta^2 = .816$) است که این مفهوم بیانگر این موضوع می باشد که حدود ۸۱ درصد از تفاوت های مشاهده شده در تعهد مرد در مرحله پس آزمون مربوط به تاثیر آموزش هیجان مدار بوده است.

جدول ۵- آزمون تی مستقل جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات تعهد زن و شوهر (زوجین)

آزمون لوین		آزمون تی T		
مقدار F	سطح معناداری (sig)	مقدار T	درجه آزادی گروه کنترل (df)	سطح معناداری (sig)
.۰۲۳	.۸۸۱	.۸۱۹	۳۸	.۴۱۸

همانگونه که مشاهده می شود مقدار T مشاهده شده در آزمون لوینی که دارای مقدار $F = .023$ و سطح معناداری $\text{Sig} = .881$ است برابر با $T = .819$ و سطح معناداری $\text{Sig} = .418$ می باشد که در سطح معنی داری $P < .01$ معنی دار نمی باشد. بدین معنی که در میزان تعهد زن و مرد (زوجین) تفاوت وجود ندارد. نتیجه حاصل اینکه آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر افزایش میزان مولفه ی تعهد زوجین تاثیر معنادار و مثبت دارد.

نتیجه

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر افزایش تعهد زوجین تاثیر معنی دار و مثبت دارد. این بخش از نتایج با یافته های حاصل از تحقیقات احمدی و ثنایی (Ahmadi, Sanaii, 2012) و مشاک (Mashak, 1999) شاه سیاه، بهرامی و محبی (Shahsiah, Bahrami, 2009) Mohebi, 2009، حیاتی، اعتمادی، تبریزی و برجعلی (Hayatii, Etemadi, Tabrizi, Borjalii, 1998) همسو می باشد.

مطالعات احمدی و سنایی (Ahmadi & Sanaii, 2012) از این رو با این تحقیق همسو می باشد که اثربخشی زوج درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان و تعهد زنا شویی را معنا دار اعلام و در تحقیق دیگری با توجه رابطه میل جنسی و تعهد (Shahsiah, Bahrami and Mohebi, 2009) این گونه می گوید که با افزایش رضایت جنسی تعهد نیز افزایش می یابد. در نتیجه همان گونه که مشاک (Mashak, 1999) رابطه سبکهای عشق (تعهد، صمیمیت و میل) با رضایت زناشویی و حیاتی، اعتمادی، تبریزی و برجعلی (Hayatii, Etemadi, Tabrizi, Borjalii, 1998) تاثیر رویکرد هیجان مدار بر میزان رضایت زنا شویی را

بیان می‌کنند این تحقیقات نیز با یافته‌های تحقیق همسو می‌باشد

در مطالعات متعددی از جمله تحقیقات احمدی و ثنائی (Ahmadi & Sanaii, 2012) عنوان نمودند که اثربخشی زوج درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان و تعهد زناشویی معنادار بوده و بیان نمود رویکرد هیجان مدار باعث بهبود و افزایش تعهد زوجین شده است. مشاک (Mashak, 1999) نیز در پژوهش خود رابطه سبک‌های عشق (تعهد، صمیمیت، میل) با رضایت زناشویی را معنادار دانسته و حیاتی، اعتمادی، تبریزی، برجعلی (Hayati, Etemadi, Tabrizi, Borjalii, 1998) تاثیر رویکرد هیجان مدار بر میزان رضایت زناشویی را که از فاکتورهای مهم ایجاد یک تعهد پایدار می‌باشد را مثبت و معنادار اعلام نموده اند.

مطالعات حاکی از آن است که سطح پایین تعهد زناشویی، منجر به عدم رضایت و طلاق میگردد. یکی از کارهایی که خانواده‌ی سالم انجام میدهد، احساس تعهد در قبال دیگر اعضای خانواده است. در خانواده‌های متعهد، اعضا نه تنها خود را وقف آسایش و بهزیستی خانواده میکنند بلکه در رشد و تعالی هر یک از اعضا ی خود می‌کوشند. به عبارتی متعهد بودن در قبال خانواده، مبنای صرف زمان و انرژی اعضای خانواده برای فعالیتهایی است که به نحوی به خانواده مرتبط و به آنها باز میگردد. به بیان دیگر مطالعات در مورد تعهد نشان میدهد که تعهد باعث حفظ و بقای ارتباط در زندگی زوجین میشود. آماتو (Amato, 2004) معتقد است که تعهد مفهوم مهمی است که باعث جداکردن نظریه‌ی تغییرات اجتماعی از اقتصادی میشود (Shahsiah, et al, 2009)

طبق آمار منتشر شده از سوی سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۳۸۷، علت ۶۷٪ از قتل مردان به دست همسرانشان خیانت بوده است. ۳۳٪ مردان هم با واکنش در برابر خشونت و حمله ناگهانی یا تهدید همسر مواجه بوده اند. بنابراین پرداختن حوزه‌های مختلف دانش به مسأله خیانت و تعهد در بروز مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیش از پیش اهمیت و ضرورت پیدا میکند (Hasanabadi, Mojarad, Soltanifar, 2011).

تعهد شخصی به معنی علاقه و تمایل فرد برای تداوم رابطه‌ی زناشویی است که مبتنی بر جاذبه و رضایتمندی زناشویی است (Johanson, 1999). زمانی که نیازها و انتظارات چه در بعد عاطفی و چه در بعد جنسی برآورده شود تعهد به رابطه بیشتر می‌گردد. این تعهد می‌تواند در یک دلبستگی ایمن و پاسخ گویی صحیح به هیجانات ایجاد شود. از طرفی آموزش رویکرد هیجان مدار به زوجین این فرصت را می‌دهند که به یک شناخت روشن و درک بیشتری از یکدیگر دست یابند و با ایجاد یک دلبستگی ایمن و شناختی کامل از هیجانات یکدیگر با هم رابطه داشته باشند. درک انتظارات و احساسات بنیادین خود و

طرف مقابل، ظرفیتهای زوجین را برای کنار آمدن با تنش های رابطه بیشتر می کند و بنابر این تعهد در رابطه بیشتر می شود.

آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار با در نظر گرفتن زوجین در یک زندگی کار آمد و با توجه به تاکید به روابط آنها در جامعه ای که آگاهی در سطح بسیار مطلوبی نیست می تواند با آموزش رویکرد خود مشکلات را تا حدودی از سر راه گسستگی خانواده ها و خصوصا در شهر بندر عباس با دوری همسران از یکدیگر به مقتضای شغل و اهمیت بحث تعهد به زندگی زناشویی و چگونگی استحکام این رابطه بردارد. شهر بندر عباس و مردم آن از آسیبهای جامعه مستثنی نبوده و بستر هر گونه خیانت در آن فراهم می باشد، چه بسا همسرانی که ماهها به کشور های حاشیه خلیج رفته و یا روزها در دریا به صیادی مشغولند و پس از بازگشت به خانه بستری را می خواهند که تعهد زناشویی را محکم تر کند. آموزش رویکرد هیجان مدار توانست نیازهای همسران را فراهم کرده و در پس آن تعهد زناشویی را افزایش دهد تا آنجا که در این تحقیق نتیجه حاصل این بود که آموزش به شیوه رویکرد هیجان مدار بر افزایش تعهد زوجین تاثیر معنی دار و مثبت دارد.

از محدودیت های این پژوهش نمونه گیری هدفمند و محدودیت در تعمیم و همچنین فرهنگ و نگاه خشک زوجین در روند اجرایی به گونه ای که انجام بعضی از مداخلات در جلسه آموزش را محدود میکرد. با توجه به این محدودیتها پیشنهاد می گردد این تحقیق در جوامع دیگر بررسی و با توجه به فرهنگ اسلامی و وجود حریم هایی در ارتباطات، بعضی از جلسات آموزش به صورت جداگانه برای خانمها و آقایان اجرا تا علاوه بر بیان مشکلات تاثیر گذاری آموزش ها بیشتر باشد. در ادامه همچنین پیشنهاد می شود در خصوص سنجش تعهد در ساختار مولفه های عشق ابزاری تهیه که به صورت شیوا و ساده نگارش، تا متناسب با مولفه مورد نظر قابل فهم برای عموم باشد. پیشنهاد می گردد آموزش های گروهی با مشاوره گروهی تلفیق تا بهره وری این آموزش ها و نتیجه بخشی آنها بیشتر گردد.

تقدیر و تشکر

تشکر می کنم از تمامی دوستان و عزیزانی که مرا در انجام این پژوهش یاری نمودند، و از خداوند بزرگ برای این عزیزان سلامتی و موفقیت آرزو مندم.

References

- Ahmadi, M., Sanaeizaker, B. (2012). *The effectiveness of emotion focused couple therapy on emotion regulation and marital commitment*. Tehran: psychology and educational sciences college- teacher training university- Tehran. (In Persian)
- Abbasimulid, H. (2009). *examine the relationship between marital commitment and sexual satisfaction in couples of Isfahan city, collection of articles' abstract of the fifth*

- conference of Islamic counseling, family counseling and sexual hygiene*. Tehran: institute of Islamic counseling studies. (In Persian)
- Amato, P.R. (n.d). (2004). Studying marital interaction and commitment with survey data. Retrieved December, from.
<http://www.popcenter.umd.edu/events/mifd/papers/amato.pdf>
- Dean, D.G., & Spanier, G.B. (1974). Commitment: An overlooked variable in marital adjustment. *Sociological forces*, 7, 113-118.
- Elliott, R., & L.S. Greenberg. (2007). The Essence of Process-Experiential /Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 241-254.
- Farhbakhsh, K., & Shafiabadi, A. (2006). Love dimensions based on three dimensional theory of love in four groups of couples in Namzadi, Aghd, marriage and parenting stage. *Journal of science and research in psychology*, 30(1), 1-10. (In Persian)
- Ganji, H. (2001). *Personality evaluation*. Tehran: Savalan publication. (In Persian)
- Ghomrani, S., & Tabatabaei, J. (2006). Examine the lovely relationship of Iranian couples and its relationship with marital satisfaction and demographic variables. *Journal of news and researches of counseling*, 17(5), 95-109. (In Persian)
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (2000). Different effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 63, 67-79.
- Harmon, D.K.H. (2005). *Black men and marriage: the impact of spirituality, religiosity and marital commitment on marital satisfaction*. Unpublished doctoral dissertation: Alabama University.
- Hatami, Q. (2010). *Examine the relationship between love factors with marital satisfaction in married teachers of Shiraz city*. MA thesis in counseling: Islamic Azad university of Marvdasht, Iran. (In Persian)
- Hassan Abadi, Hossein, Mojarrad Saeed and Soltanifar, Atefeh (2011). "Assessment of the effectiveness of emotion-oriented remedy on marriage adaptability and positive emotions in couples having relationship outside marriage". *Clinical Psychology Researches and Consultancy*, edition 1, 25-38. (In Persian)
- Haiati, M., Etemadi, A., Tabrizi, M., & borjali, A. (2008). *Examine the effectiveness of emotion focused therapy on marital satisfaction of couples*. Peikenoor, 1(1), 1-10. (In Persian)
- Honarparvaran, N. (2012). *Emotion focused therapy in couple therapy*. Tehran: Danje. (In Persian)
- Haonarparvaran, N., Tabrizi, M., Navabinejad, Sh., & Shafiabadi, A. (2012). effectiveness of training of emotion based approach on sexual satisfaction of couples. *Journal of behavior and thought*. 15(1), 1-10. (In Persian)
- Johnson, M.P. (1999). The tripartite nature of marital commitment: Personal, moral, and structural reasons to stay married. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 160-177.
- Johnson, M.P., Caughlin, J.P., Huston, T. L. (1999). The tripartite nature of marital commitment: persona, moral and structural reasons to stay married. *Journal of marriage and family*, 61(1) 160.
- Johnson, Susan M.; Greenberg, Leslie S. (1985). . Emotionally Focused Couples Therapy : An Outcome Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11 (3) , 313-17.
- Johnson, Susan M & Wittenborn, Andrea K. (2012). New Research Findings on Emotionally Focused Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (1) , 18-22 .

- Johnson, S. (2012). *Practice of emotion focused couple therapy "establishing relationship"* (translated by Bahrami, Fatemeh. Azarian, Zahra. Etemadi ,Azra, Samadi, Shahin). Tehran: Danjeh. (2004). (In Persian)
- Johnson, s. (2010). *Emotion focused couple therapy "bond creation"* (translated by Bitah Hoseini). Tehran: Jungle. (In Persian)
- Johanson,Susan (2004).*the practice of emotionally focused couple therapy,creating connection*.brunner-routledge.
- Johnson ,S.M.,& whiffen ,V.E.(1999). Made to measure: Adapting emotionally focused therapy to attachment styles .*journal of clinical psychology :science @ practice* ,6,366-381.
- Kelly,H.H&Thibaut,J.(1983).*Interpersonal relations:A theory of interdependence*.New York:Wiley.
- Mashak, R.(2009). Relationship between love styles and marital satisfaction of married students. Iran: Retrieved August 22, 2013 from <http://www.sid.ir>. (In Persian)
- Matthew, M. Jeffery, W. Jeffery, B. (2011). *Techniques of emotion regulation*, (Translated by Hamidpour, Hasan. Jomepoor ,Hamid. Andooz, Zahra). Tehran: counseling center of Tehran University. (In Persian)
- Naser, Zahra, (2012). "*Comparing commitment and marriage satisfaction in various levels of religious adherence of Married Students*" , Master's thesis , Marvdasht Azad University. (In Persian)
- Omidvar, B. (2007). *Examine the training of pre marriage on marital expectations and attitudes of students at the threshold of marriage in Shiraz city*. MA thesis: Esfahan University, Iran. (In Persian)
- Rezaei Javad (2010). "*The impact of Islamic- oriented Method of living, emphasizing on family system on couple's commitment and intimacy in Arak*" ,Master's thesis , Isfahan University(In Persian).
- Rafienia, P and Asgharii, A. (1997). The relationship between different types of love and subjective well-being in Married students.*sal Journal of Family*,3,9. (In Persian)
- Sternberg Robert j (1986).a triangular theory of love.*psychological review* 93(2):119-135
- Sternberg Robert j (1988).*the triangle of love.intimacy passion ,commitment*.new york.basic books.
- Soltani, Azadeh & Javad Molazadeh& Mohammad Mahmoodi& Samaneh Hosseini(2012). A Study on the Effectiveness of Emotional Focused Couple Therapy on Intimacy of Couples . *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 82,(3) , 461–465.
- Shahsiah, M., Bahrami, F .,& Mohebi, S .(2009). Examine the relationship between sexual satisfaction and marital commitment in couples of Shahreza city. *Journal of mental health principles*, 3(1), 233-238. (In Persian)
- Tabae Emami, Sh. (2010). *Determine and examine the relationship between central and surrounding love features and commitment in married young adults in Isfahan university*. MA thesis in general psychology: Isfahan University, educational sciences university, Iran. (In Persian).

رضا پور، میر صالح یا سر؛ اسمعیلی، معصومه؛ فرحبخش، کیومرث؛ ذکایی، محمد سعید (۱۳۹۴). بررسی نظام ارزش شناسی دینی در گفتگوهای درون شخصی زوجین مذهبی برخوردار از سازگاری زناشویی بالا. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۱۰۰-۱۲۱.



بررسی نظام ارزش شناسی دینی در گفتگوهای درون شخصی زوجین مذهبی برخوردار از سازگاری زناشویی بالا

یاسر رضا پور میر صالح^۱، معصومه اسمعیلی^۲، کیومرث فرحبخش^۳، محمد سعید ذکایی^۴
تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۰

چکیده

هدف: ارزیابی نظام ارزش شناسی دینی در گفتگوهای درون شخصی زوجین مذهبی برخوردار از رضایت زناشویی بالا. **روش:** مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی بود که با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته در ۱۱ زوج مذهبی (مسلمان) برخوردار از سازگاری زناشویی بالا انجام گرفت. این زوجین به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و نمونه‌گیری تاجایی ادامه یافت که پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به حالت اشباع برسد. تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها هم با استفاده از شیوه کیفی نظریه زمینه‌ای انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که نظام ارزش شناسی دینی زوجین شامل ارزش‌های مذهبی خاصی بود که با ادراک زوجین از مقدس بودن ازدواجشان و ادراک آنها از برخورداری از رحمت خداوند در زندگی زناشویی ارتباط متقابل داشت و هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم از طریق افزایش تعهد زناشویی، منجر به افزایش رضایت زناشویی آنها می‌شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نظام ارزش شناسی دینی از طریق فرآیندهایی می‌تواند به پیامدهای مثبتی در زندگی زناشویی زوجین مذهبی منجر شود. این فرآیندها در مدل مفهومی که از نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌های زوجین بدست آمد نشان داده شد.

واژه‌های کلیدی: ارزش شناسی دینی، گفتگوهای درون شخصی، زوجین مذهبی، سازگاری زناشویی.

۱. استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اردکان. y.rezapour@ardakan.ac.ir

۲. دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.

۳. دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.

۴. دانشیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

مقدمه

علی رغم این انتظار که عقاید سکولار در جوامع انسانی در قرن گذشته موجب حذف تأثیر مذهب بر زندگی خانوادگی شده است، مطالعاتی که در ۲۵ سال اخیر انجام شده نشان می دهد که مذهب یک عامل مهم در ازدواج و تربیت فرزند است (Mahoney et al, 2001; Sherkat & Ellison, 1999). گرچه شواهد تجربی زیادی رابطه مثبت بین مذهب و عملکرد خانوادگی را نشان می دهند اما بیشتر این یافته ها شامل شاخص های کلی یا تکی^۱ از مذهب هستند (برای مثال وابستگی مذهبی به عنوان یک شاخص کلی، یا حضور در کلیسا به عنوان یک رفتار مذهبی خاص؛ Jenkins, 1992; Mahoney et al, 2001) و ماهیت این ارتباط، خصوصاً به صورت کیفی، هنوز مشخص نیست و پژوهش های کمی در این باره صورت گرفته اند (Mahoney, 2005). این موضوع منجر به بسیاری از سؤالات بی پاسخ درباره فرایندهای خاصی که مذهب را به الگوهای تعاملی خانواده وصل می کند می شود که ضرورت انجام پژوهش های کیفی بیشتری را در این زمینه نشان می دهد (Mahoney, 2005).

ارزش های مذهبی پیش بینی کننده موفقیت یک رابطه زناشویی است (Dollahite & Lambert, 2006; Goodman & Dolahite, 2007)، و بررسی های کیفی نشان می دهند که زوجینی که به ارزش های مقدس مذهبی معتقد باشند معمولاً به ازدواجشان نیز به عنوان یک «رابطه مقدس» نگاه می کنند که هدف آن تعالی ارزش های مذهبی است (Pargament & Mahoney, 2005). در این ازدواج های مقدس، مواجهه با هر موضوعی ممکن است به عنوان «یک معنا» برای زوجین باشد که به ازدواجشان به عنوان ابزاری نگاه می کنند که آنها از طریق آن «با الوهیت در تماس» هستند (Lauer, 1985). اگر زوجین عمیقاً به این باور معتقد باشند که ارزش اصلی در یک ازدواج عاشقانه پی بردن به ماهیت خداوند و ارتباط با وی است (Lauer, 1985)، آنگاه به تعارضات شدیدی که منجر به دست دادن ارتباط روانشناختی با خدا می شود به مثابه از دست دادن طرف مقابل نگاه می کنند و بنابراین از بسیاری از موضوعاتی که منجر به تعارض با همسرشان می شود به عنوان یک «حرام مذهبی» دوری می کنند.

شواهد نشان می دهد هنگامی که زوجین ارزش ها و تجربیات مذهبی مشترکی دارند مذهب منجر به موفقیت بیشتر آنان در ازدواج می شود (Wilcox, 2007; Dollahite & Lambert, 2007). پیشینه پژوهشی پیشنهاد می کند که در تصمیم گیری برای ازدواج زمانی که ارزش های مذهبی زوجین هم سو باشند، زنان اغلب با اشتراک گذاری ایمان و باورهایشان مردان را برای ازدواج پیشگام می کنند (Hui et al, 2007).

1 . single item

هنگام ازدواج، زوجین می‌توانند از ارزش‌های مذهبی به عنوان «محفظه ای امن» در تعارضات زناشویی استفاده کنند (Lambert & Dolahite, 2006). زوجینی که ارزشهای مذهبی مشترک دارند می‌توانند اغلب روشنتر به تعارضاتشان نگاه کنند و به طور متقابل روی مشکلاتی که در رابطه زناشویان به وجود می‌آید کار کنند. سرانجام اینکه، ارزش‌های مذهبی می‌توانند باعث شوند زوجین به مذهب به عنوان نقشه مسیرهای زناشویی^۱ نگاه کنند و مذهب راهنمای آنها در روابط جنسی، نقش‌های جنسیتی و فداکاری فردی در ازدواج باشد (Mahoney et al, 2003). مطالعات همچنین نشان می‌دهند زوجینی که معتقدند ازدواجشان یک رابطه مقدس است و زوجینی که معتقدند خداوند به طور فعال در ازدواجشان مشارکت دارد، رضایت زناشویی بالا و تعهد بالاتر دارند. بنابراین، این باور که خداوند در ازدواج یک فرد مشارکت دارد تا حدی می‌تواند زوجین را برانگیزد تا ازدواجشان را یک ارتباط جدا از دنیای مادی مفهوم سازی کنند (Eliade, 1957). بیشترین ارزش زناشویی که معمولاً مطالعات به بررسی ارتباط آن با ارزش‌های مذهبی پرداخته‌اند، تعهد و وفاداری زناشویی است (Dollahite & Lambert, 2007; Wade & DeLamater, 2002; Treas & Giesen, 2000). برای مثال، نتایج یک مطالعه نشان داد افرادی که هرگز به تشریفات مذهبی توجه نداشتند نسبت به آنها که بیش از یکبار در هفته به تشریفات مذهبی توجه می‌کردند ۲/۵ برابر احتمال بیشتری داشت تا درگیر خیانت زناشویی شوند (Atkins et al, 2001). با این وجود، ارزش‌های مذهبی زوجین می‌تواند منجر به ارزش‌های دیگری نیز در رابطه زناشویی شود که پژوهش‌های آتی باید به این مسئله دقیق‌تر نگاه کنند.

اگر چه برخی از محققان تأکید می‌کنند که ارزش‌های مذهبی یکی از منابع مهم موفقیت، طول عمر و تعهد در ازدواج هستند، اطلاعات کمی درباره نحوه ارزیابی زوجین از محوریت ارزش‌های مذهبی در کیفیت ازدواجشان وجود دارد (Dollahite & Lambert, 2007; Goodman & Dolahite, 2006; Mahoney et al, 2003). بیشتر مطالعات گذشته که به بررسی ارتباط بین ارزش‌های مذهبی و موفقیت زناشویی پرداخته‌اند بر اساس شاخص‌های کمی تجربیات مذهبی مانند دفعات حضور در اماکن مذهبی انجام شده‌اند (Goodman & Dolahite, 2006; Mahoney et al, 2003) و این شاخص‌ها شیوه‌های پیچیده‌ای که در آن مذهب اهداف و باورهای زوجین را در ازدواج یا کیفیت روابط زناشویی شکل می‌دهد مشخص نمی‌کنند (Goodman & Dolahite, 2006). بنابراین، انجام پژوهش‌هایی که به طور کیفی ماهیت ارزش‌شناسی دینی را در رابطه زناشویی مورد بررسی قرار می‌دهند، در کنار پژوهش‌هایی که به طور مکرر

ارتباط یا اثربخشی ارزش های مذهبی را با جنبه های مختلف رابطه زناشویی به طور کمی مورد ارزیابی قرار می دهند (Azadarmaki & Etemadifar, 2010)، ضروری به نظر می رسد. پژوهش حاضر با توجه به اهمیت این موضوع، به صورت کیفی به بررسی نظام ارزش شناسی زوجین مذهبی دارای سازگاری زناشویی بالا می پردازد.

گفتگوهای درون شخصی

گفتگوهای درون شخصی به هرگونه صحبت کردن فرد با خود و خودگویی های وی اطلاق می شود. گفتگوهای درون شخصی به عنوان افکاری که فرد به شکل صحبت با خود در ذهن مرور می کند و شامل توضیحات آشکار و قابل کلامی شدنی در مورد خود، دیگران و جهان است تعریف می شود (Alexander, 1988). واژه های خودگویی^۱ (Meichenbaum, 1977) و افکار خودآیند^۲ (Beck, 1976) نیز برای توصیف این موضوع به کار می رود. درواقع بسیاری از نگرش ها و باورهای افراد در گفتگوهای درون شخصی آنها تجلی می یابد (Meichenbaum, 1977) و شاید بتوان گفت، گفتگوها و تعاملات بین زوجین (خصوصاً خودگویی های آنها در مورد موضوعات مختلف زناشویی) بهترین موقعیتی است که ارزش شناسی زوجین از رابطه زناشویی در آن تجلی پیدا می کند (Martignani, 2011). بررسی ها نشان می دهد بین زوجین دارای تنیدگی زناشویی و زوجینی که از روابط خود رضایت دارند در ارزش های زناشویی که در گفتگوهای درون شخصی آنها نمایان می شود، تفاوت وجود دارد و بررسی این تفاوت ها می تواند باعث ارائه الگویی شود که به افزایش رضایت زناشویی زوجین کمک می کند (Baucom et al, 1996; Bradbury & Fincham, 1993; Kurdek, 1992).

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تئوری (نظریه) زمینه ای^۳ است. نظریه زمینه ای، دارای مجموعه ای از تکنیک ها جهت انجام تحقیق کیفی است. ایده ی اصلی نظریه زمینه ای این است که به جای استفاده از داده ها جهت آزمون فرضیه های برخاسته از ادبیات پژوهش که در تحقیقات کمی انجام می گیرد، از گزارش های کلامی افراد در مورد تجاربشان به عنوان داده استفاده می شود. هدف نهایی، فراهم کردن مجموعه ای از مفاهیم نظری است که به بهترین شکل داده ها را توصیف کنند. تفاوت مهم و اساسی

1 . Self-Talk

2 . Self-Dialogues

3 . Ground Theory

بین نظریه زمینه‌ای و اشکال صرفاً توصیفی طبقه‌بندی، مثل تحلیل محتوا، این است که کدها و مقوله‌ها از پیش تعیین شده نیستند، بلکه از زمینه داده‌ها برای مقوله‌بندی خود داده‌ها استفاده می‌شود (Strauss & Corbin, 1998).

جامعه و نمونه

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه مراجعه‌کنندگان به برنامه‌های غنی‌سازی ازدواج مرکز مشاوره باب الحوائج شهرستان میبد. شرکت‌کنندگان برنامه‌های غنی‌سازی ازدواج در این مرکز را عمدتاً زوجین دارای سازگاری زناشویی بالا تشکیل می‌دهند (البته جامعه و تعمیم‌پذیری در پژوهش‌های کیفی که هدف آن تحلیل عمیق موضوع مورد بررسی است به اندازه تحقیقات کمی اهمیت ندارد؛ Houman, 1999). یک شیوه مناسب برای ایجاد سازه‌های نظری دقیق در پژوهش‌های کیفی، مطالعه بر روی افرادی است که در متغیرهای مورد نظر سرآمد یا الگو^۱ هستند (Boss, 1980). بنابراین با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند (Berg, 2001) زوجین نسبتاً مذهبی و دارای سازگاری زناشویی بالا برای شرکت در پژوهش حاضر انتخاب شدند. علاوه بر ارزیابی‌های اولیه درمانگر از مصاحبه با زوجین، مذهب‌گرایی اسلامی و سازگاری زناشویی آنها به ترتیب با مقیاس بهرامی (Bahrami, 2003) و اسپانیر (Spanier, 1976) مورد بررسی و تأیید قرار گرفتند. زوجین شرکت‌کننده در پژوهش حاضر با توجه به جمعیت غالب جامعه ایران همگی از بین مسلمانان شیعه انتخاب شدند. همچنین به دلیل اینکه برای پاسخ‌گویی به سؤالات مصاحبه داشتن سطح متوسطی از توانایی‌های شناختی لازم بود، نمونه شرکت‌کننده در پژوهش به صورت هدفمند از بین کسانی انتخاب شدند که حداقل سطح تحصیلات آنها لیسانس بود و دارای توانایی شناختی مناسبی در پاسخ‌گویی به سؤالات مصاحبه بودند. برای ثابت نگه داشتن برخی عوامل زمینه‌ای تنها زوجینی برای مصاحبه انتخاب شدند که بالای ۲۵ سال سن داشتند، حداقل دو سال از مدت ازدواج آنان می‌گذشت و دارای حداقل یک فرزند بودند. به دلیل اینکه پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است، تعداد نمونه بر اساس شیوه تئوری زمینه‌ای که برای تحلیل داده‌ها از آن استفاده شد به اندازه‌ای انتخاب شد که حداقل محتوای کیفی ابعاد ارزش‌شناسی دینی در خودگویی‌های درون شخصی زوجین استخراج شود و به اصطلاح مصاحبه‌ها به حالت اشباع برسند (Strauss & Corbin, 1998). حالت اشباع به وضعیتی گفته می‌شود که پاسخی که شرکت‌کنندگان جدید به سؤالات مصاحبه می‌دهند مشابه همان پاسخ‌هایی باشد که

1. Prototypical or Exemplary

شرکت کنندگان قبلی به سؤالات مصاحبه داده اند. با توجه به این موضوع، در پژوهش حاضر پس از مصاحبه با ۱۱ زوج (۱۱ زن و ۱۱ شوهر) پاسخ های افراد به حالت اشباع رسید و انجام مصاحبه متوقف شد.

شیوه مصاحبه

در پژوهش حاضر برای جمع آوری داده ها و آگاهی از ارزش شناسی دینی زوجین از رابطه زناشویی شان، از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. مصاحبه نیمه ساختار یافته نسبت به مصاحبه استاندارد نشده دارای ساختار بیشتر و موضوع محدودتری است و در آن سؤالات خاصی از تمام پاسخگویان پرسیده می شود. با این وجود به دلیل محاوره ای بودن مصاحبه، مصاحبه گر آزاد است که سؤالات را تغییر دهد و یا ترتیب آنها را به شکلی مناسب تر جابجا کند (Biyabangard, 2005). با در نظر گرفتن هدف کلی پژوهش و جنبه های مختلف سازگاری زناشویی زوجین، سؤالات مصاحبه طراحی شدند. در مجموع با جمع بندی نظرات کارشناسان آگاه به موضوع (۳ روحانی روانشناس) برای اطمینان از روایی محتوایی، ۹ سؤال برای انجام مصاحبه انتخاب شد. مطالعه پایلوت بر روی دو زوج انجام گرفت و با بازخوردهای آنها برخی سؤالات بازبینی شدند. سؤالات به طور مستقیم و غیرمستقیم ارزش شناسی دینی زوجین را در رابطه زناشویی شان مورد بررسی قرار می داد و باورهای مذهبی زوجین را در مورد جنبه های مختلف رابطه زناشویی شان ارزیابی می کرد. همچنین سؤالات به طور مستقیم و غیرمستقیم توجه زوجین را به گفتگوهای درون شخصی شان معطوف می کرد. به دلیل اینکه مصاحبه حاضر از نوع مصاحبه های نیمه ساختاریافته بود، مصاحبه گر بعد از هر سؤال با توجه به بافت موضوعات مطرح شده، سؤالات پیگیری برای بررسی عمیق تر ارزش شناسی دینی زوجین در رابطه زناشویی شان مطرح می کرد. تمام مصاحبه های انجام شده با کسب اجازه از شرکت کنندگان به صورت صوتی ضبط شدند و سپس برای انجام تحلیل های بعدی به دقت مصاحبه ها روی کاغذ پیاده شدند. برای محفوظ ماندن مشخصات آزمودنی ها، از نام های مستعار برای شرکت کنندگان استفاده شد.

مقیاس سازگاری زناشویی

این مقیاس توسط اسپانیر (Spanier, 1976) ساخته شده و دارای ۳۲ سؤال می باشد. تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس چهار بعد رضایت دو نفری، همبستگی دونفری، توافق دو نفری و ابراز محبت تشکیل شده است. نمره کل سازگاری زناشویی از جمع نمرات زیر مقیاس ها بدست می آید و نمره بالا نشان دهنده سازگاری زناشویی بالاتر است (Spanier, 1976). مطالعه ای که توسط سازنده مقیاس انجام شد نشان داد که این مقیاس دارای روایی سازه، همگرا و واگرای مطلوبی است و آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر ۰/۹۶

بود (Spanier, 1976). پژوهشی که به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران انجام شد نشان داد که این مقیاس دارای روایی و اگر و همگرایی مطلوبی است (Sanaei, 1998). با توجه به اینکه میانگین این مقیاس در نمونه ایرانی $114/8$ ($S=17/8$) محاسبه شده است (Sanaei, 1998) و کل نمره اکتسابی فرد در این آزمون ۱۵۱ است، در پژوهش حاضر (به منظور نمونه‌گیری از زوجین دارای سازگاری زناشویی بالا) افرادی انتخاب شدند که نمره کلی آنها در این مقیاس یک انحراف معیار بالاتر از میانگین جامعه یعنی $132/6$ و بالاتر بود.

مقیاس مذهب گرایی اسلامی^۱

مقیاس مذهب گرایی اسلامی توسط بهرامی احسان در ایران ساخته و هنجاریابی شده است. این آزمون با استفاده از یک الگوی منسوب به امام صادق (ع) که انواع حقوق و وظایف انسان را تعریف می‌کند طراحی شده است (Bahrami Ehsan, 2003). این مقیاس دارای ۶۴ آیت است که بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت تنظیم شده است. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مقیاس از چهار عامل مذهب گرایی، سازمان ناپافتگی مذهبی، ارزنده سازی مذهبی، و کامجویی اشباع شده است (Bahrami Ehsan, 2003). ضریب پایایی این فرم بین $0/91$ و $0/85$ بود، همچنین روایی محتوایی^۲ و سازه^۳ آن نیز بررسی و تایید شده است (Bahrami Ehsan, 2003). با توجه به اینکه میانگین این خرده مقیاس مذهب گرایی در نمونه ایرانی $83/6$ ($S=14/7$) محاسبه شده است (Bahrami Ehsan, 2003) و کل نمره اکتسابی فرد در این خرده آزمون ۱۱۲ است، در پژوهش حاضر (به منظور نمونه‌گیری از زوجین دارای گرایش‌های مذهبی بالا) افرادی انتخاب شدند که نمره کلی آنها در این زیر مقیاس یک انحراف معیار بالاتر از میانگین جامعه یعنی $98/3$ و بالاتر بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از شیوه نظریه زمینه‌ای استفاده شد (Strauss & Corbin, 1998). نظریه زمینه‌ای برای شکل‌دهی سازه‌هایی به کار می‌رود که در زمینه‌ی داده‌ها وجود دارد نه در دیدگاه از پیش تعیین شده^۴ محقق. بر اساس نظر استراوس و کوربین (Strauss & Corbin, 1998) در مرحله

1 . Islamic Religiosity Scale

2 . Content Validity

3 . Construct Validity

4 . Preconceived

اول از شیوه کدگذاری باز استفاده شد که در آن هر واژه، عبارت یا جمله معنی دار به عنوان کدها تعیین می شوند. بعد از کدگذاری اولیه، کدهای مشابه (مقوله ها) به طور اولیه گروه بندی شدند و به آنها نام های مفهومی اطلاق شد (نام گذاری مقوله ها). در مرحله دوم (کدگذاری محوری) ارتباط بین مقوله ها و زیرمقوله ها مشخص شد و چهارچوب بیشتری به آنها داده شد. به این صورت که فهرست اصلی موضوعات تکرار شده، به شیوه های زیر جمع بندی و خلاصه شد: الف) حذف موضوعات دارای اهمیت کمتر و کمتر متداول، و ب) ترکیب موضوعات شبیه به هم برای کاهش آنها به تعداد های قابل کنترل بیشتر. بعد از این مرحله ما مجدداً متن مصاحبه ها را مرور کردیم تا مطمئن شویم که آنها حاوی اطلاعات کافی برای حمایت از هریک از موضوعات تعیین شده هستند. در نتیجه این کار بعضی از موضوعات حذف شدند یا مورد بازبینی قرار گرفتند. مرحله آخر کدگذاری انتخابی بود. در کدگذاری انتخابی مقوله های مختلف باهم یکپارچه شده و پیرامون یک مفهوم توصیفی محوری تلفیق می شوند. در نهایت، برای «باطل سازی یافته های به دست آمده» (Gilgun, 2005) مقوله ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. این فرآیند شامل تلاش برای باطل سازی نتیجه گیری های اولیه است تا اینکه مشخص شود آنها در یافته های نهایی نگه داشته شوند یا خیر. این کار برای ارزیابی روایی یافته ها انجام می شود (Gilgun, 2005). بعد از کدگذاری و تلاش برای باطل سازی، ما یک مدل مفهومی ارائه کردیم که به اعتقادمان رابطه بین موضوعات عمده در یافته ها را نشان می داد. به منظور افزایش روایی و پایایی سه نفر از محققین بطور مستقل همه متون را کدگذاری و کدهای جدید را تعیین نمودند. سپس با همفکری یکدیگر کدهای نهایی مشخص شد و بعد از اتمام کار مجدداً درون مایه ها به شرکت کننده ها باز گردانیده شد و از صحت^۱ آنها اطمینان حاصل گردید. همچنین به جز محققین، مصاحبه ها و کدگذاری انجام شده جهت بازبینی، ممیزی، انتقال پذیری و تائید پذیری داده ها، در اختیار چهار متخصص مشاوره خانواده قرار گرفت و از نظر اعتماد و اعتبار^۲ مورد تأیید قرار گرفت. ضریب توافق بین کدگذاران (پایایی کدگذاران) ۰/۶۵ بدست آمد که قابل قبول بود (Biyabangard, 2007).

یافته ها

هریک از شرکت کنندگان پژوهش به گستره زیادی از ارزش های مذهبی در زندگی زناشویی خود پایبند بودند اما بسته به نوع ارزش شناسی دینی خود، از میان ارزش های مذهبی به ارزش های خاصی تأکید بیشتری داشتند. ارزش شناسی دینی در بیشتر جنبه های زندگی از نحوه برخورد با همسر گرفته، تربیت فرزند،

1 . Member Check

2 . External Check

و نحوه ارتباط با خویشاوندان همسر وجود داشت. تحلیل دقیق یافته‌ها، نحوه تأثیر ارزش‌شناسی دینی زوجین را بر جنبه‌های مختلف زندگی زناشویی آنها نشان می‌دهد.

۱- تأکید بر ارزش‌های مذهبی به عنوان بخشی از «تقدس» ازدواج

تمام شرکت‌کنندگان پژوهش معتقد بودند که ازدواج، نهادی است که توسط خداوند برای رسیدن به کمال دنیوی و اخروی تعیین شده است و به دلیل اینکه خداوند به آن توصیه کرده است دارای ماهیتی «مقدس» می‌باشد. آنها معتقد بودند که خداوند در زندگی زناشویی آنها حضور دارد و بنابراین ارزش‌هایی که منجر به حفظ رابطه زناشویی می‌شود نیز مقدس می‌باشد.

بسیاری از زوجین معتقد بودند به علت اینکه رابطه زناشویی یک رابطه مقدس است، بنابراین عمل به ارزش‌های مذهبی به عنوان ارزش‌هایی که در دین برای حفظ رابطه زناشویی توصیه شده است نیز نوعی اجرای دستورات خداوند می‌باشد. فاطمه، دبیر ادبیات می‌گفت «خداوند در قرآن می‌فرماید زن جهت تسکین و آرامش مرد در کنار او قرار داده شده است. هدف از خلقت و ازدواج و در کنار هم بودن، رسیدن به قرب الی الله و رضایت خدا است. خداوند زن و مرد را در کنار هم آفرید تا بتوانند بهتر خداوند را عبادت کنند.... این خداوند است که وظایف زن و مرد را در قبال یکدیگر مشخص می‌کند و احکام الهی هستند که مرد را متعهد می‌کند به انجام کارها. تعهدات و دستورات بازدارنده دین هست که زن و مرد را از سر باز زدن از کارهایی که باعث از هم پاشیده شدن رابطه آنها می‌شوند باز می‌دارد». محمد علی، یک مغازه دار ۳۸ ساله می‌گفت «ازدواج یک رابطه الهی و مقدس است که خداوند آن را توصیه کرده و سنت پیغمبر می‌باشد، خداوند در تمام ابعاد زندگی از جمله زندگی زناشویی یک مسلمان نظارت دارد و من سعی می‌کنم که دستورات خداوند را در زندگی زناشویی خود برای رضای او به کار گیرم».

۲- بهره‌گیری از رحمت خداوند در زندگی زناشویی به عنوان نتیجه پایبندی به ارزش‌های دینی

بسیاری از زوجین معتقد بودند که توجه به ارزش‌های مذهبی در زندگی زناشویی و پیروی از دستورات خداوند درباره رابطه زناشویی، موجب مقدس شدن رابطه و ارتباط خداوند با زندگی زناشویی آنها می‌شود و بنابراین زندگی زناشویی آنها نیز مورد عنایت و لطف پروردگار واقع شده و خداوند بسیاری از مشکلات آنها را حل می‌کند. حسین، کارگر کارخانه می‌گفت «وقتی به ارزش‌های مذهبی و دستورات خداوند در زندگی زناشویییم پایبند هستم وجود خداوند را در زندگی خودم بیشتر احساس می‌کنم، احساس می‌کنم که خداوند در زندگی ام کمک می‌کند و زندگی زناشویی ام را مستحکم تر می‌سازد». زینب، فرزند یک شهید می‌گفت:

«خداوند پیوند دهنده روح و روان من و همسر من بوده است، و نقش مستقیمی تاکنون در زندگی ما داشته است..... ما سعی کردیم الگوی مناسب از صفات پسندیده خداوند در زندگی برای فرزندانمان باشیم و ارزش های دینی را در زندگیمان اجرا کنیم و همیشه در زندگی زناشویی به یاد خداوند باشیم چون در این صورت او نیز همیشه به یاد ماست، سختی هایی که به مدد خداوند در زندگی زناشویی ما حل می شوند موجب می شود که در تمام لحظات حضور و لطف خداوند را در زندگی احساس کنم»

۳- ارزش شناسی دینی در رابطه زناشویی

همان طور که گفته شد، زوجین مذهبی که رابطه زناشویی را یک نهاد مقدس تعیین شده ازجانب خداوند می دانستند، ارزش هایی که منجر به حفظ این رابطه می شد نیز مقدس می پنداشتند. اما در این میان بعضی از ارزش ها بودند که به اعتقاد زوجین توصیه های خداوند و دین برای زندگی زناشویی آنها بود و در نظام ارزش شناسی زوجین، این ارزش ها به عنوان ارزش های دینی تلقی می شدند. کدگذاری داده ها بر اساس شیوه نظریه زمینه ای نشان داد که ده کد نهایی (تم ها^۱) در نظام ارزش شناسی دینی زوجین در زندگی زناشویی وجود دارد.

۴- در نظر گرفتن رضایت خداوند در هنگام ارتباط با همسر

بسیاری از زوجین، به دلیل اینکه خداوند را ناظر بر زندگی زناشویی خود می دیدند یکی از ارزش های آنها در رابطه با همسر خود، در نظر گرفتن رضایت خداوند در این ارتباط بود. محمدعلی، یک مغازه دار ۳۸ ساله می گفت «وقتی می بینم خداوند ناظر بر اعمال و گفتار من است، سعی می کنم نسبت به همسرم بهترین رفتار را داشته باشم و او را نرنجانم تا خداوند از این کار من نرنجد». سمیه، معلم ریاضی در این باره می گفت «خداوند در همه حال ناظر بر اعمال ماست و ما برای خشنودی و رضایت او در زندگی خود تمام تلاش خود را انجام می دهیم و همین باعث می شود در انجام وظایف زناشویی خود کوتاهی نکنیم». در نظر گرفتن رضایت خداوند در زندگی زناشویی موجب می شد زوجین در اعمال و رفتارهای خود دقت بیشتری داشته باشند و شرم از خداوند موجب می شد آنها در بسیاری از تصمیم های نادرست خود در رابطه با همسرشان تجدید نظر کنند. فاطمه، دبیر ادبیات می گفت:

نقش خداوند در زندگی زناشویی فیزیکی نیست، همینکه رفتارها برای رضایت خدا باشد، پس دیگر هر تصمیمی گرفته نخواهد شد. آن وقت فقط خدا مد نظر است، لذا رفتارها اصلاح می شود و به تبع آن زندگی نیز اصلاح می شود.

۵- رعایت شئون اسلامی در برخورد با نامحرم

یکی دیگر از ارزش های دینی که اغلب زوجین به آن معتقد بودند، رعایت ارزش های دینی در

برخورد با نامحرم بود. زوجین مذهبی که ابراز عشق و محبت خود را منحصر به همسرشان می‌دانستند، بر این مسئله نه فقط به عنوان یکی از ارکان تعهد زناشویی بلکه به عنوان یکی از نشانه‌های ارتباط صمیمی با همسر تأکید داشتند. امیر محمد، مهندس ساختمان می‌گفت «رعایت ارزش‌های دینی همچون نجابت و حجاب در برابر نامحرم و رعایت اصول اخلاقی و شرعی در رفت و آمد با دیگران، صداقت و وفاداری باعث اطمینان بین من و همسر شده و آرامش بسیار لذت بخشی در زندگی ما به وجود آورده است». مصطفی، پرستار ۴۲ ساله می‌گفت «پایبندی به موازین شرعی در برخورد با دیگران در محل کارمان، باعث اطمینان ما نسبت به یکدیگر شده است و راستی و درستی را در زندگیمان افزایش داده است». به دلیل اینکه، رعایت شئون اسلامی در برخورد با نامحرم، فقط به تعهد زوجین نسبت به یکدیگر مربوط نمی‌شد، ما این مقوله را به عنوان یک کد مجزا، کدگذاری کردیم.

۶- ارزش قائل شدن به دستورات دینی در تعامل با خانواده

رعایت دستورات و آموزه‌های دینی یکی از ارزش‌های کلی بود که تمام زوجین شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به آن معتقد بودند. هر کدام از شرکت‌کنندگان، به برخی دستورات دینی تأکید بیشتری داشتند اما منظور تمامی آنها از آموزه‌ها و دستورات دینی، دستوراتی بود که برگرفته از آیات قرآن یا احادیث و روایات معصومین (ع) بود. فرزانه، که سال‌ها با همسر خود به دور از خانواده پدری در شهر دیگری زندگی می‌کردند می‌گفت «ما برای اینکه رحمت خداوند را در زندگی زناشویی خود بدست بیاوریم باید دستوراتی که خدا و پیغمبر درباره رابطه زناشویی و برخورد با همسر داده‌اند را رعایت کنیم تا هم لطف خداوند شامل حال ما شود و هم اینکه در رابطه خود موفق باشیم».

هانیه، مادر یک کودک معلول می‌گفت «خداوند چون انسان را آفریده و به تمام ویژگی‌های او آشناس، دستوراتی را برای برخورد با همسر داده است. ما هر موقع دستورات الهی را در زندگی زناشویی خود اجرا کرده ایم حضور خداوند را نیز در کنار خود احساس کرده ایم و به آرامش رسیده ایم».

۷- وفاداری به همسر به عنوان یک ارزش دینی

وفاداری به همسر به عنوان یکی از ارزش‌های مهم دینی برای زوجین محسوب می‌شد. بسیاری از زوجین معتقد بودند خیانت به پیمان مقدس زناشویی که آنها در پیشگاه خداوند به همسر خود داده‌اند، نوعی خیانت به خداوند هم محسوب می‌شود و یک فرد مذهبی همیشه باید به تعهد خود به عنوان یک وظیفه‌ای که خداوند به عهده او گذاشته است وفادار باشد. مهری، مربی خیاطی می‌گفت «ایمان به خداوند و تعهد در برابر همسر رابطه مستقیم دارند. کسی که خدا را ناظر بر خود ببیند و از او شرم داشته باشد، به همسر خود

خیانت نمی کند..... وقتی که بدانیم ما در حضور خداوند به همدیگر تعهد داده ایم، هیچ وقت این کار اشتباه را انجام نمی دهیم و تعهد ما تعهد به خداوند است».

امیرمحمد، مهندس ساختمان می گفت «ازدواج یک پیمان الهی بین زن و شوهر است، باورهای دینی انسان را متهد می نماید تا هر مرزی را زیر پا نگذارد و از هر محدودیت هایی عبور نکند، نسبت به زندگی مسئولیت پذیر باشد و تابع هوای نفس نشود زیرا در این صورت هم به خود، هم به خانواده و هم به خداوند بد کرده است».

۸- بخشش و گذشت

یکی از ارزش هایی که در دین به آن توصیه بسیار شده است بخشش و گذشت در مقابل خطاهای یکدیگر است. این ارزش دینی در بسیاری از روابط زناشویی که در آن زوجین به ارزش های دینی پایبند هستند به چشم می خورد. بسیاری از شرکت کنندگان پژوهش حاضر هم به بخشش و گذشت به عنوان یک ارزش دینی معتقد بودند که همچنین رعایت آن باعث لطف و عنایت خداوند به آنها و زندگی زناشویی شان می شود.

مهری مربی خیاطی می گفت «در زندگی هر زن و شوهری اشتباه و خطا دیده می شود، وقتی ما خداوند را در نظر داشته باشیم می توانیم نسبت به هم گذشت داشته باشیم و عمل به کلام خداوند و گذشت مشکلات را آسان می کند».

اکبر، بازنشسته اداره بیمه می گفت «ما وقتی به زندگی پیامبر و ائمه نگاه می کنیم می بینیم که آنها حتی نسبت به دشمنان خود گذشت داشته اند..... وقتی که گذشت جلوی بسیاری از مشکلات زن و شوهر می گیرد، ما چرا نباید به این توصیه دینی عمل بکنیم».

۹- خوش خلقی و احترام به همسر

خلق نیکو یکی از ارزش هایی است که در دین اسلام به آن بسیار توصیه شده است. بسیاری از زوجین شرکت کننده در پژوهش حاضر نیز به خوش خلقی و احترام نسبت به همسر به عنوان یک ارزش دینی که از سوی خداوند توصیه شده است نگاه می کردند. زهرا، مادر دو کودک می گفت «خوش رویی و احترام متقابل به یکدیگر از جمله ارزش هایی است که خداوند آنها را بسیار دوست دارد. وقتی زن و شوهر با یکدیگر به خوش رویی رفتار می کنند خداوند نیز خشنود می شود».

مصطفی پرستار ۴۲ ساله می گفت «خداوند در قرآن ما را به داشتن اخلاقی نیکو در مقابل یکدیگر دستور داده است، وقتی که یک مرد، علی رغم داشتن فشار کاری، موقع رسیدن به خانه با همسر خود با احترام و به خوبی برخورد می کند، خداوند نیز به او کمک می کند جلو زن و بچه اش شرمندانه نشود».

۱۰- صداقت در برخورد با همسر

دروغ‌گویی در اسلام و سایر ادیان امر نکوهیده‌ای است. صداقت و درستی در رفتار با همسر یکی از ارزش‌هایی بود که بسیاری از زوجین مذهبی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به عنوان یک ارزش دینی به آن توجه داشتند. حسن، کارمند بازنشسته شهرداری از صداقت به عنوان مهمترین ارزشی که او در رفتار با همسرش به آن پایبند بوده نام می‌برد. وی درباره نقش صداقت در زندگی می‌گفت «خداوند در زندگی زناشویی همیشه از ما راستی، صداقت، متعهد بودن به زندگی و ایمان قوی و یکرنگ بودن را می‌خواهد..... یک رنگی و صداقت در زندگی باعث می‌شود خداوند هم با ما صادق باشد و در زندگی به ما کمک کند». مریم، دانشجوی رشته الهیات می‌گفت «انجام اعمال خدا پسندانه از سوی ما باعث شده که هردو در زندگیمان درستکار باشیم و نسبت به یکدیگر صداقت داشته باشیم. خداوند دروغ‌گویی را دوست ندارد و ما به هم قول داده‌ایم که هیچ وقت به یکدیگر دروغ نگوییم چون سرانجام دروغ‌گویی رسوایی و شرمندگی است».

۱۱- تربیت صحیح دینی فرزندان

بسیاری از زوجین شرکت‌کننده در پژوهش حاضر معتقد بودند که یکی از مهمترین ارزش‌های آنها در زندگی داشتن فرزندان مؤمن و متعهد است. انتقال ارزش‌های دینی به فرزندان و الگویی مناسب بودن برای آنها در پرورش دینی فرزندان یکی از دغدغه‌های بسیاری از شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر بود، به طوری که برخی از آنها معتقد بودند غفلت از این موضوع موجب نارضایتی شدید خداوند می‌شود. معصومه، دبیر زبان انگلیسی می‌گفت «ما برای تربیت صحیح فرزند خود مسئول هستیم و اگر این وظیفه مهم را بدرستی انجام ندهیم باید برای تربیت ناصحیح فرزند خود پاسخگو باشیم. در اینباره حدیثی نیز از بزرگان نقل شده است که می‌گوید: لعنت خدا بر پدر و مادری است که نتواند فرزند خود را درست تربیت کنند. پس برای این که در برابر پروردگار خود سربلند باشیم باید نهایت تلاش خود را در این زمینه بکار گیریم». راضیه، یک زن خانه‌دار مهمترین وظیف مشترک خود و همسرش را در زندگی زناشویی تربیت درست و دینی فرزندان می‌دانست. وی معتقد بود «اگر پیشرفتی باشد در سایه خدا محوری و دین‌مداری هست. لذا انجام دستورات دینی و آموزش آنها به فرزندان و آشنایی فرزندان با احکام دین است که آنها را از گزند لغزشها و گناهان نگاه می‌دارد. باورهای مذهبی همان اعتقادات ماست که ما را حفظ کرده است، لذا قطعاً و یقیناً باعث می‌شود که فرزندانمان را طبق همان اعتقادات و باورها تربیت کنیم».

حتی برخی از زوجین برای ازدواج فرزندان نیز ملاک‌های تربیت دینی را مدنظر قرار داده بودند. حسن، کارمند بازنشسته شهرداری ملاک خودش برای خواستگاران دخترش را تربیت دینی صحیح آنها

گذاشته بود، و اعتقاد داشت تربیت دینی وقتی در دختر وی و دامادش وجود داشته باشد زندگی آنها را خداوند تضمین می کند. وی می گفت:

من از اول مذهب را در تربیت فرزندانم جا دادم و از همان ابتدا آنها را با نماز و مسائل دینی آشنا کردم، حتی این کار را تا بزرگسالی و ازدواجشان انجام دادم جوری که وقتی دامادمان برای خواستگاری آمدند اولین چیزی که برای من و مادرش مهم بود ایمان آنها و خواندن نماز بود

۱۲- انجام وظایف زناشویی به عنوان نوعی عبادت خداوند

اعتقاد بسیاری از زوجین به مقدس بودن رابطه زناشویی و برقراری آن از سوی خداوند موجب شده بود آنها پابندی به ارزش ها یا هر عمل دیگری که به حفظ این رابطه کمک کند را به عنوان نوعی عبادت با خداوند در نظر بگیرند. البته در دین اسلام هم در برخی از موارد به این نکته اشاره شده است. زهرا، مادر دو کودک، می گفت "..... آن جا که خداوند خدمت زن در خانه را ایفای جهاد اکبر بر می شمرد این تعهد را به جان دل از طرف خدا در برابر همسر خود پذیرا می گردم تا بتوانم رحمت خداوند را نیز در زندگی ببینم". فاطمه دبیر ادبیات رعایت ارزش های دینی را در زندگی زناشویی نوعی عبادت با خداوند می دانست که موجب می شود رابطه زندگی زناشویی آنها با خداوند نزدیکتر شود و روحیه الهی در زندگی مشترکشان به وجود آید. وی معتقد بود:

ارزش های دینی تمامی دستورات دین و احکام الهی است که موجبات پیشرفت معنوی و اخلاقی و به تبع آن زندگی مادی را برای زن و شوهر فراهم می کند، این ارزشها زمانی که برای رضای خدا باشند زندگی مشترک را رنگ و بوی خدایی می دهد و به زندگی ارزش و معنا واقعی می بخشد... در واقع انجام این ها نیز نوعی عبادت برای خدا هست

۱۳- احترام به خویشاوندان خصوصاً والدین

در دین اسلام تأکید بسیاری به احترام به والدین شده است. برخی از شرکت کنندگان پژوهش حاضر نیز یکی از ارزش هایی که در رابطه زناشویی خود به آن معتقد بودند احترام و داشتن رابطه با خویشاوندان خصوصاً والدین بود. این زوجین معتقد بودند که داشتن ارتباط خوب با والدین باعث نزدیکی بیشتر آنها به یکدیگر می شود. محسن و نرگس زوجی که صاحب فرزند نمی شدند و دختری را به فرزندخواندگی قبول کرده بودند، سال های اول زندگی زناشویی خود را در خانه مادر محسن زندگی می کردند. نرگس می گفت «من خیلی از مشکلات را با صبر کردن پشت سر گذاشتم و حل کردم. البته خداوند هم به من در صبر کردن کمک کرد..... خداوند به من کمک کرد چون من چند سال اول زندگی خود را کنار مادرشوهرم بودم و از او مراقبت می کردم، ما هرچه داریم از دعای خیر اوست». خدیجه، پزشکی که به دلیل مشکلات

شوهرش طبابت را رها کرده بود، می گفت «داشتن رابطه خوب با خویشاوندان به خصوص پدر و مادر یکدیگر یکی از ارزش‌های دینی است که ما به آن خیلی توجه داریم. این کار باعث شده هم خداوند از ما خوشنود شود و خیرش را در زندگی به ما بدهد و هم اینکه به همسر خود بسیار صمیمی تر و نزدیک تر شوم.... فرزندان ما هم وقتی می بینند ما به پدر و مادر خود سر می زنیم از ما الگو خواهند گرفت و وقتی بزرگ شدند و ازدواج کردند ما را تنها نخواهند گذاشت».

پیامد‌های ارزش‌شناسی دینی زوجین در زندگی زناشویی

پایبندی به ارزش‌شناسی دینی در زندگی زناشویی زوجین مذهبی منجر به پیامد‌های مثبتی در زندگی زناشویی آنها می شد که به دو دسته کلی: الف) تعهد زناشویی و ب) آرامش و رضایت زناشویی تقسیم می شد. هرچند صرفاً خود ارزش‌های دینی به تنهایی، مانند گذشت و بخشش و خوش خلقی و احترام به همسر نیز به عنوان پیامد مثبت ارزش‌شناسی دینی در زندگی زناشویی زوجین بود، اما این دو مقوله به عنوان برآیند نهایی تمام ارزش‌های دینی در زندگی زناشویی زوجین مذهبی محسوب می شد که به صورت دو کد مجزا مشخص شدند.

تعهد زناشویی: تعهد زوجین در بسیاری از جنبه‌های زندگی زناشویی به یکدیگر، نتیجه نهایی پایبندی آنها به ارزش‌هایی بود که آنها در نظام ارزش‌شناسی دینی خود به آن معتقد بودند. برآیند ارزش‌های دینی مانند رعایت شئون اسلامی در برخورد با نامحرم، وفاداری به همسر، صداقت در برخورد با همسر و موارد مشابه، نهایتاً تعهد به زندگی زناشویی بود که البته خود یکی از عوامل کسب آرامش و رضایت زناشویی محسوب می شد. مصطفی، پرستار ۴۲ ساله هدف کلی رابطه زناشویی را تعهد و رسیدن به کمال می دانست که در سایه این وفاداری زن و شوهر می توانند به اهداف مشترکشان برسند. وی معتقد بود «خداوند ازدواج را به این دلیل قرار داده است که ما به کمال برسیم، از گناهان دوری کنیم، نسبت به همسر خود متعهد باشیم و بایکدیگر به اهداف مشترکمان برسیم». البته، ما تعهد زناشویی را به عنوان یک کد مجزا کدگذاری کردیم (در کنار وفاداری زناشویی که جزئی از کدهای نظام ارزش‌شناسی دینی بود)، زیرا تعهد زناشویی در مجموع به عنوان وفاداری به تمام تعهدات زندگی زناشویی و برایبندی از ارزش‌های دینی در نظر گرفته شد که وفاداری جنسی و عدم خیانت به عنوان یکی از جنبه‌های آن محسوب می شود. این مفهوم از تعهد زناشویی را می توان از این جمله حسین، کارگر کارخانه، استنباط کرد که می گفت «حضور خداوند را در زندگیم، با مشاهده وفاداری به عهد و پیمان من و همسرم به یکدیگر را می توان احساس کرد. زیرا

وقتی ایمانمان به خداوند قویتر باشد و به ارزش های دینی در زندگی زناشویی پایبند باشیم، نسبت به تعهدات زندگی زناشوییمان نیز پایبند و وفادار می مانیم».

آرامش و رضایت زناشویی: با مرور کلی بر پاسخ های شرکت کنندگان به سؤالات مصاحبه ها می شد استنباط کرد که برآیند نهایی پایبندی به تمام ارزش های دینی و همچنین وفاداری زوجین به تمام تعهداتشان در زندگی، در نهایت رسیدن به آرامش و رضایت زناشویی است. خدیجه، پزشکی که به خاطر مشکل شوهرش طبابت را رها کرده بود می گفت «همانطور که در قران کریم و دین مقدس اسلام آمده است و بنا بر سخنان ارزشمند پیامبر (ص) و امامان (ع)، خداوند در زندگی زناشویی وفای به پیمان مقدس ازدواج را می خواهد. وفای ما به ازدواجمون به ما کمک کرده تا به آرامش الهی برسیم و در زندگی خود موفق باشیم..... در پایبندی به ارزش های دینی در ازدواج نیز ما به همین می رسیم». عباس، حسابدار یک شرکت خصوصی، نتیجه پایبندی به نظام ارزش شناسی دینی در زندگی زناشویی را رسیدن به آرامش و صمیمیت بیشتر با همسر خود می دانست. وی می گفت «ارزش های مذهبی در زندگی زناشویی ما موجب می شود که من و همسر من همیشه به عهد خود پایبند بمانیم و همین باعث افزایش و حفظ عشق و علاقه در زندگیمان می شود، به نظر من وجود این باورها زندگی را گرمتر و صمیمانه تر می سازد».

نتیجه

پژوهش حاضر به بررسی نظام ارزش شناسی زوجین مذهبی در زندگی زناشویی پرداخت. هدف این پژوهش پی بردن به فرآیندی بود که از طریق آن نظام ارزش شناسی دینی زوجین بر زندگی زناشویی شان تأثیر می گذاشت. به عبارت دیگر، هدف جستجوی «چرایی» و «چگونگی» ارتباط بین ارزش شناسی دینی و رابطه زناشویی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارزش شناسی دینی با پیامدهای مثبتی در رابطه زناشویی همراه است. این یافته با نتایج مطالعات مشابه همسو بود (Nelson et al, 2001; Lambert & Dollahite, 2008; Dollahite & Lambert, 2007; Goodman & Dollahite, 2006; Wade & DeLamater, 2002; Treas & Giesen, 2000). با این وجود، به علت ماهیت کیفی پژوهش حاضر، نمی توان در مورد نتایج آن اظهار نظر دقیق علی و معلولی کرد. اما به دلیل اینکه زوجین به طور مکرر در گفته هایشان پایبندی به ارزش های خاص مذهبی را با برخی از پیامدهای مثبت رفتاری در خودشان همراه می دانستند، می توان نتیجه گرفت که ارزش شناسی دینی از طریق فرآیندهایی بر زندگی زناشویی زوجین اثر می گذاشت. این فرآیندها در شکل ۱ نشان داده شده است. در این شکل مدلی ارائه شده است که نشان می

دهد چگونه نظام ارزش‌شناسی زوجین به پیامدهای مثبتی در زندگی زناشویی آنها منجر می‌شود. در واقع مدل ارائه شده، ارتباط بین انواع کدهای مستقل را با یکدیگر نشان می‌دهد.

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، نظام ارزش‌شناسی دینی زوجین هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم از طریق افزایش تعهد زناشویی زوجین به یکدیگر، منجر به افزایش رضایت زناشویی آنها می‌شود. ارزش‌های دینی زوجین در زندگی زناشویی با ادراک آنها از بهره‌گیری از الطاف خداوند در زندگی زناشویی و همچنین با ادراک آنها از مقدس بودن رابطه زناشویی شان رابطه متقابل و دوسویه داشت. به عبارت دیگر، ارزش‌های دینی موجب می‌شد که زوجین به زندگی زناشویی شان به عنوان یک رابطه مقدسی که خداوند در آن نقش دارد نگاه کنند و همچنین از الطاف و رحمت خداوند در زندگی برخوردار شوند و بالعکس، مقدس دیدن رابطه زناشویی و برخورداری از رحمت خداوند در زندگی زناشویی موجب می‌شد آنها به ارزش‌های دینی در رابطه زناشویی شان بیشتر پایبند باشند.

به طور کلی، خود این ارتباط متقابل نیز از یک سو منجر به افزایش وفاداری زناشویی و از سویی دیگر منجر به افزایش رضایت زناشویی در زوجین می‌شد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، این مدل نشان می‌دهد که چگونه نظام ارزش‌شناسی دینی زوجین بر زندگی زناشویی آنها تأثیر می‌گذارد.

دولاهیت و لامبرت (Dollahite & Lambert, 2007) ارزش‌های اخلاقی را به عنوان استانداردها، اصول یا باورهایی تعریف کنند که بر رفتار تأثیر می‌گذارند. به اعتقاد آنها، آموزه‌های مذهبی، نوشته‌های مقدس و شرکت در فعالیت‌های معنوی شیوه‌هایی هستند که به وسیله آنها مذهب ارزش‌های اخلاقی که موجب افزایش وفاداری در زوجین مذهبی می‌شود را تقویت می‌کند.

دولاهیت و لامبرت (Dollahite & Lambert, 2007) در پژوهش خود گزارش کردند که یکی از دلایلی که زوجین برای وفاداری زناشویی‌شان عنوان می‌کردند این بود که مذهب روابط خارج از ازدواج را محکوم می‌کند. آنها همچنین دریافتند که داشتن ارتباط قوی با خداوند موجب یک حس مسئولیت‌پذیری برای اطاعت از دستورات خداوند در ازدواج می‌شود. در پژوهش حاضر نیز وفاداری به همسر و ارزش قائل شدن به دستورات دینی جزئی از نظام ارزش‌شناسی دینی زوجین بود.

ارزش‌های مذهبی همیشه منجر به پیامدهای مثبتی در زندگی زناشویی نمی‌شوند. مذهب ارزش‌هایی را به افراد درباره مناسب بودن اهداف مربوط به زندگی خانوادگی و چگونگی رسیدن به آنها می‌دهد، اما ممکن است همیشه افراد برداشت درستی از ارزش‌های مذهبی نداشته باشند. بنابراین به دلیل اختلاف نظرهای مذهبی درباره انتخاب یا دنبال کردن هدف‌هایی که در رابطه زناشویی وجود دارد، تعداد و شدت

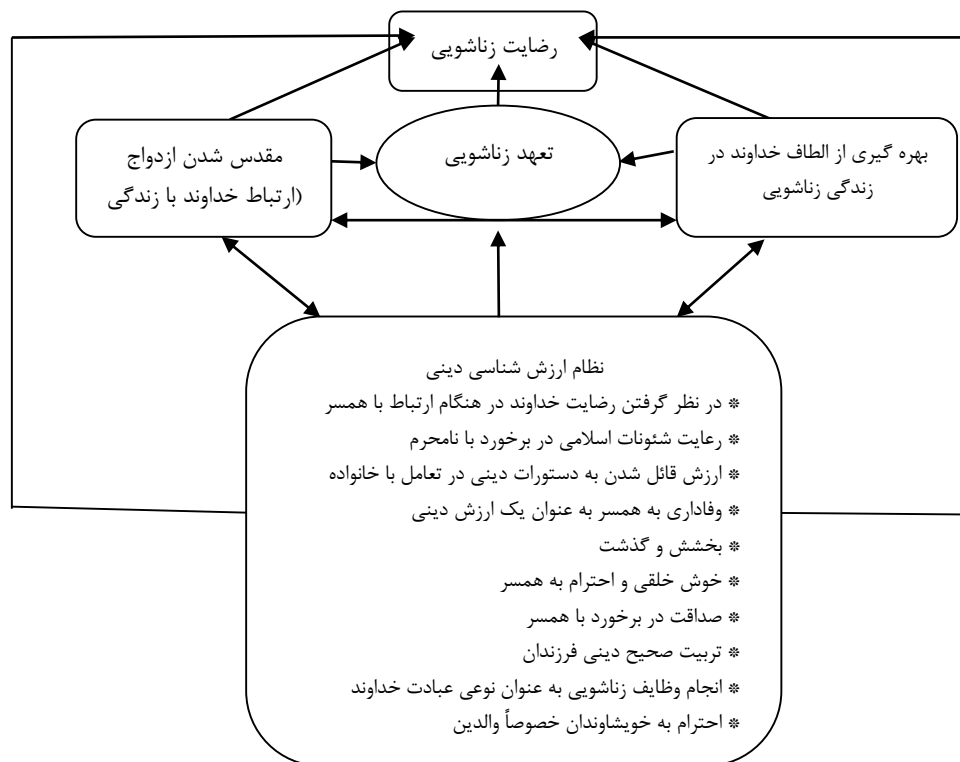
تعامل های تعارض آمیز، به علت داشتن ارزش های مذهبی متفاوت یا بهتر بگوییم به علت برداشت شخصی هرکدام از زوجین از ارزش های مذهبی خود، ممکن است بیشتر شود (Mahoney, 2005). اما از طرفی دیگر، مذهب می تواند مانع تعارض های اعضای خانواده شود، به دلیل اینکه مذهب برای افراد ارزش های مشترکی که ریشه در نظام مذهبی قائده مندی دارد (خارج از برداشت شخصی) فراهم می کند.

بنابراین، اگر چه مذاهب به طور خاص اعضای خانواده را ترغیب به داشتن تعارض با یکدیگر نمی کند، اما تشابه (یا عدم تشابه) اعضای خانواده در دیدگاه های مذهبی و ارزش های مذهبی، می تواند مانع (یا باعث تشدید) عدم توافق اعضای خانواده در موضوعات گسترده شود (Mahoney, 2005). با توجه به این مسئله، باید توجه داشت که زوجین دچار برداشت شخصی خود از ارزش های مذهبی نشوند و نظام قائده مند مذهبی و اصول دینی خود را در ارزش شناسی دینی در نظر بگیرند.

برای مثال، در دین اسلام، برای جلوگیری از برداشت و تفسیر فردی از ارزش های مذهبی باید به منابع مذهبی از جمله قرآن و احادیث معتبر یا به متخصصین مذهبی مراجعه کرد.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر، می توان نتیجه گرفت که نظام ارزش شناسی دینی زوجین که با ادراک زوجین از مقدس بود ازدواج و ادراک آنها از برخورداری از رحمت خداوند در زندگی زناشویی ارتباط متقابل دارد، می تواند منجر به تعهد بیشتر در زندگی زناشویی و افزایش صمیمیت و رضایت بیشتر زوجین از رابطه زناشویی خود شود. هرچند نمی توان در این مورد با توجه به ماهیت کیفی مطالعه، اظهار نظر دقیق علی کرد اما با توجه به پاسخ های شرکت کنندگان پژوهش، به نظر می رسد نظام ارزش شناسی دینی زوجین که شامل ارزش های خاصی نیز می شد طبق همین فرآیند ها که در مدل ارائه شده نیز به خوبی نشان داده شده است، بر زندگی زناشویی زوجین تأثیر می گذارد.

با توجه به این مدل، می توان برنامه مداخله ای تنظیم کرد که با استفاده از آن بتوان رضایت زناشویی زوجین را از طریق آموزش های مبتنی بر ارزش شناسی دینی افزایش داد، هرچند اثربخشی این مداخله باید در ابتدا با استفاده از مطالعات تجربی تأیید شود.



شکل ۱: نقش نظام ارزش‌شناسی دینی زوجین بر زندگی زناشویی زوجین مذهبی

اگر چه برخی از محققان تأکید می‌کنند که ارزش‌های مذهبی یکی از منابع مهم موفقیت، طول عمر و تعهد در ازدواج هستند، اما با این وجود اطلاعات کمی درباره نحوه ارزیابی زوجین از محوریت ارزش‌های مذهبی در ازدواجشان و فرآیندی که این ارزش‌ها بر زندگی زناشویی تأثیر می‌گذارند وجود دارد (Dollahite & Lambert, 2007; Goodman & Dolahite, 2006; Mahoney et al, 2003). بیشتر مطالعات گذشته که به بررسی ارتباط بین ارزش‌های مذهبی و موفقیت زناشویی پرداخته‌اند بر اساس شاخص‌های کمی تجربیات مذهبی مانند تعداد دفعات انجام اعمال مذهبی، یا با استفاده از ابزارهای کمی سنجش میزان مذهب‌گرایی انجام شده‌اند (Goodman & Dolahite, 2006; Mahoney et al, 2003)، درحالی‌که این شاخص‌ها شیوه‌های پیچیده‌ای که در آن مذهب اهداف و ارزش‌های زوجین را در ازدواج یا کیفیت روابط زناشویی شکل می‌دهد مشخص نمی‌کنند (Goodman & Dolahite, 2006). پژوهش حاضر نیز از جمله مطالعاتی بود که به صورت کیفی به بررسی نظام ارزش‌شناسی دینی زوجین و فرآیند تأثیر این ارزش‌ها بر زندگی زناشویی آنها می‌پرداخت، با این وجود پیشنهاد می‌شود برای تعمیم بهتر نتایج پژوهش حاضر

مطالعات کیفی بیشتری در این زمینه انجام شود. همچنین برای ارزیابی مدل مفهومی ارائه شده در پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود مطالعات کمی با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری برای تعمیم کمی این مدل انجام شود. بیشتر محدودیت های مطالعه حاضر مربوط به نوع نمونه گیری آن بود. به دلیل اینکه ما می خواستیم به بررسی نوعی از نظام ارزش شناسی دینی بپردازیم که عملکرد زناشویی افراد را بالا می برد، تنها از زوجین دارای سازگاری زناشویی بالا در پژوهش حاضر استفاده کردیم. همچنین، تمامی زوجین دارای درجه بالایی از مذهب گرایی بودند. به عبارت دیگر، میزان مذهب گرایی زوجین در پژوهش حاضر بالا و همسو بود. آنها بیشتر اشتراکات مذهبی باهم داشتند تا اختلافات مذهبی. هرچند این نوع نمونه گیری برای بدست آوردن اهداف خاصی در پژوهش حاضر صورت گرفت، اما این موجب می شود نتایج ما نیز محدود به زوجینی با ساختار زناشویی و مذهبی مانند زوجین شرکت کننده در پژوهش حاضر شود. البته با توجه به نوع مطالعه حاضر که از نوع پژوهش های کیفی بود و از مصاحبه های عمیق برای جمع آوری اطلاعات پژوهش استفاده شد، این محدودیت در نمونه گیری غیرقابل اجتناب بود. با توجه به این محدودیت، یافته های پژوهش حاضر مشخص نمی کنند که نظام ارزش شناسی دینی زوجینی که با هم اختلاف مذهبی (از لحاظ میزان مذهب گرایی) یا زناشویی دارند چگونه است و این نظام ارزش شناسی چگونه بر زندگی زناشویی آنها تأثیر می گذارد. بنابراین، پیشنهاد می شود مطالعات مشابهی در زوجینی که دارای میزان ارزش گذاری مذهبی متفاوتی هستند و همچنین سازگاری زناشویی بالایی ندارند نیز انجام شود.

References

- Alexander, P. C. (1988). The Therapeutic Implications of Family Cognitions and Constructs. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2 (4), 219-236.
- Atkins, D. C., Baucom, D. H. & Jacobson, N. S. (2001). *Journal of Family Psychology*, 15(4), 735-749.
- Azadarmaki, T., & Etemadifar, S.M. (2010). Family status, religious characteristics and quality of religious values. *Research in adolescent, culture and community*, 4, 1-23.
- Bahrami, H. (2005). *Validity and reliability of Islamic religious scale*. Tehran University: Research Center.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Rankin, L. A., & Burnett, C. K. (1996). Assessing relationship standards: The inventory of specific relationship standards. *Journal of Family Psychology*, 10, 72-88.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.
- Berg, B. L. (2001). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*, 4th edition. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Biyabangard, S. *Research methods in educational science and psychology*. Tehran: Douran Pub

- Bradbury, T. N., & Fincham, F. D. (1993). Assessing dysfunctional cognition in marriage: A reconsideration of the relationship belief inventory. *Psychological Assessment*, 5, 92-101.
- Boss, P. (1980). The Relationship of Wife's Sex Role Perceptions, Psychological Father Presence, and Functioning in the Ambiguous Father-absent MIA family. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 541-549.
- Dollahite, D. C., & Lambert, N. M. (2007). Forsaking all others: How religious involvement promotes marital fidelity in Christian, Jewish, and Muslim couples. *Review of Religious Research*, 48(3), 290-307.
- Eliade, M. (1957). *The sacred and the profane: The nature of religion*. Orlando, FL: Harcourt.
- Gilgun, J. F. (2005). Qualitative Research and Family Psychology. *Journal of Family Psychology*, 19, 40-50.
- Goodman, M. A., & Dolahite, D. C. (2006). How religious couples perceive the influence of God in their marriage. *The Review of Religious Research*, 48, 141-155.
- Hui, S. A., Lindsey, C. R., & Elliott, T. R. (2007). Church attendance and marital commitment beliefs of undergraduate women. *Journal of Applied Psychology*, 37, 501-514.
- Jenkins, K.W. (1992). Religion and families. In S. J. Bahr (Ed.), *Family research: A sixty-year review, 1930-1990* (Vol. 1, pp. 235-288). New York: Lexington Books.
- Kurdek, L. A. (1992). Assumptions versus standards: The validity of two relationship cognitions in heterosexual and homosexual couples. *Journal of Family Psychology*, 6, 164-170.
- Lambert, N. M., & Dolahite, D. C. (2006). How religiosity helps couples prevent, resolve, and overcome marital conflict. *Family Relations*, 55, 439-449.
- Lambert, N. M., & Dolahite, D. C. (2008). The Threefold Cord: Marital Commitment in Religious Couples. *Journal of Family Issues*, 29(5), 592-614.
- Lauer, E. F. (1985). The holiness of marriage: Some new perspectives from recent sacramental theology. *Studies in Formative Spirituality*, 6, 215-226.
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., & Swank, A. B. (2001). Religion in the home in the 1980s and 90s: Meta-analyses and conceptual analyses of links between religion, marriage, and parenting. *Journal of Family Psychology*, 15, 559-596.
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Murray-Swank, A. B., & Murray-Swank, N. (2003). Sanctification of family relationships. *Review of Religious Research*, 44, 220-236.
- Mahoney, A. (2005). Religion and Conflict in Marital and Parent-Child Relationships. *Journal of Social Issues*, 61(4), 689-706.
- Martignani, L. (2011). 'All together now!' Couples and the ontological problem of cohabitation as a form of life. *International Review of Sociology: Revue Internationale de Sociologie*, 21(3), 565-581.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Nelson, J. A., Kirk, A. M., Ane, P., & Serres, S. A. (2011). Religious and Spiritual Values and moral Commitment in Marriage: Untapped Resources in Couples Counseling? *Counseling and Values*, 55(2), 228-246.

- Pargament, K. L., & Mahoney, A. (2005). Sacred matters: Sanctification as a vital topic for the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion*, 15, 179-198.
- Sanaei, B. (1998). *Marriage and family measurement*. Tehran: Besat Pub.
- Sherkat, D. E., & Ellison, C. G. (1999). Recent developments and current controversies in the sociology of religion. *Annual Review of Sociology*, 25, 363-394.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Treas, J. & Giesen, D. (2000). Sexual Infidelity among Married and Cohabiting Americans. *Journal of Marriage and Family*, 62(1), 48-60.
- Wade, L. D., & DeLamater, J.D. (2002). Relationship Dissolution as a Life Stage Transition: Effects on Sexual Attitudes and Behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), 898-914.
- Wilcox, B. (2007). As the family goes. *First Things: A Monthly Journal of Religion and Public Life*, 173, 12-14.



مقدس، ریحانه؛ منشئی، غلامرضا (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی با هنر درمانی گروهی بر کاهش اضطراب هستی شناسانه. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۲)، ۱۳۵-۱۲۲.

مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی با هنر درمانی گروهی بر کاهش اضطراب هستی شناسانه

ریحانه مقدس^۱، غلامرضا منشئی^۲

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۵

چکیده

هدف: مقایسه و بررسی میزان تاثیرگذاری دو روش گروه درمانی وجودی و هنردرمانی بر اضطراب هستی شناسانه.
روش: تعداد ۳۶ زن هنرمند در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل به صورت جایگزینی تصادفی قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی دو مداخله متفاوت را طی ۱۰ جلسه هفتگی دریافت نمودند. هر سه گروه با آزمون اضطراب گود و گود قبل و بعد از مداخلات مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.
یافته‌ها: نتایج بدست آمده نشان داد که در هر دو گروه درمان هستی شناسانه و هنردرمانی نسبت به گروه کنترل اضطراب هستی گرایانه بطور معناداری کاهش یافته است (۰/۹۵). ولی اثربخشی دو گروه مداخله از نظر آماری تفاوت معنادار نداشته است. بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که گروه درمانی هستی شناسانه و هنردرمانی به یک میزان در درمان اضطراب وجودی مؤثرند.
واژه‌های کلیدی: گروه درمانی هستی شناسانه، هنردرمانی، اضطراب هستی شناسانه، هنرمند

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اصفهان.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، واحد خوراسگان، (نویسنده مسئول)، Smanshaee@yahoo.com.

مقدمه

اضطراب^۱ را همچنان بایستی یکی از بیماری های فراگیر در هر اجتماعی دانست (DSMV, 2013). میزان آسیب هایی که این پدیده به افراد وارد می کند گسترده و در مواردی خطرناک است. به دلیل پیچیدگی حالت های اضطرابی هم از جنبه نشانه شناسی و هم از جنبه سبب شناسی هنوز مباحث زیادی پیرامون آن در بین روان شناسان و سایر متخصصین علوم رفتاری وجود دارد. در حال حاضر روش های درمانی مختلفی برای مقابله با اضطراب مورد استفاده قرار می گیرد (Kaplan & Sadok, 2011) و تقسیم بندی های متفاوتی نیز برای آن ارائه شده است (Yalom, 2014).

مطابق دیدگاه روان شناسان و روان درمانگران وجودی، وجود و بودن ماهیتاً مبهم و نامتعیین است و این ابهام و عدم قطعیت اساساً اضطراب زا و نگران کننده است. به عبارت دیگر نا امنی و اضطراب در ذات زندگی وجود دارد (VanDoerzen, 2002). با تولد فرد به دنیا می آید و در تمام طول حیات با اوست. باون (Bowen به نقل از prochaska&norcross, 2010) معتقد است که نه تنها در انسان بلکه در تمام موجودات زنده ترس و نا امنی ریشه دارد. از نظر او به دلیل ناکامل بودن موجودات زنده از یک طرف و خطرات و تهدیدهای مداوم محیطی از طرف دیگر وجود احساس ترس و اضطراب امری گریز ناپذیر می باشد. با توجه به این امر درمانگران وجود گرا موضع گیری متفاوتی نسبت به سایر درمانگران در برابر اضطراب دارند. آنها الزاماً سعی نمی کنند اضطراب فرد را کاهش داده یا سریعاً آن را رفع کنند. گاهی اوقات از آن به عنوان یک انگیزه برای فعالیت و پیشرفت مراجعین در درمان استفاده می نمایند. درمانگر وجود گرا در ابتدا با نگر داشتن اضطراب، مراجع را فعال کرده تا به تدریج با مستقل و متکی به خود شدن اضطرابش کاهش یافته و در عین حال رشد کند (Corey, 2009). بسیاری از نگرانی ها و ترس هایی که افراد و جوامع با آن دست به گریبان هستند و برای درمان و حذف آن تلاش می کنند ناشی از نشناختن ماهیت و کارکرد این پدیده است. اضطراب به خودی خود خوب یا بد نیست بلکه نحوه واکنش افراد در مقابل آن مهم است و چنانچه شخصی از مواجهه با موقعیت های اضطراب زای حیات خودداری کرده و حاضر به قبول مسئولیت انتخاب هایش نباشد اضطراب او شکل بیمار گونه پیدا کرده و با انواع رفتارهای بیمارگون نمودار می شود. اما چنانچه هشیار باشد با رشد روابط انسانی محبت آمیز و سازنده می تواند آن را به عنوان عاملی برای تکامل خود بکار گیرد. بنابراین هم بایستی به جنبه ها یا معنای وجودی اضطراب توجه داشته باشیم و هم شیوه ای که فرد آن را تجربه می کند مد نظر قرار دهیم (Cohn, 1997, May, Angl, Elenberger, 1958).

با توجه به این تبیین مشاوره و روان درمانی وجودی - انسان گرایانه با تأکید بر مفاهیم مهمی مثل مسئولیت پذیری، حضور در هستی، آزادی، انتخاب، جستجوی معنا و... و به خصوص آگاهی دائمی از خود، شیوه منحصر به فردی را برای درمان اضطراب وجودی عرضه کرده است (Corsini, 2010). البته روان درمانی وجودی - انسان گرایانه که آن را تحت عنوان دیدگاه تجربیاتی نیز می‌شناسند اصولاً یک روش واحد در روان درمانی نیست و یک نظریه پرداز مشخص و واحد نیز ندارد. این نوع مشاوره و روان درمانی توسط گروهی از متخصصین حوزه درمان و آسیب شناسی روانی از جمله مدارد باس^۱ و لودویک بینزوانگر^۲ در اروپا و رولومی^۳ و ابروین یالوم در آمریکا، که معتقد به فلسفه اگزیستانسیال به عنوان مبانی تئوریک درمان هستند و خود را مقید به روش های خاص و محدودی در عملکرد بالینی نمی دانند به تدریج شکل گرفته است (Corsini, 2010, Milon, 1973). بدلیل پراکندگی گرایش های این حوزه شاید نتوان تعریف مشخصی از آن اراده داد. با اینحال تلاش هایی در این جهت صورت گرفته است که عمدتاً ناظر به نگرش فلسفی زیربنایی این روش است. درمانگران وجودی - انسان گرا با تأکید بر مفاهیمی مثل مواجهه و حضور در هستی، انتخاب، مسئولیت، آزادی، ارزش و معنای زندگی، خود را از سایر مکاتب درمانی جدا می سازند. اما شاید بارزترین ویژگی روان درمانی وجودی - انسان گرایانه که در تعریف این دیدگاه، از جانب برخی از چهره های مهم آن مطرح شده است تأکید این رویکرد بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر فکری، عاطفی، رفتاری و ارتباطی مراجع باشد. بینزوانگر (Milon, 1973) با تأکید بر این ارتباط معتقد است که تعامل درمانگر با مراجع به عنوان یک انسان سهم زیادی در موفقیت روان درمانی دارد. از نظر او این امر یک اصل اساسی مشاوره و روان درمانی است. او که تحت تأثیر مکتب روان کاوی، شیوه تحلیل را برای انتقال مفاهیم و اندیشه های وجودی به مراجع بکار گرفته است. او اعتقاد دارد که تحلیل گر وجودگرا کار خود را همواره بر یک اصل اساسی قرار می دهد و آن عبارت است از تأکید بر ارتباط بین فردی با بیمار به عنوان یک انسان. بخاطر اهمیتی که درمانگران وجودی - انسان گرا به روابط بین فردی و نقش تعامل درمانگر با مراجع یا اعضا برای رشد آنها می دهند گاهی اوقات گروه درمانی های وجودی انسان گرایانه را تحت عنوان گروه درمانی بین فردی یا تعاملی نیز می نامند (Earley, 2002, Alexandr, 1991). در همین چارچوب گروه درمانی نیز موقعیتی است که به اعضا امکان مواجهه واقعی و عینی با یکدیگر به منظور افزایش خود آگاهی و درک حقیقت زندگی را می دهد. «گروه تقاطعی است که در آن هشت نفر یا بیشتر با یکدیگر ملاقات

1. Medard Boss

2. Ludvig Binzwanger

3. Rolomay

می کنند و در این ملاقات هر یک روش های خاص «بودن در این جهان» را کشف کرده و برای دیگران فاش می کند. در حقیقت گروه بخشی از جهان و موقعیتی برای رویارویی وجودی است» (Navabinejad, 2004).

هدف اصلی در اینجا کمک به حضور واقعی در هستی است. یعنی گروه درمانی وجودی - انسان گرایانه هم مثل درمان انفرادی به اعضاء کمک می کند تا ارتباطی واقعی و اصیل با زندگی و پدیده های آن برقرار کنند. این کار را از طریق افزایش سطح آگاهی اعضاء انجام می شود. ویژگی گروه های وجود گرا آن است که به جهان واقعی شباهت بیشتری دارد و ارتباط با سایر اعضا به عنوان بخشی از جهان به هر عضو گروه کمک می کند تا خود و دنیای پیرامون را آن گونه که واقعاً هست کشف نماید.

اهداف مختلفی را می توان برای درمان های وجودی - انسان گرایانه در نظر گرفت. بعضی از این اهداف در بین اکثر نظریه پردازان این رویکرد پذیرفته شده است مثل مسئولیت پذیری، استقلال، اعتماد به خود و ارتباط سازنده با خود و دیگران.

بعضی از اهداف نیز بیشتر مورد توجه نظریه پردازان خاصی بوده است مثل حضور، جستجوی معنا، خود شکوفایی و خود آگاهی. یالوم (Yalom, 2002) معتقد است که هدف روان درمانی وجودی «کنار زدن موانع رشد مراجعین است». با این حال شاید بتوان هدف اصلی گروه درمانی وجودی را گسترش دیدگاه های روان پویایی و اجتماع پویایی فرد و ورود اعضا به سطحی عمیق تر و وسیع تر از آگاهی نسبت به ساختار وجودی خود دانست (Navabinejad, 2004). یکی از راه های رسیدن به این هدف برقراری ارتباط مؤثر می باشد. این ارتباط ابعاد مختلفی دارد. در واقع از منظر وجود گرایان هستی سه بعد دارد که هر کدام از ما بایستی ارتباط مؤثری با آنها داشته باشیم.

این سه بعد یا سه جنبه از هستی ارتباط های ما را تعیین می کنند و عبارتند از بعد فیزیکی، بعد اجتماعی، بعد شخصی (VanDoerzen, 2002). که البته ارتباط فرد با بعد فیزیکی وجود از آن رو که تماس فرد را با طبیعت خودش برقرار می سازد نسبت به دو بعد دیگر اساسی تر است. در گروه درمانی سعی درمانگر بر این است که با ارتباط اعضا را با تمام جنبه های بودن برقرار کرده و از این طریق به رشد و پیشرفت آنها کمک نماید. در این راستا رهبر گروه نه تنها بایستی از دانش نظری و تجربه عملی کافی برخوردار باشد بلکه به لحاظ شخصیتی نیز بایستی تحمل مواجهه های صریح و پرفشار را داشته باشد (Jacobs & Masson, 2012).

روش های دیگری نیز برای کمک به کاهش و اداره کردن اضطراب هستی شناسانه وجود دارد. هنر

درمانی به طور عام و مجسمه سازی به طور خاص از جمله آنهاست. بطور کلی هنر درمانی با تحریک خلاقیت و تصورات ذهنی در جوی آزاد به رفع مشکلات مراجع کمک می نماید (Thong, 2007). نقاشی، قصه گویی، شعر، عکاسی و نیز مجسمه سازی همگی می توانند به تخلیه نیروهای درونی شخص کمک کرده و موجب رفع فشارهای روان شناختی از جمله اضطراب شوند (Case & Dalley, 1992). برای بسیاری از مراجعین برقراری ارتباط با درمانگر از طریق یک موضوع هنری مثل مجسمه سازی راحت تر است و تمرکز آنها بر بحث و گفتگو در باره مشکلات و ارزیابی خود را افزایش داده و شرایطی را فراهم می سازد که در آن تحلیل های درمانگر را بهتر می پذیرند. کاربرد هنر و فعالیت های هنری مراجعین در جهت رفع مشکلات روان شناختی آنها البته از اوایل نهضت روان درمانی مدرن وجود داشته است. مشخصاً یونگ در موارد متعددی بیماران خود را به ترسیم نقاشی آواز خواندن، شعر گفتن، رقص و... تشویق می کرد. او معتقد بود از طریق هنر بهتر می توان با بیمار ارتباط خودآگاه و ناخودآگاه برقرار کرد (Jung, 1983). به تدریج هنر درمانی به عنوان یک رویکرد مستقل در روان درمانی خود را نشان داد و روان درمانگران با شیوه های خاص خود از هنر استفاده می کنند. البته همچنان مبانی نظری خود را از رویکردهای موجود بخصوص از روان تحلیل گرانی همچون فروید، یونگ، کلین^۱، وینیکات^۲ و میلر^۳ می گیرند (Weir, 1987; Nowell Hall, 1987).

فعالیت های هنری علاوه بر اینکه بستر ارتباط درمانگر و بیمار را تسهیل می کند، امکان بروز هیجانات سرکوب شده و بیان افکار سانسور شده را نیز فراهم می سازد. این امر علاوه بر ایجاد تعادل هیجانی و رفع تنش های درونی موجب اصلاح شناختی و بینشی نیز می گردد (Moon, 2007; Maustakas, 1994). از نظر تاریخی این کارکردها را در بیماران حاد و نیز در کودکان بیشتر می توان مشاهده نمود اما برای اختلالات دیگر نیز قابل استفاده می باشد از جمله برای انواع اضطراب. اختلالات اضطرابی اساساً همراه با احساس تنش و فشار روانی همراه با افکار آزار دهنده می باشند.

بنابراین روش هایی مثل نقاشی، شعرخوانی و مجسمه سازی همواره توان کاهش اضطراب را دارند. به همین دلیل گروهی از محققین این موضوع را خاطر نشان کرده اند که مسئله در اینجا به هیچ وجه این نیست که کدام یک از انواع هنر مورد استفاده قرار میگیرد بلکه سوال این ست که آیا آن روش هنری تا چه حد شفافبخش و درمان کننده است (Thong, 2007). مجسمه سازی عموماً با تراشیدن، حکاکی، الگو سازی

1. Klein
2. Winnicott
3. Milner

و ریخته گری انجام می گیرد. این فعالیت ها انرژی روانی زیادی طلب می کند. کار با گل و خمیرهای مجسمه سازی هم بعد هیجانی و عاطفی مراجع را ارضاء می کند و هم امکان بروز اندیشه ها، نیازها و تصورات سرکوب شده را فراهم می سازد. از آنجا که می توان در مجسمه سازی آنچه را که در دنیای واقعی و روابط عینی با افراد و حوادث سرکوب می شود به راحتی بازسازی کرد و به شکل دلخواه باز نمایی کرد، این فعالیت هنری ظرفیت زیادی برای یکپارچه سازی ناخودآگاه و خودآگاه داشته و قادر است تصورات مراجع را آنگونه که مایل است عینیت ببخشد.

تمام این کنش های روانی مستلزم سطح بالایی از حضور ذهن است (Thong, 2007). این حضور ذهن به خوبی می تواند اضطراب و تنش را که در اختلالات اضطرابی امری رایج می باشد رفع کند. هرچند فعالیت های هنری غالباً به صورت انفرادی انجام می شود ولی به نظر می رسد در کاربرد درمانی آنها چنانچه از روش های گروهی استفاده شود به دلیل اثرات عمومی گروه درمانی همچون یادگیری همنشینانه و همبستگی گروهی (Yalom, 2009; Jacobs & Masson, 2012) می توان اثرات آن را افزایش داد. Seigel (1998) مشخص کرده است که هنر درمانی گروهی می تواند احساس نا امنی و سرکوبی بیماران را سریعتر درمان کند. به همین ترتیب لوینسون (Lewinson, 1986) نیز دریافت که هنر درمانی گروهی بروز تعارضات و احساسات پس رانده شده را تسهیل می نماید.

با توجه به مطالب فوق در این پژوهش سه فرضیه مورد آزمایش قرار گرفته است: اول آنکه درمان وجودی باعث کاهش معنادار اضطراب وجودی در هنرمندان می شود. دوم، هنر درمانی با مجسمه سازی باعث کاهش معنادار اضطراب وجودی هنرمندان می شود و سوم اینکه دو رویکرد درمان وجودی و هنر درمانی با مجسمه سازی بر کاهش اضطراب وجودی هنرمندان تأثیر متفاوتی دارند.

روش

پژوهش حاضر یک روش شبه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. نمونه شامل ۳۶ نفر می باشند که از جامعه هنرمندان زن بین سن ۲۰ تا ۴۰ سال و به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شده و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش شامل درمان وجودی (۱۲ نفر)، هنر درمانی (۱۲ نفر) و یک گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شده اند.

آزمون اضطراب وجودی گود در سال ۱۹۷۴ توسط لورنس و کاترینا گود تهیه شد. این آزمون ۳۲ ماده دارد که به صورت صحیح و غلط پاسخ داده می شوند. نمرات در دامنه ۰ تا ۳۲ قرار دارد (Mozafari

et al, 2012). روایی و اعتبار این آزمون توسط محققین مختلف بررسی شده و گزارش‌های خوبی داده شده است. از جمله میانجی و جان بزرگی (Imianji, Jonbozorg, 2010) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸، و همسانی درونی آنرا با روش دونیمه کردن برابر با ۰/۷۸، بدست آوردند.

روش اجرا

ابتدا از تمام آزمودنی‌ها آزمون اضطراب وجودی گود و گود (Good&Good, 1974) بعمل آمد. سپس هر کدام از دو گروه مداخله بطور جداگانه ۱۰ جلسه درمان ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت کردند ولی گروه کنترل مورد هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. در انتها بر روی هر سه گروه مجدداً پس آزمون اجرا شد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی داده‌ها استخراج شده و با کمک تحلیل واریانس نتایج مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از اجرای متغیرهای مداخله‌ای در تحقیق حاضر با کمک نرم افزار spss16 تحلیل شد و یافته‌های زیر بدست آمد.

جدول ۱) تحلیل واریانس پیش آزمون گروه وجودی و کنترل

	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۴۰/۰۴	۱	۴۰/۰۴	۱/۰۳	۰/۳۲
درون گروه‌ها	۸۵۳/۵۸	۲۲	۳۸/۷۹		
کل	۸۹۳/۶۲	۲۳			

در جدول ۱ مشاهده می‌گردد که نمرات گروه وجودی و کنترل در پیش آزمون ($F = ۱/۰۳$) با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد (۰/۳۲).

جدول ۲) تحلیل واریانس پس آزمون گروه وجودی و کنترل

	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۳۸۴/۰۰	۱	۳۸۴/۰۰	۷/۶۶	۰/۰۱۱
درون گروه‌ها	۱۱۰۲/۵۰	۲۲	۵۰/۱۱		
کل	۱۴۸۶/۵۰	۲۳			

ولی در جدول ۲ مشاهده می شود که دو گروه وجودی و کنترل در پس آزمون ($F=7/66$) با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($0/01$)

جدول ۳) تحلیل واریانس پیش آزمون گروه هنردرمانی و کنترل

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۸۷	۰/۰۲۴	۱/۰۴	۱	۱/۰۴	بین گروهها
		۴۴/۰۸	۲۲	۹۶۹/۹۱	درون گروهها
			۲۳	۹۷۰/۹۵	کل

در جدول ۳ می توان دید که بین دو گروه هنردرمانی و کنترل در پیش آزمون ($F=0/024$) تفاوت معناداری موجود نیست ($0/87$)

جدول ۴) تحلیل واریانس پس آزمون گروه هنردرمانی و کنترل

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۰۲۰	۶/۳۲	۲۸۷/۰۴	۱	۲۸۷/۰۴	بین گروهها
		۴۵/۴۰	۲۲	۹۹۸/۹۱	درون گروهها
			۲۳	۱۲۸۵/۹۵	کل

با این وجود مقایسه نمرات دو گروه هنردرمانی و کنترل در پس آزمون ($F=6/32$) حکایت از وجود تفاوت معنادار بین دو گروه می باشد ($0/020$)

جدول ۵) تحلیل واریانس پیش آزمون گروه وجودی و هنردرمانی

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۴۵	۰/۵۸	۲۸/۱۶	۱	۲۸/۱۶	بین گروهها
		۴۷/۸۹	۲۲	۱۰۵۳/۶۶	درون گروهها
			۲۳	۱۰۸۱/۸۳	کل

مقایسه نمرات گروه وجودی و هنردرمانی در پیش آزمون ($F=0/58$) بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار بین آنهاست ($0/45$)

جدول ۶) تحلیل واریانس پس آزمون گروه وجودی و هنردرمانی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	
۷/۰۴	÷	۷/۰۴	۰/۱۶	۰/۶۹	بین گروهها
۹۲۵/۹۱	۲۲	۴۳/۳۱			درون گروهها
۹۵۹/۹۵	۲۳				کل

مقایسه نمرات دو گروه وجودی و هنردرمانی در پس آزمون ($F=0/16$) نیز تفاوت معناداری بین آنها نشان نمی دهد (۰/۶۹)

نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال بود که آیا دو روش درمان وجودی و هنردرمانی از طریق مجسمه سازی باعث کاهش سطح اضطراب هستی شناسانه آزمودنی های هنرمند می شوند یا خیر و نیز اینکه آیا این دو روش مداخله روان درمانی از حیث میزان کاهش بر اضطراب وجودی آزمودنی ها با یکدیگر تفاوت معناداری دارند یا خیر. و البته در تمام موارد فرض بر این بوده است که جواب مثبت است.

فرضیه اول این پژوهش بیان می کرد که گروه درمانی وجودی موجب کاهش معنادار اضطراب وجودی آزمودنی های هنرمند می گردد، مطابق یافته ای ذکر شده در جدول ۳ که نشان دهنده تفاوت معنادار بین میانگین های دو گروه وجودی و کنترل است ($F=7/66$ و سطح معناداری ۰/۰۱۱) تایید شد. به عبارت دیگر مداخله وجودی به روش گروهی توانسته است سطح اضطراب هستی شناسانه اعضای گروه در حد قابل توجهی کاهش دهد. این یافته با برخی از تحقیقات گذشته همسویی دارد برای مثال حسن آبادی و همکاران (Hassanabadi et al, 2012) نشان دادند که گروه درمانی وجودی انسانگرا می تواند اضطراب مرگ بیماران سرطانی را به طور معناداری کاهش دهد. قنبری، حسن آبادی و مظفری (Ghanbari, Hassanabadi & Mozafari 2013) نیز اثربخشی درمان وجودی را بر بهبود نشانه های ضربه عشق تایید کردند. این امر با توجه به ماهیت درمان های وجودی قابل تبیین است. روش های روان درمانی وجودگرا از دو عنصر مهم سود می برند یعنی مواجهه و درون نگری وجودی (VanDoerzen, 2002). مواجهه افراد با دیگران در روش های گروهی وجود درمانی راهی است برای دیدن واقعیت هستی و برقراری ارتباطی صادقانه و مسئولانه و امن با سایر اشخاص و از آنجا که اضطراب وجودی ناشی از گریز و عدم مواجهه با ماهیت نا معین هستی و سایر انسانهاست (Corey, 2009) لذا از طریق این درمان می توان با افزایش شجاعت

مواجهه و زیستن در هستی به کاهش این اضطراب یاری رساند (Tiliich, 1952). بعلاوه گروه درمانی به مفهوم عام نیز فرصت امن و مناسبی است برای افزایش مهارت های برقراری ارتباط با دیگران. این فرایند نیز می تواند از طریق از بین بردن احساس انفعال در روابط بین فردی و افزایش حس اثرگذاری بر دیگران آرامش را افزایش دهد (Yalom, 2006).

علاوه بر این اینکه درمان های وجودی ارتباط مراجعین را با دیگر افراد رشد می دهند، ارتباط آنها با خودشان را نیز تسهیل می نمایند. به عبارت دیگر به مراجعین کمک می کنند تا درک بهتر از دنیای درونی خود به دست آورده و ریشه مشکلات روانی رفتاری از جمله اضطراب های خود را بهتر بشناسند (Barnett, 2009). این مواجهه درونی موجب می شود تا فرد بتواند راه های سازنده ای برای کنترل اضطراب پیدا کرده، به احساس آرامش بیشتری دست یابد و حتی مهارت های حل مسئله را در خود بهبود بخشد (Ghanbari, Bolghanabadi, 2012).

فرضیه دوم یعنی اثربخشی معنادار هنردرمانی بر کاهش اضطراب وجودی نیز همانگونه که یافته های جدول ۶ حکایت دارند ($F=6/32$ و سطح معناداری $0/020$) در این پژوهش مورد تایید قرار گرفت. می توان نتیجه گرفت که این روش گروه درمانی قادر است به هنرمندان در کاهش نگرانی های زندگی یاری رساند. اسلسا همه انواع هنر به نوعی باعث ایجاد آرامش در افراد شده و اضطراب را کاهش می دهد. این امر در پژوهشهای گذشته به اثبات رسیده است (Rafieeyan, et al, 2006). با اینحال تبیین این موضوع در اینجا مهم است. واقعیت اینست که هنر فی نفسه ما را با جنبه های عمیقتر و هیجان انگیزتر زندگی مرتبط می سازد (Harrower, 1972). این ارتباط به همان میزان که خوشایند است می تواند غم انگیز و اضطراب زا نیز باشد. لذا هنرمندان همواره در چالشی هستی شناسانه با خود می باشند.

اساساً هنر راهی ست برای آگاهی از ناخودآگاه و عناصر سرکوب شده وجود (Sharf, 2012). به صورت معمولی سرکوبی و نادیده گرفتن این عناصر آرامشی نسبی ایجاد می کند ولی دست اندازی و آشکار سازی آنها چنانچه معنادار و هدفمند نباشد می تواند احساس های ناخوشایند را در وجود فرد گسترش دهد (Corsini, 2001) و این امر از جمله دلایلی است که باعث می شود بسیاری از هنرمندان دچار مشکلات روانی رفتاری مثل افسردگی، جنون، اعتیاد، خودکشی و اضطراب شوند. هنر درمانی راهی است برای کاهش یا رفع این مشکل. این شیوه زمانی که به شکل گروه درمانی بکار می رود می تواند از طرق مختلفی همچون افزایش مهارت های بین فردی موجب بهبود مراجعین شود (Pand, 1998).

در هنردرمانی مراجعین با جنبه های عمیق وجود خود مواجه می گردند ولی از آنجا که این مواجهه

با هدایت و تفسیرهای درمانگر رخ می‌دهد باعث بهبود مشکلاتی از قبیل اضطراب می‌شود (Mcneilly, 2006). همانگونه که می‌دانیم در هنردرمانی تحلیلی از طریق مجسمه سازی همزمان با پرداختن اعضا با کار با گل و خمیر و شکل دادن به آنها تبادلهای کلامی و روان شناختی بین رهبر و مراجعین صورت می‌گیرد. این تبادل موجب می‌شود که آنها علاوه بر اینکه احساس های واقعی خود را تشخیص می‌دهند بتوانند آنها را معنا کرده و در روابط بین فردی و درون فردی خود بکار گیرند. می (May, 1971) معتقد است که هنر شیوه ایست برای ساختن یک زندگی بهتر و معنادار. هنردرمانی به فرد کمک می‌کند تا معنای رنج های خود را بهتر درک کرده و به جای نگرانی، آسیب دیدن و فرار از آنها راهی برای استخدام سازنده این توانمندی بیابد.

بنابراین می‌توان گفت آنچه در اصل موجب اضطراب هنرمندان و سایر افراد می‌شود احساس پوچی و بی‌معنایی در زندگی است. و هنردرمانی بطور اعم و مجسمه سازی بطور اخص از طریق معنا بخشیدن به زندگی و تعاملات فرد نقش بسیار چشمگیری در کاهش نگرانی های آنها دارد (Furman, 2003). البته تخلیه هیجانی در کار با مواد مجسمه سازی نیز سهم زیادی در بهبود وضعیت مراجعین دارد. بخصوص که گروه درمانگر نیز این کار را حمایت می‌کند. رهبر گروه با تشویق اعضا به درگیر شدن با گل و نترسیدن از بروز احساس های خود در این زمینه باعث افزایش ابرازگری هیجانی مراجعین می‌شود. مشارکت مهم روان درمانگر و مراجعین در هنر درمانی باعث می‌شود که درک آنها از فرایندهای موجود در هنر افزایش یافته و بدین ترتیب احساس بهتری بدست آورند (Bimben, 2010). این امر در مرحله بعد موجب بروز افکار، آرزوها و یادآوری خاطرات و تجربیات گذشته شده و با این یادآوری و تخلیه سازی احساس آرامش افراد بیشتر می‌گردد (Furman, 2003).

فرضیه سوم مبنی بر وجود اثربخشی متفاوت دو روش مداخله وجودی و هنر درمانی از طریق مجسمه سازی همانگونه که یافته های جدول ۹ حکایت می‌کنند ($F=0/16$ و سطح معناداری $0/69$). تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نشد. بنابراین فرضیه سوم مورد تایید قرار نگرفت. هرچند در برخی از تحقیقات اثربخشی متفاوت درمان وجودی با درمانهای دیگر از جمله واقیت درمانی در بهبود اضطراب، افسردگی و عزت نفس مورد تایید قرار گرفته است (Ghanbari, et al, 2013). ولی عدم وجود تفاوت اثربخشی در این پژوهش را می‌توان در دو موضوع ریشه یابی کرد: اول ماهیت دو روش مداخله و شباهت های آنها و دوم ویژگی های آزمودنی ها.

در مورد اول بایستی در نظر داشت که اساساً هم درمان های وجودی و هم روان درمانی های هنری

برای کمک به درمان مشکلات روان شناختی مراجعین از عناصر مشترکی از قبیل افزایش بینش و آگاهی عمیق درونی، ارتباط و تماس با عواطف و هیجان های واپس زده شده و پذیرش واقعیت موجود زندگی و افزایش خلاقیت بهره می برند. هر کدام از این عناصر می تواند تاثیر زیادی بر کاهش مشکلات روان شناختی مراجعین داشته باشد برای مثال همانطور که مالکا (Malka, 2010) در پژوهش خود نشان داده است کمک به رشد خلاقیت در هنر درمانی باعث افزایش سلامت روان آزمودنی ها می شود. از این قبیل عناصر در کسانی که دچار اضطراب هستی شناسانه هستند قابل مشاهده است. براین اساس مکانیزم اثرگذاری این دو شیوه مداخله تقریباً یکسان به نظر می رسد. البته در گروه درمانی های وجودی تمرکز ظاهراً بر روابط اعضا با یکدیگر است (Corsini, 2012) در حالیکه در مجسمه سازی تمرکز بر روی کار با مواد مجسمه سازیست ولی در واقع در هر دو مورد افراد با دنیای درونی خود در حال تعامل هستند هر چند که محرک آن در یکی تعاملات بادیگران و در دومی تعامل با گل و خمیر است.

نکته دوم در تبیین عدم وجود تفاوت معنادار بین دو شیوه مداخله حاضر مربوط می شود به ویژگی های گروه نمونه. در این پژوهش از گروه هنرمندان زن استفاده شده است. این گروه دو مشخصه مهم برای درمان های وجودی و هنری دارد. اول اینکه از قبل فعالیتهای هنری داشته اند و به این دلیل سطحی از مواجهه با خود و نگرانی ها و اضطراب های وجودی از قبیل معنای زندگی را تجربه کرده اند. این مواجهه و آمادگی قبلی ذهن آنها را برای دریافت آموزش های درمانگر مستعد ساخته است. به عبارت دیگر چون از قبل دغدغه و سؤال های مشابهی داشته اند به همین دلیل تحلیل ها و هدایت های درمانگر را به راحتی پذیرفته و به آرامش بیشتر و اضطراب کمتر دست یافته اند (Mcneilly, 2006). دوم اینکه زن بودن آزمودنی ها برانگیختگی هیجانی آنها را افزایش داده و تعامل آنها را با یکدیگر تسهیل ساخته است (Larsen et al, 2003) و این هردو امر همانگونه که قبلاً گفته شد جزء مکانیزم های اثربخشی درمان های وجودی و هنر درمانی هستند. نهایتاً به نظر می رسد که می توان از فرمت گروهی درمان های وجودی و هنر درمانی از طریق مجسمه سازی برای کاهش اضطراب وجودی مراجعین هنرمند به خوبی استفاده نمود.

References

- Hassanabadi, H. Sepehri, Z. Biooki, M. (2012) effectiveness of existential-humanistic group therapy on death anxiety of cancer patients on mashhad, M.A dissertation, Ferdowsi university of mashhad
- Zarezadeh Kheibar SH, Rafienia P, Asgharinekah M. (2015) The Effectiveness of Expressive Art group therapy on Interactive Self-Efficacy of Foster Children, Developmental Psychology. Vol 10, 371-382
- Attari B, Shafi' Abadi A, Salimi H. (2012) The effectiveness of teaching painting on decreasing the amount of anxiety in elementary school boys, counseling

- &psychotherapy culthre,vol8,p47-64
- Feist J, Feist G. (2015) Theories of Personality.translat: Seyedmohammadi, Ravan press.
- Ghanbari hashemabadi, B.Ebrahiminezhad, M.(2011) Effect of group art therapy on interpersonal relation skills of momen with chronic mental disorder, ,Journal of mental health principal, vol 3 ,p222-229.
- Ghanbari hashemabadi,B. Bolghanabadi,M. (2012)Effectiveness of existential analysis group therapy on increasing problem solving skills,Scientific journal of Kurdistan University of Medical Sciences, vol 17,p 60-71
- Kaplan,H. Sadok,B. (2011) Clinical Psychiatry book, translate:arjmand,et al.5th edition,arjmand press.
- Karami J, Alikhani M, Zakiei A, Khodadi K(2012) The effectiveness of art therapy (painting) in reducing the aggressive behavior of students with dyslexia,Journal of Learning Disabilities. Vol 3,p 105-117.
- Rafieeyan Z, Azarbarzin M, Safaryfard S. The effect of music therapy on anxiety, pain, nausea and vital signs of caesarean section clients in Dr. Shariatee hospital of Esfahan in 2006. 3. 2009; 19 (1) :25-30
- Limben,M. (2010) art therapy, translated by zadmohammadi&tavakoli,ghatreh press.
- Mozafari,M. Ghanbari hashemabadi,B. Hassanabadi,H. (2013) effectiveness of existential group therapy on love shock syndrome of collage students, M.A dissertation,Ferdowsi University of Mashhad.
- Mianji nooralizadeh,M. Jonbozorgi,M.(2010) Relation between existential anxiety & pathologic anxiety and their comparison between deviant, religious & ordinary peoples, journal of psychology and religion 3th, vol 2 p:29-44.
- Navabinejad,S. (2004) Theories of Group therapy & counseling, Tehran , Samt press.
- Alexander, Pamela C.; Neimeyer, Robert A.; Follette, Victoria M. (1991). Group Therapy for women Sexually Abused as children. Journal of Interpersonal violence.
- Barnett, Laura(2009)When death Enters The Therapeutic Space, existential perspectives in psychotherapy and counseling, Routledge. Taylor & francis Group.
- Cohn, hans w. (1997). Existential Thought and Therapeutic Practice. Sage Publication. London.
- Case, caroline.; Dalley, Tessa (1992) Hand book of art therapy, Taylor & Francis Routledge.
- Corey gerald (2009) Theory and practice of counseling and psychotherapy, eighth edition, Brooks/cole.
- Corsini, R. J. (2001). Handbook of Innovative Therapy. John wiley and Sons Inc.
- Corsini, R. J & Wedding, D. (2010). Current Psychotherapies (4th ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock
- Earley, Jay (2000). Interactive Group Therapy. Burnner/ Mazel. Taylor and Francis Group
- Furman, Rich(2003) Poetry therapy and existential practice. The Arts Psychotherap.
- Harrower, M(1972) The Therapy of Poetry. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Jacobs Ed E, Masson, Robert L(2012) Group counseling: Strategies and Skills, Seventh edition. Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Jung C G (1983) The Psychology of the Transfrence(collected Works,vol.16). Ark.
- Larsen,Denise J and colleagues(2003) Innovating Writing Group for Cancer Patients: A Counseling Field Description. Canadian Journal of Counseling.
- Levinson, C P(1986) Patients Drawings and growth toward mature object rlations:

- Observations of an art therapy group in a psychiatric ward. *The Art in Psychotherapy*
- Malka, M (2010) lonely children and adolescent: self-perception and social exclusion and hop, in 1st(eds). Springer: New York.
- May, Rollo.; Angel, Ernest.; Ellenberger.; Henrif (1958). *EXISTENCE*. New York: Basic Books .
- Mcneilly, Gerry(2006) *Group Analytic Art Therapy*. Jessica Kingsley Publishers - .
- Millon, Theodore. (1999). *Personality Guided Therapy*. John wiley & Sons, Inc.
- Millon, Theodore. (1973). *Theories of Psychotherapy and Personality*. W.B. Saunders Company
- Moon, Bruce L(2007) *Dialoguing with Dreams in Existential Art Therapy*, Art Therapy, journal of American Art Therapy Association.
- Moustakas, C(1994)*Existential psychotherapy and the interpretation of dreams*. New York:Jason Aronson.
- Nowell Hall, P(1987) *Art therapy: a Way of Healing the Split in dalley et al. Images of Art Therapy*. Tavistock.
- Prochaska,J O, Norcross J C(2010) *Systems of psychotherapy, a Transtheoretical Analysis*, Brooka/ cole.
- Sharf,Richard(2012)*Theories of psychotherapy and counseling, concepts and cases*, 5th edition. Brooks/cole .
- Siegel, L(1988) *The use of mural and methaphor with a schizophrenic population for recovery in a trauma situation*. pratt Institute Creative Arts Therapy Review
- Thong, S A(2007) *Redefining the Tools of Art Therapy*, Art Therapy, journal of American Art Therapy Association.
- Tillich, p(1952)*The courage to be*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Van Deurzen, emmy(2002) *Existential counseling and psychotherapy in practice*, sage publication.
- Weir, F(1987) *The Role of Symbolic Expression in its Relation to Art Therapy: a Keleinian Approach in Dalley, T.et al. Images in Art Therapy*. Tavistock.
- Yalom, Irvin D. (2014). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books. Inc.



عبداله زاده، زینب؛ مشهدی، علی؛ طیبی، زهرا (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۱۵۱-۱۳۶.

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی

زینب عبدالله زاده^۱، علی مشهدی^۲، زهرا طیبی^۳
تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۳

چکیده

هدف: تعداد زیادی از افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در دوران نوجوانی علاوه بر مشکلات اصلی مربوط به این اختلال از مشکلات درونی سازی شده اضطراب و افسردگی همبود نیز رنج می‌برند. از این رو این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال ADHD به انجام رسید.

روش: پژوهش حاضر یک پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. نمونه هدف این پژوهش را ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستان‌های دوره اول و دوم شهرستان گناباد که مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بودند، تشکیل دادند. ابزار مورد استفاده شامل مصاحبه بالینی، مقیاس درجه بندی اسنپ فرم والدین (SNAP-IV) و پرسشنامه خودسنجی آچنباخ (YSR) بودند. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند. داده‌ها با کمک آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و نیز با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مشخص گردید گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مشکلات درونی سازی شده کمتری در پس آزمون گزارش کردند.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، مشکلات درونی سازی شده، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد mashhadi@um.ac.ir

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی هر انسانی محسوب می‌شود. تغییر و تحولاتی که پیرامون ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و اخلاقی در این دوره اتفاق می‌افتد می‌تواند به نوبه خود، برای نوجوان تنیدگی‌زا باشد. اما گاهی علاوه بر این تغییرات اساسی ممکن است اختلال‌های روانی همزمانی هم به وجود آید و ادامه مسیر را با مشکل روبرو سازد. اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی (ADHD) یکی از انواع اختلال‌هایی است که معمولاً از دوران کودکی آغاز می‌شود و در صورت عدم درمان به موقع و مناسب تا نوجوانی و بزرگسالی تداوم می‌یابد (Barkley, 2005). امروزه وجود اختلال ADHD، در نوجوانی و بزرگسالی پذیرفته شده است. آنچه که ممکن است تشخیص و درمان این اختلال را در نوجوانی با دشواری‌هایی مواجه سازد، همزمان شدن آن با سایر مشکلات مانند اضطراب، افسردگی، مشکلات تحصیلی و مصرف مواد است (Wolraich et al, 2005). با این توصیف، هرچند که پیشرفت متخصصان در حوزه تشخیص و درمان ADHD امید بخش بوده است اما با این حال نیاز به انجام مطالعات بیشتر همچنان وجود دارد به خصوص مطالعاتی که به ارائه مداخلاتی بپردازد که مشکلات چند بعدی نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه / فزون کنشی را پوشش دهد.

اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی شایع‌ترین اختلال روانی در بین کودکان سنین مدرسه است که سطح تحول و عملکرد آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (Woo & Keatinge, 2008). این اختلال شامل الگوی پایدار کم توجهی و / یا فزون کنشی و رفتار تکانشی می‌باشد که شدیدتر از حد مورد انتظار با توجه به سن و سطح تحول فرد است. علائم بالینی باید قبل از دوازده سالگی و در دو محیط یا بیشتر (مثلاً مدرسه و خانه، کار، در ارتباط با دوستان و آشنایان یا فعالیت‌های دیگر) وجود داشته باشند و عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی فرد را مختل کنند (APA, 2013). در حال حاضر سه زیر گروه از ADHD شناسایی شده است که شامل اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی نوع عمدتاً نارسایی توجه، اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی نوع عمدتاً فزون کنشی / تکانش‌گری و زیر گروه ترکیبی می‌باشد (APA, 2013).

شیوع این اختلال در بین کودکان ۵٪ گزارش شده است (APA, 2013). پژوهش‌های دیگری نشان داده‌اند که ADHD تعداد ۱۰٪ از کودکان و نوجوانان را تحت تأثیر خود قرار داده است (Biederman, Faraone, 2005; Skounti, Philalithis & Galanakis, 2007). در ایران نیز شیوع این اختلال در سطح بالایی گزارش شده است (Abdollahian, Shakeri & Vosugh, 2003). شیوع ADHD را

در پسران قبل از دبستان ۱/۱۸٪ و در دختران این سن ۶/۷٪ گزارش کرده‌اند. همچنین نتایج پژوهشی که به بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری و نارسایی توجه در دانش‌آموزان ۷ تا ۱۲ سال شهرستان گناباد پرداخته بود، نشان داد ۱۷ درصد از افراد مورد بررسی از مشکلات رفتاری رنج می‌برند و در این میان، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با ۹ درصد از شایع‌ترین اختلال‌ها بود (Tavakkolizadeh, Bolhari, Mehryar & Dezhkam, 1997). نکته قابل توجه این است که تقریباً ۶۵ درصد از کودکان دارای اختلال ADHD، در دوران نوجوانی نیز با این اختلال مواجه هستند (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990; Ingram, Hechtman & Morgenstern, 1999).

مطالعات مختلف نشان داده است که افرادی که در سنین دبستان مبتلا به ADHD بوده‌اند، نشانه‌های بالینی آن‌ها تا سن نوجوانی تداوم می‌یابد و به درمان احتیاج دارند (Barkley et al, 1990; Biderman et al, 1996; Ingram et al, 1999).

در نوجوانی نشانه‌های ADHD با کاهش فزون‌کنشی و تکانش‌گری همراه است (Biderman, 1999; APA, 2013; Mick, Fraone, 2000). در مقابل آسیب‌های شناختی در کنش‌های اجرایی شامل توجه، حافظه کاری و بازداری به صورت گسترده‌ای مشاهده می‌شود (Seidman, 2006). اما آنچه که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را در دوره نوجوانی در امر تشخیص و درمان با سختی مواجه می‌سازد همراه شدن این اختلال با مجموعه‌ای از مشکلات ثانویه است. این مشکلات ثانویه خود را به شکل‌های مختلفی مانند افسردگی، اضطراب، رفتارهای ضد اجتماعی، مصرف مواد، اعتماد به نفس پایین، ناهنجاری‌های اجتماعی و هیجانی بروز می‌دهند (Ingram, Hechtman & Morgenstern, 1999). مطالعات نشان داده تجربه این مشکلات ثانویه در دختران و پسران مبتلا به ADHD به گونه‌ای متفاوت است به طوری که اختلال‌هایی مانند افسردگی، اضطراب و مشکلات یادگیری در میان دختران مبتلا به ADHD نسبت به پسران مبتلا شیوع بیشتری دارد تا آن‌جا که می‌تواند نشانه‌های اختلال را تحت الشعاع قرار دهد (Mash & Barkley, 2007).

به طور کلی دختران نوجوان مبتلا به ADHD، عملکرد روانی و اجتماعی آسیب دیده‌ای دارند که از جمله می‌توان به سطوح افسردگی، اضطراب، استرس و عزت نفس پایین اشاره کرد. در طبقه‌بندی آکرسون (Ackerson, 1949) مشکلات رفتاری مانند اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی در گروه مشکلات درونی سازی و رفتارهای پر خاشگیری و بزهکاری در طبقه مشکلات برون سازی جای می‌گیرد (Bakhtiari, 2005). افرادی با نشانه‌های درونی سازی شده، سطح بالایی از نگرانی و اضطراب، بازداری رفتاری شدید و میزان بالایی عاطفه منفی را تجربه می‌کنند و تعامل کمتری با محیط و دوستان خود دارند (Oland & Shaw, 2005). در این پژوهش نیز منظور از مشکلات درونی سازی شده، اضطراب و افسردگی همبود

با ADHD در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی است. جنسون، المپیا، فارلی و کلارک (Jenson, Olympia, Farley & Clark, 2004) معتقدند که در مقابل رفتارهای درونی سازی، رفتارهای برونی سازی، رفتارهایی هستند که به سمت بیرون از کودک جهت دارند و بیشتر افرادی را که با کودک رابطه متقابل دارند مانند والدین، معلمان و همسالان را تحت تأثیر قرار می دهد. ویژگی اصلی اختلال های برونی سازی، مانند اختلال سلوک (CD)^۱، اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD)^۲ و ADHD، نابسامانی رفتاری است (Kovacs & Devlin, 1998). هر چند که توجه بیشتر پژوهشگران به سمت بررسی همبودی بین اختلال های رفتاری مخرب مانند ODD و CD با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی جلب شده است اما آنچه که امروزه قابل تأمل است افزایش بروز همزمان اختلال های درونی سازی شده و برونی سازی شده در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان است (Zahn-waxler, Klimes & slattery, 2000; Oland & Show, 2005). از جمله اختلال های برونی سازی کهگاهی با رفتارهای درونی سازی شده همبودی دارد، ADHD است. در یک نمونه از شرکت کنندگان ۹ تا ۱۶ سال که ملاک های اختلال نارسایی توجه را با و بدون فزون کنشی دارا بودند (Bird, Gould & Staghezza, 1993) ۴۸ درصد به افسردگی، افسرده خویی، ۳۶ درصد به اختلال سلوک و نافرمانی مقابله جویانه و ۳۶ درصد دیگر نیز به اختلال اضطرابی مبتلا بودند. در مطالعاتی با پیگیری های طولانی مدت مشخص شد که کودکان مبتلا به ADHD در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی با خطر بیشتر اختلال های شخصیت ضد اجتماعی، مصرف مواد و افسردگی روبرو هستند (Rasmussen, Gillberg, 2000; Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2006).

در یک نمونه ۷۸ نفری از کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی، ۲۳ درصد از مبتلایان، نشانه های اختلال های اضطرابی را نیز دارا بودند (Souza Mattos & Pinheiro, 2005) در مطالعه ای دیگر حدود ۳۰ درصد از کودکان مبتلا به ADHD، با نشانه های اضطرابی مواجه بودند (Souza, Denardin, Mattos & Rohde, 2004). یافته های پژوهشی که در آن به بررسی فراوانی اختلال های همبود در کودکان مبتلا به ADHD در ایران پرداخته شده بود، نشان داد که ۷۲٪ از آزمودنی ها دارای حداقل یک اختلال همبود بودند و در این میان اختلال های اضطرابی با ۵۸٪ بیشترین میزان همبودی را داشتند (Mashhadi, Soltanifar, Moharreri and Noferesti, 2011). این میزان بروز، علاوه بر اینکه توجه به درمان های چند بعدی را در مورد نوجوانان ضروری می سازد، نشان دهنده ی افزایش چند برابری نشانه های افسردگی و افسرده خویی در نوجوانان مبتلا به ADHD می باشد.

1. Conduct Disorder
2. Oppositional Defiant Disorder

درمان اختلال افسردگی و اضطراب با موفقیت‌های چشمگیری همراه بوده است. درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در تاریخ پانزده ساله‌ی درمان‌های شناختی - رفتاری به عنوان رویکرد نسل سوم، معرفی می‌شوند (Hayes, 2004).

این نوع از درمان، با الگوهای سنتی مداخلات شناختی - رفتاری متفاوت است و در آن بر رویدادهای خاصی مانند تجربیات درونی شبیه افکار، احساسات و حس‌های بدنی به عنوان بخش اساسی در درمان تأکید می‌شود (Hayes & Greco, 2008). در درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، به جای اینکه هدف تلاش برای تغییر محتوا، فراوانی و شکل افکار و احساسات به طور مستقیم باشد، هدف تغییر در کارکرد درونی پدیده‌ها است تا از آن طریق تأثیرشان کاهش یابد (Hayes & Greco, 2008). کاربرد ذهن آگاهی در قالب مداخله رفتاری برای مشکلات بالینی با کارهای جان کابات زین بر روی افرادی که از دردهای مزمن رنج می‌بردند، آغاز گردید (Kabat-Zine, 1982). این روش امروزه تحت عنوان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) شناخته می‌شود. در رویکردهای مبتنی بر پذیرش و از آن جمله MBSR، تأکید اصلی بر شناسایی احساسات و افکار قضاوتی همراه با تنیدگی است و عقیده بر این است که نیاز به پذیرش برای کاهش تنیدگی و آگاهی از رویدادهایی که به صورت خودکار ما را در مسیر وخیم تر شدن تنیدگی قرار می‌دهند می‌تواند کافی باشد. شایان ذکر است که مفهوم پذیرش در ذهن آگاهی نباید با انفعال یا تسلیم برابر دانسته شود. منظور از پذیرش، توانایی تجربه وقایع به طور کامل، بدون اشتغال ذهنی مفرط به آن یا سرکوب تجربه است (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008). اما رویکرد MBSR اساساً در باره توسعه حالت یا وضعیت خاصی در ذهن یا بدن نیست بلکه شامل بیدار بودن و آگاهی از آنچه در حال حاضر در حال رخ دادن است آن هم به کاملترین شیوه، می‌شود. MBSR در قالب یک درمان گروهی برای ۱۵ تا ۳۰ نفر اجرا می‌شود. فعالیت‌های گروهی به صورت انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و بحث در باره تمرین‌ها می‌باشد. آنچه در این دوره‌ها اهمیت دارد نوع نگاه به ذهن آگاهی است که به صورت یک نوع روش برای زندگی و روبرو شدن با خواسته‌های زندگی تا یک نوع تکنیک صرف تلقی می‌شود (Mohamadkhani & Khanipur, 2012). مطالعات نشان داده آموزش ذهن آگاهی می‌تواند از این طرق باعث کاهش نشانه‌های افسردگی شود و از عود آن پیشگیری کند (Williams, 2008; Teasdel et al, 2000; Mccarney, Schulz & Grey, 2012). استفاده از این روش درمانی برای گروهی از نوجوانان هنگ کنگی که عملکرد تحصیلی ضعیفی داشتند باعث کاهش

معنادار نشانه‌های افسردگی شد (Lau & Hue, 2011). نتایج مطالعات تأیید کرده اند که روش درمانی MBSR موجب کاهش سطوح اضطراب (Anderson, Segal, Lau & Bishop, 2007) افسردگی (Anderson et al, 2007; Grossman et al, 2010) خشم (Anderson et al, 2007) می شود. مطالعه‌ای دیگر که اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر روی نشانه‌های اضطرابی و خلقی بررسی کرده بود بهبود متوسط این نشانه‌ها را گزارش کرد. (Hofman, Sawyer, Witt & Oh, 2010).

با توجه به اینکه همبودی افسردگی با اختلال‌های رفتاری مخرب می تواند یک عامل بالقوه تهدید زندگی باشد چرا که در این شرایط احتمال تلاش برای خودکشی افزایش می یابد (Lewinsohn, Rohde & Selley, 2000) به کارگیری مداخلاتی جهت کاهش این نشانگان می تواند نتایج خوبی را در بهبود اختلال ADHD به دنبال داشته باشد. به این ترتیب هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده اضطراب و افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی می باشد. در این راستا فرضیه مورد پژوهش عبارت است از اینکه: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنادار مشکلات درونی سازی نوجوانان مبتلا به ADHD گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می شود.

روش

این پژوهش از نوع کاربردی و شبه آزمایشی است که با گروه کنترل و آزمایش به صورت پیش آزمون - پس آزمون اجرا شد. جامعه پژوهش شامل دانش آموزان دختر ۱۲ تا ۱۸ سال دبیرستان‌های عادی و دولتی دوره اول و دوم شهرستان گناباد بود. برای جذب نمونه مورد نظر، فرآیند کار با غربالگری آغاز شد به طوری که مقیاس درجه بندی SNAP-IV (Friedman & Dvyal, 2002) در اختیار والدین ۲۰۰ دانش آموز دو دبیرستان دوره اول و دوره دوم مرکز شهر که با نظر اداره آموزش و پرورش شهرستان گناباد از بین چهار دبیرستان انتخاب شدند، قرار گرفت. پس از جمع آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده، دانش آموزانی که نمرات کسب شده آن‌ها در کل مقیاس ۱/۵۷ و یا در هریک از خرده مقیاس‌های نارسایی توجه و فزون کنشی به ترتیب ۱/۴۵ و ۱/۹ (Sdralsadat, Hoshiary, Zamani & Sdralsadat, 2007) بود، شناسایی شدند و فهرستی از تعداد ۱۱۵ نفر تهیه گردید. پس از انجام مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV با دانش آموزان داوطلبی که نمره لازم را کسب کرده بودند، از میان تعداد ۱۱۰ دانش آموز، ۴۰ دانش آموز، تشخیص ADHD را دریافت کردند. سپس، نمونه مورد نظر از بین دانش آموزان داوطلب انتخاب شد. پس از انجام نمونه گیری، یک جلسه به عنوان پیش آزمون تشکیل شد که طی آن از

دختران نوجوان خواسته شد به پرسشنامه مشکلات رفتاری آجنباخ پاسخ دهند. قبل از توزیع پرسشنامه، توضیحات لازم در خصوص هدف پژوهش، داده شد و پس از تکمیل پرسشنامه در مورد محتوا، طول مدت، مکان و زمان جلسات اطلاعات لازم در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. به موازات این جلسه پرسشنامه‌های مذکور توسط اعضای گروه کنترل نیز تکمیل گردید. گروه آزمایش، هشت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان قرار گرفتند اما گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد.

اعضای گروه آزمایش در طول جلسات، ضمن آشنا شدن با ماهیت اختلال و منطق تأثیرگذاری مداخله ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌ها، از نگرش‌های بنیادی ذهن آگاهی و چگونگی تقویت آن آگاه شدند. آنچه که در بیشتر جلسات به آن پرداخته می‌شد، تمرینات عملی ذهن آگاهی و به دنبال آن تمرین‌های خانگی بود. در پایان دوره، تعداد آزمودنی‌ها در هریک از گروه‌های کنترل و آزمایش، به تعداد سیزده نفر کاهش یافته بود. با پایان یافتن جلسات، پرسشنامه مشکلات رفتاری آجنباخ، به عنوان پس آزمون توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید.

همانطور که مطرح شد در این پژوهش مصاحبه بالینی مقیاس درجه بندی SNAP-IV و پرسشنامه مشکلات رفتاری آجنباخ مورد استفاده قرار گرفت که در ادامه به تفصیل توضیح داده می‌شود.

مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی مبنای یک سیستم سنجش چند بعدی مهم در زمینه تشخیص ADHD می‌باشد. در این پژوهش مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV با دانش آموزانی که در مقیاس درجه بندی SNAP-IV نمره لازم را کسب کرده بودند، توسط پژوهشگر انجام گرفت.

مقیاس درجه بندی SNAP-IV: این آزمون اولین بار توسط سوانسون، نولان و پلهم در سال ۱۹۸۰ و براساس نشانه‌های اختلال در DSM ساخته شد که با تجدید نظرهایی که در DSM صورت گرفت ویرایش‌های اصلاح شده این آزمون نیز در دسترس قرار گرفت. مقیاس درجه بندی SNAP دارای یک فرم واحد جهت پاسخگویی والدین و معلمان است که شامل ۱۸ سوال می‌باشد، ۹ سوال جهت شناسایی زیر نوع نارسایی توجه ADHD و ۹ سوال برای تشخیص گذاری زیر نوع فزون کنشی/تکانش گری ADHD در آن وجود دارد. نحوه محاسبه نمره آزمودنی پس از اجرا بدین شرح می‌باشد که هر سوال از ۰ تا ۳ نمره دهی می‌گردد سپس نمره کل فرد بر ۱۸ و نمره وی در هریک از زیر نوع‌ها بر ۹ تقسیم می‌شود. این مقیاس دارای اعتبار و روایی مناسب می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ جهت کل آزمون ۰/۹۷ و برای زیر نوع‌ها ۰/۹۰ و ۰/۷۶ بوده است (Hoseinzadeh, 2012). صدرالسادات، هشیاری، زمانی و صدرالسادات (Sdralsadat,

(Hoshiary, Zamani & Sdralsadat, 2007) ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از شیوه های باز آزمایی، آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۰ و ۰/۷۶ گزارش نموده اند. این مقیاس در پژوهش حاضر هم به عنوان یک آزمون تشخیصی و نیز به صورت پیش آزمون و پس آزمون در جهت بررسی کاهش نشانه ها مورد استفاده قرار گرفت.

فرم خود گزارشی مشکلات رفتاری آجنباخ (YSR): در این پژوهش برای سنجش مشکلات همبود با ADHD در نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی از مقیاس خود گزارشی مشکلات رفتاری که توسط آجنباخ (۱۹۹۱) ساخته شده است، استفاده شد. این مقیاس برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخگویی است (HabibiAsgarabad, Basharat, Fadaee & Najafi, 2009). این مقیاس شامل بخش شایستگی ها و سندرماها است. بخش سندرماها شامل ۱۱۲ عبارت است و آزمودنی طبق یک مقیاس سه نمره ای (۰، ۱، ۲) دور عددی را که با وضعیت آنها مطابقت دارد، خط می کشد. این مقیاس ها عبارتند از:

- (۱) گوشه گیری
- (۲) شکایت جسمانی
- (۳) افسردگی/اضطراب
- (۴) مشکلات اجتماعی
- (۵) مشکلات تفکر
- (۶) مشکلات توجه
- (۷) رفتار بزهکارانه
- (۸) رفتار پرخاشگرانه

همچنین زیر مقیاس سایر مشکلات رفتاری که مجموعه ناهمگونی از ناراحتی های مختلف مثلنافرمانی، غذا نخوردن و غیره را تشکیل می دهد. از جمع مقیاس های اول، دوم و سوم (به استثنای عبارت ۱۰۳)، مقیاس رده دومی به نام درون ریزی و از جمع مقیاس های هفتم و هشتم، مقیاس رده دوم دیگری به نام برون ریزی بدست می آید.

از جمع تمامی موارد مربوط به مشکلات، یک نمره کلی حاصل می شود (Kakabaraee, HabibiAsgarabad & Fadaee, 2007). روایی این پرسشنامه مکرراً مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب

همبستگی مقیاس YSR با پرسشنامه شخصیتی نوجوان آیزنک بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۸ (HabibiAsgarabad, , ۰/۲۴ تا ۰/۱۵ Basharat, Fadaee & Najafi, 2009) و با فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودک کان-4 بین ۰/۱۵ تا ۰/۲۴ (Minaee, 2006) به دست آمده است. همچنین ضرایب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای مشکلات کلی ۰/۸۵ (Minaee, 2006)، ۰/۹۳ (HabibiAsgarabad, Basharat, Fadaee & Najafi, 2009)، ۰/۹۱ (Zargar, Mohammadi, Bahramabadi & BassakNagad, 2012) بدست آمده است. در این پژوهش، جهت سنجش مشکلات درونی سازی شده همبود با اختلال ADHD، این پرسشنامه به کار گرفته شد.

یافته‌ها

فرضیه پژوهش بیان می‌کرد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنا دار مشکلات درونی سازی شده همبود نوجوانان مبتلا به ADHD گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. به منظور بررسی این فرضیه، نمره مشکلات درونی سازی شده بدست آمده از مقیاس آچنباخ مورد توجه قرار گرفت. آنچه که در جدول ۱ می‌آید، برخی از آماره‌های توصیفی متغیر مشکلات درونی سازی شده شامل می‌شود.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیر مشکلات درونی سازی شده

متغیر وابسته	زمان	گروه	میانگین	انحراف معیار
مشکلات درونی سازی شده	پیش آزمون	آزمایش	۱۴/۳	۴/۷۱
		کنترل	۱۵/۸۵	۳/۱۸
	پس آزمون	آزمایش	۸/۳۱	۴/۶۰
		کنترل	۱۶/۱۵	۳/۴۶

آنچه در جدول ۱ گزارش شده، میانگین و انحراف معیار متغیر مشکلات درونی سازی شده در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش است. همانطور که مشاهده می‌شود کمترین میانگین به پس آزمون گروه آزمایش تعلق دارد.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، ملاک‌های لازم از جمله وضعیت توزیع داده‌ها در متغیر مشکلات درونی سازی شده، همگنی واریانس‌های متغیر در دو گروه و همگونی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کالموگراف اسمیرنوف نشان داد توزیع بهنجار می‌باشد ($P > 0/05$)، آزمون لوین نیز در

متغیر موردنظر معنادار نبود ($P > 0/05$) و واریانس‌ها همگن بودند.

همچنین سطح معناداری شیب خط رگرسیون بیشتر از $0/05$ بدست آمد ($P > 0/05$) و به این ترتیب همگونی شیب خط رگرسیون در متغیر مشکلات درونی سازی شده تأیید شد. با توجه به اینکه متغیر مشکلات درونی سازی شده، شرایط لازم برای تحلیل کوواریانس از جمله توزیع نرمال، همسانی واریانس و همگونی شیب خط رگرسیون را دارا بود، برای تحلیل داده‌های استنباطی آن از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس اثر مداخله بر متغیر مشکلات درونی سازی شده

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	اندازه اثر
مشکلات درونی سازی شده	پیش آزمون	۱۹۹/۰۵۹	۱	۱۹۹/۰۵۹	۲۲/۹۶***	۰/۵۰
	اثر مداخله	۲۸۴/۴۴۰	۱	۲۸۴/۴۴۰	۳۲/۸۰***	۰/۵۸
	خطا	۱۹۹/۴۰۳	۲۳	۸/۶۷۰		

*** $P < 0/001$

همانطور که نتایج موجود در جدول ۲ نشان می‌دهد، با حذف اثر متغیر مشکلات درونی سازی شده پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر مداخله که همان متغیر مستقل است، بر نمره‌های پس آزمون متغیر مشکلات درونی سازی شده معنادار است ($P < 0/001$ و $F_{1,23} = 32/80$). به عبارت دیگر فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود. به علاوه اندازه اثر ($\eta^2 = 0/58$) partial نشان می‌دهد که ۵۸ درصد از تغییرات ایجاد شده در نمرات پس آزمون مشکلات درونی سازی شده نتیجه اثر مداخله است.

نتیجه

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی به انجام رسید. در این پژوهش مداخله آزمایشی در گروه آزمایش اجرا شد و نمرات مربوط به مشکلات درونی سازی شده با استفاده از پرسشنامه آچنباخ به تفکیک دو گروه مقایسه شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی مشکلات درونی سازی شده همبود با ADHD را کاهش داده است. نتیجه بدست آمده، با نتایج پژوهش‌های گروسمن و همکاران (Grossman et al, 2010)، هافمن، سویر، ویت و اوه (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010)، لو و هیو (Lau & Hue, 2011) و اندرسون، لیو، سگال و بیشاپ (Anderson, Lau, Segal & Bishop, 2007) که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش سطوح اضطراب و افسردگی در جمعیت نوجوانان

و بزرگسالان بررسی کردند، همسو است. همچنین با نتایج پژوهش‌های عبدالقادری، کافی، صابری و آریانپور (Abdolghaderi, Kafi, Saberi & Arianpoor, 2013)؛ معصومیان، گلریز، شاعری و مومن زاده (Masumian, Golzari, Shaeri & Momenzadeh, 2012)؛ بیرامی و عبدی (Bayrami & Abdi, 2009)؛ کاویانی، حاتمی و جواهری (Kaviani, Hatami & Javaheri, 2008)؛ و کاویانی، جواهری و بهیرایی (Kaviani, Javaheri & Bahirae, 2005) که نشان داد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش افسردگی، اضطراب، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی شده است همسویی دارد. در تبیین اینکه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی چگونه باعث کاهش مشکلات درون سازی شده در نوجوانان مبتلا به ADHD شده است می توان گفت آسیب کنش‌های اجرایی شامل توجه، حافظه کاری و بازداری که به صورت گسترده‌ای در مبتلایان به ADHD مشاهده می شود، مشکلاتی را در انگیزش و نظم جویی هیجان افراد مبتلا به دنبال دارد. آسیب در نظم جویی هیجان مبتلایان به ADHD ؛ (Braaten & Rosen, 2000) (Rapport, Friedman, Tzelepis & VanVoorhis, 2002) با افزایش میزان همبودی سایر اختلال‌های روانپزشکی با ADHD مانند اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد مرتبط است (Kessler et al, 2006). این در حالی است که نظم جویی هیجان به عنوان یک مکانیزم و پیامد در تمرینات ذهن آگاهی مورد توجه قرار گرفته است (Brown & Ryan, 2003). در طول تمرینات ذهن آگاهی، افراد یادمی گیرند که انگیزش خود را از طریق تنفس کاهش دهند و نسبت به تجربیات خود نگرشی باز و همراه با پذیرش داشته باشند (Zylowska, Smalley & Schwartz, 2009). آموزش ذهن آگاهی پرداختن به هیجانات رانه به صورت اجتناب از آن و نه به صورت غرق شدن در آن مطرح می‌سازد بلکه مشاهده آگاهانه هیجانات و ماندن در لحظه با احساسات و هیجانات را سرلوحه کار خود قرار داده است. این شیوه درمان، باز بودن، پذیرا بودن، گرایش به تجربیات هیجانی و حفظ فاصله لازم از هیجانات و یکی نشدن با آن‌ها را به ارمان می‌آورد، که این فاکتورها برای افرادی که بیش از حد با هیجان‌تشان درگیر می‌شوند مانند افراد مبتلا به افسردگی و افرادی که از هیجان‌تشان اجتناب می‌کنند مانند اختلال‌های اضطرابی، کمک کننده است (Zylowska, Smalley & Schwartz, 2009). در ذهن آگاهی به جای اینکه بر ارزیابی تجارب هیجانی و شناختی تأکید شود، بر مشاهده این رویدادها تأکید می‌شود. ذهن آگاهی موجب کاهش گرایش به طبقه بندی جزئی تجارب می‌شود و از این حیث می‌تواند به عنوان راهبردی برای تقویت و سازگار کردن اعمال رفتاری و شناختی تلقی گردد (Moore & Malinowski, 2009). همچنین تقویت نگرش پذیرش موجب تغییر در شرایط روانی است. این شیوه از درمان، سه هدف را برای تلفیق پذیرش و ذهن آگاهی برشمرده

است. هدف اول بسط آگاهی از تجربه است زیرا مشخصه اصلی برخی اختلال‌ها مانند اضطرابی و افسردگی محدود شدن تمرکز توجه به محرک‌های مرتبط با اضطراب و افسردگی است. به این ترتیب بیمار ترغیب می‌شود تا پاسخ‌های هیجانی خود را با وضوح بیشتری بنگرد و به مشاهده کارکرد این تجارب درونی بنشیند. هدف دوم ترغیب بیمار برای تغییر دیدگاه نسبت به تجارب درونی از حالت قضاوتی و کنترل کننده به سوی حالتی توأم با پذیرش است. هدف سوم بالابردن کیفیت زندگی بیماران است (Ivanovski & Malhi, 2007).

به این ترتیب درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق سازوکارهای مطرح شده بهبود مشکلات درونی سازی شده ای همچون اضطراب و افسردگی همبود با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی را به دنبال داشت. بر اساس نتایج بدست آمده از این پژوهش به کارگیری درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی در افرادی که از اضطراب و افسردگی با عنوان اختلال اصلی و یا با عنوان مشکلات همزمان با اختلال های دیگری مانند ADHD رنج می برند توصیه می شود. از جمله محدودیت های این پژوهش به کارگیری آزمودنی ها در یک گروه جنسیتی است که تعمیم پذیری آن به سایر گروه ها امکان پذیر نیست از این رو پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی سایر گروههای سنی و جنسی مدنظر قرار بگیرند.

References

- Abdolgaderi, M, Kafi, M, Saberi, A, Arianpoor, S. (2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on pain, depression and anxiety in patients with chronic back pain. *Journal of ShaeedSdoughiUniversity of Medical Sciences Yazd*, 6, 795-807. (In Persian)
- Abdollahian, A., shakeri, M., Vosugh, E.(2003). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children ages preschool. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 85,275-280.(In Persian)
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(fifth ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 449-463.
- Bagwell, C. L., Molina, B. S., Kashdan, T. B., Pelham, W. E., &Hoza, B. (2006). Anxiety and mood disorders in adolescents with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(3), 178-187.
- Barkley, R. A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined typed of ADHD in a school-based sample of Latino Hispanic children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(2), 166-179.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8-year prospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Bayrami, M., Abdi, R. (2009). The effects of mindfulness-based techniques to reduce test

- anxiety students. *Journal of Educational Sciences*. 6, 35-54. (In Persian)
- Biederman, J., Faraone, S. V.(2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lacent*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L. & Perrin, J. (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of general psychiatry*, 53(5), 437.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American journal of psychiatry*, 157(5), 816-818.
- Bird, H., Gould, M.S., Staghezza, B.M.(1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 361–368.
- Braaten, E. B., & Rosen, L. A. (2000). Self-regulation of affect inattention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 313-321.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Cardaciotto, J. , L., Herbert D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204–223.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 463-475.
- Friedman R, Dvyal G.(2002). *Treatment of children with attention deficit – hyperactivity*. Translated by Jalal Sdralsadat, Mohammad Reza Mohammadi, Leila Sdralsadat. Tehran: Antibacterial Art. (In Persian)
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16(2), 313–333.
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., et al.(2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial. *Neurology*, 75, 1141–1149.
- Habibi Asgarabad, M., Basharat, M., Fadaee, Z., Najafi, M.(2009). Confirmatory factor structure, reliability and validity of self-report scale Akhnabakh adolescent behavior problems (YSR). *Journal of Psychology*, 1, 1-18.(In Persian).
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., & Greco, L. A. (2008). Acceptance and mindfulness for youth: It's time. In L. A. Greco & S. C. Hayes (Eds.), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's Guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- Hoseinzadehmaleki, Z.(2012). *Efficacy of working memory training, parent education*

- programs Barkley and combine the two intervention on improving executive functions and clinical symptoms in children with ADHD. Master's thesis. Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian)
- Ingram S, Hechtman L, Morgenstern G. (1999). Outcome issues in ADHD: adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* , 5, 43–250.
- Jenson, W. R., Olympia, D., Farley, M., & Clark, E. (2004). Positive psychology and externalizing students in a sea of negativity. *Psychology in the Schools*, 41(1), 67-79.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47
- Kakabaraee, K., HabibiAsgarabad, M., Fadaee, Z. (2007). Normalized scale behavioral problems Akhnakh. *Research on mental health*, 1, 50-66. (In Persian)
- Kaviani, H., Hatami, N., Javaheri, F. (2008). reducing effect of mindfulness-based cognitive therapy on automatic thoughts and dysfunctional attitudes. *Journal of Research in mental health*, 2, 5-14. (In Persian)
- Kaviani, H., Javaheri, F., Bahiraei, H. (2005). Effect of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing the negative automatic thoughts, dysfunctional attitudes, depression and anxiety. *Journal of Cognitive Science*. 1, 49-59. (In Persian)
- Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, CK., Faraone, VS., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal Of Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47-63.
- Lau, N. S., & Hue, M. T. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based programe for Hong Kong adolescents in schools: well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*, 16(4), 315-330.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (2000). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(4), 510-519.
- Bakhtiari, M. (2005). *The relationship between beliefs about the exocrine and endocrine control of psychopathology in children*. PhD thesis, Iran University of Medical Sciences. (In Persian)
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds.). (2007). *Assessment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.
- Mashhadi, A., Soltanifar, A., Moharreri, F., Noferesti, F. (2011). Prevalence of comorbid psychiatric disorders and their impact on the response to methylphenidate in children with ADHD. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 4, 162-168. (In Persian)
- Masumian, S., Golzari, M., Shaeri, M., Momenzadeh, S. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on depression in patients with chronic back pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 2, 82-87. (In Persian)
- McCarney, R. W., Schulz, J., & Grey, A. R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based

- therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279-299.
- Minaee, A. (2006). Adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist Khnbakh, self-assessment questionnaire and Teacher Report Form. *Journal of Exceptional Children*, 10, 529-558. (In Persian)
- Mohamad khani, P., Khanipur, H. (2012). *Mindfulness-based therapy*. Tehran: university of social welfare and rehabilitation sciences. (In Persian)
- Oland, A. A., & Shaw, D. S. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 247-270.
- Rapport, L. J., Friedman, S. R., Tzelepis, A., & Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 16(1), 102-111.
- Rasmussen, P., & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1424-1431.
- Sdralsadat J, Hoshiary Z, Zamani R, Sdralsadat L. (2007). Determination of Psychometric Indices of SNAP-IV Rating Scale in Parent Execution. *Journal of Rehabilitation*, 3, 53-57 (In Persian).
- Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 466-485.
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117-123.
- Souza, I., Denardin, D., Mattos, P.E., Rohde, L. A. (2004). Comparisons between two referred samples. *European Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 243-248.
- Souza, I., Pinheiro, M. A., & Mattos, P. (2005). Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 63(2), 407-409.
- Tavakkolizadeh, J., Bolhari, J., Mehryar, A., Dezhkam, M. (1997). Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 3, 40-52. (In Persian)
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733.
- Wolraich, L., Wibbelsman, J., Brown, E., Steven W. Evans, W., Gotlieb, M., John R. Knight, R., Ross, E. C., Shubiner, H., Esther, H. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A Review of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746.
- Woo, S. M., & Keatinge, C. (2008). *Diagnosis and treatment of mental disorders across the*

- .Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Zahn-Waxler, C., Klimes, D. B., & Slattery, M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466.
- Zargar, Y., Mohammadi Bahramabadi, R. & Bassak Nagad, S. (2012). A study of family processes as predictors of behavior problems among second grade high school students in Yasuoj. *Journal of School Psychology*, 2, 77-103. (In Persian)
- Zylowska, L., Smalley, S.L. and Schwartz, J.M. (2009). Mindful Awareness and ADHD - in F. Didonna, *Handbook of Mindfulness-based interventions in an inpatient setting* (pp. 447-462). Springer New York.

Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy on Improvement Internalizing Difficulties
Adolescents with Attention Deficit–Hyperactivity Disorder.

Zeinab Abdolahzadeh

Ali Mashhadi*

Zahra Tabibi

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: A large number of people with attention deficit/hyperactivity disorder in adolescence, in addition to problems related to attention deficit/hyperactivity also suffer from internalizing problems comorbid anxiety and depression. This research aim to investigate the effect of mindfulness based treatment on improvement of internalized problems of adolescent suffering from ADHD.

Method: The present research is a quasi-experimental research with pretest-posttest design and control group. The target sample of the research included 30 female high school students of first and second grades in Gonabad who were suffering from attention deficit hyperactivity disorder. The tools which were used in the research included clinical interview, SNAP-IV Parent Rating Scale and Achenbach's Youth Self Report (YSR). Experimental group received eight 90-minute sessions of mindfulness based treatments and control group was assigned to a waiting list. The data was analyzed by means of descriptive statistics (mean and standard deviation) and univariate analysis of covariance.

Findings: According to the results of univariate analysis of covariance it was found that experimental group in comparison to control group reported fewer internalized problems in posttest.

Keywords: attention/deficit hyperactivity disorder (ADHD), internalized problems, mindfulness-based therapy

*. mashhadi@um.ac.ir

The Effectiveness Comparison Between Existential & Art Group Therapy on Decreasing Of Existential Anxiety

Reyhaneh Moghadasi
Gholamreza Manshaee*

Isfahan Islamic Azad University

Abstract

Purpose: The aim of this research is the comparing of effectiveness between existential and art group therapy on existential anxiety.

Method: 36 artist women randomly placed in two intervention (existential& art) and one control group .each intervention group received 10 weekly sessions. All participants performed good& good anxiety test. Data was analyzed by one way covariance method.

Findings: The results showed that intervention groups significantly deceased existential anxiety, but there is no different significant effect between existential & art groups.it can be said that the effect of existential and art group therapy on existential anxiety is equal.

Key words: existential group therapy, art therapy, existential anxiety, artist

*. Smanshaee@yahoo.com

Investigating Of Religious Axiological System in Inner Speech of Religious Couples with High Marital Adjustment

^aYasser Rezapour Mirsaleh*

Masoumeh Esmaeili
Kiyumars Farahbakhsh
Mohammad Saeid Zokaei

^aArdakan University

Abstract

Purpose: The aim of the present study was to investigate the religious axiological system in inner speech of religious couples with high marital adjustment.

Method: Present study was a qualitative study using semi-structured deep interview for 11 couples (11 wives and 11 husbands) with high marital adjustment. The couples were selected by purposeful sampling till we reached data saturation. Grounded theory was used to analyze the data obtained from interviews.

Findings: Data analysis revealed that couples' religious axiological system was included of special values that was associated with perception of sanctification in marital relationship and gods helps in their marriage; These values, directly and indirectly with increasing of marital commitment, was resulted in increasing of marital satisfaction. Findings of present study showed that religious axiological system by several processes resulted in positive consequences in religious couples' marital life. These processes were shown in conceptual model that obtained from data analysis.

Keywords: religious axiological system, inner speech, religious couples, marital adjustment.

* . y.rezapour@ardakan.ac.ir

Effectiveness of Training Methods Emotion Focused Therapy to Marital Commitment

Zahra Ghaderi
Zhale Refahi
Mohammad Baghban*

Islamic Azad University, Marvdasht Branch

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigation of Effectiveness of training methods emotion focused therapy to marital commitment.

Method: The method of This study is semi-experimental kind of pre-test and post-test with experimental and control groups .statistical society is includes all student's parents (couples) of Bandar Abbas .The sample of this study is includ 20 couples in experimental group and 20 couples in control group ,that of the 97 couples that between the 185 registered couple , who had received low scores in components of love questionnaires, were selected by purposive sampling method .triangular love questionnaires or components of love (Sternberg), with testable demographic information were used for collecting data .Data was analyzed by using analysis of covariance and statistical independent T tests.

Findings: The Finding showed that training method emotion focused therapy to increase men and women commitment has been significant and positive effect. Significant of average differences of men and women by using independent T-test was rejected , finally was concluded that training method emotion focused therapy to increase marital commitment have significant and positive effected .

Keywords: components of love, emotion focused therapy, commitment, intimacy, passion

*.ya.raoof@yahoo.com.

Efficacy Psychodrama the On Reducing Depression in Infertile Women

^aRohollah Rahimi*^bKarim Afsharinia^cMohsen Golmohammadian^dJamshid Jarareh^eBahman Narimany^aAllameh Tabataba'i University^bIslamic Azad University of Kermanshah^cRazi University of Kermanshah^dShahid Rajaei Teacher Training University^eIslamic Azad University of Khorramabad

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to determine the effect of Psychodrama in reducing depression in infertile women.

Method: Research method was, quasi-experimental with pre-test, post-test and study population, women referring to infertility clinic Khoramabade Nasim, with at least two years of infertility. Among them, 30 people volunteered and were randomly assigned to experimental and control groups. Both groups during the pre-test, post-test and follow-up to the second quarter of Beck Depression Inventory-Revised. For the experimental group, ten 2-hour group therapy sessions, conducted once a week, but the control group received no intervention. To analyze the data, descriptive statistics were used analysis of ANCOVA.

Findings: Results showed that the experimental group at risk of depression therapy were compared with the control group significantly ($P<0/001$). These results were confirmed after a three-month follow-up period. Psychodrama can be used as an effective intervention to reduce the level of depression and other mental disorders in the similar population adjustment applied. Due to the long and difficult treatment of infertility and the risk of psychological problems, the presence of clinical psychologists in the diagnosis and treatment centers Infertility is necessary.

Keywords: psychodrama, depression, infertile women.

*.Rohollahrahimi02@gmail.com

The Effectiveness of Life Skills Training On Clinical Symptoms of Personality of Sexual Abuse Victims

^aMehri Mirshahi

^bAli Reza Ghaderi*

Majid Moeenizadeh

^aIslamic Azad University of Hamedan

^bFerdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: The purpose of present research was to determine the effectiveness of life skills training on personality clinical symptom of sexual abuse victims

Method: This research is a semi-experimental study which was performed by pre-test, post-test, follow-up design with control group. Participants were selected through the screening method which comprised 30 female clients over 18 years, low education and being held in welfare centers in Mashhad. Participants who got an above average score on questionnaires as follow: Sexual Victimization Questionnaire (SVQ), Life Skills Inventory (LSI), and Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3th edition (MCMI-III) are eligible to join in groups. Then they were divided into two groups by simple random Sampling: experimental and control groups. The experimental group had been participated in 10 sessions (90 minutes) of life skills training for five weeks, while control group was in waiting list. Data were analyzed by using variance of repeated measures.

Findings: The results of this study revealed that a significant differences of clinical symptom of sexual abuse victims in three stages at ($P<0/001$) level. Furthermore significant differences between two groups after intervention were observed. According to results of this study, life skills training had significant effect on reducing personality clinical symptom of Sexual abuse victims.

Keywords: Life skills; Sexual abuse; Personality

* a-ghaderi@ferdowsi.um.ac.ir

Diagnosis of Successful Marriage Indicators (Qualitative Research)

Hosein Sahebdel*
Kianoosh Zaharakar
Ali Delavar

Kahrazmi University

Abstract

Purpose: The main goal of this investigation was diagnosis the factors of successful marriage.

Method: The research methodology was qualitative by employing grounded theory method.

Statistical population included all couples whom living in Tehran and had two years living together. Sampling method was purposeful and theoretical sampling. So far 12 ones who got a high score from DAS& PFQ and described themselves as successful couples underwent an in-depth semi-structured interview. Opening and axial coding used for analysing data.

Findings: analysing data indicated four category of successful marriage indices including, communicative indices, individual indices, cultural indices and Family related indices. Each one of indices include multiple components. This result may use for marriage counselling and opening new ways in solving marital problems.

Keywords: successful marriage, individual factors, communicational factors, cultural factors, family related factors.

*-Pcsahebdel1365@gmail.com

Meditating Role of Rumination and Worry on the Relationship between Locus of Control with Depression and Anxiety in a Sample of Depressed and Anxious Patients

Mohammad Ali Besharat*

Somayeh Bagheri

Reza Rostami

Fahime Tavalaeayan

University of Tehran

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the relations of locus of control, rumination, and worry with depression and anxiety in a sample of depressed and anxious patients.

A second purpose of the study was to examine the mediating role of rumination and worry on the relationship between locus of control with depression and anxiety.

Method: One hundred and twelve patients with major depression and anxiety disorders (58 depressed, 54 anxious) participated in this study. All participants were asked to complete Rotter's Locus of Control Scale, Response Styles Scale, Penn State Worry Questionnaire, Beck Depression Inventory, and Beck Anxiety Inventory.

Findings: The results revealed significant correlations between locus of control, rumination, and worry with depression and anxiety. Rumination and worry mediated the relationship between locus of control with depression and anxiety. On the basis of the results of the present study it can be concluded that the relation of locus of control with depression and anxiety is not a simple one but is mediated by other variables such as rumination and worry.

Keywords: locus of control, rumination, worry, depression, anxiety

*. besharat@ut.ac.ir.

Effectiveness of Reality Therapy Group on Psychological Well-Being of Female Headed Households

Azam sadat Saghayian*

Bahman Bahmani

Mehdi Eskandari

Ali Asgari

Islamic Azad University of Tehran

Abstract

Purpose: The aim of our current research was to study the effect of group reality therapy on psychological well-being of female headed household. The research method was semi-experimental of in equivalent type along with pretest and posttest.

Method: Hence, 30 women among female headed household under the coverage of Varamin city welfare organization were non-randomly selected, and randomly assigned into two groups of experiment and control. Based on Glaser pattern (1965), the experiment group participated in 10 sessions of ninety minutes group reality therapy constituted two times a week, while the control group received no official intervention affecting psychological well-being. Based on Glaser's reality therapy concepts and in format of group counseling techniques, the intervention pattern used in this study was provided and presented, and Ryff's scale of psychological well-being questionnaire has been also used for evaluating dependent variant.

Findings: Covariance analysis results demonstrated no significant difference in mean pretest of the two groups, while indicated significant difference in mean posttest for experiment group ($p > 0.01$). In other words, the findings express positive effect of group reality therapy on psychological well-being of female headed household.

Keywords: Reality Therapy Group, Psychological Well-being, Female Headed Household

* - meh.eskandari@gmail.com

Table of contents

Effectiveness of Reality Therapy Group on Psychological Well-Being of Female ... Azamsadat Saghayian, Bahman Bahmani, Mehdi Eskandari, Ali Asgari	I
Meditating Role of Rumination and Worry on the Relationship between Locus of ... Mohammad Ali Besharat, Somayeh Bagheri, Reza Rostami, Fahime Tavalaeayan	II
Diagnosis of Successful Marriage Indicators (Qualitative Research). Hosein Sahebdel, kianoosh Zaharakar, Ali Delavar	III
The Effectiveness of Life Skills Training on Clinical Symptoms of Personality of ... Mehri Mirshahi, Ali Reza Ghaderi, Majid Moeenizadeh	IV
Efficacy Psychodrama the on Reducing Depression in Infertile Women. Rohollah Rahimi, Karim Afsharinia, Mohsen Golmohammadian, Jamshid Jarareh, Bahman Narimany	V
Effectiveness of Training Methods Emotion Focused Therapy to Marital ... Zahra Ghaderi, Zhale Refahi, Mohammad Baghban	VI
Investigating of Religious Axiological System in Inner Speech of Religious Couples ... Yasser Rezapour Mirsaleh, Masoumeh Esmaeili, Kiyumars Farahbakhsh, Mohammad Saeid Zokaei	VII
The Effectiveness Comparison between Existential & Art Group Therapy on ... Reyhaneh Moghadasi, Gholamreza Manshaee	VIII
Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy on Improvement Internalizing ... Zeinab Abdolazadeh, Ali Mashhadi, Zahra Tabibi	IX

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 2, Autumn & Winter 2016

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 2, (2016)

ISSN: 2251-6352

10

- | | |
|--|------|
| Effectiveness of Reality Therapy Group on Psychological Well-Being of Female ...
Azamsadat Saghayian, Bahman Bahmani, Mehdi Eskandari, Ali Asgari | I |
| Meditating Role of Rumination and Worry on the Relationship between Locus of in ...
Mohammad Ali Besharat, Somayeh Bagheri, Reza Rostami, Fahime Tavalaeeyani | II |
| Diagnosis of Successful Marriage Indicators (Qualitative Research)
Hosein Sahebdeh, Kianoosh Zahrakar, Ali Delavar | III |
| The Effectiveness of Life Skills Training On Clinical Symptoms of Personality of ...
Mehri Mirshahi, Ali Reza Ghaderi, Majid Moeenizadeh | IV |
| Efficacy Psychodrama the On Reducing Depression in Infertile Women
Rohollah Rahimi, Karim Afsharinia, Mohsen Golmohammadian, Jamshid Jarareh, Bahman Narimany | V |
| Effectiveness of Training Methods Emotion Focused Therapy to Marital Commitment
Zahra Ghaderi, Zhale Refahi, Mohammad Baghban | VI |
| Investigating Of Religious Axiological System in Inner Speech of Religious Couples ...
Yasser Rezapour Mirsaleh, Masoumeh Esmaeili, Kiyumars Farahbakhsh, Mohammad Saeid Zokaei | VII |
| The Effectiveness Comparison Between Existential & Art Group Therapy on ...
Reyhaneh Moghadas, Gholamreza Manshaee | VIII |
| Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy on Improvement Internalizing ...
Zeinab Abdolazadeh, Ali Mashhadi, Zahra Tabibi | IX |